

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESCOMUNICACION DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION.- Sabemos que la Diabetes Mellitus es una de las enfermedades que ha ocupado de al hombre en su paso sobre la tierra durante toda su existencia. Ya Hipócrates algunos años antes de Cristo se refería a ella, y en manuscritos más antiguos tanto Egipcios como Arabes, entre otros, también se describe esta enfermedad, a la que daban una explicación mágico-religiosa como a la mayoría de las enfermedades conocidas u observadas. Hasta mediados de éste siglo la mortalidad por Diabetes Mellitus fué muy alta e imposible de desviar el curso de ella ó de sus complicaciones (1). Actualmente sabemos que es una enfermedad metabólica, crónica, incurable, no hereditaria, -- controlable, que se debe a una carencia de insulina a nivel tisular, dando como resultado un trastorno en el metabolismo de los glúcidos y concomitantemente de los grasas y proteínas a nivel celular (2). Hoy en día contamos con medicamentos que nos ayudan a modificar Savara

blemente para el paciente la Historia Natural - de ésta enfermedad, aumentando así su sobrevivencia. Los medicamentos que nos ayudan actualmente son por una parte los hipoglucemiantes orales cuya acción es estimular la mayor producción de insulina en el páncreas ó activar la entrada de azúcar a las células; por otra parte, se cuenta con insulina que se ha logrado purificar y producir a partir de animales como el cerdo, caballo, pez, etc. (3).

Con éstos recursos se ha logrado que el paciente lleve una vida bastante normal, siempre y cuando observe las normas higiénico-dietéticas indispensables para su control, que redunde en la disminución y retarda la aparición de las clásicas complicaciones metabólicas agudas y degenerativas crónicas (4). En nuestro País en el año de 1977 se reportaron 643,168 diagnósticos y fallecieron 847 por éste padecimiento. Por otro lado del Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 1980 se otorgaron 234,556 consultas y

radas por ésta enfermedad. En nuestra Unidad - en el período de Septiembre de 1981 a Agosto - de 1982 la diabetes Mellitus fué causa de 4440 consultas al Médico Familiar y de 341 egresos-hospitalarios, con una mortalidad de 7.2 %. To- mando en cuenta todo lo anterior, y como sabemos que la causa casi única de descompensación de éstos pacientes es por falta de aplicación de tratamiento, se trata de investigar la cau- sa más frecuente por la que se sufre ésta - administración, ya que es responsabilidad úni- ca del propio paciente. Sin embargo, debemos - de tomar en cuenta otros factores que influyen como: falta de medicamento, falta de orienta- ción médica, olvido, burocracia, y el desinte- rés tanto de los pacientes como de sus familia- res para una mayor información sobre su padeci- miento, complicaciones, etc.

Partiendo de éste planteamiento: ¿cuál es el - factor principal que influye para que un pa- ciente diabético conocido y controlado se desee

compense?

HIPOFOSIS.- La gran mayoría de los pacientes - diabéticos se descompensan por su propia negligencia en el cumplimiento de su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS.- Con el objeto de demostrar la hipótesis referida previamente, estudiamos todos los pacientes que con el diagnóstico de Diabetes Mellitus descompensado ingresaron al H.G.E. No.1 del I.M.S.S. en Cd. Obregón, Son. dentro del lapso del 1o de Enero de 1983 al 31 de Octubre del mismo año. Además de obtener el nombre, edad, sexo y domicilio de todos y cada uno de los pacientes, se investigó:

A).- Tipo de descompensación: 1.-hiperglicemia 2.-cetosis. 3.-coma cetoacidótico, 4.-coma hiperosmolar e 5.-hipoglicemia.

B).- Motivo de la descompensación: 1.-padecimientos concomitantes, 2.- problemas emocionales, 3.-uso inadecuado del tratamiento y 4.-

abuso en la dieta; procediendo en los dos últimos puntos si era por: olvido, negligencia, ignorancia, temor.

