

11226  
2ej  
R40



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social

" Repercusiones de la Diabetes Mellitus en la  
Dinámica Familiar "



## TESIS

Para obtener el Grado de Especialista en :

MEDICINA FAMILIAR

Presentada por :

Dr. José Manuel Reyes Oropeza

I. M. S. S.



Puebla, Pue.

1982-84





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.

# I N D I C E .

---

T E M A :	Páa.
AGRADECIMIENTOS.	
INTRODUCCION.....	1
DEFINICIONES OPERACIONALES.....	3
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	4
CONCEPTOS GENERALES.....	8
MATERIAL Y METODOS.....	13
FORMULA DE X2 .....	14
GRAFICA DE LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA QUE AMERITAN ATENCION.....	15
NIVEL DE SIGNIFICACION.....	15
CONCLUSIONES.....	16
FORMATO DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO UTILIZADO EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS.....	21
CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	24

I N T R O D U C C I O N .

---

ANTES DE COMENZAR LA EXPOSICION DEL TRABAJO, QUIERO MENCIONAR QUE EL SISTEMA MEDICO FAMILIAR EN MEXICO ES UN INSTRUMENTO RACIONALIZADOR PARA LA TRANSFORMACION SOCIAL, EN NUESTRA UNIDAD SEDELA UMF - 2 , SE LLEVA A CABO LA REALIZACION ASISTENCIAL DE LA MEDICINA FAMILIAR DE 1 ER. NIVEL DE ATENCION. NUESTRO ADIESTRAMIENTO POR MEDIO DE REVISIONES BIBLIOGRAFICAS PERIODICAS, EXPOSICION DE CASOS PROBLEMA EN FORMA MONOGRAFICA O SIMPOSIUM, EL LABORATORIO DE MEDICINA FAMILIAR, REVISION DE CASOS CLINICOS DESDE SU ATENCION EN EL 1 ER. NIVEL, HASTA SU LARGO PEREGRINAR POR LOS DIFERENTES SERVICIOS EN LOS DEMAS NIVELES, LLEGANDO A SU REINCORPORACION AL QUEHACER COTIDIANO DEL DERECHOHABIENTE, LA REVISION DEL CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS Y GUIA DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA HA HECHO POSIBLE QUE LO ANTERIOR SE LLEVE A CABO.

ES A PARTIR DE ESTE MOMENTO CUANDO EL HECHO DE SER MEDICO FAMILIAR EX-RESIDENTE, SE CONVIERTE EN ALGO RELEVANTE, COMO CONSECUENCIA DEL DESARROLLO ALCANZADO, QUE PODRIA COMPARARSE CON EL ARRANQUE HISTORICO HACIA LA MODIFICACION DE LA ATENCION PRIMARIA-QUE EN EL I M S S SE IMPARTE.

LA ATENCION MEDICA INTEGRAL A LA FAMILIA COMO UNIDAD BASICA-CONSIDERA INALIENABLES A SU INFRAESTRUCTURA Y A SUS INTEGRANTES DONDE EL MEDICO FAMILIAR ES EL PRINCIPAL RECURSO INSTRUMENTAL -

PARA LA PRESERVACION DE LA SALUD, SIN DIAGNOSTICOS ESPECIALIZADOS, SINO POR EL CONTRARIO, SER UN EXPERTO EN EL MANEJO DE LAS ALTERACIONES INHERENTES A LA VIDA COTIDIANA DEL PACIENTE. LA FINALIDAD DE ESTO ES LA CONCIENTIZACION DE QUE EL DERECHO A LA SALUD ES UN DERECHO DE TODOS, QUE YA CONSAGRADO PUBLICAMENTE, ES UN ORDENAMIENTO SUPREMO QUE LOS MEDICOS FAMILIARES DEBEMOS CUMPLIR DIA CON DIA. LA COMUNICACION DEL MEDICO FAMILIAR CON EL DERECHOHABIENTE, SE FORTALECERA CADA VEZ MAS, YA QUE LA SITUACION POLITICA CADA DIA ES MAS FUERTE, EN CAMBIO LA ECONOMICA SE DEBILITA ACELERADAMENTE SIN QUE SE VISLUMBRE NINGUN MECANISMO EFICIENTE DE CONTENCION, ESTO ERIJE AL MEDICO FAMILIAR COMO ELEMENTO IDONEO PARA LLEVAR A CABO LAS ACCIONES PRIORITARIAS Y UBICARNOS EN NUESTRA REALIDAD SOCIAL. UTILIZANDO EL METODO CIENTIFICO SE PUEDEN APLICAR MEDIDAS CORRECTIVAS Y ALCANZAR EFECTIVAMENTE LA CONSECUION DE METAS Y OBJETIVOS TERMINALES, CREAR PROGRAMAS BASICOS DE ACCION Y SOLUCIONAR LA PROBLEMATICA DETECTADA MEDIANTE UNA PLANEACION RAZONADA.

!!! PARA ELLO HEMOS SIDO CAPACITADOS !!! ( 12 ).

## DEFINICIONES OPERACIONALES.

PARA LA UNIFICACION DE CRITERIOS EN CUANTO A FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA SE REFIERE, SE HAN DEFINIDO TERMINOS DE AUTORES EXTRANJEROS, AUN SIN ANALIZAR SU VERDADERO SIGNIFICADO. PARA EL PRESENTE TRABAJO SE TOMARON COMO BASE LAS DEFINICIONES DESCRITAS EN: "FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR" ESCRITO POR LOS DRES. HUMBERTO JAIME ALARID Y ARNULFO IRIGOYEN CORIA DE EDICIONES M. F. M.

- 1.- SOCIALIZACION: FUNCION BASICA DE LA FAMILIA QUE TIENE POR OBJETO PROMOVER LAS INTERACCIONES SOCIALES QUE FAVOREZCAN EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PERSONALIDAD DE LOS MIEMBROS QUE LA CONFORMAN.
- 2.- CUIDADO: FUNCION BASICA DE LA FAMILIA QUE TIENE POR OBJETO PRESTAR ATENCION Y CAUTELA PARA PRESERVAR LA SALUD, TANTO DE LOS INTEGRANTES, COMO DE LA MISMA FAMILIA COMO INSTITUCION SOCIAL.
- 3.- AFECTO: FUNCION BASICA DE LA FAMILIA QUE TIENE POR OBJETO VELAR POR LA INTEGRIDAD EMOCIONAL DEL NUCLEO FAMILIAR.
- 4.- REPRODUCCION: FUNCION BASICA DE LA FAMILIA QUE TIENE POR OBJETO PRESERVAR A LA ESPECIE HUMANA.
- 5.- ESTATUS: FUNCION BASICA DE LA FAMILIA QUE TIENE POR OBJETO MANTENER UN NIVEL SOCIOECONOMICO LO MAS ESTABLE POSIBLE, DE TAL MANERA QUE COMO LA FAMILIA ES LA MEDIADORA ENTRE EL INDIVIDUO Y LA SOCIEDAD, EL CONFERIR A UN MIEMBRO FAMILIAR UNA CONDICION ECONOMICA Y UN ESTRATO SOCIAL, ES DE VITAL IMPORTANCIA.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

