

11228
2ej
220



Universidad Nacional Autónoma
de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

DETERMINACION DE LOS FACTORES QUE
IMPIDEN EN NUESTRO MEDIO EL
CONTROL METABOLICO ADECUADO
DEL PACIENTE DIABETICO



T E S I S

Que para obtener el Grado de
Especialista en Medicina Familiar

U.M.F. No. 20
DEPTO. DE
ENSEÑANZA
INVEST.

presenta

Dra. Maria Guadalupe Piña Grimaldo

Generación 1983 - 1985



IMSS
Instituto Mexicano del Seguro Social



México, D. F.

1984



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.

INTRODUCCION:

La diabetes mellitus es quizá la entidad nosológica más antigua de la que se tiene conocimiento, y existen descripciones clínicas de la misma en el papiro Egipcio de Ebers, que data desde 1500 años A. C. Sin embargo, a pesar de tantos años transcurridos y de que durante la mayoría de ellos, especialmente durante los últimos 150 años, la diabetes ha sido punto importantísimo de atención, con numerosos estudios e investigaciones que han permitido entender este complejo trastorno del metabolismo intermedio y se han descubierto y aplicado numerosos medicamentos, la insulina, que duda cabe, el más valioso de ellos, no se ha conseguido el control adecuado, no digamos ya perfecto, de esta alteración metabólica, y continúa siendo una meta difícil de alcanzar. Se ha logrado prolongar la vida de los pacientes diabéticos, es cierto, pero también es cierto que con ello los pacientes presentan alteraciones vasculares con mucha más frecuencia y a menor edad que la población no diabética, complicaciones que antes de la era insulínica prácticamente eran desconocidas por el fallecimiento temprano de los enfermos.

Surgen aquí varias interrogantes ¿manifestaciones tardías de la diabetes, tales como la nefropatía, neuropatía y retinopatía, para mencionar las más importantes, secundarias a prolongada intolerancia a los hidratos de carbono que no ha sido adecuadamente resuelta? o por el contrario ¿son de efectos concomitantes, precursores a la alteración metabó-

lica? ¿Estarán ciertos diabéticos inexorablemente condenados a desarrollar ciertas complicaciones, o es el tratamiento intenso la respuesta para retardar o evitar la presencia de la micro y la macrovasculopatía sistémica del paciente diabético?

Un grupo de investigadores han señalado que se trata simplemente de dos alteraciones genéticas diferentes: una dando lugar al problema vascular y otra al problema metabólico. De ser esto verdad, ¿tendría alguna importancia tratar de mantener lo más cercano a la normalidad las cifras de glucemia del paciente diabético, si a fin de cuentas poco tenemos que ofrecerle para resolver su problema altamente invalidante? Pero esto no es todo, ya que existen muchas controversias en este padecimiento, algunos investigadores arguyen que existe suficiente evidencia clínica, biológica e histológica como para poner en duda de que las alteraciones metabólicas a que da lugar la deficiencia de insulina, son los directamente responsables de las complicaciones de la diabetes.

A pesar de desconocerse la edad exacta de pacientes diabéticos en nuestro país, no hay duda que su número ha ido aumentando y se supone que en la actualidad 2.5% de la población es diabética y si a esto añadimos que por cada diabético conocido existe uno desconocido, debemos esperar un 5% de diabéticos en toda nuestra población, lo que significa aproximadamente 3.5% millones de mexicanos.

De todo lo anterior, se desprende el alto grado de importancia que tiene este padecimiento en el ser humano, y si

es el descontrol metabólico prolongado lo que propicia la aparición de complicaciones diabéticas, ¿se ha intentado en nuestro medio investigar a fondo que factores intervienen para dificultar el control adecuado de este padecimiento? y de ser así ¿qué medidas se han adoptado para evitarlos y disminuir al mínimo esas complicaciones y proporcionar a nuestros pacientes una vida mucho más digna y a la cual tienen derecho?

Creo que sobre este tópico mucho tendremos que reflexionar todos nosotros.

DEFINICION:

Muchos han sido los intentos por definir qué es la diabetes mellitus, sin embargo, ninguna definición hasta la fecha ha logrado describir satisfactoriamente todo lo que este síndrome implica, por lo que, y a la luz de los conocimientos actuales que sobre diabetes se tienen, sólo mencionaremos el siguiente concepto.

La diabetes mellitus es la manifestación clínica del trastorno del metabolismo intermedio con una etiología múltiple, con características muy variables en su forma de presentación, con evolución que tiende a cronicidad, cuya repercusión es muy importante en las esferas psicológicas y social, tanto en el enfermo como en el núcleo familiar.

ETIOLOGIA:

La hiperglucemia que caracteriza a la diabetes mellitus --

clínica y la relativa o absoluta carencia de insulina pueden ser el reflejo, ya sea de una compleja o sistémica enfermedad crónica o un factor causal. En la actualidad se reconocen numerosas causas de diabetes mellitu de las cuales sólo mencionaremos las más importantes:

1. Herencia.- La herencia es la que determina en gran -- proporción las alteraciones celulares, especialmente -- en las células beta de los islotes de langerhans, el -- factor hereditario ha sido ampliamente reconocido por la frecuencia con la que familiares y pacientes diabéticos desarrollan también este padecimiento y conforman la diabetes mellitus clasificada como tipo II.
2. Medio ambiente.- Se ha demostrado que los factores -- ambientales también influyen en una forma muy directa al desarrollo de diabetes y no es difícil observarla -- en casos de obesidad, procesos infecciosos especial -- mente por virus y que en la actualidad se reconoce esta última como la causa más frecuente de diabetes mellitus tipo I.
3. Hormonal.- a) Hipoinsulinemia b) Hiperinsulinemia.
4. Enfermedad pancreática neonatal o postinfancia.
5. Drogas.- a) agentes beta tóxicos b) disminución en la secreción de insulina.
6. Alteración en los receptores de insulina:
 - a) Defecto en los receptores de insulina.
 - b) Anticuerpos receptores de insulina.