C).- Mediante una cédula de seguimiento con el objeto de comprobar nuestra hipótesis y siendo evidente la importancia que en esto de sempora tanto el Médico Familiar, como el grado de conocimientos que tiene el paciente con respecto a su propio padecimiento y el grado de cuidado que muestra en la atención y vigilancia con respecto a su enfermedad, se investigó en forma separada:

- 1.- Las acciones generadas por su Médico Familiar para el control y la prevención de las complicaciones por su diabetes (Tabla No. 1).
- 2.- El grado de conocimientos que el paciente tiene sobre su padecimiento (Tabla No. 2).
- 3.- El grado de cuidado que el paciente demuestra para sí mismo en relación con su enfermedad (Tabla No. 3).

El llenado de las cédulas se realizó mediante visita domiciliaria y revisión del expediente

clínico.

Con el objeto de eliminar la influencia de la escolaridad sobre las preguntas y obtener lo más realmente posible los resultados de las variables de las cédulas referidas, buscando la mayor facilidad para la evaluación cuantitativa las respuestas fueron afirmativas, negativas y ocasionales.

Los resultados finales se cuantifican numéricamente y grafican dando un valor porcentual para estimar su significancia estadística.

RESULTADOS.- Estudiamos 326 pacientes que solicitaron atención en el Servicio de Urgencias Generales en el período del 1o de Enero de 1933 - al 31 de Octubre del mismo año, a los cuales se les elaboró el diagnóstico de Diabetes Mellitus descompensada. Después de haber hecho la revisión de los casos, se excluyeron 72 pacientes por no llenar los requisitos solicitados en éste estudio, y sólo incluimos 254 casos, los cuales serán motivo de éste análisis.

De los 254 pacientes que solicitaron atención en el Servicio de Urgencias Generales con grado variable de descompensación de su diabetes, 51 eran del sexo masculino y 193 pacientes eran del sexo femenino (gráfica 1), lo que hace una relación de 3:1 favorable al sexo femenino, relación conocida y descrita por otros autores (5). La edad promedio fué de 44 años y su rango de 10 a 78 años. (gráfica No. 2).

Del total de pacientes requirieron hospitalización 168, lo que representa 66 % y en el restante 34 % ó sean 86 pacientes su problema fué resuelto en el Servicio de Urgencias Generales (Gráfica No. 3).

Como causas de descompensación encontramos las referidas en el Cuadro No. 1, en donde es de llamar la atención que uno de los principales factores es el abuso en la dieta con 113 pacientes, lo que representa el 46 %, seguido muy de cerca por el uso inadecuado de hipoglucemiantes con 73 pacientes, representando el 28 %. En re-

lación con el tipo de descompensación del paciente diabético se relacionan en el Cuadro No. 2, en donde vemos que la cetoacidosis con 126 casos y 49 %, seguida inmediatamente después por la hipoglucemia con 83 casos 31 % agrupan las dos terceras partes del total.

La descompensación del paciente, tomando en cuenta las cédulas elaboradas, queda distribuida de la siguiente manera:

A).- Los resultados de la encuesta para conocer la calidad de los servicios que se le otorgan al paciente en su Unidad de Adscripción, (Tabla No. 4), demuestran que las acciones del equipo de Salud fueron buenas para 72 % de los pacientes y malas para el 28 % restante.

B).- Los hallazgos de la encuesta para conocer el nivel de conocimientos del paciente en relación con su enfermedad, (Tabla No. 5), revelan que el 63 % de los pacientes respondieron negativamente a la encuesta, dando 66 del grado de desconocimiento de su enfermedad, sólo el 32 %

del total de pacientes demostró tener conocimientos sobre éste padecimiento.

C).- Los resultados de la encuesta para conocer el cuidado que el paciente demuestra para sí mismo se anotán en la Tabla No. 5 en donde se ve que el 62 % de los pacientes mostraron tener los cuidados apropiados en la vigilancia de su enfermedad y persona, siguiendo los lineamientos generales higiénico-dietéticos y farmacológicos indicados por su Médico Familiar; el 38 % restante, una tercera parte, -- sin embargo, mostró autodescuido, abandono y desobediencia a tales cuidados.

Los resultados del tipo de medicación con la cual los pacientes fueron externados del Hospital se relacionan en el Cuadro No. 3, donde llama la atención que el 76 % salió con hipoglucemiantes y sólo el 9.9 % con insulina.