SE HAN HECHO DESCRIPCIONES DE LA DIABETES MELLITUS DESDE HACE 3,000 AÑOS EN EGIPTO, LA MAS ANTIGUA ESTA RELATADA EN LOS PAPI - ROS DE EBERS ( 1,500 A.C. ), SE MENCIONA UNA "ORINA DE MIEL". CHARAK Y SUSHRUTA LA DESCRIBIERON 400 AÑOS A.C. EN LA INDIA Y CO RRELACIONARON A LA OBESIDAD CON LA DIABETES, SU TENDENCIA A PA - SAR DE UNA GENERACION A OTRA A TRAVEZ DE UNA "SEMILLA", DIFEREN - CIARON DOS TIPOS DE LA ENFERMEDAD: UNO ASOCIADO A EMACIACION, DES - HIDRATACION, POLIURIA Y ASTENIA; EL OTRO CARACTERIZADO POR CORPU - LENCIA, POLIFAGIA, OBESIDAD Y SOMNOLENCIA ( 23 ).

ARETEO ( ARETAEUS ) 70 AÑOS D.C. INTRODUJO EL NOMBRE DE DIABE - TES, QUIEN JUNTO CON OTRO MEDICO ROMANO, CELSO, DURANTE EL PRI - MER SIGLO DE LA ERA CRISTIANA EFECTUARON LA PRIMERA DESCRIPCION - CLINICA ACEPTABLE COMO ENTIDAD NOSOLOGICA. SE DICE QUE EN ESTA - EPOCA TAMBIEN APARECIERON ESCRITOS CHINOS Y JAPONESES DESCRIBIEN - DO A LA ENFERMEDAD. ALREDEDOR DEL AÑO 1,000 D.C. AVICENA INCLUYE DENTRO DE SUS ESTUDIOS A COMPLICACIONES COMO LA GANGRENA ( 15 ).

LA DULZURA DE LA ORINA FUE ESTUDIADA QUIMICAMENTE POR PRIMERA VEZ POR PARACELTUS EN EL SIGLO XVI, THOMAS WILLIS ( 1675 ) DES - CRIBIO ESTO NUEVAMENTE. DOBSON EN 1775 DEMOSTRO QUE LA DULZURA - DE LA ORINA SE DEBIA PRECISAMENTE A GLUCOSA, SU RELACION CON LA - INGESTA FUE DEMOSTRADA POR ROLLO EN 1804 , SEÑALANDO SU CONTROL -

A BASE DE UNA PRESCRIPCION DIETETICA A BASE DE PROTEINAS Y GRASAS, BAJA EN CARBOHIDRATOS. ANTERIORMENTE MORTON EN 1686-NOTO EL CARACTER HEREDITARIO EN LA TRANSMISION DE LA DIABETES. CLAUDE BERNARD DEMOSTRO QUE EL SIGNO CARDINAL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD SE DEBIA A LA HIPERGLUCEMIA, ESTO ES AUMENTO DE LA GLUCOSA EN SANGRE Y TRATO DE EXPLICARLO DESDE UN PUNTO DE VISTA BIOQUIMICO Y FISIOLOGICO. EN 1869 LANGERHANS-TODAVIA SIENDO ESTUDIANTE DE MEDICINA DESCRIBIO LOS ISLOTES-PANCREATICOS QUE POSTERIORMENTE LAGUESSE LE ADJUDICO SU NOMBRE. EN 1874 KUSSMAUL DESCRIBIO LAS ALTERACIONES RESPIRATORIAS Y EL HEDOR CARACTERISTICOS DEL COMA DIABETICO ( 13 ).

OTROS GRANDES DEL ESTUDIO DE LA DIABETES FUERON BOUCHAR--DAT, NAUNYN, VON NOORDEN, ALLEN, CANTANI, PAVY Y KULZ. ( 23)

UN GRAN ADELANTO ACONTECIO CUANDO EN 1889 VON MERING Y MINKOWSKI DEMOSTRARON QUE LA PANCREATECTOMIA EN PERROS PROVOCABA DIABETES; ESTOS INVESTIGADORES CONCLUYEN EL SIGLO XIX DENTRO DEL ESTUDIO ANATOMICO-BIOLOGICO-FISIOLOGICO DE LA ENFERMEDAD Y SU TRADUCCION CLINICA, ADEMAS DE SU CONTROL DIETETICO, FUNDAMENTO ESCENCIAL DEL MANEJO TERAPEUTICO.

EL SIGLO XX TRAE CONSIGO EL EXCITANTE MUNDO DE LA TECNOLOGIA MODERNA, ASPECTOS NOSOLOGICOS, INMUNOQUIMICOS Y LA CIBERNETICA AL ALCANCE DE LOS PADECIMIENTOS ANCESTRALES DE LA HU-

MANIDAD. EN 1901 OPIE CORRELACIONO LAS LESIONES DESCRITAS POR LANGERHANS DE LOS ISLOTES PANCREATICOS EN HUMANOS QUE MORIAN CON LA ENFERMEDAD, ESTAS OBSERVACIONES CONDUJERON A LA EXPERIMENTACION CON EXTRACTOS PANCREATICOS PARA COMPENSAR UNA DEFICIENCIA ORGANICA YA DEMOSTRADA POR LOS ESTUDIOS ANTERIORES , QUEDA ILUSTRADO VIVIDAMENTE EL INTERES EN TODO EL MUNDO POR LA DIABETES MELLITUS ( 23 ).

EL MAYOR PASO VINO CUANDO EN 1921 FREDERIK BANTING Y CHARLES BEST EN TORONTO, CONSIGUIERON LA EXTRACCION DE FRACCIONES ACTIVAS DE PREPARADOS PANCREATICOS DE PERRO QUE REDUCIAN EFICAZMENTE LA GLUCOSA EN SANGRE ( 26 ). ESTE EXITO MODIFICO COMPLETAMENTE EL PRONOSTICO SOBRE TODO EN LAS FORMAS JOVENES DE LA ENFERMEDAD ( DIABETES JUVENIL ), PUES HASTA ENTONCES UNA DIETA CASI DE HAMBRE PODIA MODIFICAR FAVORABLEMENTE EL PADECIMIENTO, ESTOS AUTORES 6 MESES DESPUES DE SU PRIMER INFORME LOGRAN SU APLICACION CLINICA EXITOSA ESTIMULANDO DE UN MODO INCONMENSURABLE LA INVESTIGACION, PORQUE AUNQUE LA PERSPECTIVA DE VIDA SEGUIA ACORTADA, SERIA YA NORMAL. EN 1936 SE INVESTIGA LA INTRODUCCION DE UN COMPUESTO DENOMINADO "INSULINA" TAMBIEN POR BANTING Y BEST, DE LARGA DURACION, PERO NO FUE HASTA 1939 QUE HAGEDORN LA INTRODUCE. LA ESTRUCTURA QUIMICA DE LA INSULINA FUE DESCRITA POR PRIMERA VEZ POR SANGER EN 1953, NICOL Y SMITH DESCRIBIERON LA ESTRUCTURA QUIMICA DE LA INSULINA