7. Otras causas: Síndromes Genéticos.

- a) Errores innatos del metabolismo.
- b) Síndrome de resistencia a la insulina.
- c) Alteraciones neuromusculares hereditarias.
- d) Síndrome progeroide.
- e) Síndrome de intolerancia a la glucosa secundaria a obesidad.
- f) Alteración citogenética: down, turner, klinefelter.
- g) Diabetes mellitus de la senectud.

CLASIFICACION:

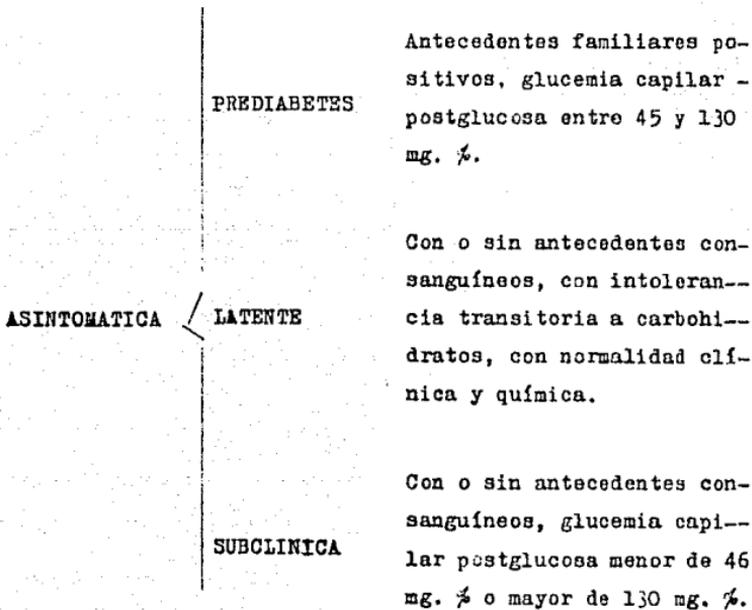
Mucho se ha discutido y escrito para lograr hacer una clasificación de la diabetes mellitus que permita agrupar las diferentes causas que la producen, disponiéndose en la actualidad la que, de acuerdo al National Diabetes Data Group la clasifica en:

Tipo I. Comienzo brusco, se presenta en sujetos de peso normal o disminuido, generalmente jóvenes, con --tendencia a la cetoacidosis, la secreción de la --insulina está disminuída, está asociada a la presencia de antígenos histocompatibles (HA) es insulino--dependiente.

Tipo II. Comienzo incidioso, se presenta en adultos con sobrepeso, la secreción de insulina aún disminuida se conserva, hay resistencia a la cetoacidosis, no se asocia a la existencia de antígenos histocompatibles, es no insulino dependiente, y se subdivide en obesos y no obesos.

Otros tipos. Corresponde a la que anteriormente se llamaba mellitus secundaria y que incluye a todos aquellos pacientes cuya causa de hiperglucemia es conocida como el síndrome de cushing, feocromocitoma, acromegalia, aldosteronismo primario, etc.

Por otra parte, nosotros usamos una clasificación desde el punto de vista clínico, la cual sigue teniendo vigencia en nuestro medio, puesto que con ello podemos establecer el --tratamiento médico más adecuado.



SINTOMATICA

ESTABLE

Con o sin antecedentes con-
sanguíneos, sintomatología
y signología presentes ini-
cia 5a. década de la vida,
evoluciona lenta y gradual-
mente.

INESTABLE

Con o sin antecedentes con-
sanguíneos sintomatología y
signología presentes, apa-
rición de la 1a. a 3a. dé-
cada de la vida, inicio --
brusco, progresión rápida,
tendencia acetocidosis, --
respuesta variable y tran-
sitoria al tratamiento.

FISIOPATOLOGIA:

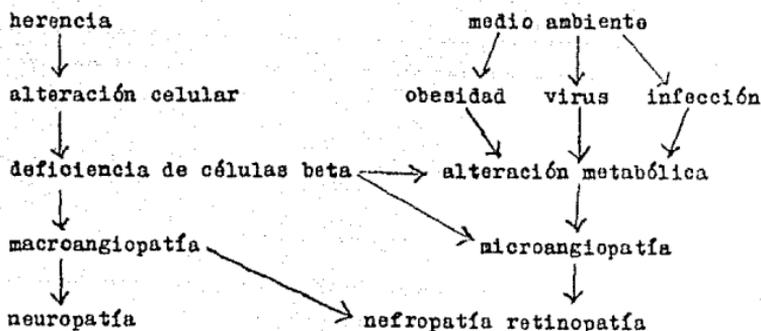
En el desarrollo de la diabetes, participan factores here-
ditarios y ambientales que determinan una alteración de --
las células beta, de los islotes de langerhans y producen
deficiencia en su función que se manifiesta en forma de: -
disminución en la producción de insulina, siendo sus mani-
festaciones clínicas: polidipsia, polifagia y pérdida de
peso corporal.

La herencia es la que determina la mayoría de las altera-
ciones celulares, siendo las más importantes las que radi-
can en las células B y las que dañan los vasos sanguíneos.

El factor ambiental actúa como desencadenante , se le relaciona con procesos infecciosos , el factor hereditario es más importante que el ambiental .

La alteración metabólica que se presenta por persistencia de los factores antes mencionados , lesiona grandes vasos, la que se conoce como macroangiopatía, y vasos de pequeño calibre que es la microangiopatía. Estas lesiones se hacen evidentes por compromisos de diversos órganos, como el corazón, los riñones, el sistema nervioso, los ojos, etc. Y son más graves a manera que transcurre el tiempo .

FISIOPATOLOGIA



COMPLICACIONES:

- I. Agudas, son urgencias médicas ocasionadas por hiposecreción e hipoactividad insulínica, dando por resultado cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar, otra causa de urgencia es la hiperinsulinemia medicamentosa. Tienen generalmente condy.vantes que intervienen en su presentación, tales son infecciones del tracto urinario, respiratorio, gastrointestinal, transgresiones dietéticas, higiénicas y la suspensión de medicación hipoglucemiante.

Se caracterizan por su evolución progresiva, presentándose las manifestaciones clínicas del padecimiento en su máxima expresión y produciéndose importantes alteraciones en el metabolismo energético, hídrico, electrolítico y ácido base, las que ocasionan de no efectuarse un adecuado tratamiento, la muerte del individuo.