ACCIONES DEL MEDICO FAMILIAR

No.	PREGUNTAS	SI	NO	OTROS
1	¿Le informan Los resultados de Los exámenes de laboratorio?			
2	¿Le informan para qué son los análisis?			
3	¿Le cita cada mes a consulta su Médico Familiar?			
4	¿Sabe cada cuanto tiempo lo cita su Médico Familiar?			
5	¿Le citan periódicamente al laboratorio?			
6	¿Le dan pláticas en su clínica?			
7	¿Siempre que va le dan pláticas?			
8	¿Entiende lo que le dicen en las pláticas?			
9	¿Acude a consulta con su Médico Familiar?			
10	¿Siempre que va le dan medicinas para su control?			
	TOTALES			
	PORCENTAJE			

ACCIONES DEL MEDICO FAMILIAR

No.	PREGUNTAS	SI	NO	A VOTOS
1	¿Le informan los resultados de los exámenes de laboratorio?			
2	¿Le informan para qué son los análisis?			
3	¿Le cita cada mes a consulta su Médico Familiar?			
4	¿Sabe cada cuanto tiempo le cita su Médico Familiar?			
5	¿Lo citan periódicamente al laboratorio?			
6	¿Le dan pláticas en su clínica?			
7	¿Siempre que va le dan pláticas?			
8	¿Entiende lo que le dicen en las pláticas?			
9	¿Acude a consulta con su Médico Familiar?			
10	¿Siempre que va le dan medicinas para su control?			
	TOTALES			
	PORCENTAJE			

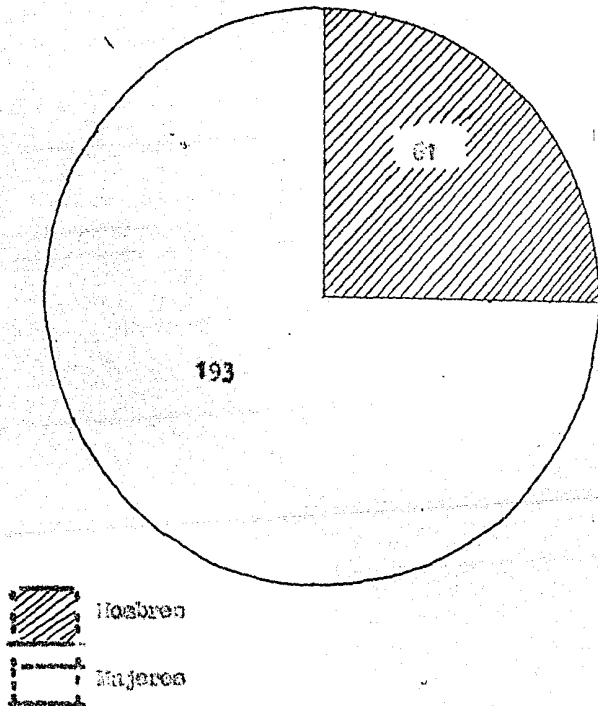
GRADO DE CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE
 SOBRE SU PADICIMIENTO

No.	PREGUNTAS	SI	NO	VÍCES
1	¿Sabe por qué le han cambiado su medicina?			
2	¿Sabe que la Diabetes le puede causar otra enfermedad?			
3	¿Le tiene miedo a la insulina?			
4	¿Sabe si sus hijos pueden nacer diabéticos?			
5	¿Sabe por qué debe llevar dieta?			
6	¿Sabe que la Diabetes puede dejarlo ciego?			
7	¿Sabe que la Diabetes puede causar la gangrena?			
8	¿Sabe cómo evitar éstas enfermedades?			
9	¿Sabe si la Diabetes es contagiosa?			
10	¿Le tiene miedo a la sacarina?			
	TOTALES			
	PORCENTAJE			

