



11226
2ej
(61)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Jefatura de Enseñanza e Investigación

Universidad Nacional Autónoma de México

**Factores que Interfieren en el Control del Paciente
Diabético Tipo II**

T E S I S :

**PARA OBTENER EL POSTGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

DRA. PATRICIA CARIÑO PARRA (❖)

HOSPITAL GENERAL DE ZONA III, CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

(❖) Médico Residente de Medicina Familiar
de Segundo Año

Tijuana, Baja California Norte
Enero de 1984.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I	INTRODUCCION	1
II	HIPOTESIS	3
III	RESUMEN	4
IV	MATERIAL Y METODOS	5
V	RESULTADOS Y GRAFICAS	7
VI	DISCUSION	10
VII	CONCLUSIONES	11
VIII	BIBLIOGRAFIA	12

INTRODUCCION

La diabetes sacarina es un trastorno metabólico crónico generalizado, resultante de la interacción de factores genéticos y del medio ambiente, caracterizado por falta absoluta o relativa de insulina que tiene por consecuencia trastorno en la utilización de carbohidratos y alteraciones de los metabolismos lípido y proteínico. (1, 3, 2)

Desde el primer siglo de la era cristiana en que Aretteo dió el nombre de "diabetes" a ésta enfermedad hasta la clasificación de su etiopatogenia actual en que se encuentran: el tipo I dependiente de insulina, el tipo II no dependiente de insulina y el tipo III secundario a otras causas (1, 3, 4, 5) se han acumulado innumerables experiencias y se ha logrado una sobrevivencia mayor con el consecuente aumento del número de alteraciones secundarias variadas, siendo principalmente la lesión de pequeños vasos la que finalmente causan - insuficiencia renal, ceguera, neuritis, hipertensión, insuficiencia cardíaca, trastornos neurológicos o una combinación de cualquiera de éstos procesos, tan graves que a menudo conducen a la muerte. (1, 6)

Durante años se ha discutido para saber si el control - de los trastornos metabólicos, y más específicamente los valores de la glucemia, controla simultáneamente la predisposición de la microangiopatía pero aún no hay nada concreto aun que sí sugestivo como lo indicó la Asociación Americana de - Diabetes en 1976 (2, 7). Se considera que hay control estricto de la diabetes cuando los pacientes tienen una glucemia normal o cercana a lo normal durante la mayor parte del día. No hay un acuerdo general respecto a los niveles de --

glucemia que deberán mantener éstos enfermos para considerar los controlados pero se han sugerido cifras que oscilan entre 54 y 180 mgr%. (7)

Es bien sabido que las necesidades de insulina aumentan notablemente aún en las enfermedades leves de diversos tipos y que el nivel socioeconómico y el medio ambiente influyen en el control de los niveles de glucosa en sangre. (3, 8, 9

En mi práctica como residente de medicina familiar en la clínica hospital del I. M. S. S. # 20 en Tijuana, Baja California me di cuenta de que el paciente diabético es causa de numerosas consultas en las diferentes especialidades pero desgraciadamente con motivo de sus complicaciones o evolución desfavorable que se podría evitar en gran medida con un control adecuado de éstos pacientes en el primer nivel de atención médica.

La mejor persona para manejar una enfermedad que es afectada marcadamente por las diarias fluctuaciones de stress en el medio ambiente, ejercicio, dieta e infecciones, es el mismo paciente y sus familiares y es probablemente la obligación más importante del médico familiar la educación del paciente para ayudarlo a aceptar los factores que intervienen y manejar las dificultades que se presentan en la larga evolución de su enfermedad. (5) Esta es la justificación de éste estudio de investigación partiendo de la hipótesis de que el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su patología es el factor más importante que interfiere en su control.

HIPOTESIS DE NULIDAD;

El grado de conocimiento que se tiene sobre la patología, no es el factor más importante que interfiere en el control del paciente diabético tipo II.

HIPOTESIS ALTERNATIVA;

El grado de conocimientos que se tiene sobre su patología, es el factor más importante que interfiere en el control del paciente diabético tipo II.

OBJETIVO;

Demostrar que la falta de información sobre su patología, es el factor más importante que interfiere en el control del paciente diabético tipo II.