HUMANA EN 1960, CONSTITUIDA BASICAMENTE POR DOS CADENAS DE POLIPEPTIDOS UNIDAS POR PUENTES DISULFURO. EN EL AÑO DE 1964 KATSOYANNIS EN LOS U.S.A. Y ZAHN EN ALEMANIA COMPLETARON LA SINTESIS DE AMBAS CADENAS POLIPEPTIDICAS: LA "A" Y LA "B", EN UN MATERIAL BIOLÓGICAMENTE ACTIVO. EN 1967 STEINER DESCRIBIÓ LA CADENA PROTEICA PROINSULINA CON ESCASA ACTIVIDAD HIPOGLUCEMIANTE PERO QUE DESPUES DE LA PROTEOLISIS SE CONVERTIA EN INSULINA BIOLÓGICAMENTE ACTIVA ( 11 ).

LOS ESTUDIOS DE LOS PATRONES HEREDITARIOS PARA LA TRANSMISION DE LA DIABETES SE INICIARON EN 1933 POR ALLAN Y CASI SIMULTANEAMENTE POR PINCUS Y WHITE, ESTOS SUGIRIERON LA TRANSMISION DE LA ENFERMEDAD COMO CARACTER AUTOSOMICO RECESIVO CONFORME LAS PROPORCIONES MENDELEIANAS. MULTIPLES INVESTIGACIONES E IGUAL NUMERO DE INVESTIGADORES ENTABLARON POLEMICAS EMOTIVAS PERO SIMPSON A TRAVES DE SUS ESTUDIOS DE 1922 A 1948 EN EL "HOSPITAL DE LOS NIÑOS" DE TORONTO EN 1964 CONCLUYE QUE LA TRANSMISION GENETICA DE LA DIABETES MELLITUS ES MULTIFACTORIAL, LA PRUEBA DE LA CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA CONFIRMA LA TRANSMISION AUTOSOMICA REGESIVA CONFORME LAS LEYES DE MENDEL ( 14 ).

LOS TRABAJOS EXPERIMENTALES INICIALES DE LOUBATIERES EN FRANCIA Y EL DESCUBRIMIENTO ACCIDENTAL DE LA ACCION HIPOGLUCEMIANTE DE LA CARBUTAMIDA POR FRANKE Y FUCHS EN ALEMANIA EN 1955 FUERON DE VITAL IMPORTANCIA ( 17, 18, 19, 20 Y 21 ). A PARTIR DE ESTA FECHA SE HICIERON MAS ESTUDIOS ACERCA DE LAS SULFONILURE-

AS, EN ESPECIAL DE LA TOLBUTAMIDA, EN 1960 FUE DEMOSTRADO EN UN ESTUDIO MULTICENTRICO DESARROLLADO POR EL UNIVERSITY GROUP DIABETES PROJECT, QUE SU EFECTO HIPOGLUCEMIANTE ERA PEQUEÑO, POCO-SIGNIFICATIVO, PERO SOSTENIDO. ( 8,9 y 10 ).

### C O N C E P T O S      G E N E R A L E S .

LA DIABETES MELLITUS ES UN PADECIMIENTO AMPLIAMENTE DISTRIBUIDO, DESPUES DE LA OBESIDAD Y LOS TRASTORNOS TIROIDEOS CONSIDERADOS EN FORMA GLOBAL, OCUPA EL TRASTORNO METABOLICO MAS COMUN. DENTRO DE LAS CAUSAS ATRIBUIDAS QUE ORIGINAN LA ENFERMEDAD, SE HAN SEÑALADO FACTORES HEREDITARIOS, DIETETICOS, CONSTITUCIONALES, INFECCIOSOS, IATROGENICOS, QUE TARDE O TEMPRANO HAN MANIFIESTA A LA ENFERMEDAD ( 23 ).

DIARIAMENTE EL MEDICO FAMILIAR CUENTA EN SU FORMA 4-30-6 , QUE ES LA FORMA INSTITUCIONAL DE REGISTRO DE MORBILIDAD, UN PACIENTE DIABETICO; EN NUESTRA UNIDAD SEDE OCUPA EL DECIMO LUGAR DE LOS PADECIMIENTOS MOTIVO DE CONSULTA, DE MANERA QUE DETECTAR OPORTUNAMENTE EL PADECIMIENTO E INSTITUIR RAPIDAMENTE EL TRATAMIENTO OPORTUNO ESPECIFICO, REINCORPORARA A LA MAYOR BRE-

VEDAD POSIBLE AL TRABAJADOR A SU CENTRO LABORAL, CONSECUENTEMENTE A SU INTEGRACION SOCIAL ( 15, 16 ).

QUIERO HACER INCAPIE EN QUE EL MANEJAR ADECUADAMENTE ESTE PADECMIENTO DESMORONARA LAS BARRERAS PSICOLOGICAS CON LAS QUE CHOCA UN INDIVIDUO AL CONOCERSE DIABETICO, INDEPENDIENTEMENTE DE LA CLASIFICACION EN QUE SE ENCUENTRE, EL INSTITUIR UN MANEJO ADECUADO ARRANCARA DE TAJO LA DISCRIMINACION SOCIAL A LA QUE SE VE SOMETIDO ESTE TIPO DE PACIENTES ( 20, 21 y 22 ).

EL HECHO DE FRENAR LA EMIGRACION DEL DIABETICO A OTROS NIVELES SUPERIORES DE ATENCION CONLLEVA LA RESPONSABILIDAD DE EVITAR LAS COMPLICACIONES COMO SERIA UNA GANGRENA, UN INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, CETOACIDOSIS, COMA HIPEROSMOLAR, PANCREATITIS RECIDIVANTE BRUCELOSIS, GLOMERULOESCLEROSIS CON UREMIA DESCOMPENSADA ( 25, 26 y 27 ), TODO ESTO CON UNA DIETA BALANCEADA, BIEN ESTABLECIDA, TOMANDO COMO PARAMETROS: TALLA, PESO DESEABLE, TIPO DE ACTIVIDADES, QUE CON LA HIGIENE PERSONAL, EL EJERCICIO PROGRAMADO Y LA EDUCACION PARA LA SALUD CONSTITUYEN UN ARMA PODEROSA Y FUNDAMENTAL PARRA COMBATIR EL ALTO INDICE DE COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN (27 y 28 ).