GRADO QUE EL PACIENTE MUESTRA EN EL
CUIDADO DE SI MISMO EN RELACION CON DIABETES

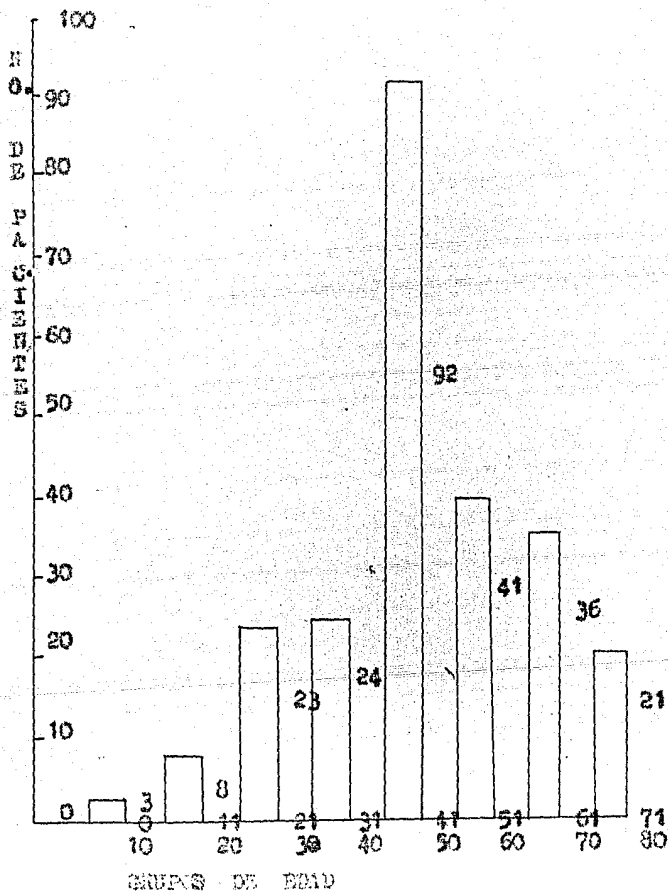
No.	PREGUNTA	SI	NO	% VEDES
1	¿Sabe cómo se llama el medicamento que usa para su control?			
2	¿Conoce la dosis correcta que necesita?			
3	¿Le preocupa su enfermedad?			
4	¿Siempre toma ó aplica su medicamento?			
5	¿Lleva alguna dieta?			
6	¿Siempre lleva la dieta?			
7	¿Sabe cuánto tiempo tiene con la dieta?			
8	¿Toma escarina?			
9	¿Siempre usa sacarinas?			
10	¿Come dulces, refrescos, etc.?			
	TOTALES			
	PORCENTAJE			

DISTRIBUCION DE ACUERDOS AL SEXO



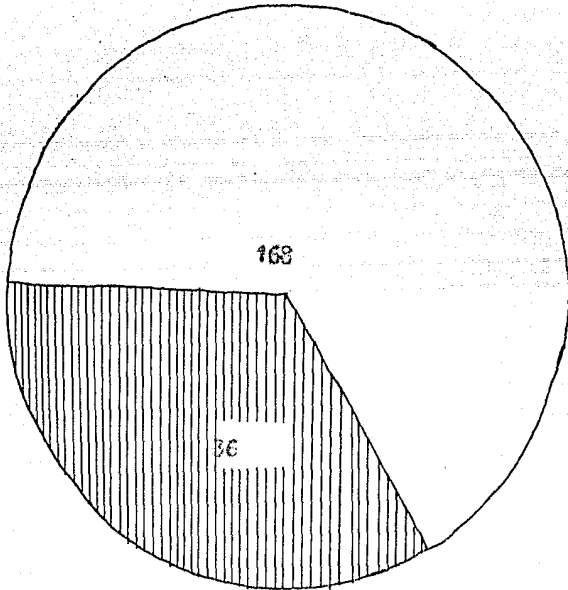
FUENTE: Libro de Ingresos y egresos de Uruguay.

EDAD EN DECADAS DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS



FUENTE: Expediente Clínico Personal.

TOTAL DE PACIENTES QUE SE DIAGNOSTICAN
COMO DIABETES MELITUS DESCOMPENSADA.



Se hospitalizan



Se resuelve en Clínicas Generales

FUENTE: Formas de Hospitalización y expediente
clínico personal.

