

11226  
15

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



## TESIS

"EVALUACION DE LA CALIDAD EN LA ATENCION  
MEDICA PROPORCIONADA A LOS PACIENTES  
DIABETICOS"

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JOSE LUIS ARAGON TISNADO

TESIS CON  
PUNTO DE CREDITO

Cd. Obregón, Sonora

Enero de 1985



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 está 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

I.- Título . . . . .	I
II.- Vistos Buenos . . . . .	II - III
III.- Indice . . . . .	1
IV.- Resumen . . . . .	2
V.- Introducción . . . . .	3
VI.- Material y métodos . . . . .	8
VII.- Resultados y discusión . . . . .	11
VIII.- Conclusiones y recomendaciones . . . . .	20
IX.- Bibliografía . . . . .	23

## R E S U M E N

Al evaluar la calidad de la atención médica proporcionada a los pacientes diabéticos, nos encontramos con que existen datos que no están consignados, y otros que no tienen una correlación adecuada.

El 67 % tiene un número de consultas por año malo, el 29 % fundamentaron en alguna forma el diagnóstico, en el 61 % (319) se encontraron rubros similares a "acude por medicamentos". Hubo 0 % que tomaron en cuenta la actividad física complementaria o que hiciera referencia a variaciones en el peso que sí tenía registradas. En glicemias el promedio fue de 208 mg/dl, y el 40.21 % tiene consignado el tiempo de evolución de la enfermedad.

No es un enjuiciamiento. La idea aquí es poder establecer los parámetros con los cuales, comparar los resultados obtenidos al usar una hoja de registro de datos, que le permita al médico asumir la responsabilidad de brindar una atención médica de calidad, tratando de atenuar o retrasar los estados de la enfermedad, debiendo optimizar tiempo y recursos para lograr un mejor control de sus pacientes.

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

La diabetes es una enfermedad que se conoce desde épocas remotas. Fueron los Romanos Areteo y Celso, quienes le dan el nombre de Diabetes (sifón), Mellitus (miel). Thomas Willis notó el sabor dulce en la orina del diabético y en 1775 Delijon demostró que el sabor se debía al azúcar. A mediados del siglo XIX, Claude Bernard determinó cantidades precisas de azúcar en la sangre y en 1869 Langerhans descubre los islotes del páncreas que llevan su nombre y que producen insulina. En 1921 Banting y Best la aislaron y en 1927 se utilizó contra la enfermedad. (6).

Es un padecimiento crónico de fondo metabólico en el que intervienen todos los órganos de la economía y en el que está establecido la existencia de una predisposición genética. (9). Si un padre es diabético y por otra rama lo es un abuelo, o un tío abuelo, las probabilidades de que el hijo sea diabético son del 60 %. Cuando solamente el padre es diabético o los abuelos lo fueron, la probabilidad será del 22 %, y si solo un abuelo el 14 % y si solo un primo hermano el 9 %. (9).

Recientemente ha tenido una nueva clasificación (9) y es evidente la lucha contra éste padecimiento, llegando a presentarse estudios en los que piensan en la probabilidad de que la insulina tenga alguna función en la patogenia de la aterosclerosis y está considerada con la hipertensión producida. Constituye un factor de riesgo muy potente en la aceleración de la insuficiencia Renal. (1)

La nefropatía diabética tiene un efecto devastador sobre la vida de los diabéticos juveniles y de los no insulinodependientes. La mayoría de los datos disponibles se refieren a los pacientes insulinodependientes, de los cuales 30-40 % desarrollan nefropatía. A la proteinuria sigue un descenso en la velocidad de filtración glomerular (VFG) y eventualmente una insuficiencia renal en el estadio final. Hasta hace poco, estos hechos se consideraban como la historia natural inevitable de la enfermedad (1). Se creía que el médico no podía alterar su curso hasta que aparecía la uremia; en la actualidad, la situación es muy diferente debido a que suele adaptarse un enfoque mas activo, no cabiendo ninguna duda de que el -

énfasis futuro debe recaer en el descubrimiento de medidas preventivas (1).

Con el tiempo vemos que los avances científicos y tecnológicos se han continuado, sin embargo aún no se logra - el éxito en la solución completa del diabético y su problema.