El tratamiento de estas complicaciones está encaminado a corregir los desequilibrios descritos anteriormente por medio de la utilización de la insulina rápida, en dosis que dependen de la cantidad total de glucosa circulante, la administración de soluciones parenterales específicas y la aplicación de electrolitos en cada caso particular.

El coma hipoglucemiante está generalmente asociado a la administración excesiva de insulina, o de hipoglu-

ceminales orales; con mayor frecuencia la aplicación o ingesta del fármaco y el ayuno parcial o total. A diferencia del coma hiperglucémico, la hipoglucemia evoluciona en forma rápida caracterizándose por síntomas y signos dependientes de la acción de la hipoglucemia sobre el sistema nervioso central, sobre el sistema nervioso vegetativo, sobre el sistema muscular y sobre la psique del enfermo.

El tratamiento de esta complicación aguda lo constituyen soluciones hipertónicas de glucosa suministradas por vía endovenosa en forma rápida y a goteo continuo para evitar descensos posteriores de las cifras de glucosa, a la vez que corrigen las causas que determinaron su presencia.

2. Complicaciones crónicas:

MICROANGIOPATIA

- retinopatía
- neuropatía
- nefropatía
- gangrena seca
- necrobiosis lipofídica

ARTERIOESCLEROSIS

- nefropatía
- gangrena seca
- accidente vascular cerebral.

ATEROESCLEROSIS

- hipertensión arterial
- infarto del miocardio
- infarto mesentérico
- infarto pulmonar
- oclusión arterial periférica.

La principal complicación de la diabetes mellitus es el daño vascular progresivo e irreversible. Estas alteraciones pueden ser tanto estructurales como bioquímicas que van a originar un engrosamiento de las paredes vasculares por incremento en el depósito de lípidos y polisacáridos reduciendo la luz vascular, dichas alteraciones vasculares son de tres categorías:

Microangiopatía.— Abarca arteriolas capilares y vénulas.

Este procedimiento está presente en la glomeruloesclerosis diabética, retinopatía diabética y en los vasos nervorum, constituyendo la triopatía diabética.

Arteriosclerosis.— Que involucra a las arterias pequeñas del organismo acompañada de hipertensión en la mayoría de los casos, siendo más común en los diabéticos que en los no diabéticos.

Aterosclerosis.— También más común en los diabéticos que en los no diabéticos, pudiendo aparecer placas líquidas y a veces de calcio en los vasos de mayor calibre.

De las complicaciones de la microangiopatía las más importantes están:

a) **Retinopatía.**— Las alteraciones retinianas se clasifican en tres etapas:

- los microneurismas y la dilatación venosa tienden a ser perimaculares.
- Exudados y hemorragias.— Los capilares están re --

torcidos y las venas distendidas y tortuosas, saculadas, así como hemorragias y exudados.

- Retinitis proliferante.- Hemorragias retinianas en vitreo, que con la retracción del tejido cicatricial puede producirse desprendimiento de retina.

El derrame en el globo ocular puede originar un glaucoma hemorrágico muy doloroso.

- La catarata de tipo metabólico está relacionada con los cambios osmóticos del cristalino.

- b) **Neuropatía:** es más frecuente la polineuritis afectando a menudo los miembros inferiores y casi siempre bilateral, traduciéndose por alteraciones sensitivas en forma de hormigueo, pinchazos, calambres, quemaduras, las alteraciones motoras son debilidad muscular, hipotonía, disminución y abolición de reflejos osteotendinosos. Las alteraciones en el sistema nervioso vegetativo puede manifestarse por estreñimiento pertinaz, diarrea nocturna, impotencia sexual e hipotensión ortostática.

HISTORIA NATURAL:

No se sabe a ciencia cierta cuando empieza la diabetes, pero hay personas que por predisposición hereditaria o ambiental tienen mayor riesgo a desarrollar diabetes que la población general; en muchas de estas personas no se pueden demostrar anomalías en el metabolismo de los hidratos de carbono y en la antigua clasificación de la dia-

betes eran designados como prediabetes, en la actualidad es preferible asignarle el nombre de anomalía potencial de la tolerancia a la glucosa.

Hay otras situaciones en las que algunos sujetos sometidos a situaciones de stress presentan hiperglucemia de ayunas o tolerancia a la glucosa disminuída; si el trastorno persiste solamente mientras dura el stress y luego se normaliza, se designan como anomalía previa de la tolerancia a la glucosa. Las personas con tolerancia a la glucosa disminuída pueden pasar a la diabetes mellitus franca o regresar a la normalidad.

SINTESIS DE LA HISTORIA NATURAL DE LA DIABETES MELLITUS

1. Anomalía potencial de tolerancia de glucosa al nacimiento, antecedentes.
2. Anomalía previa de intolerancia a glucosa
 - embarazo
 - obesidad
 - infarto a miocardio
 - cirugía
 - infección
 - quemaduras
3. Diabetes manifiesta en forma aguda.
 - polidipsia
 - poliuria
 - pérdida de peso
 - hiperosmolaridad
 - polifagia
 - cetoacidosis

- | | |
|------------------------|-----------------|
| | ateroesclerosis |
| 4. Diabetes manifiesta | neuropatía |
| en forma crónica. | retinopatía |
| | nefropatía |
| 5. Muerte. | |

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los factores por parte del paciente diabético adscrito a la UMF No. 20, que influyen o determinan su descontrol metabólico ?

HIPOTESIS:

Existen factores socio-económicos por parte del paciente - diabético adscrito a la UMF No. 20, que impiden llevar su control metabólico adecuado.

MATERIAL Y METODOS

I. Caracterización del trabajo :

- observacional, ya que no se modificaron las condiciones socioeconómicas en las que , se desenvuelve el paciente , unicamente se observaron .
- descriptivo, ya que unicamente se destacaron las características más importantes del grupo, describiéndolas.
- transversal, ya que los pacientes solo se vieron en una sola ocasión , durante la entrevista.
- prospectivo , ya que los hechos se estudiaron conforme se iban presentando .

2. Delimitación del universo:

pacientes diabéticos mayores de 15 años , de ambos sexos, con consulta subsecuente, adscritos a la UMF 20 — descontrolados (tomando como descontrol cifras de glucemia mayor de 130mg% preprandial.