RESUMEN

Se estudiaron dos grupos, el grupo A que constó de 112 pacientes diabéticos tipo II con sus cifras de glucemia mayores de 180 mgr% y el grupo B de 70 pacientes que se encontraban bien controlados (con cifras menores de 180 mgr% de glucemia).

A ambos grupos de pacientes se les aplicó un cuestionario y se revisaron los expedientes tratando de encontrar si es el conocimiento que se tiene de la patología el factor -- más importante que interfiere en el control del paciente diabético.

Haciendo un análisis estadístico de los datos obtenidos se llegó a la conclusión de que tanto en el grupo bien controlado como en el mal controlado tienen conocimientos generales de su enfermedad, datos obtenidos en la mayor parte -- por su médico por lo que no es éste el factor que mayormente influye.

Pensamos que son otros los parámetros que predominan para el adecuado control de éste tipo de enfermos, como sería el manejo y/o el seguimiento de las indicaciones médicas por parte de los pacientes.

MATERIAL Y METODOS

Por medio de la forma 4-30-6 se obtuvieron un total de 387 pacientes diabéticos que acudieron a consulta de medicina familiar durante los meses de junio, julio y agosto de 1983 en la clínica hospital # 20 del I.M.S.S. en Tijuana, Baja California y se revisaron los expedientes de cada uno de ellos para formar los grupos a estudiar de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, eliminándose 87 pacientes por no llenar los requisitos y 94 por no haberse localizado el expediente.

Así fué como se formaron 2 grupos: el grupo A que consta de 112 pacientes diabéticos tipo II, con sus últimas tres glucemias por arriba de 180 mgr%, y el grupo B de 70 pacientes, también diabéticos tipo II pero con sus tres últimas glucemias de control entre 54 y 180 mgr%. No se tomó en cuenta la edad de los pacientes, la cronicidad de la enfermedad o la presencia o ausencia de complicaciones para formar los grupos.

Después, mediante el apoyo de archivo clínico, se obtuvo el domicilio de los pacientes y se les citó por medio de un telegrama para aplicarles un formulario que contiene las variables a estudiar,

Ya con todos los datos se procedió a la computación de ellos, realizando polígonos e histogramas de frecuencia, considerando la media aritmética ($\bar{x} = \frac{\sum x}{N}$) para realizar las gráficas de la variable principal y percentiles en el resto de las variables tanto del grupo A como del grupo B.

Se realizó la correlación de variables de ambos grupos aplicando un nivel de no significancia de χ^2 0.95= 3.84 lo--

grando la asociación estadística de ésta investigación en base a: $\chi^2_{c} = \frac{\sum (O - T)^2}{n}$

RESULTADOS

Llevado a cabo todo el método estadístico, se encontró que en el grupo en estudio de pacientes mal controlados (112) el 75.89% conocen su patología, mientras que en el grupo testigo, de pacientes bien controlados (70) son el 82.85% los que sí conocen su patología, con un 24.10% o sea 27 pacientes en el grupo de estudio que no conocen su patología y --- 17.14% en el grupo testigo. (figura 1).

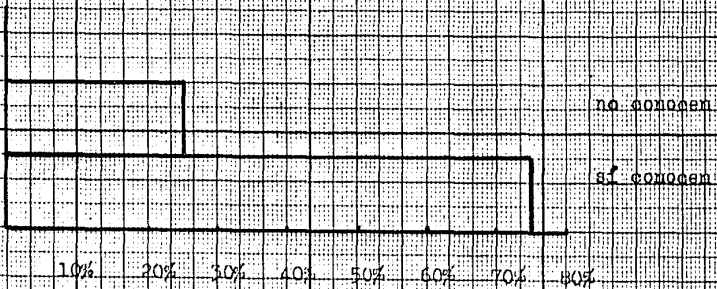
Desglosando éstos datos encontramos que en el grupo A, el 76.78% (86 pacientes) conocen la definición de su enfermedad, 86.60% (97 pacientes) conocen el pronóstico, 85.70% conocen la sintomatología, 56.24% (63 pacientes) acuden a sus consultas cada 1 a 3 meses y 75.89% (85 pacientes) conocen las complicaciones de su enfermedad, mientras que en el grupo B, conocen la definición el 90% (63 pacientes), el pronóstico el 81.42% (57 pacientes), la sintomatología el 98.56 (69 pacientes), llevan un control médico frecuente el 77.14% (54 pacientes) y conocen las complicaciones el 68.57% (48 pacientes). (figuras 2, 3, 4 y 5).