CAUSAS DE LA DESCOMPENSACION

VARIABLES	SEXO		TOTAL	%
	FEM	MAS		
ENFERMEDADES concomitantes (infecciones)	27	14	41	15
Problemas emocionales (ira, alegría, etc.)	16	6	22	10
Uso inadecuado de hipoglucemiantes	38	35	73	28
Abuso en la dieta	62	56	118	46
TOTALES	143	111	254	100
PORCENTAJE	36	44	100	100

FUENTES: Expediente Clínico Personal

TIPOS DE DESCOMPENSACION

ENFERMEDAD	SEXO		TOTAL %	
	FEM	MAL		
Hipoglucemia	52	31	83	31
Cetoacidosis	41	82	126	49
Coma hiperosmolar no cetoico	15	18	33	12
Coma cetoacidotico	8	4	12	6
TOTALES	116	138	254	100
PORCENTAJE	45	55	100	

FUENTE: Expediente Clínico Personal.

RESULTADO DE ACCIONES DEL MEDICO

FAMILIAR

No.	PREGUNTAS	SI	NO	A VOCES
1	¿Le informan los resultados de los exámenes de laboratorio?	248	6	
2	¿Le informan para qué son los análisis?	248	6	
3	¿Lo cita cada mes a consulta su Médico Familiar?	236	10	
4	¿Con qué frecuencia lo cita su Médico Familiar?	240	10	
5	¿Lo citan periódicamente al laboratorio?	236	10	
6	¿Le dan pláticas en su clínica?	142	112	
7	¿Siempre que va le dan pláticas?	135	119	
8	¿Entiende lo que le dicen en las pláticas?	110	133	
9	¿Acude a consulta con su Médico Familiar?	124	117	
10	¿Siempre que va le dan medicinas para su control?	113	70	63
	TOTALES	1843	634	63
	PORCENTAJES	72	24	4

FUENTE: Encuesta personal domiciliaria

GRADO DE CONOCIMIENTOS DEL
PACIENTE SOBRE SU PADECIMIENTO

No.	PREGUNTAS	SI	NO	TOTALES
1	¿Sabe por qué le han cambiado su medicina?	44	210	
2	¿Sabe que la Diabetes le puede causar otra enfermedad?	203	45	
3	¿Le tiene miedo a la insulina?	57	197	
4	¿Saben si sus hijos pueden nacer diabéticos?	57	197	
5	¿Sabe por qué debe llevar dieta?	60	134	
6	¿Sabe que la Diabetes puede dejarlo ciego?	191	63	
7	¿Sabe que la Diabetes puede causarle gangrena?	71	103	
8	¿Sabe cómo evitar éstas enfermedades?	73	181	
9	¿Sabe si la Diabetes es contagiosa?	149	105	
10	¿Le tiene miedo a la sacarina?	112	142	
	TOTALES	1022	1518	
	PORCENTAJES	32	68	

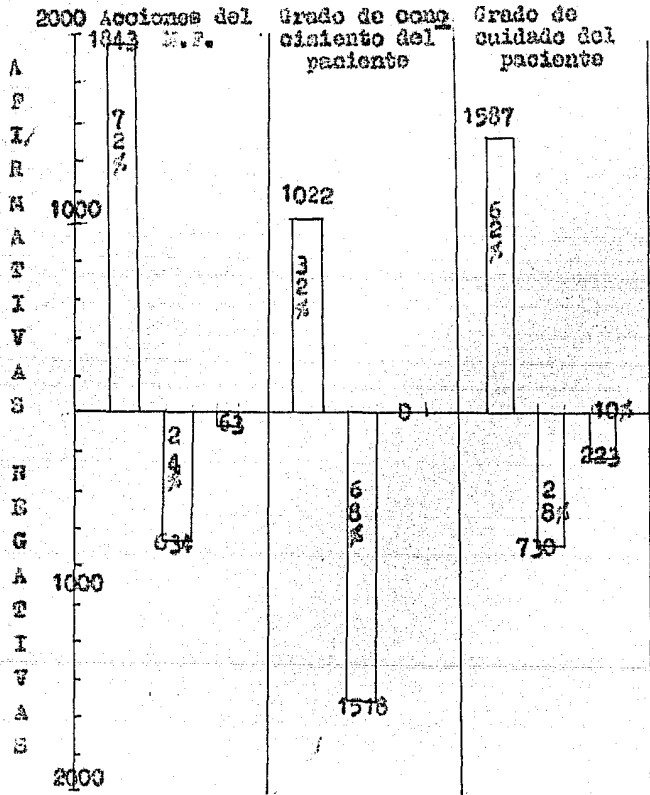
FUENTE: Encuesta personal domiciliaria.