3. Sistema de muestreo

La muestra fué representativa, elegida al azar, de los pacientes diabéticos de la UMF 20, por medio de las --- tarjetas del programa de control de diabéticos llevado en la unidad. Se tuvieron 455 pacientes diabéticos, y en base a un estudio previo exploratorio que se hizo --- se encontró un 60% de descontrol de la población dia--- bética registrada, un 60% son mujeres y un 40% hom --- bres. Se tomó un 22% de la cantidad de pacientes des--- controlados (universo es de 273 pacientes), un 60% de --- mujeres (36 pacientes) , y un 40% de hombres (24 pacien --- tes). La muestra se obtuvo dividiendo a la clínica --- 20 por sus módulos de atención (8) , tomando 7 pacien--- tes de cada módulo

4. Los formularios para la recolección de datos fueron --- dirigidos :

- al paciente, preguntando el nivel socioeconómico, esco--- laridad, formas de vida .
- al médico preguntando los factores por parte del pa--- ciente que condicionan su descontrol metabólico.

5. Actividades para la recolección de datos :

Por medio de las tarjetas del programa del control de diabéticos de la UMF 20, se detectó la dirección o te--- lefono de los pacientes, los cuales cite en la UMF 20 para la realización de la encuesta .

Así mismo, en la UMF 20 realizando encuestas a los mé--- dicos familiares , los cuales son en su totalidad 82. --- realizando un total de 52 entrevistas , representando --- un 63% del universo .

6. La delimitación espacial de la recolección:

Se hizo en pacientes adscritos a la UMF 20 diabéticos-
iescontrolados en 1984 .

7. Los recursos necesarios para la recolección:

hojas para los cuestionarios, lápiz, goma, plumas.

8. Personal necesario para la recolección:

el investigador, y asistentes médicas.

9. Las variables utilizadas para elaborar la escala de --
clasificación fueron:

-ingreso percibido per capita destinado a su alimenta-
ción .

-rigurosidad en tratamiento

-rigurosidad en la dieta

-responsabilidad con respecto a su enfermedad

-comunicación con su médico

10. Sistema de computación :

por medio de paloteo, resaltando las variables utili--
zadas en el sistema de clasificación .

Nombre _____

Edad _____

Sexo _____

Domicilio _____

Escolaridad _____

Ocupación _____

- I.-¿Cuál es el ingreso mensual de su familia destinado a la alimentación ?
- 2.-¿Cuántas personas comparten ese ingreso?
- 3.-¿Lleva su tratamiento médico al pie de la letra; si la respuesta es negativa , porque?
- 4.-¿Su médico le ha proporcionado la dieta que debe llevar?
- 5.-¿Lleva la dieta prescrita en forma adecuada ?
- 6.-¿Cuando no cumple con su dieta a que causas se debe?
- 7.-¿La dieta que tiene que llevar le ocasiona más gastos?
- 8.-¿Deja pasar una cita con su médico sin acudir, si la respuesta fue negativa , porque?
- 9.-¿Cuántas veces al año va al médico, para el control de su padecimiento?
- 10.-¿Le ha informado su médico sobre su padecimiento?
- II.-¿Tiene usted confianza en su médico , si la respuesta es negativa , porque?
- 12.-¿Su médico le permite hablar acerca de su enfermedad en forma libre .
- 13.-¿Entiende usted claramente lo que le explica su médico?

PRESENTACION DE RESULTADOS

Encontramos en el presente estudio que la distribución de diabéticos descontrolados por sexo, el mayor porcentaje fue femenino, con 36 mujeres, representando un 60%. Y los hombres un 40% con 24 pacientes. (vid infra cuadro 1, gráfico 1).

La distribución por edad, de los 20 a 25 años, solo se tuvieron 2 pacientes representando un 3%. El mismo porcentaje de los 35 a 39 años. El mayor porcentaje se encontró en el rango de los 40 a los 64 años, con 48 pacientes, dando un porcentaje de 80%. De los 65 a los 69 años, así como de los 70 a 74 años fueron 4 pacientes representando un 6.6%. (vid infra cuadro 2, gráfico 2).

Con respecto a ingreso percapita diario, se tuvo que por porcentajes acumulados un 30% de los pacientes se encontraba por debajo de los \$100.00, siendo 18 pacientes. Un 56% (34 pacientes) por debajo de los \$150.00. 83% (50 pacientes) debajo de \$200.00. 86% (52 pacientes) por debajo de \$250.00. Y el 100% de nuestros pacientes por debajo de \$350.00 (vid infra cuadro 3, gráfico 3).

Por factores que impiden el control por parte del paciente fueron: no llevan dieta 42 pacientes representando un 70%. No acuden a sus citas 20 pacientes dando un 39%. No cumplen su tratamiento 10 pacientes dando un 33%. (vid infra cuadro 4, gráfico 4)

Los factores por parte del médico que impiden el control del paciente diabético fueron:

No tenían información 18 pacientes, dando un 33%. No le permiten hablar al paciente (18 pacientes) representando un 33%. No les proporcionaron dieta a 16 pacientes, dando un 39%. (vid infra cuadro 5, gráfico 5)

Por escolaridad con respecto a dieta, los analfabetas, 10 pacientes no llevan dieta, dando un 33% por clase. Los de educación primaria 30 pacientes, dando en 34% por clase. - Los de educación secundaria no llevaban la dieta 2 pacientes, dando un 50% por clase (vid infra cuadro 6)

Por ocupación con respecto a dieta, se tuvo que: las amas 28 pacientes no llevaban dieta, siendo un 77%. Los obreros, 4 pacientes no llevaban dieta representando un 66%. - Los mecánicos 4 pacientes no la llevaban representando un 100%. Los empleados todos llevaban la dieta (6 pacientes). Los que no laboraban (4 pacientes) no la llevaban, representando un 66%. Los comerciantes (2 pacientes) no la llevaban, representando en 100% de su clase. (vid infra, cuadro 7).