Respecto al medio por el cual se obtuvo la información encontramos que en ambos grupos la mayoría la obtuvieron por medio de su médico, 71.42% (80 pacientes) en el grupo de estudio y 87.14% (61 pacientes) en el grupo testigo, mientras que por medio de otros pacientes, familiares o amigos la obtuvieron el 20.53% (23 pacientes) en el grupo A y el 8.57% (6 pacientes) en el grupo B. (figura 6).

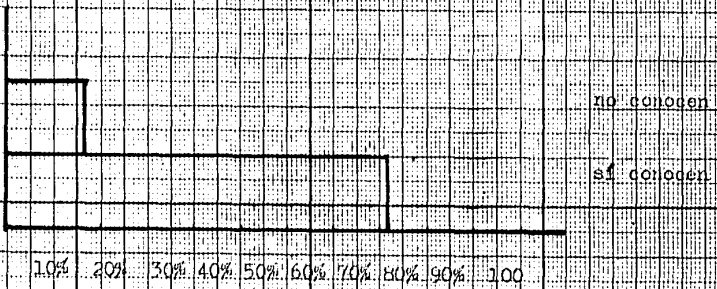
El grado de educación en ambos grupos fué para el grupo A de 37 pacientes (33.03%) con primaria completa, 52 pacientes (46.42%) con primaria incompleta y 22 pacientes (19.64%)