GLUCEMIAS DE CONTROL Y LA VISITA CADA MES EVITARAN EN EL FUTURO QUE MILES DE PACIENTES POR NEGLIGENCIA A INGERIR LOS MEDICAMENTOS, AL SISTEMA MEDICO ESISTENCIAL, O POR OTRAS MULTIPLES CAUSASMUERAN ( 24 ).

AL PARECER DIAGNOSTICAR DIABETES MELLITUS EN CUALQUIER MIEMBRO FAMILIAR, REPERCUTIRA SIGNIFICATIVAMENTE POR EL RESTO DE LA EXISS

TENCIA DE LA FAMILIA Y SUS DESCENDIENTES; COMO ANTECEDENTE HEREDO FAMILIAR FORMARA PARTE DE LA HISTORIA CLINICA; TAMBIEN PUEDE ACTUAR COMO CAUSA DE DISFUNCIONALIDAD POR ANGUSTIA, ANSIEDAD Y DEPRESION, HASTA INCLUSIVE HACER CRISIS Y PRECIPITAR ALTERACIONES IMPORTANTES EN LA CONDUCTA COMO SERIA EL INTENTO DE SUICIDIO, ESTO ULTIMO NO SE PRESENTO EN NUESTRO MATERIAL DE ESTUDIO.

EL CONTAR CON LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ACCION CREO UN POTENCIAL DE TRABAJO FECUNDO, AMPLIO EL CAMPO DE DESARROLLO, PORQUE SE TUVO LA OPORTUNIDAD DE ENSEÑAR, APRENDER, COMUNICAR, SE BUSCARON OPCIONES Y SE SEÑALARON EXPECTATIVAS MUTUAS, DE TAL MANERA QUE EL RETO IMPUESTO POR LA ENFERMEDAD SE BRINCO DE UN SOLO SALTO POR MEDIO DE LOS RECURSOS INSTRUMENTALES Y AFECTIVOS QUE LOGRARON EQUILIBRAR LA PROBLEMÁTICA. LAS HABILIDADES INTEGRADAS POR UNA AMPLIA GAMA DE DISCIPLINAS, PERMITIERON SEGUIR LA SECUENCIA EN LA TOMA DE DECISIONES Y CONSEQUENTEMENTE SE INTEGRO UN MARCO DE DISFUNCIONALIDAD QUE SE SUPERO SATISFACTORIAMENTE Y SE ESPERA PERDURE POR MUCHO TIEMPO ( 27 ).

PARA RESUMIR: SE SABE DESDE LA ANTIGUEDAD LA ASOCIACION DE LA ENFERMEDAD A EMACIACION Y MUERTE PREMATURA, ESTO HA DESEMBOCADO QUE EN LAS DOS ULTIMAS DECADAS SE RECONOZCA A LA ENFERMEDAD MUNDIALMENTE. ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS SEÑALAN UNA DISTRIBUCION DEL 2 AL 8 % DE LA POBLACION COMO AFECTADA DE DIABETES MELLITUS, PERO DEBIDO A UNA GRAN CANTIDAD DE CAUSAS, NO ES DIAGNOSTICADA ADECUADAMENTE, POR LA BENIGNIDAD DE LA SINTOMATOLOGIA, LA DESIDIA -

DE LOS INDIVIDUOS O POR UN MANEJO MEDICO INADECUADO (5, 6 y 7).

EL DETERIORO FISICO, PSICOLOGICO Y SOCIAL QUE SE PRESENTA , FORSOZAMENTE TIENDE A REPERCUTIR EN LA DINAMICA FAMILIAR, AGREGANDOSE A ESTE FENOMENO TODAS LAS DEMAS CAUSAS DE DISFUNCIONALIDAD PROPIAS O INHERENTES A UNA ENFERMEDAD CRONICA, LA REACCION-AL CONOCERSE ENFERMO, LOS POSTERIORES CAMBIOS HIGIENICO-DIETETICOS, EL ACUDIR PERIODICAMENTE AL CONSULTORIO MEDICO, EL EFECTUARSE ANALISIS DE LABORATORIO EN FORMA PERIODICA, ESTUDIOS DE GABINETE, LA CONSECUENTE INGESTION DE MEDICAMENTOS; TODO ESTO CONLLEVA A UN INDIVIDUO A REGAPACITAR SOBRE SU DESTINO; EL ACEPTAR LO Y DARLE SOLUCIONES ADECUADAS, POR LO TANTO MODIFICA SU SISTEMA DE VIDA Y SU MANERA DE COMPORTARSE. SU MAGNITUD DE VOLUMEN - POR EL NUMERO ELEVADO DE PACIENTES Y POR TODO LO ANTERIORMENTE-SEÑALADO, MOTIVO EL DESARROLLO DEL PRESENTE TRABAJO DE INVESTIGACION ( 25, 26 y 27 ).

COMO NORMA GENERAL, YA ESTABLECIDO EL DIAGNOSTICO, SE INDICA UNA DIETA DE ACUERDO AL PESO DESEABLE. ( EJEMPLO: INDICE PONDERAL:  $\frac{TALLA}{PESO}$  O  $\frac{PESO}{TALLA^2} \times 100$  ), TALLA, RESULTADOS DE ANALISIS DE LABORATORIO: BASICOS, QUIMICA SANGUINEA, EXAMEN GENERAL DE ORINA, BIOMETRIA HEMATICA, COLESTEROL TOTAL. LA DIETA QUE SE INDICA DEBE SER BAJA EN CARBOHIDRATOS, EN RELACION AL PESO DESEABLE-Y/O OCUPACION. EL TRATAMIENTO A BASE DE HIPOGLUCEMIANTES ORALES-O INSULINA DEPENDE DE LA CIFRA DE GLUCEMIA REPORTADA ( EJEMPLO: PARA 200 mg/dL BASTARA CON DIETA DE REDUCCION, 300 mg/dL DIETA DE REDUCCION MAS TOLBUTAMIDA ORAL 1 X 3, PARA 400 mg/dL SE INDICARA DIETA DE REDUCCION MAS INSULINA NPH 30-40 UI SUBCUTANEAS QUE PUEDEN SER EN DOSIS UNICA O EN DOSIS FRACCIONADA), REPITIENDOSE LOS