Por ocupación con respecto a formalidad en sus citas, se tuvo que, de las amas de casa, 7 pacientes, no acuden a sus citas de control, representando un 19% por clase. Los obreros no acuden a sus citas, representando un 16.4%. Los mecánicos, los 4, acudían a sus citas. Los empleados, un paciente no acudía, representando un 16% por clase. Los que no laboraban, 1 no acudía a sus citas, siendo un 16% por clase. Los comerciantes, los 2, acudían a sus citas,

siendo el 100% por clase. (vid infra cuadro 7)

Por lo que se refiere al tratamiento con respecto a la -- educación, se tuvo que, de las amas de casa 2 pacientes no llevaban su tratamiento, representando un 6% por clase. -- Los obreros, 2 pacientes no llevaban su tratamiento, re -- presentando un 33% por clase. Los que no laboran, 2 no -- llevaban su tratamiento, representando un 33% por clase, -- Los comerciantes, los 2 pacientes llevaban su tratamiento, representando el 100%. (vid infra cuadro 7).

De las causas del por qué no llevaban la dieta se encontró que: por causas económicas 32 pacientes, representando un 62%. Por hiperexia, 12 pacientes no la llevaban, repre -- sentando un 23%. Por decidia, 2 pacientes representando -- un 4%. Por razones de trabajo, 4 pacientes, representando un 8%. Por causas de tipo social (reuniones familiares, -- convivios), 2 pacientes no la llevaban, representando un -- 4%. (vid infra cuadr 8, gráfica 6).

La opinión de 52 médicos familiares de la UMF 20 de las -- causas del descontrol por el paciente mismo, se tuvo que, 42 médicos opinaron por no llevar la dieta, representando un 81%; 10% de los médicos (10) opinaron que por no llevar tratamiento. (vid infra cuadro 9, gráfico 7).

CUADRO # 1

22

 DIABETICOS DESCONTROLADOS POR SEXO DE LA UMF 20, 1984

SEXO	No. DE INDIVIDUOS	PORCENTAJE
Hombres	24	40
Mujeres	36	60
T O T A L	60	100

CUADRO # 2

 DIABETICOS DESCONTROLADOS POR EDAD DE LA UMF 20, 1984

EDAD-AÑOS	No. DE INDIVIDUOS	PORCENTAJE
25 - 29	2	3.3
30 - 34	0	0
35 - 39	2	3.3
40 - 44	8	13.3
45 - 49	6	10.0
50 - 54	12	20.0
55 - 59	8	13.3
60 - 64	14	23.3
65 - 69	4	6.6
70 - 74	4	6.6
T O T A L	60	100 0

CUADRO No. 3

INGRESO PER CAPITA DIARIO EN PACIENTES DIABETICOS DESCON-
TROLADOS DE LA UMF 20, 1984

INGRESO \$	No. INDIVIDUOS	PC ACUMULADAS	% ACUMULADOS
50 - 99	18	18	30
100 - 149	16	34	56
150 - 199	16	50	83
200 - 249	2	52	86
250 - 299	4	56	93
300 - 349	4	60	100
T O T A L	60		

DIABETICOS DESCONTROLADOS POR FACTORES QUE IMPIDEN SU -
CONTROL, UMF 20, 1984.

FACTORES	No. INDIVIDUOS	PORCENTAJE
No llevan dieta	42	70
No acuden a sus citas méd. 20		39
No cumplen su tratam.	10	33

NOTA EXPLICATIVA: El porcentaje es en relación a la cantidad total de pacientes, por lo que no son sumativas las columnas, ya que puede haber pacientes que no llevan la dieta y al mismo tiempo no acuden a sus citas o no cumplan con su tx.

CUADRO No. 5

FACTORES POR PARTE DEL MEDICO QUE IMPIDEN EL CONTROL METABOLICO DEL PACIENTE DIABETICO, UMF 20, 1984

FACTORES	No. INDIVIDUOS	PORCENTAJE
No dan información	18	33
No permiten hablar al pac.	18	33
No proporcionan la dieta	16	39

NOTA EXPLICATIVA: Idem Cuadro No. 4.

CUADRO No. 6

DIABETICOS DESCONTROLADOS POR FACTORES QUE IMPIDEN SU CONTROL, RELACIONADO CON ESCOLARIDAD, UMP 20, 1984.

(Se presentan resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos.)

ESCOLARIDAD.	No. DE INDIV.	NO LLEVAN DIETA.	% p.cl.	No ACUDEN CITA	% p.cl.	NO CUMPLEN Tx	% p.cl.
Analfabeta	12	10	83	2	16	4	33.0
Primaria	44	30	34	16	36	4	9.0
Secundaria	4	2	50	2	50	2	50.0
T O T A L	60						

CUADRO No. 7

DIABETICOS DESCONTROLADOS POR FACTORES QUE IMPIDEN SU CONTROL RELACIONADO -

CON OCUPACION, UMF 20, 1984.

(Se presentan resultados de la encuesta aplicada a los diabéticos)

OCUPACION.	No. DE INDIV.	NO LLEVAN DIETA	% p.cl.	NO ACUDEN A GITA	% p.cl.	NO CUMPLEN Tx	% p.cl.
Hogar	36	28	77	7	19	2	6
Obrero	6	4	66	1	16	2	33
Mecánico	4	4	100	0	0	2	50
Empleado	6	0	0	1	16	2	33
No laboran	6	4	66	1	16	2	33
Comerciante	2	2	100	0	0	0	0

NOTA: % p.cl. = porcentaje ponderado por clase.