INFORMACION DE SU PATOLOGIA

GRUPO A



GRUPO B



Fuente: formulario

Escala: 1.5:10

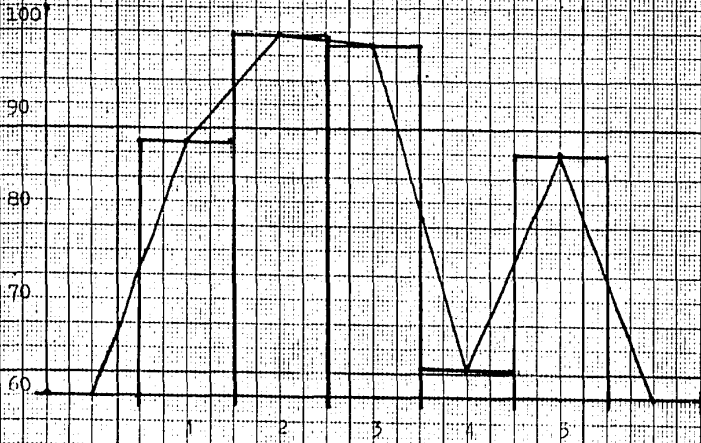
1:10

FIGURA 1

INFORMACION DE SU PATOLOGIA

GRUPO A

PACIENTES QUE CONOCEN SU PATOLOGIA



- 1.- DEFINICION
- 2.- PRONOSTICO
- 3.- SINTOMATOLOGIA
- 4.- CONTROL MEDICO
- 5.- COMPLICACIONES

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{N} = 85$$

$$\bar{x} = 75.89\%$$

Fuente: formulario

Escala: 1:5

FIGURA 2

INFORMACION DE SU PATOLOGIA

GRUPO B

PACIENTES QUE CONOCE SU PATOLOGIA



- 1 - DEFENSIÓN
- 2 - EDUCACIÓN
- 3 - SINTOMATOLOGÍA
- 4 - CONTROL MEDICO
- 5 - COMPLICACIONES

$$x = \frac{\sum x}{n} = 98$$

$$\bar{x} = 82.85\%$$

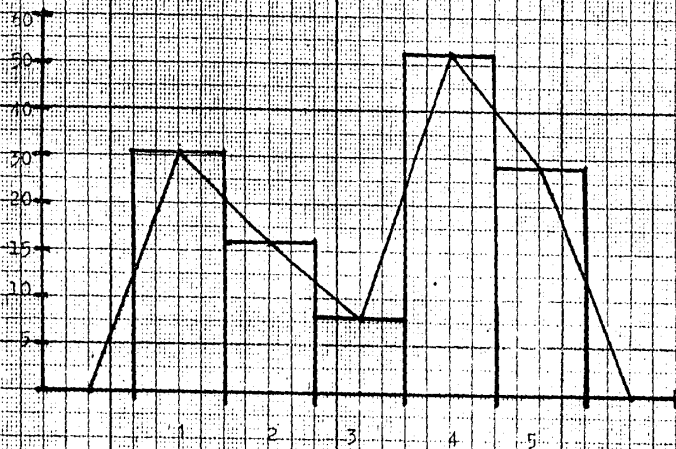
Fuente: formularios.