EXAMENES DE LABORATORIO TANTAS VECES SEA NECESARIO, POR RUTINA EN FORMA INICIAL C/15 DIAS. DE ACUERDO A LA EVOLUCION SE AJUSTA A LA DOSIS DE LOS MEDICAMENTOS, POSTERIORMENTE LAS GLUCEMIAS SE EFECTUAN C/MES POR TRES MESES CONSECUTIVOS. EN CADA CONSULTA SE TOMA LA TENSION ARTERIAL, EL PESO, CAVIDAD ORAL Y FOSFAS RENALES EN BUSCA INTENCIONADA DE FOCOS DE INFECCION, EN FORMA EXHAUSTIVA. SI SE LOGRA LA ESTABILIZACION DE LAS GLUCEMIAS SE PODRAN EFECTUAR CADA 3 MESES; PERO SI NO SE LOGRA ESTO, SE INCREMENTAN LAS DOSIS Y EN ALGUNOS CASOS SE LLEGAN A ASOCIAR 2 HIPOGLUCEMIANTES ORALES ( EJEMPLO: TOLBUTAMIDA + GLIBENCLAMIDA) EFECTUANDOSE EL CONTROL DE LA GLUCEMIA CADA TRES MESES ( 1, 2, 3 y 4 ). EN EL CASO DE LA INSULINA SE HACE UN AJUSTE DE LA DOSIS. EN CASO DE NO PODERSE CONTROLAR LAS CIFRAS DE GLUCEMIA SE CANALIZA AL 2o NIVEL DE ATENCION ASISTENCIAL, PARA VALORACION, ESTUDIO, CONTROL Y AJUSTE DEL TRATAMIENTO.

COMO OBSERVACION SEÑALARE QUE A TODO PACIENTE SENIL EN NUESTRA UNIDAD SEDE, SE LE INDICA POR RUTINA ECG, TELERRADIOGRAFIA DE TORAX, EXAMEN DE FONDO DE OJO, Rx. SIMPLE DE ABDOMEN. LAS ENFERMEDADES INTERCURRENTES SE TRATAN ESPECIFICAMENTE DEPENDIENDO DIRECTAMENTE DE SU ETIOLOGIA. EL CONTROL A LARGO PLAZO QUEDA BAJO LA CONCIENCIA DE ELABORAR UN DIAGNOSTICO PRECOZ E INSTITUIR UN TRATAMIENTO OPORTUNO DESDE EL 1er. NIVEL DE ATENCION ( 21, 22 y 24 ).

M A T E R I A L Y M E T O D O S .

PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION PROPUESTA, EL TIPO DE MUESTREO SE EFECTUO AL AZAR, ESTO ES EN FORMA ALEATORIA. PARA DESCRIBIR LA MANIPULACION EXPERIMENTAL SEÑALARE QUE SE EFECTUARON VISITAS DOMICILIARIAS, ENTREVISTAS FAMILIARES, EXPLORACION DE LA FAMILIA Y RECOPIACION DE DATOS OBTENIDOS DEL VACIADO GLOBAL DE UN CUESTIONARIO DIRIGIDO INTENCIONADAMENTE, PARA HACER MANIFIESTOS LOS SINTOMAS PANTALLA, LOS FENOMENOS DE TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA, ENTRE LOS SUBSISTEMAS Y SI HABIA REPERCUSSION EN LA DINAMICA FAMILIAR OBJETIVO UNICO DEL ESTUDIO PRESENTE.

DESDE LUEGO HUBO CRITERIOS MUY SEVEROS DE INCLUSION Y EXCLUSION BASADOS EN LA EDAD, SE ESCOGIERON ADULTOS DE 30-60 AÑOS DE EDAD, SIN IMPORTAR EL SEXO, NI LA ACTIVIDAD COTIDIANA, NI ANTECEDENTES HEREDOS FAMILIARES, RAZA, ALIMENTACION, PREVIOS AL ESTUDIO; QUEDARON DESCARTADOS AQUELLOS PACIENTES QUE TUVIERAN OTROPADecIMIENTO AGREGADO, QUE NO FUERA DEBIDO A COMPLICACIONES PROPIAS DE LA ENFERMEDAD. LA COMPROBACION MATEMATICA SE EFECTUO POR EL METODO NO PARAMETRICO BIOESTADISTICO PARA GRUPOS PEQUEÑOS DE  $X^2$ . LAS CARACTERISTICAS DE LA POBLACION SON LAS QUE PREVALECE EN FORMA GENERALIZADA EN LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS, CLASE MEDIA-BAJA Y BAJA, DONDE EL MUESTREO SE EFECTUO EN FORMA-

ALEATORIA, AL AZAR EN LOS CONSULTORIOS 16 AC Y 7 AC ( 16 ).

LA MEDIDA LOGRADA BASADA EN LA PRUEBA NO PARAMETRICA DE  $\chi^2$ , CON MUESTREO ALEATORIO CONDUJO A LA VERIFICACION MATEMATICA DEL PROTOCOLO PROPUESTO PARA ESTUDIO.

PARA RESUMIR LA TECNICA DE  $\chi^2$ , SEÑALARE QUE ES UNA TECNICA PARA MANEJAR DATOS DISCRETOS, DONDE LAS OBSERVACIONES SON SIMPLES RECUENTOS, LOS DATOS DE ENUMERACION SON MAS CUALITATIVOS. LA MUESTRA PEQUEÑA SE RECOGE DE LAS COLAS DE LA CAMPANA DE GAUSS. EN ESTE CASO, LA VERDADERA PROPORCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO SE HIPOTETIZA POR CADA CONDICION O ATRIBUTO Y LUEGO SE COMPARA CON LAS PROPORCIONES DE MUESTRAS OBSERVADAS UTILIZANDO LA ESTADISTICA DE  $\chi^2$  APROPIADA. LA  $\chi^2$  TABULADA DEBE SER MAYOR QUE LA  $\chi^2$  CALCULADA PARA SER VALEDERO EL TRABAJO DE INVESTIGACION.

$$\chi^2 = \sum \frac{(\text{OBSERVADOS} - \text{ESPERADOS})^2}{\text{ESPERADOS}} = 2.3833326 \text{ ( } \chi^2 \text{ CALCULADA)}$$

$$\chi^2_{.90} = 7.779 \text{ ( } \chi^2 \text{ TABULADA )}.$$

$$df = 4 \text{ ( GRADOS DE LIBERTAD )}.$$

RECORDAR:  $\chi^2$  TABULADA DEBE DE SER MAYOR QUE  $\chi^2$  CALCULADA PARA SER VALEDERA LA  $H_1$  ( HIPOTESIS ALTERNA ) .

EL METODO UTILIZADO FUE PROPUESTO POR DUNCAN EN 1977.

FUNCIONES DE LA FAMILIA QUE AMERITAN ATENCION	DIABETES MELLITUS COMPLICADA.		DIABETES MELLITUS NO COMPLICADA.		
	OBSERV.	ESPER.	OBSERV.	ESP.	
SOCIALIZACION	6 ( 7.2 )		12 ( 10.8 )		18
CUIDADO	8 ( 6.4 )		8 ( 9.6 )		16
AFECTO	2 ( 3.2 )		6 ( 4.8 )		8
REPRODUCCION	3 ( 2.4 )		3 ( 3.6 )		6
ESTATUS	1 ( 0.8 )		1 ( 1.2 )		2
	20		30		50

N I V E L D E S I G N I F I C A C I O N .