CUADRO No. 8

CAUSAS POR LAS QUE NO LLEVAN LA DIETA LOS PACIENTES DIABÉTICOS DESCONTROLADOS DE LA UMF 20, 1984

CAUSA	No. DE INDIVIDUOS	PORCENTAJE
Económica	32	62
Hiperexia	12	23
Decidia	2	4
Trabajo	4	8
Social	2	4
T O T A L	60	100

CUADRO No. 9

OPINION DE MEDICOS FAMILIARES DE CAUSAS DEL DESCONTROL - POR PARTE DEL PACIENTE UMF 20, 1984

CAUSA	No. DE MEDICOS	PORCENTAJE
No llevan dieta	42	81
No cumplen Tx	10	19
T O T A L	52	100

GRAFICO # 1

Diabéticos descontrolados por sexo de la UMF 20, 1984

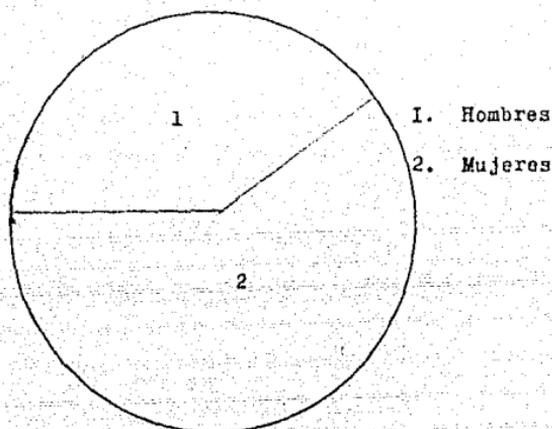


GRAFICO # 2

Diabéticos descontrolados por edad, UMF 20, 1984.

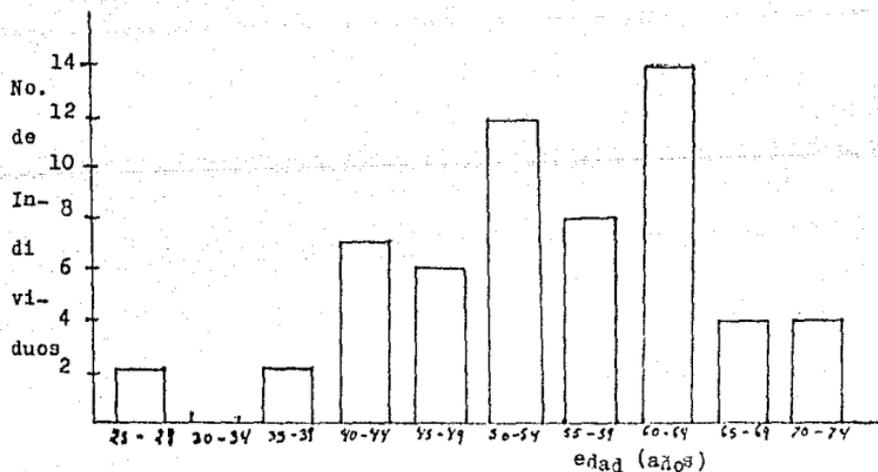


GRAFICO # 3

Ingreso per cápita diario en diabéticos descontrolados
UMF 20, 1984.

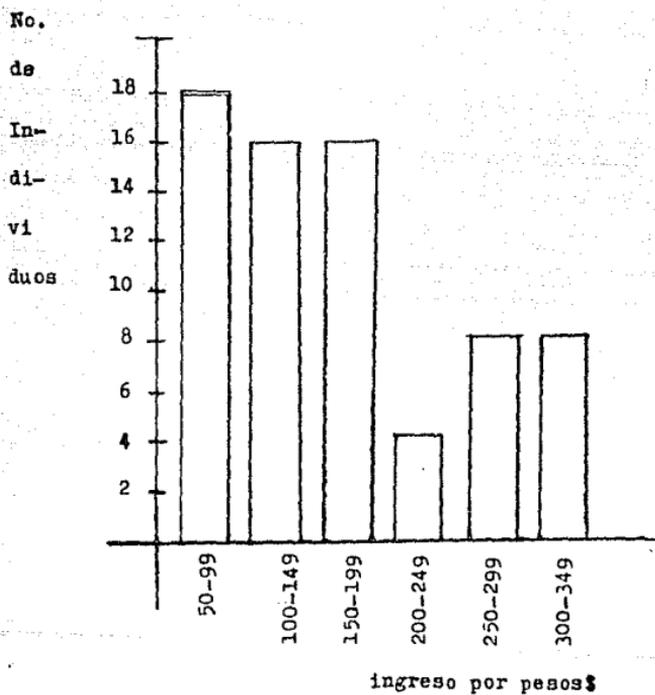
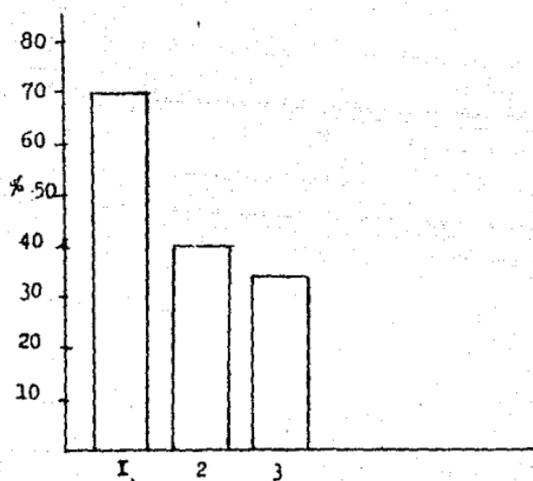


GRAFICO # 4

Diabéticos descontrolados por factores por parte
del paciente que impiden su control UMF 20, 1984

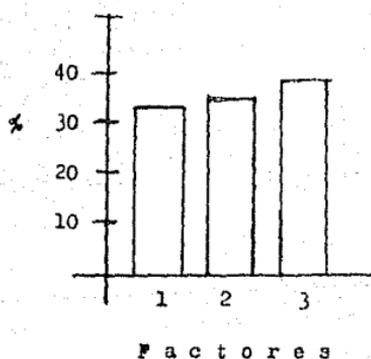


Factores

1. No llevan dieta
2. No acuden a sus citas
3. No cumplen su tratamiento

GRAPICO # 5

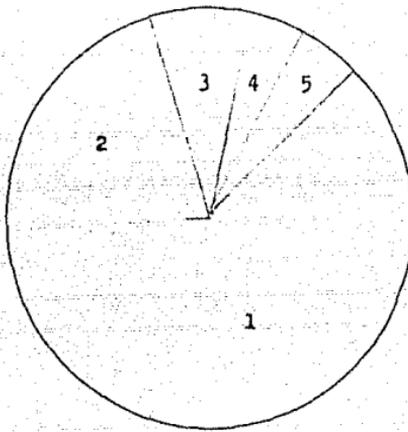
Factores por parte del médico que impide el control -
metabólico del paciente diabético UMF 20, 1984.