Escala: 1:5

FIGURA 3

INFORMACION DE SU PATOLOGIA
GRUPO A

PACIENTES QUE NO CONOCEN SU PATOLOGIA



- 1 - DEFINICION
- 2 - FONOLOGIA
- 3 - SINTOMATOLOGIA
- 4 - CONTROL MEDICO
- 5 - COMPLICACIONES

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i}{n} = 27$$

$$\bar{x} = 24.10\%$$

Fuente: formularios

Escala: 1:5

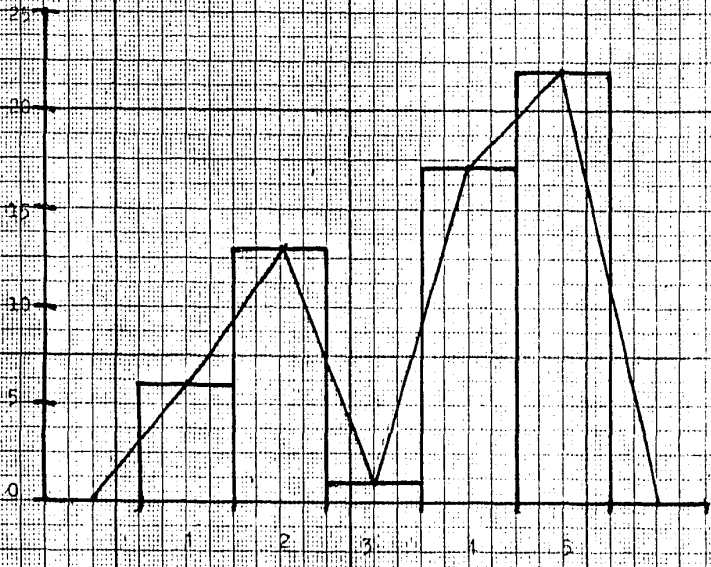
1:10

FIGURA 4

INFORMACION DE SU PATOLOGIA

GRUPO E

PACIENTES QUE NO CONOCEN SU PATOLOGIA



- 1.- DEFINICION
- 2.- PRONOSTICO
- 3.- SINTOMATOLOGIA
- 4.- CONTACTO MEDICO
- 5.- COMPLICACIONES

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N} = 12$$

$$\bar{X} = 17.14\%$$

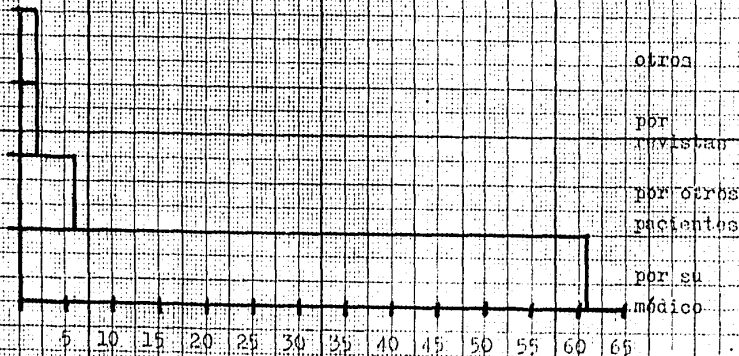
Fuente: formularios

Escala: 2:5

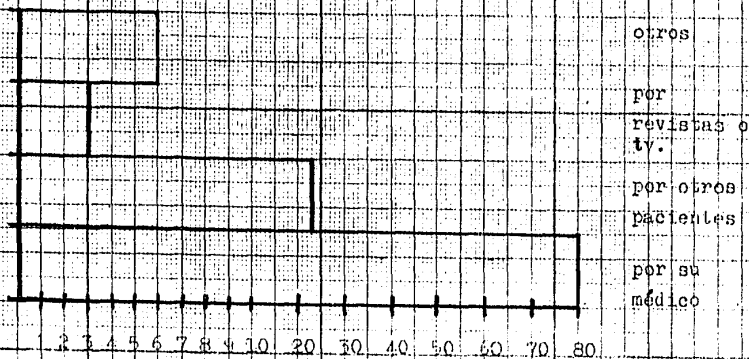
FIGURA 5

MEDIOS DE INFORMACION

GRUPO B



GRUPO A



Fuente: formularios

Escala: 1:5

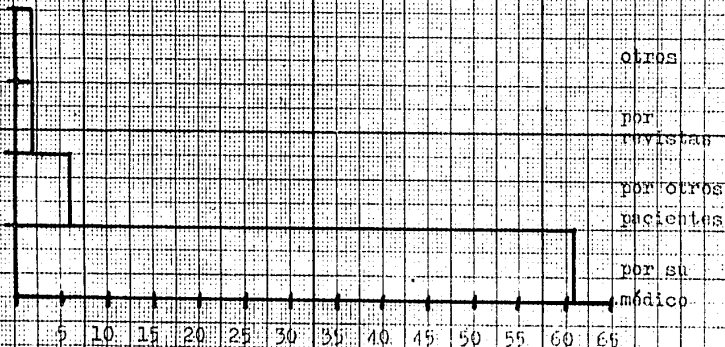
1:2

1:10

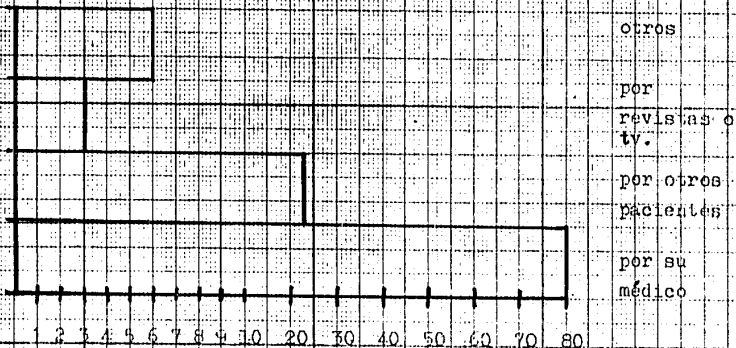
FIGURA 6

MEIOS DE INFORMACION

GRUPO B



GRUPO A



Fuente: formularios

Escala: 1:5

1:2

1:10

FIGURA 6

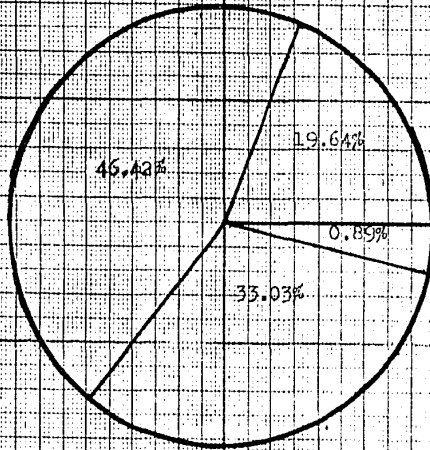
sin ninguna educación escolar, ninguno de los pacientes tenía secundaria o parte de ella, pero sí un paciente (7.89%) tenía educación técnica. (figura 7). En el grupo B, 24 pacientes (34.28%) se encontraron con primaria incompleta, 15 pacientes (21.42%) con primaria completa, 17 pacientes (24.2 sin ninguna educación escolar, y el resto, 14 pacientes (o sea 19.99%) con secundaria o parte de ella. (figura 8).