GRADO QUE EL PACIENTE MUESTRA EN EL CUIDADO
DE SI MISMO EN RELACION A SU DIABETES.

No.	PREGUNTAS	SI	NO	A TODOS
1	¿Sabe cómo se llama el medicamento que usa para su control?	226	28	
2	¿Conoce la dosis correcta que necesita?	226	28	
3	¿Lo preocupa su enfermedad?	206	48	14
4	¿Siempre toma ó aplica su medicamento?	195	22	37
5	¿Lleva alguna dieta?	184	46	24
6	¿Siempre lleva la dieta?	145	63	45
7	¿Sabe cuánto tiempo tiene con la dieta?	145	63	45
8	¿Toma sacarina?	118	122	
9	¿Siempre usa sacarina?	115	125	14
10	¿Come dulces, refrescos, etc.?	27	185	42
	TOTALES	1587	730	223
	PORCENTAJE	62	28	100

FUENTE: Encuesta personal domiciliaria.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA DESCOMPENSA-
CION DEL PACIENTE DIABETICO



FUENTE: Encuesta personal domiciliaria.

TRATAMIENTO INSTITUIDO DESPUES DE
LA DESCOMPENSACION.

MEDICAMENTO	SEXO		TOTAL	%
	FEM	MAS		
Tolbutamida	79	86	165	64.1
Glibenclamida	13	19	32	12.6
Dieta	16	18	34	13.3
Insulina	14	9	23	9.9
TOTALES	122	132	254	100

FUENTE: Expediente clinico personal.

DISCUSION.- Nuestra intención al momento de decidir realizar éste trabajo, partió del hecho de observación nuestro de que la mayoría de los pacientes diabéticos sufrían descompensación como consecuencia de un cierto abandono para su persona, quizá negligencia y desconocimiento de las complicaciones que la enfermedad genera.

No es raro observar que el descuido por parte del paciente ó sus familiares no deja sentir con mayor trascendencia en aquéllos casos que en forma repetitiva asisten al Servicio de Urgencias Generales por algún tipo de desconocimiento de su Diabetes Mellitus y fué el motivo fundamental que nos hizo recordar en las regiones que éste tipo de pacientes pudieron tener para no llevar a cabo el tratamiento y las cuidados recomendados por su Médico Familiar. A simple vista y en forma general los factores que participan en el adecuado y eficiente control de un paciente diabético, dependerá -

en primer lugar de las acciones del Equipo de Salud y específicamente del Médico Familiar y el Departamento de Medicina Preventiva; en segundo lugar de la participación del propio paciente a través de su preparación en el conocimiento de su enfermedad; a la vez que del cuidado que él mismo muestra para su persona, y finalmente de todos los factores del medio ambiente que actúan favorablemente sobre el huésped.

Cuando observamos un paciente diabético que se presenta en el Servicio de Urgencias Generales con descompensación de su enfermedad, durante la elaboración de la Historia Clínica tratamos de orientar la búsqueda sobre el motivo ó la causa que favoreció ó determinó dicha descompensación, y generalmente encontramos abandono del tratamiento, alteración en el régimen dietético, ó un padecimiento infeccioso agregado.

En nuestro estudio encontramos datos intere-

antes, algunos ya conocidos como el hecho de que del total de pacientes, el 75 % fueron del sexo femenino y el 25 % restante del sexo masculino; la Diabetes Mellitus afecta predominantemente a las mujeres por múltiples causas que no es motivo hoy de discutir. Es también conocido que la edad adulta es la que mayor se ve afectada y en nuestra casuística la edad promedio de 44 años fué la encontrada, con rango de 19 a 78 años, lo que no amerita mayor discusión ya que la Diabetes Mellitus es un padecimiento que puede verse a cualquier edad de la vida.