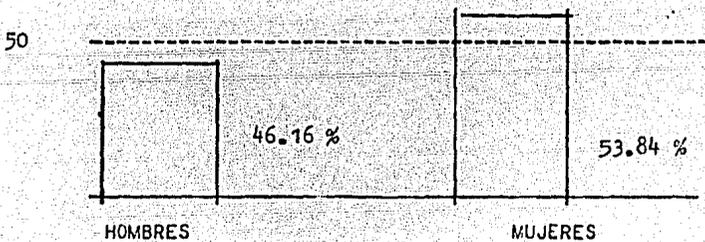
EL NIVEL DE SIGNIFICACION PROPUESTO ACEPTA UNANIMEMENTE A LA HIPOTESIS ALTERNA  $H_1$  COMO VERDADERA, SUJETO DE COMPROBACION MATEMATICA, EL TAMAÑO DE LA PRUEBA INCLUYE A 50 CASOS SEGUIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE 1 ER. NIVEL DE ATENCION DURANTE UN LAPSO DE 4 MESES.

C O N C L U S I O N E S .

---

A TRAVES DEL DESARROLLO COTIDIANO DE LAS LABORES ACADEMICO-CLINICAS FUE COMO SE ENCONTRO LA MAYOR PARTE DEL MATERIAL PARA DESARROLLAR EL PRESENTE TRABAJO DE INVESTIGACION, ENCONTRANDOSE EL 46.16 % DE HOMBRES Y 53.84 % DE MUJERES, CIFRA QUE CONCUERDA CON LA MAYORIA DE LOS AUTORES, DE MANERA QUE LA DISTRIBUCION DE LA ENFERMEDAD ES INDISTINTA AL SEXO. ( 15, 16, 18, 23 Y 27 ).

DISTRIBUCION DE LA D.M. EN RELACION AL SEXO.



FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

DENTRO DE LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA QUE AMERITAN ATENCION, SE OBSERVO QUE EL 36 % AMERITA REESTABLECER ADECUADAMENTE LA SOCIALIZACION; EL 32 % CUIDADO; QUE EN ESTE TRABAJO SE REFIRIO A LA PRESERVACION DE LA SALUD; EL 16 % AFECTO, ESTA CIFRA REFLEJA LAS ALTERACIONES DE INTERACCION ENTRE LOS SUBSISTEMAS DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR; REPRODUCCION EL 12 %, REFIRIENDOSE A LOS HIJOS QUE HAN ABANDONADO EL HOGAR Y QUEDA EL NIDO SOLITARIO; ESTATUS EL 4 %.

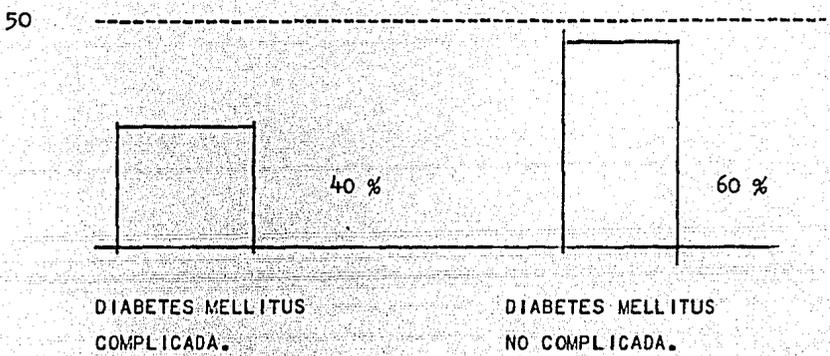
**FUNCIONES DE LA FAMILIA QUE AMERITARON ATENCION:**

SOCIALIZACION.....	36 %
CUIDADO.....	32 %
AFECTO.....	16 %
REPRODUCCION.....	12 %
ESTATUS.....	4 %
<hr/>	
TOTAL.....	100 %

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

SEÑALARE ADEMAS QUE LA COMPROBACION MATEMATICA DE LA HIPOTESIS PROPUESTA ES CORRECTA Y SATISFACTORIA, CUMPLE ASI CON EL OBJETIVO DEL TITULO: " REPERCUSSIONES DE LA DIABETES MELLITUS EN LA DINAMICA FAMILIAR " . COMO DATO AGREGADO SE ENCONTRO QUE EL 60 % DE PACIENTES DIABETICOS NO CURSARON CON ALGUNA COMPLICACION, EN CAMBIO EL 40 % RESTANTE, SI CURSO CON COMPLICACIONES COMO DIABETES DEL EMBARAZO ( TIPO III ), COLITIS INESPECIFICA PROBABLEMENTE POR NEUROPATIA VICERAL Y/O PARASITARIA, OBESIDAD EXOGENA, RETINOPATIA, GLOMERULOESCLEROSIS, HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA, NEUROPATIA PERIFERICA, ARTRITIS REUMATOIDE, TB. PULMONAR ( INACTIVA ), INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO Y/O URINARIO, URTICARIA DE ORIGEN A DETERMINAR.

CURSO DE LA ENFERMEDAD :



FUENTE: POBLACIONES DE LOS CONSULTORIOS 7 AC Y 16 AC.

LA LISTA DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS PERMANECE EN PODER DEL AU  
TOR, PARA EL CASO EN QUE SE DESEE HACER ALGUNA ACLARACION, PERO -  
SEÑALARE QUE TODOS SIN EXCEPCION TIENEN SU FORMA RF - 1 COMPLETA-  
Y EXPEDIENTE CLINICO EN EL CONSULTORIO AL QUE SE ENCUENTRAN ADS -  
CRITOS. EL CUESTIONARIO SE LLENO DURANTE LAS VISITAS DOMICILIA -  
RIAS EFECTUADAS, QUE POR LA DIVERSIDAD DE LA LOCALIZACION URBANA,  
ALGUNOS DE ELLOS SE ENCONTRARON EN LOS CINTURONES DE MISERIA QUE-  
PERSISTEN ALREDEDOR DE LAS GRANDES URBES, QUE YA EN PUEBLA, PUE.,  
MEX., SE COMIENZAN A ESTABLECER, SE LLENARON EN FORMA INCOMPLETA.