En cuanto a las infecciones concomitantes, sólo el 14.2 de los pacientes del grupo B, o sea 10 pacientes no presentan ninguna infección agregada, siendo las más frecuentes, con el 27.14% cada una (19 pacientes) la tuberculosis pulmonar y el complejo vascular de pierna con infección agregada. Las infecciones urinarias ocuparon el 12.85% (9 pacientes) - de éste grupo, las micosis superficiales el 10% (7 pacientes y las infecciones de vías respiratorias altas el 8.57%, es decir 6 pacientes. En cambio en el grupo de pacientes mal controlados (grupo A), ocupó el primer lugar la tuberculosis pulmonar con el 33.92% (38 pacientes), el complejo vascular de pierna con infección agregada el 18.75% (21 pacientes), - las micosis superficiales el 13.39% (15 pacientes), las infecciones urinarias el 7.14% (8 pacientes), las infecciones de vías respiratorias altas el 3.57% (4 pacientes) y sin ninguna infección concomitante el 23.21% de los pacientes (26 - pacientes). (cuadro I).

Dentro de las fases en las cuales se encuentran las familias de los pacientes del grupo en estudio, encontramos -- que 86 familias están en la fase de independencia (76.78%), 18 familias (16.07%) en la fase de retiro y muerte y 8 fami-

GRADO DE EFICACIA

GRUPO A



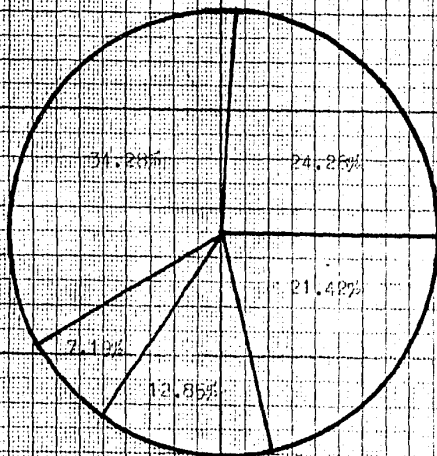
GRADO DE ESTUDIO	No. DE PACIENTES	%
ninguno	22	19.64
prim. incomp.	52	46.42
prim. completa	37	33.03
técnica	1	0.89

Fuente: formulario

FIGURA 7

GRADO DE EDUCACION

GRUPO B



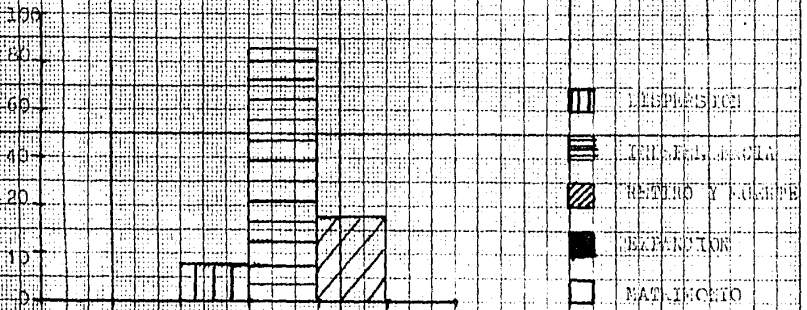
GRADO DE ESTUDIO	No. DE PACIENTES	%
ninguno	17	21.28
prim. incompleta	24	34.28
prim. completa	15	21.42
sec. incompleta	5	7.12
sec. completa	9	12.85