En nuestro país la prevalencia de la enfermedad es similar a la encontrada en otros países. Además se aprecia - la tendencia al aumento, como ocurre en otras partes del mundo, tomando en cuenta por separado la cantidad de diabéticos no diagnosticados y a los con anomalía en la curva - de tolerancia a la glucosa (4).

En la U.M.F. No. 1 de Ciudad Obregón, Sonora en 1983 ocupó un lugar importante dentro de las principales 25 causas de consulta, quedando ubicada dentro de la morbilidad general en el 4º lugar.

Se otorgaron un total de 5111 consultas, de éstas, 869 correspondieron a primera vez y el resto (4243) a subsecuentes (7).

Cifras semejantes se reportan en otras partes del mundo. En un estudio de Medicina Familiar realizado en Virginia, Estados Unidos, encontraron que una de cada cuarenta consultas de debió a Diabetes. En el Reyno Unido revelan que hay 4.8 diabéticos por cada 1000 pacientes al año (3).

La Diabétes es pués una enfermedad que va en aumento, en la que proporcionar una atención médica adecuada, indudablemente ayuda a mejorar la oportunidad que tiene el paciente de conservar una funcionalidad óptima (1).

Hay autores que señalan la pobre actitud del médico hacia éste tipo de pacientes; que en etapas tardías del pacimiento se torna realmente dramático (4).

En el nivel operativo es fundamental que el médico familiar asuma la responsabilidad de brindar una atención médica de calidad, tratando de atenuar o retrasar los estadíos de la enfermedad, debiendo optimizar tiempo y recursos para lograr su mejor control y lo acerquemos a un estado de salud al que tiene derecho (1, 3, 4, 5, 6, 8).

Existe una política institucional orientada a disminuir recursos disipados en prácticas de beneficio menor, para incrementar la eficiencia en su utilización y la calidad de



los servicios.

Con este marco de referencia la Sub'Dirección General Médica, elaboró un nuevo expediente clínico de Medicina Familiar para facilitar la realización de un acto médico a nivel de excelencia (2, 5).

Es un hecho el gran número de consultas proporcionadas tanto en nuestra unidad como en otras partes del mundo Y comprobada la importancia que tiene para el pronóstico del paciente diabético la calidad de la atención recibida en el nivel operativo del médico Familiar.

Será interesante y trascendental conocer cual es la calidad de la atención médica proporcionada por el médico familiar a sus pacientes diabéticos.

En nuestra unidad no se cuenta con los datos que nos lo indiquen y es por lo que se efectuó el presente estudio No es un enjuiciamiento. La idea aquí, es poder establecer las bases o parámetros con los cuales poder comparar los resultados obtenidos al usar la hoja de registro de datos.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Ciudad Obregón, Sonora, tomando en cuenta como universo de trabajo las 5111 consultas otorgadas durante 1983 para el control del paciente diabético.

Se seleccionaron al azar 12 consultorios de 20 que son, y a cada uno se le asignó el nombre de un mes del año. Ya con lo anterior, se buscó en la 4-30-6 del mes correspondiente según el consultorio y en cualquier día, seleccionando al primer paciente diabético, completando así paquetes de 12 expedientes, uno de cada mes.

A cada expediente se le analizaron el número y calidad de consultas de acuerdo con el cuestionario II, y a cada expediente de acuerdo con el cuestionario I.

El proceso de paquetes de 12 expedientes, se realizó en 8 ocasiones, con 96 expedientes, de los cuales se revisaron 92 con un total de 523 consultas.

Al evaluar el número de consultas por año, se tomó -

en cuenta como buena si tenía de 10 a 12, regular de 7 a 9 mala de 4 a 6 y pésima de 1 a 3.

La calidad de cada consulta fue tan solo evaluada con los parámetros: Tensión arterial, Peso, fundamentación -- diagnóstica y citado de nuevo. Se dió un punto a cada uno y se consideró como buena 4 puntos, regular 3 puntos, mala 2 puntos y pésima 1 punto.

Se recabó por cada expediente: sexo, edad, ocupación, escolaridad, consultas por causa distinta a diabetes.

El número de glicemias por año o destroxitis practicados, se tomó en cuenta que se debe de practicar cada 2 meses, por lo que los que tuvieron de 5 a 6 se consideró buena, regular de 3 a 4, malo con 2 y pésimo con uno.

Otros exámenes de laboratorio, solo tomaron en cuenta EGO y QS, y aquí se consideró que debieran tener 4 en el año. Los que tuvieron 4 son buena, 3 regular, 2 malo y 1 -- pésimo.