EL MEDICO FAMILIAR QUE QUIERA DEDICARSE AL ESTUDIO DEL DIABETI  
CO NECESITA MUCHA EXPERIENCIA EN LAS ENTREVISTAS GRUPALES; EN SU-

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

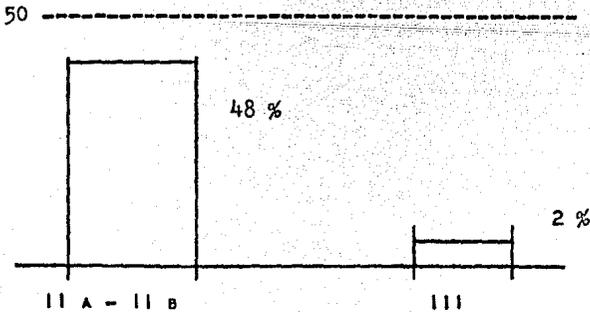
GRAN MAYORIA POR NO DECIR QUE TODOS NOS RECIBIERON CON LAS PUERTAS ABIERTAS, EXIBIENDO PATRONES DE COMUNICACION ABIERTOS, SE MOSTRAN ACCESIBLES AL INTERROGATORIO Y LLENADO DE CUESTIONARIOS DIRIGIDOS INTENCIONADAMENTE PARA HACER MANIFIESTOS LA DISFUNCIONALIDAD EN ALGUN ASPECTO DE LA VIDA FAMILIAR.

TAMBIEN SE ENCONTRO QUE EL TRASTORNO METABOLICO SE DESARROLLA A PARTIR DE LA CUARTA DECADA DE LA VIDA, AL MENOS CLINICAMENTE ESA DESCRIPCION SE NOS DIO, PRECISAMENTE DURANTE LOS PERIODOS DE ESTRES A QUE SE VEN SUJETOS LA MAYORIA DE LOS INDIVIDUOS, QUE PUEDE SER RESUMIDO EN UN EXCESO DE UTILIZACION DE INSULINA JUNTO AL SEDENTARISMO. SU DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL DENTRO DEL INSTITUTO FUE EN LOS PRIMEROS DIEZ AÑOS DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO, MOTIVO POR EL CUAL SE HA PROLONGADO EL PROMEDIO DE VIDA. TAMBIEN SE ENCONTRO QUE LA NEUROPATIA DESCRITA POR VARIOS AUTORES COMO COMPLICACION DE LA ENFERMEDAD ( 3, 5, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 23 y 26 ), NO SOLO FUE SENSITIVA, SINO TAMBIEN MOTORA. LA ARTERIOESCLEROSIS SE ENCONTRO EN UNO DE CADA DIEZ DIABETICOS, CON TRADUCCION CLINICA, PROBABLEMENTE CON CALCIFICACION DE LA MEDIA O DEL TIPO MONKEBER DE ARTERIOESCLEROSIS, ADEMAS HIPERTENSION ARTERIAL-SISTEMICA, EN EL 27.8 % DE LOS CASOS. EL TRATAMIENTO DIETETICO SE DESARROLLO PREFERENTEMENTE COMO PARTE DE LA EDUCACION PARA LA SALUD; EL LOGRAR QUE UN PACIENTE DIABETICO CONOZCA SU ENFERMEDAD Y LA IMPORTANCIA METABOLICA DE EFECTUAR UN CONTROL DIETETICO REAL CONLLEVA A UN AHORRO ECONOMICO SIGNIFICATIVO, ASI COMO UN ESTADO-FISICO CERCANO DE LO NORMAL.

DE LA AMPLIA GAMA DE HIPOGLUCEMIANTES ORALES DESCRITOS EN LA BIBLIOGRAFIA, DOS DE ELLOS SON LOS PRINCIPALMENTE USADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION, TOLBUTAMIDA Y GLIBENCLAMIDA AMBOS DERIVADOS DE LAS SULFONILUREAS. SE ENCONTRO ADEMAS QUE EL 98 % DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS, PERTENECIERON AL TIPO II ( NATIONAL DATA GROUP ), EL 2 % RESTANTE CORRESPONDIO AL GRUPO III ( DIABETES GESTACIONAL ), ALGUNOS DE ELLOS CONTROLADOS A BASE DE INSULINA DE ACCION INTERMEDIA NPH.

POR ULTIMO DIRE QUE PARA MI FUE MUY SATISFACTORIO EL PODER CONVIVIR CON AUTENTICOS REPRESENTANTES DE NUESTRA MEXICANIDAD , PUES LOS SUJETOS DE ESTUDIO PERTENECIERON A LA CLASE MEDIA-BAJA Y BAJA DE NUESTRA SOCIEDAD, EL INTEGRARME A ELLOS Y PODERME IDENTIFICAR PLENAMENTE FUE UNA EXPERIENCIA MUY GRATA QUE ESPERO REPETIR NUEVAMENTE.

DISTRIBUCION DE LA D.M. POR SU PRESENTACION:



FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

CUESTIONARIO PARA REUNIR INFORMACION PARA LA ELABORACION DEL PROYECTO DE TESIS: " REPERCUSSIONES DE LA DIABETES MELLITUS EN LA DINAMICA FAMILIAR ".

1.- ¿ QUE REACCION TUVO UD. CUANDO SU MEDICO FAMILIAR LE SEÑALO -  
QUE ERA DIABETICO ?

---

2.- ¿ ACERCA DE LA HIGIENE PERSONAL, COMO LA EFECTUA UD. ?

---

3.- ¿ TIENE UD. LOS CONOCIMIENTOS ADECUADOS ACERCA DE LO QUE ESTA  
OCURRIENDO EN SU ORGANISMO AL VOLVERSE DIABETICO ?

---

4.- ¿ LA FRECUENCIA DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE, LA  
VISITA PERIODICA AL MED. FAM., Y LA INGESTION DE MEDICAMENTOS  
LAS OBEDECE UD. ?

---

5.- ¿ LA REPERCUSSION FUNDAMENTAL DENTRO DEL CICLO FAMILIAR, SE RE  
SINTIO EN LA ELABORACION DE ALIMENTOS, EN LA ECONOMIA, O EN -  
LA INTERRELACION DE LOS MIEMBROS ?

---

6.- ¿ COMO SE ACEPTO Y QUE SOLUCIONES LE DIERON ?

---

7.- ¿ HUBO ALGUNA REPERCUSSION IMPORTANTE Y QUE SOLUCION LE DIO ?

---

8.- ¿ ES EL PRIMER DIABETICO DE LA FAMILIA, SI HAY ANTECEDENTES,  
COMO EVOLUCIONARON ?

---

9.- ¿ QUE LE PREOCUPA A UD. MAS DE LA DIABETES MELLITUS Y POR QUE ?

---

10.- ¿ HAY DEPENDENCIA HACIA ALGUN FAMILIAR, LO ANULA EN FORMA ECONOMICA, SOCIAL, O DE ALGUNA OTRA FORMA ?

---

ANOTE UD. ALGUNA OTRA COSA QUE CONSIDERE IMPORTANTE EN CUANTO A LA DIABETES MELLITUS SE REFIERE.

---

---

---

NOTA: EL VACIADO DE ESTE CUESTIONARIO SE ENCUENTRA DENTRO DE LAS CONCLUSIONES OBTENIDAS .