En el Cuadro No. 1 aparecen las causas que motivaron la descompensación y como habíamos mencionado, en el 16 % se encontró un padecimiento infeccioso; en el 10 % de los casos fué atribuido a un problema emocional, al uso inadecuado de hipoglucemiantes se debió el 23 % y al abuso en la dieta el 46 %. Entos datos revelan que más del 60 % de las causas aquí referidas son directamente atribuibles al propio pa-

ciente, al abuso en la dieta por una parte y el uso inadecuado de hipoglucemiantes por la otra, aunque influenciadas por otras causas, éstas dependen esencialmente del enfermo y - hasta aquí, sí parecen reales las consideraciones que antes de éste trabajo hacíamos en relación a que era el paciente el único responsable de su descompensación. Del análisis de la encuesta para determinar con más precisión cuál era el causante de la descompensación, observamos que a pesar de que las acciones del Equipo de Salud no son del todo - lo deseables, las respuestas positivas en el 72 % denotan que su participación no es mala y en todo caso contribuiría sólo en el 28 % como generadora de descompensación al no ser lo eficientemente deseada, lo cual no es válido hacerlo por la metodología no apropiada para el caso, pero sí sugerible.

Contrariamente a lo que esperábamos, el paciente diabético sí muestra tener con más -

del 60 % de las respuestas afirmativas un cuidado más ó menos estrecho para sí mismo en relación con su enfermedad, aunque una tercera parte de ellos al responder en forma negativa u ocasional, deja entrever desconfianza, pero el que pueda ser atribuido a otras causas, como son la ignorancia sobre el padecimiento.

El cuestionario para conocer el grado de conocimientos que el paciente tiene sobre la Diabetes Mellitus mostró con el 68 % de respuestas negativas que dos terceras partes de los enfermos desconocen su enfermedad, las complicaciones que ésta puede generar y la importancia de las medidas higienico-dietéticas y medicamentosas en el pronóstico y la sobrevida.

La ignorancia de la población tanto en la causa, fisiopatología, complicaciones, así como la importancia de la insulina en el adecuado control de la Diabetes Mellitus es el factor más importante generador de descompensación. De llamar la atención que sólo el 32 % del ---

total de preguntas fueron afirmativas y éste debe de ser un punto que debemos de tener en cuenta cada vez que tengamos la oportunidad de atender un paciente diabético, dedicándole algunos minutos en la capacitación para el conocimiento y adecuado control de su enfermedad; así como el insistirles en la asistencia a los grupos de diabéticos integrados por Trabajo Social y Medicina Preventiva.

En el Cuadro No. 2 aparecen los tipos de descompensación encontrados en los 254 pacientes, prácticamente la mitad se presentó como cetoadidosis con 49 %, coma cetoadiósico 33 % como hiperosmolar 12 %, hipoglucemia 3 %.

De éstos resultados vale la pena comentar el elevado número de casos de coma hiperosmolar no cetósico, lo cual no es creíble y por las características del personal médico que labora en el Servicio de Urgencias podemos comprender el por qué, y anotar que lo más probable es que la mayoría hallan sido comas os

toacidóticos los cuales también son hiperglucémicos en un alto porcentaje.

La hipoglucemia también es una consecuencia generalmente de ignorancia en relación con los efectos de los hipoglucemiantes orales y la propia insulina.

Nos llama la atención los datos presentados en el Cuadro No. 3 en donde se dan a conocer el tratamiento con el cual el paciente fué externado, ya que del Servicio de Urgencias Generales de donde se egresaron el 34 % y de Hospital de donde salieron el 66 % restante é (ver Gráfica No. 1), pues a pesar del tipo de descompensación referido, cuando el empleo de insulina es ya inevitable, sólo el 3.3 % fué externado indicando éste necesario terapéutico y el 76.7 % se envió a su domicilio con hipoglucemiantes orales.

En relación con lo anterior, creemos que es necesario revisar los criterios nuevos en el uso de la insulina y/o de los hipoglucemiantes, ya que, aunque no podamos afirmarlo, nos

sugiere ó que no es una situación real ó que no se está haciendo una medicina adecuada; desafortunadamente no podemos llegar a mayores detalles en relación con éste estudio; pero sería interesante llevar a cabo un seguimiento de los pacientes diabéticos que se externalan.

CONCLUSIONES:

1.- Se encontró que la mujeres padecen más de Diabetes Mellitas que los hombre con una relación de 3:1, hecho ya conocido.