Otras variables que se investigaron, son: fue enviada a dietología, fue enviado al club de diabéticos, se practicó detección en otros familiares, tiene considerado el -- tiempo de la enfermedad, si ha sido hospitalizado, cuan-

tas veces, y si esto fue consignado posteriormente en las -  
notas médicas.

Las variaciones en el peso registradas, solo fueron --  
consideradas cuando excedieron de 2 kg registrando, si esto  
fué consignado en alguna nota posteriormente.

## RESULTADOS Y DISCUSION

De acuerdo a los criterios de selección, se revisaron 92 expedientes, evaluando 523 consultas. Se encontró una media de 5 consultas por expediente y una frecuencia relativa de 5.68 . Las 523 consultas representan el 47.37 % -- del ideal, que es de 1104 tomando en cuenta una consulta -- por mes, como se puede apreciar en el cuadro No. 1.

La mayor parte de los expedientes, o mejor aún, el -- 72.82 % tienen un número malo o pésimo de consultas (cua-- dro No. 2). Si se toma en cuenta que el 67.39 % tienen un número de 4 a 6 consultas por año, inferimos que en el mejor de los casos es debido a que otorgan medicamentos por períodos largos de tiempo, con lo que manifiestan muy poco interes en la resolución o mejoría del problema del paciente diabético.

Al analizar cada consulta otorgada y evaluada tan solo con los parámetros: Tensión arterial, peso, fundamentación diagnóstica y citado de nuevo, los resultados fueron los siguientes: el 46.27 % (242) tienen 4 puntos considerados como buenos (Cuadro No. 3). Sin embargo, el parámetro en el que más se falló y que se debe de considerar como de

mayor peso al tratar de evaluar calidad otorgada, aunque tenga la misma puntuación que los otros, solo para facilidad estadística, fue la fundamentación diagnóstica que solo se realizó en alguna forma en el 29.59 % (153) (Cuadro No. 4).

De las observaciones importantes que podemos señalar al respecto, es de que en el 61 % (319) se encontraron rubros similares a "acude por medicamentos", esto aunado a lo anteriormente encontrado lo traducimos como poco interes y pobre actitud de parte del médico familiar. Además se sabe, aunque no se investigue el porcentaje, - que en muchos de los casos, o en determinada frecuencia es algún otro familiar el que acude a la consulta con la anuencia o complicidad del médico; aunque no se puede negar la participación del paciente y sus familiares.

Es pues de importancia y para evitar desviaciones - perjudiciales en la relación médico-paciente que el número de consultas sea una por mes, y que sea el paciente - quien asista a la consulta.

Al analizar cada expediente, los resultados encontrados fueron:

En cuanto al sexo: 49 fueron femeninos y 43 masculinos, que es similar a la reportada por otros autores en cuanto a la distribución por sexo que tiene el padecimiento.

En cuanto a las edades, se encontraron una máxima de 63 años y una mínima de 38 años, siendo el promedio general de 53 años. La distribución de los encuestados por grupo de edad y sexo, se puede ver en el cuadro No. 5.

La ocupación solo fué marcada en 30 expedientes que representan el 32.60 % (Cuadro No. 6). Poniendo de manifiesto de nuevo un marcado desinterés, ya que si no toma en cuenta esta variable, mucho menos estará pensando en la actividad física complementaria que puede y debe desarrollar el paciente diabético para lograr una vida más placentera o acercarse al bienestar buscado en el derecho a la salud.

En ninguno de los expedientes analizados se encontró señalamiento sobre la escolaridad y es bien sabido que este factor es de demasiado peso al establecer el pronóstico del paciente diabético. El medio socioeconómico, la baja escolaridad, la ignorancia sobre aspectos de su enfer-

medad, aunada a las creencias populares (muchas de ellas perjudiciales), ensombrecen grandemente el pronóstico y hacen aparecer las complicaciones de este padecimiento - con mayor frecuencia y en un lapso menor de tiempo.

Al analizar las consultas que tuvieron por causa distinta a diabetes, los resultados son contradictorios. - Siendo la diabetes un padecimiento crónico con manifestaciones generales y con marcada suceptibilidad para las infecciones, solo en 32 expedientes (34.78 %) se encontraban 1 o 2 consultas ó mas específicamente, en 23 expedientes se encontró una sola consulta y en 9 expedientes se encontraron 2 consultas que fueran de causa distinta a -- diabetes.