Fuente: formularios

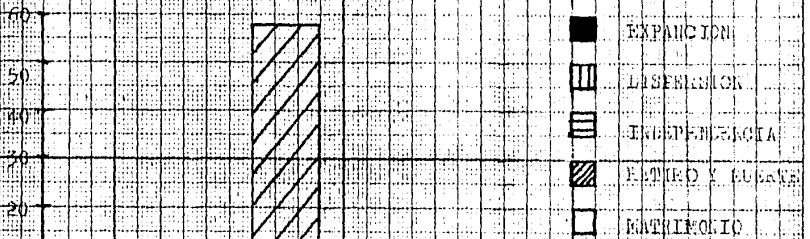
FIGURA 8

FASES DE LA FAMILIA

GRUPO A



GRUPO B



FUENTE: formulario

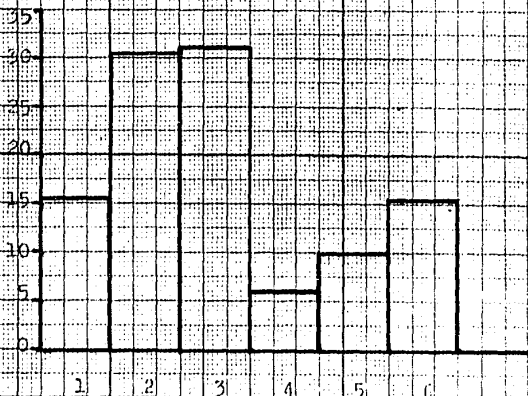
ESCALA: 1:10

1:20

FIGURA 9

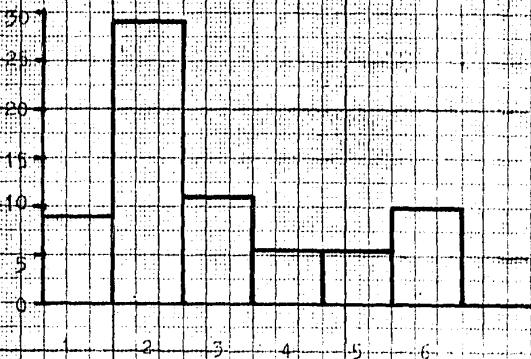
OCCUPACION

GRUPO A



- 1.- Obrero
- 2.- Oficinista
- 3.- Empleado
- 4.- Comerciante
- 5.- Hogar
- 6.- Ninguna

GRUPO B



- 1.- Obrero
- 2.- Oficinista
- 3.- Empleado
- 4.- Comerciante
- 5.- Hogar
- 6.- Ninguna

Fuente: formulario

Escala: 1:5

FIGURA 10

INFECCIONES CONCOMITANTES

PACIENTES BIEN CONTROLADOS

INFECCION	No. de PACIENTES	%
ninguna	10	14.28
tuberculosis	19	27.14
micosis superf.	7	10.0
c. vasc. infectado	19	27.14
infec. vías urinarias	9	12.85
vías resp. altas	6	8.57
TOTALES	70	100

PACIENTES MAL CONTROLADOS

INFECCION	No. de PACIENTES	%
ninguna	26	23.21
tuberculosis	38	33.92
micosis superf.	15	13.39
c. vasc. infectado	21	18.75
vías urinarias	8	7.14
vías resp. altas	4	3.57
TOTALES	112	100

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

lias (7.14%) en la fase de dispersión. En el grupo testigo, ocupó el primer lugar la fase de retiro y muerte con 53 familias o sea 75.71%, en la fase de independencia 12 familias (17.14%), en la fase de dispersión 4 familias (5.71%) y una familia en fase de expansión (1.42%). (figura 9).

En el grupo en estudio el 28.57% de los pacientes refirieron la ocupación de empleado (32 pacientes), el 27.67% oficinistas (31 pacientes), 14.28% (16 pacientes) fueron obreros y el mismo porcentaje sin ninguna ocupación (pacientes pensionados), el 6.25% refirieron ser comerciantes (7 pacientes) y el 8.92% (10 pacientes) del total indicaron dedicarse a labores del hogar. Del grupo de pacientes bien controlados el 11.42% (8 pacientes) refirieron ser obreros, el 40% o sea 28 pacientes oficinistas, 17.14% (12 pacientes) empleados, el 8.57% (6 pacientes) refirieron ser comerciantes y el mismo número dedicarse a labores del hogar y el 14.28% (10 pacientes) sin ninguna ocupación. (figura 10).

DISCUSION

Aparentemente por los percentiles obtenidos sí existe - influencia entre el conocimiento de la patología por parte - del paciente y el grado de control, pero basándonos en el mé todo estadístico nos dimos cuenta de que el paciente diabéti - co sí conoce su patología y que no es éste el factor que con más fuerza influye en su control, así como tampoco son las - infecciones concomitantes o las situaciones de stress (ocupa - ción, ciclo de vida de la familia) por lo que pensamos que - son otros los factores que interfieran, posiblemente el mang - jo instituido o la obediencia de los pacientes a las indica - ciones de su médico, tomando en cuenta la idiosincracia del mexicano, factores no incluidos en éste trabajo y que podrí - an dar pie a otros estudios.