1. No dan información
2. No le permiten hablar al paciente
3. No proporcionan la dieta

GRAFICO # 6

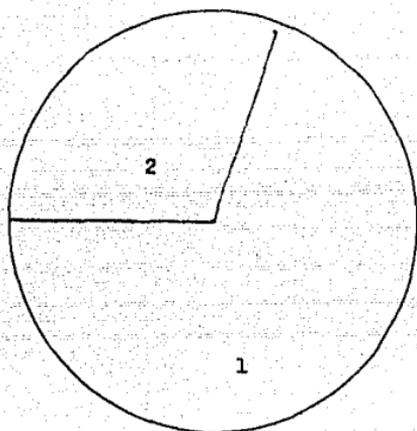
Causas por las que no llevan la dieta los pacientes diabéticos descontrolados, UMF 20, 1984.



1. Económicos
2. Hiperexia
3. Decidia
4. Trabajo
5. Social

GRAFICO # 7

Opini3n de m3dicos familiares, de causas del descon-
trol, por parte del paciente, UMF 20, 1984.



1. No llevan dieta
2. No cumplen con el tratamiento

ANALISIS DE RESULTADOS :

De los 60 pacientes diabeticos descontrolados del estudio- en cuanto a sexo, se tuvo predominio femenino con 36pacieq- tes representando un 60%(vid supra cuadro 1,grafico 1).

En este punto seria bueno corroborar , si efectivamente, -- hay más mujeres que hombres diabeticos, estudiando a una - población abierta. O si este fenómeno se está presentando- debido a que las mujeres demandan más atención de consulta que los hombres.

En la distribución por edad, se encontró un predominio- en el rango de 40 a 64 años representando un 80% de los -- pacientes(vid supra cuadro 2, grafico2)Es el comportamien- to general de la diabetes , ya que incide más en la edad - media .

Importante es tratar el punto que se refiere a ingreso percapita diario, el promedio de nuestros pacientes fue de \$153.00 al día destinados para su alimentación . Se tuvo 18 pacientes (30%, cuenta con un ingreso menor de \$100.00. 34- pacientes (56%) ingreso menor de \$150.00 . 50 pacientes un 83% con ingreso menor a \$200,00, solo 8 pacientes (17%) -- contó con ingreso mayor a \$200.00 (vid supra cuadro3 ,grá- fico 3). esto secundario a que cuenta con una baja esco-- laridad, ya que un 20% de los pacientes fueron analfabetas ,y 74% con educación primaria, así como 6% con educación-- secundaria (vid supra cuadro 6). Lo que ocasiona poca opor- tunidad de obtener un empleo con buena remuneración econó- mica ,lo que da por consiguiente bajos ingresos.

Respecto de los factores por parte del paciente , que impiden su control tenemos que: no lleva dieta 70%, no acude a sus citas 39%, no cumple su tratamiento 33% (vid supra cuadro 4 , gráfico 4).

-En las argumentaciones del porqué no llevan la dieta, un 62% declaró motivos económicos. Lo anterior se pudo corroborar ya que se solicitó a dietología una dieta promedio normal de 1500 calorías (anexo I) la cual tuvo un costo de \$ 370.00, y el 100.% de nuestros pacientes no llegaba a esa cantidad .

También nos proporcionaron una dieta de 1500 calorías para diabético , de bajo costo, es decir la misma calidad nutricional , pero con alimentos de menor costo; siendo el valor de la dieta de \$170.00 (anexo 2), y de nuestros pacientes el 83% se encontraba por debajo de esa cantidad (vid supra cuadro 3).

-El que no acudían a sus citas y no cumplían con su tratamiento se tomó como falta de concientización del paciente sobre su enfermedad , ocasionado por su baja educación y falta de información.

En cuanto a los factores por parte del médico que impiden el control metabólico encontramos que, un 33% de los pacientes no están informados sobre lo que es su enfermedad, a un 33% no les permite hablar su médico familiar (solo por el problema que acuden); a un 39% no les han proporcionado la dieta que tienen que llevar,; lo que se traduce como una mala relación médico paciente, que ocasiona falta de información y propicia el descontrol (vid supra cuadro 5 gráfico 5) .

Con respecto a la educación, tenemos que su baja preparación académica, les ocasiona pocas oportunidades de empleo con buena remuneración, ya que en su mayoría son mujeres económicamente inactivas, obreros, mínima cantidad de empleados y ningún profesionalista. (vid supra cuadro 7).

CONCLUSIONES :

1. Por sexo:

existen más mujeres descontroladas que hombres
(este fenómeno pudiera estar condicionado demandan más-
atención de consulta que los hombres,)

2.- La edad más frecuente fué de 40 a 64 años .

3. Por ingreso :

-el ingreso per capita diario fué de \$153.00.
una dieta promedio normal(anexo I) tuvo un costo de --
\$370.00 .; y el ingreso más alto registrado en nues--
tros pacientes fue de \$300.00 ; por lo que el 100% de-
nuestros pacientes no podría llevarla.

-Una dieta de bajo costo de 1500 calorías para diabéti-
co tuvo un costo de \$180.00 ; y el 83% de nuestros pa-
cientes no llegaba a esa cantidad .

4. Los factores por parte del paciente que impiden su con-
trol son:

- no lleva dieta el 70%
- no acuden a sus citas el 39%
- no cumplen su tratamiento el 33%

5. Los factores por parte del médico que impiden el con --
trol del paciente diabético (resultado de la encuesta --
a los pacientes) :

- no proporcionan información 33%
- no permiten hablar al paciente 33%
- no proporcionan dieta 39%

6. Por escolaridad :

tienen más descontrol los pacientes analfabetas, y me--
nos concientización que los de educación primaria y se-
cundaria .

7.-La causa más importante , porque no llevan la dieta --
los pacientes diabeticos :

-económicos en un 62%

8.-La opinión de los médicos familiares de causas del des-
control por parte del paciente fueron :

-el 81% refiere que el no llevar dieta

-el 19% por no llevar tratamiento .