El padecimiento con mas frecuencia reportado coincide con otros reportes y es el de infección de vias urinarias, que se encontró en 21 expedientes. Existieron 11 -- consultas que se clasificaron como problemas oseomusculares , y que pueden corresponder a la neuropatía diabética pero que preferimos hacerlo de esa manera ya que existieron problemas para la fundamentación diagnóstica. (Gráfica No. 5).



En el número de glicemias o destroxitis practicados en el año, aclaramos que consideramos que debieran ser cada 2 meses, y aquí el número de expedientes considerados como malo fué de 35 que corresponden al 38.04 %, - aunque el promedio en general fue considerado como regular con apenas 3.11 por expediente. (Cuadro No. 7).

El promedio general de las cifras de glicemia reportadas en mg/dl fué de 208.57, muy por encima de los 150 mg/dl considerados como buenos por otros autores.

Otros exámenes de laboratorio. En esta variable so lo fueron considerados los EGO y QS y se tomó en cuenta como 4 de manera indistinta los que debieran tener cada expediente. El número total fue de 116 exámenes en los 92 expedientes con un promedio por cada uno de 1.26, -- que sobrepasa minimamente el nivel considerado como pésimo (Cuadro No. 8).

En algunos de los casos se encontraron evidencias de daño renal sin manifestar las recomendaciones dietéticas y de control pertinentes. Y un caso patético de una mujer en la octava gestación, diabética, hipertensa con toxemia añadida y descompensación cetoacidotica a -

la que hubo de practicársele cesarea de urgencia, que incluso no llevo control prenatal adecuado.

La variable: Fue enviada a dietología se encontró en 54 expedientes, que representan el 58.69 %. Fué tomado en cuenta para ésto, los enviados a trabajo social, que es -- quien maneja en nuestra unidad los cartabones utilizados -- por dietología, que existen de un número variable de calorías y son dados a los pacientes diabéticos sin tomar en -- cuenta el peso ideal, la ocupación y la actividad física -- complementaria.

Al analizar si fué enviado al club del diabético, se -- tomó en cuenta también el envío a trabajo social como que -- llevara implícita la idea de que acudiera al club, con lo -- que tendríamos un número similar al anterior de 54 y que representa el 58.69 %. En ninguno se encontró anotado algo referente o relacionado al club.

No se detectó en ninguno de los expedientes algo refe--rente o relacionado que señalara una búsqueda intencionada en sus familiares, y al revisar expedientes de familiares -- encontramos que en nueve de ellos, solo dos tenían anexo en

resultados de laboratorios una forma con resultados del programa DOD.

Los beneficios del programa DOD son tal vez incalculables, tomando en cuenta que se sabe que existe un número importante de casi 50 % de diabéticos no diagnosticados y es una buena manera de detectarlos oportunamente. Pero debe ser criterio del médico familiar el dar prioridad o manifestar una búsqueda intencionada en los que tengan predisposición genética y más aún, si tienen asociados factores importantes de riesgo, como son el sedentarismo, tipo de dieta y obesidad.

Tiene consignado el tiempo de la enfermedad, fué una variable que encontramos señalada en 37 expedientes, que representan el 40.21 %. La cifra en la razón de todos cabe, es mala, ya que como se sabe es de suma importancia en el pronóstico y en las medidas preventivas que se pueden efectuar.

Las variables: fue hospitalizado, cuantas veces y si fue consignado en las notas médicas posteriormente, se investigaron como una sola y se encontró en uno de los expedientes (1.08 %), aunque ésto fué de la hoja de control -

prenatal, pensamos que es raro que no exista hospitalizados, tomando en cuenta el 61 % encontrado en que solo se señala el rubro o similares a "acude por medicamentos". Y no se investigó si realmente fué así.

En cuanto a si hubo variaciones en el peso que registrara el médico familiar en sus notas, se tomaron en cuenta cuando estas fueron superiores a 2 Kg. Y se encontró en 74 expedientes lo que corresponde a un 80.43 %, y no fueron consignados éstos en ninguna nota posteriormente. Es importante señalar la importancia de esos datos para normar el criterio terapéutico y adecuar nuestras medidas preventivas.