2.- La edad más frecuentemente afectada fué la quinta década de la vida, y el promedio los 44 años de edad, etapa más productiva de la vida, aún y cuando no respeta edades.

3.- Las dos terceros partes de los pacientes que solicitaron atención en el Servicio de Urgencias generales ameritaron hospitalización, y en consecuencia atención especializada, días cama, cuidados especiales.

4.- El 50 % de los pacientes refirió como cau-

sa de la descompensación el abuso en la dieta seguida muy de cerca por el uso inadecuado -- del método hipoglucemiante.

5.- La principal descompensación fué la cetoacidosis.

6.- El 75 % de los pacientes afirmaron que reciben buena atención por parte del Médico Familiar.

7.- El factor más importante de la descompensación resultó ser la ignorancia del paciente diabético con relación a su enfermedad.

8.- La revisión revela que el 64 % de los pacientes después del alta es manejado mediante hipoglucemiantes orales, específicamente tolbutamida y sigue prevaleciendo el concepto de que la insulina se utiliza sólo como último recurso, pues del total de pacientes sólo el 9.9 % empleaba éste procedimiento.

9.- La ignorancia como en todos los hechos de la vida es la causante final del fracaso de muchas de las acciones del Equipo de Salud en

Medicina Preventiva; por lo que es necesario insistir en las campañas de promoción educativa.

RECOMENDACIONES:

- 1.- Llevar control por escrito en Medicina Preventiva de las citas cumplidas por éstos-pacientes.
- 2.- Cuando un paciente no cumpla su cita, acudir a su domicilio particular a investigar el motivo.
- 3.- Revisar la bibliografía actual en cuanto a uso de hipoglucosiantes después de la primera descompensación.
- 4.- Unificar criterios con especialistas en cuanto a diagnóstico para evitar estadísticas falsas.
- 5.- Continuar el seguimiento de los pacientes diabéticos.
- 6.- Mayor atención a las pláticas de orientación a grupos de diabéticos por personal-capacitado académicamente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Iain Stralgo.- Historia de la Medicina.
Tomo III. Capitulo 12, Salvat 1978 Méxi-
co, D.F. 8ava Edición.
- 2.- Arthur O Guyton.- Fisiología Humana. Com-
pendio. Capitulo 31, Interamericana 1976
Buenos Aires, Argentina, 3a Edición.
- 3.- Andres Geth.- Farmacología. Capitulo 37-
Interamericana 1975 México, D.F.
- 4.- Harrison.- Medicina Interna. Capitulo 97,
Ed. Médica Mexicana 1977 Buenos Aires,-
Argentina, 4a Edición en español.
- 5.- Pedro Font.- Patología y Clínica Médicas-
Tomo V, Capitulo VI, Salvat 1977 Madrid,
España.
- 6.- Diabetes Control and complications: New stra-
tegies and insight. Paediatrics 89, of al-
J Paediatric 1983 Jun;102 (6):805-13.
- 7.- Education for diabetic patients: a propiti-
ble investment (editorial) Higuera B. -
Med. Clin (Barcelona) 1983 Apr 16;80(13):582-4

- 8.- Educations of patients with diabetes mellitus as a method of treatment Eaton J, et al Pol Tyg Lek 1983-Dec 27;37 (51-52): 1593-602.
- 9.- Is diabetes mellitus on the way to an epidemiological state of equilibrium? Schuberth A, et al Z Gesamte Inn Med 1982 Nov.
- 10.- Prevalence and incidence of known cases of diabetes mellitus among a large city population Jagielinska-Kalinowska Pol Tyg Lek 1982 Dec 27;37(51-52): 1553-7
- 11.- Diabetes reflections on the problem Eaton J. Pol Tyg Lek 1982 Dec 27;37 (51-52)1541
- 12.- Exercise and diabetes Defavorer DE Wd Starke Med J 1982 Dec 31 (18) 29.
- 13.- Stress and diabetic control (letter) Instenon NJ, et al Lancet 1983 Mar 12;1(8324)58
- 14.- New treatment for diabetes. Fartherland B B Trans Am Soc. Artif Intern Organ. 1982;28
- 15.- Effects of a formalized diabetes education Karlander SG, et al Acta Med Scand 1983