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

COMENTARIO :

39

Con respecto al sexo , se tuvo predominio del femenino con un 60% .En este punto serí bueno corroborar si efectivamente , se descontrolan más las mujeres que los hombres, o este dato está dado porque las mujeres demandan más atención de consulta; lo que se corroboraría con un estudio a población abierta para ver la cantidad de diabéticos existente .

En lo que se refiere a la escolaridad se ve una diferencia importante entre analfabetas y los de educación primaria, en que los primeros tienen menos concientización de su enfermedad , y no llevan su dieta en un mayor porcentaje. Pero los de educación secundaria no siguió este patrón de conducta, consideramos por ser mínima la cantidad (4 pacientes) .

Este estudio también intentaba estudiar los factores por parte del médico que influían en el descontrol del paciente diabético ,(como son iatrogenia, falta de conocimiento en el manejo del paciente), y se les aplicó el cuestionario a los médicos familiares de ambos turnos de la UMF 20, pero debido a falta de operacionalización en los cuestionarios , no fué posible la clasificación y análisis de dicha información , lo que queda abierto para un estudio posterior .

Se solicitó a dietología una dieta promedio de 1500 calorías a bajo costo (es decir con la misma calidad nutricional pero utilizándose alimentos más económicos, la cual fue de un costo de \$180.00, y se vio que un 83% de nuestros pacientes no alcanzaba dicho ingreso. Es decir que el factor económico es determinante para el descontrol de la diabetes.

En el estudio coincidieron, tanto los médicos como los pacientes, que la causa más frecuente de descontrol es la dieta.

RESUMEN :

Este estudio fué realizado en la UMF 20 del IMSS, y cuyo objeto de estudio fué ver los factores socioeconómicos por parte del paciente diabético , que impiden llevar su control metabólico adecuado, dicho estudio fué, observacional descriptivo, transversal y prospectivo en 1984 . Los pacientes fueron diabéticos descontrolados (tomando como descontrol glucemia mayor de 130mg\%), mayores de 15 años de ambos sexos.

En el estudio realizado surgieron varios factores que influyen o determinan el descontrol metabólico, entre ellos la educación, ya que vemos que hay mayor descontrol en el grupo de analfabetas , que en los de educación primaria o secundaria. La falta de concientización del paciente sobre su enfermedad, ya que la falta de información adecuada , y la mala comunicación entre el paciente y el médico, repercute en el paciente, ya que al no estar informado de lo que es su enfermedad no tiene armas para defenderse, por lo que no se responsabiliza de su enfermedad; no acudiendo a sus citas , no llevando su tratamiento . Pero el factor más importante fué el económico , ya que se vió que un 70% de la muestra no llevaba una dieta adecuada argumentando falta de recursos económicos , se sacó el ingreso per capita destinado a su alimentación y se vió que era de \$153.00 como promedio, se solicitó a dietología una dieta promedio normal de 1500 calorías siendo el costo de \$370.00; el ingreso más alto de nuestros pacientes fué de \$300.00 ;por lo que ninguno de nuestros pacientes podría llevar la dieta .

BIBLIOGRAFIA :

- 1.-Atención médica , revista mesa redonda en el control de la diabetes constituye una forma de vida octubre 1980 - pp 42- 52 .
- 2.-Barquin Calderón M .Historia de la medicina ,ed impresiones modernas S.A. Méx. 1971 p.29 .
- 3.-Bases teoricas y administrativas para el control de la diabetes mellitus .autores varios .jefatura y subjeftura de los servicios médicos del Valle de México .
- 4.-Boanr R Jeanne diabetes clínica guide second edition -- editorial manual moderno.
- 5.-Diabetes sacarina Clfn médica de norteamérica , julio - 1971 pp 813- 860 .
- 6.-Farreras Valenti p. et al Medicina Interna en diabetes glucosurica, ed Marín octava edición ,México 1976 tomo II pp 553-581
- 7.-Gómez Peralta Leopoldo ,anuario de actualización en medicina en diabetes mellitus IMSS México 1975,volumen -- VII,fascículo 20 endocrinología pp 115-130 .
- 8.-Harrison Medicina Interna 2a edición pp 590-610 ed. - la prensa medica mexicana .
- 9.-Historia Natural de la diabetes mellitus ,revista de la Facultad de medicina vol XVII año 17 # 6, junio 1978 - pp 15 a 20 .
- 10.Marrón Rodriguez Hermes et al, La familia como unidad - educativa en la diabetes 1981 México pp 657-679 .
- 11.-Prado Vega Alfonso, revista de la facultad de medicina tema monográfico de la diabetes mellitus en México 1981.
- 12.-Problemas socioeconomicos asociado con la diabetes, -- clínicas de norteamerica julio 1980

ANEXO # I

Dieta promedio normal de 1500 calorías

Desayuno :

1.-pescado fresco	30 gr
2.-leche	200 ml
3.-bolillo	3/4 pza.
4.-papaya	150 gr

Comida:

1.-bistecok	90 gr
2.-papas	150 gr
3.-arroz	3 cuch.
4.-tortilla	1 pza.
5.-guayaba	100 gr
6.-chayote	100 gr
7.-aceite	5 ml

Cena

1.-jamón	90 gr
2.-leche	200 ml
3.-bolillo	3/4 pza.
4.-avena	2 cuch.
5.-toronja	250 gr
6.-mandarina	100 gr
7.-mantequilla	5 gr

Elaborado por el servicio de dietología HGZ 24

IMSS. tomando costos actuales del mercado el

costo es de \$ 370.00

ANEXO # 2

Dieta a bajo costo de 1500 calorías

Desayuno :

1.-huevo	I pza.
2.-leche conasupo	200 ml
3.-bolillo	3/4 pza.
4.-plátano	1/2 pza.

Comida :

1.-hígado de res	90 gr
2.-tortillas	2 pzas.
3.-arroz	6 cuch.
4.-tejocotes	6 pzas
5.-zanahoria	120 gr
6.-aceite	5 ml

Cena :

1.-queso fresco	50 gr
2.-pollo(menudencia)	60 gr
3.-leche conasupo	200 ml
4.-bolillo	3/4 pza.
5.-papaya	300 gr
6.-aceite	5 ml.

Elaborado por el servicio de dietología HGZ24
 IMSS, tomando costos actuales del mercado
 el costo es de \$ 180.00.