Otro parámetro que sería importante tener en cuenta es el ciclo de vida de la familia, pues la mayoría son pacien - tes adultos o seniles que están en fase de retiro y muerte o en todo caso independencia, y se encuentran relativamente a - bandonados por sus familiares los cuales no los apoyan en un padecimiento de larga evolución.

Aunque no existen otros estudios que analicen el grado de conocimientos sobre la patología que tienen los pacientes para hacer una comparación, pensamos que posiblemente la ra - zón por la cual tenemos en nuestra localidad un alto grado - de conocimientos sea la vecindad con un país en el que la e - ducación de la salud es elevada en la población en general y la transculturación ha influido en nuestra población fronte - riza.

CONCLUSIONES

No se comprobó la hipótesis (dado que $\chi^2_c = 1.24$) puesto que la gran mayoría de ambos grupos, tanto el grupo mal controlado como el bien controlado tienen conceptos generales sobre su patología, complicaciones que se puedan esperar y pronóstico, obteniendo toda esta información de su médico familiar a pesar de que el grado de educación fué bajo en ambos grupos.

Encontramos que la mayoría de los pacientes, tanto del grupo bien controlado como del grupo mal controlado padecen infecciones concomitantes sin haber asociación entre la existencia de infección y el control de su enfermedad (dado que $\chi^2_c = 2.33$).

Las familias de la mayoría de los pacientes se encuentran en fase de independencia en el grupo de estudio y en fase de retiro y muerte en el grupo testigo, cosa que esperábamos encontrar puesto que son pacientes en edad avanzada (aun que la edad no fué estudiada como variable) y si partimos de que la fase de independencia de una familia causa más stress en el paciente que la fase de retiro y muerte, aquí se existe relación entre el stress y el control del paciente (dado que $\chi^2_c = 150$).

En la ocupación de los pacientes del grupo A predominó el del empleado y oficinista y en el grupo B el del oficinista, ocupando el tercer lugar en ambos grupos los pacientes que no trabajan fuera de casa y se dedican a labores del hogar o se encuentran pensionados y recibiendo ayuda de sus hijos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cecil-Loeb, Beeson, Mc. Dermott. Tratado de Medicina Interna. Editorial Interamericana. Edición XIII. Tomo 2; pp 1715-1733.
- 2.- Robbins Stanley L. Patología Estructural y Funcional. Editorial Interamericana. Edición I 1975. pp 256-269.
- 3.- Avedis K. Khachaduman. Diabetes: New Systems for Classification and Diagnosis. (eds.) Geriatrics. Vol. 37 No. 1 January 1982. pp 111-115.
- 4.- Cuauhtemoc Vázquez Chávez, Gloria Gutiérrez Mejía. Diabetes Mellitus, progresos recientes en el conocimiento de su etiopatogenia y en su clasificación. (eds.) Rev. Médica IMSS (México), 1983, Vol. 21. pp 97-104.
- 5.- Marcus A. Krupp, Milton J. Chatton. Diabetes Mellitus. (eds.) Current Medical Diagnosis and Treatment 1980. Lange Medical Publications. pp 749-763.
- 6.- Fernando Flores Barroeta, Alfonso Hernández Berumen. Hallazgos anatomopatológicos en 967 autopsias de pacientes diabéticos. (eds.) Gaceta Médica de México. Vol. 114 No. 10; octubre 1978. pp 473-476.
- 7.- C. Raúl Araiza Andraco. Otros progresos en diabetes mellitus. (eds.) Rev. Médica IMSS, (México), 1983. 21:387 pp 387-390.
- 8.- Robert H. Williams. Tratado de Endocrinología. Editorial Salvat, S.A. Edición III. pp 701-808.
- 9.- Jeanne R. Bonar. Socioeconomic Aspects of Diabetes. En: J. R. Bonar (eds.) Diabetes a clinical guide. Medical Examination Publishing Co., Inc. 1980 pp 53-57.
- 10.- Huldah Bancroft. Introducción a la bioestadística. Eudeba Manuales. Edición X. Agosto 1979.