C R O N O G R A M A   D E   T R A B A J O .

	JUNIO	JUL.	AGOSTO	SEPT.	OCTUBRE	NOV.	DIC.
ELABORACION DEL DEL PROTOCOLO.	■						
RECOPIACION BIBLIOGRAFICA.		■					
DESARROLLO DEL CUESTIONARIO Y VISITAS DOMICILIARIAS.		■	■				
DISEÑO DE GRAFICAS.				■			
ELABORACION DE TESIS PROFESIONAL.					■	■	
TRANSCRIPCION FINAL.							■

FUENTE: INFORMACION ESPECIFICA.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- BANNISTER, K. M. : HYPERKALEMIA IN A DIABETIC DUE TO RENAL TUBULAR UNRESPONSIVENESS TO ALDOSTERONE. AUST. NZ. J. MED. 12:63, 1982.
- 2.- BARRETT-CONNOR, E. : PLASMA LIPIDS AND DIABETES MELLITUS - IN AN ADULT COMMUNITY. AM. J. EPIDEMIOL. 115:657, 1982.
- 3.- DEFRONZO, R. A. : THE PATHOGENESIS OF NON-INSULIN-DEPENDENT DIABETES: AN UPDATE. MEDICINE ( BALTIMORE ). 61:125 , 1982.
- 4.- FARKAS, G. : EXPERIMENTAL TRANSPLANTATION OF THE ISLANDS - OF LANGERHANS. ORV. METIL. 123:395, 1982.
- 5.- GLEZER, M. G. : PHYSICAL WORK CAPACITY OF DIABETICS WITH - AND WITHOUT ARTERIAL HYPERTENSION. KARDIOLOGIIA. 12:115 , 1982.
- 6.- GRABER, A. L. : HYPERKALEMIA IN DIABETES MELLITUS. J. TENN . MED. ASSOC. 75:128, 1982.
- 7.- GRIMALDI, A. : PHYSIOPATHOLOGY OF DIABETIC MICROANGIOGRA - PHY. ANN. MED. INTERNE. ( PARIS ). 133:114, 1982.
- 8.- HOUSTMULLER, A. J. : FAVORABLE INFLUENCES OF LINOLEIC ACID ON THE PROGRESSION OF DIABETIC MICRO- AND MACROANGIOPATHY- IN ADULT ONSET DIABETES MELLITUS. PROG. LIPID. RES.20:377, 1981.

- 9.- JANKA, H. U. : ECG DURING REST AS AN INDICATOR OF VASCULAR CHANGES IN DIABETIC PATIENTS. MED. KLIN. ( PRAX ). 77:42 , 1982.
- 10.- KANESHIGE, H. : HYPEROSMOLAR NONKETOTIC DIABETIC STATE ASSOCIATED WITH DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION AND ACUTE RENAL FAILURE: A CASE REPORT. TOKAI. J. EXP. CLIN. MED. 7:81, 1982.
- 11.- LITTER, M. : FARMACOLOGIA, EDIT. EL ATENEO, BUENOS AIRES , 1979. PÁG. 975.
- 12.- MADRID, M. DE LA : NACIONALISMO REVOLUCIONARIO. EDIT. SIP. DEL CEN DEL PRI, MEXICO, DF., 1982. PÁG. 40.
- 13.- MATZKIES, F. : DAILY PLAN FOR DIET THERAPY IN DIABETES MELLITUS. FORTSCHR. MED. 100:266, 1982.
- 14.- NATIONAL DIABETES DATA GROUP : CLASSIFICATION AND DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS AND OTHER CATEGORIES OF GLUCOSE INTOLERANCE. DIABETES. 28:1039, 1979.
- 15.- REYES, J. M. , ET AL : CURSO MONOGRAFICO SOBRE DIABETES MELLITUS PARA MEDICOS FAMILIARES, IMSS. DEPTO. ENS. E INV. DELEGACION REGIONAL PUE.-TLAX., 1972.
- 16.- REYES, J. M. : ESTUDIO ESTADISTICO DE LAS PRINCIPALES ENDOCRINOPATIAS EN EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION , IMSS. INEDITO. PUEBLA, PUE., 1968.
- 17.- ROSENSTOCK, J. : EFFECT OF ACUTE HYPERGLYCAEMIA ON PLASMA-

POTASSIUM AND ALDOSTERONE LEVELS IN TYPE 2 ( NON-INSULIN-DEPENDENT ) DIABETES. DIABETOLOGIA. 12:184, 1982.

18.- RUIZ, F. : INSULIN LEVELS IN NON-INSULIN DEPENDENT DIABETES WITH SECONDARY FAILURE TO ORAL HYOGLYCEMIC AGENTS. REV. MED. CHIL. 109:821, 1981.

19.- SACHSE, G. : EFFECT OF A LONG-TERM ACARBOSE THERAPY ON THE METABOLIC CONTROL OF SULPHONYLUREA-TREATED DIABETIC PATIENTS . DIABETOLOGIA. 22:221, 1982.

20.- SARTOR, G. : IMPROVED EFFECT OF GLIBENCLAMIDE ON ADMINISTRATION BEFORE BREAKFAST. EUR. J. CLIN. PHARMACOL. 21:403, 1982.

21.- SKOUBI, S. O. : INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICES FOR DIABETICS. LANCET. 1:968, 1982.

22.- SOLER, N. G. : LIPOATROPHIC DIABETES ENDOCRINE DISFUNCTION AND THE RESPONSE TO CONTROL HYPERTRIGLICERIDEMIA. METABOLISM. 31:19, 1982.

23.- STEINE, J. ; SOELDNER, J. S. : HARRISSON'S PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE, Mc GRAW HILL, Inc. BOSTON. USA. 1981. P16 . 563-582.

24.- TAUBIN, H. : CEREBRAL EDEMA, DIABETES INSIPIDUS AND SUDDEN DEATH DURING TREATMENT OF DIABETIC KETOACIDOSIS. DIABETES. 17 :108, 1968.

25.- VETTER, U. : RELATION BETWEEN THE DEGREE OF INITIAL METABOLIC DECOMPENSATION AND THE DURATION OF THE REMISSION PHASE IN TYPE 1 DIABETES MELLITUS. EUR. J. PEDIATR. 138:63, 1982.

- 26.- WARREN, S. : THE PATHOLOGY OF DIABETES MELLITUS. LEA & FEBIGER, FILADELFIA, 1966.
- 27.- WILSON, J. D. : FAMILIAL OPTIC ATROPHY WITH DIABETES-MELLITUS. AUST. NZ. J. MED. 12:48, 1982.
- 28.- WONG, S. P. : DIABETIC OCCULOMOTOR PALSY-WITH REPORT-OF 3 CASES. CHUNG. HUA. NEI. KO. TSA. CHIH. 21:42 , - 1982.