Es innegable que existen otra cantidad de variables que pudieron investigarse, unas muy subjetivas, pero tal vez las más importantes para poder conocer la calidad en la atención médica que realmente se proporciona. Por otra parte se tiene que tomar en cuenta como limitantes pero no imposibles los factores socio-culturales, económicos y políticos que repercuten en el padecimiento, en algo podemos insidir y es nuestra obligación el tratar de hacerlo.

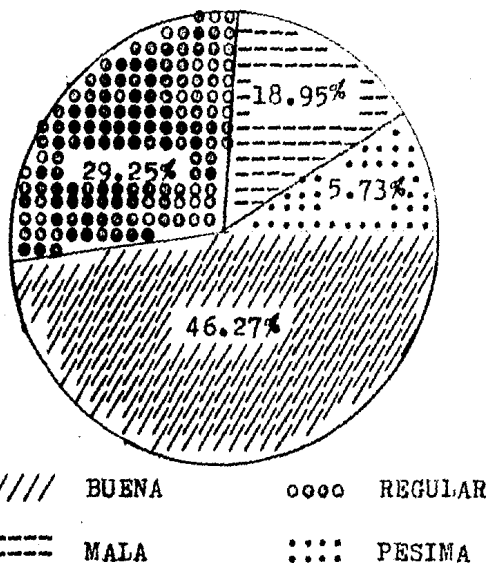
ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En el presente estudio no se trató de hacer un enjuiciamiento. El tratar de evaluar la calidad en la atención médica fué con el fin de establecer los parámetros que -- sirvan de control a un segundo estudio que analizara el incremento en la calidad al utilizar una hoja de registro de datos para llevar el control de los pacientes diabéticos.

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

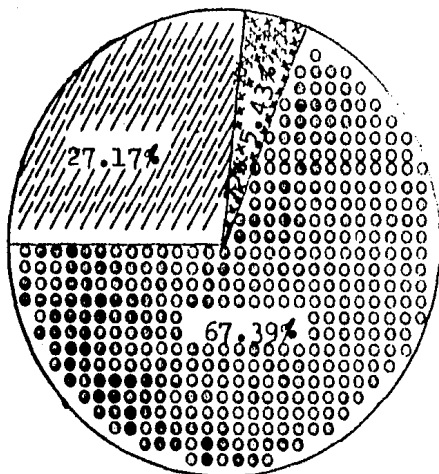
- 1.- Mogensen C.,E.: Diabetes New. Elsevier Science Aarhus. Dinamarca, 1975; 7:5.
- 2.- Jefatura de Servicios Médicos. "Instructivo del Expediente Clínico de Medicina Familiar". Sub'Dirección General Médica. Serie instructivos, 1981.
- 3.- Shires B.,D.: Medicina Familiar: Guía Práctica. Ed. Mc Graw Hil, 1983.
- 4.- Autores varios. Historia Natural de la Diabetes Mellitus, mesa redonda. Rev. Facultad de Medicina U.N.A.M., 1978.
- 5.- Mac Gregor, C.: Políticas para la Atención Médica. Rev. Médica, IMSS, 1983; 21:477.
- 6.- Valdéz C.,J.: La Medicina Familiar en el IMSS. Sub'Dirección General Médica. Rev. Med. IMSS, 1983; 21:524.
- 7.- Archivos Clínicos de la U.M.F. No. 1 de Ciudad Obregón, Sonora. Departamento de Codificación Médica anuales de 1983.
- 8.- Ariza A.,R.: Otros Progresos en Diabetes Mellitus. Rev. Med. IMSS, 1983; 21:
- 9.- Vázquez Chávez, C.,: Diabetes Mellitus; Progresos recientes en el conocimiento de su etiopatogenia y en su clasificación. Rev. Med. IMSS, 1983; 21:97.

GRAFICA No.1 CALIFICACION DE CADA CON-  
SULTA DE ACUERDO A: PESO, TA  
FUNDAMENTACION DIAGNOSTICA  
Y NUEVA CITA.



FUENTE: ARCHIVO CLINICO UMF # I  
EXPEDIENTE CLINICO  
ANALES ENE/DIC 1983

GRAFICA No.2 CALIFICACION DE EXPEDIENTES DE ACUERDO AL NUMERO DE CONSULTAS OTORGADAS A LOS PACIENTES DIABETICOS EN UN AÑO

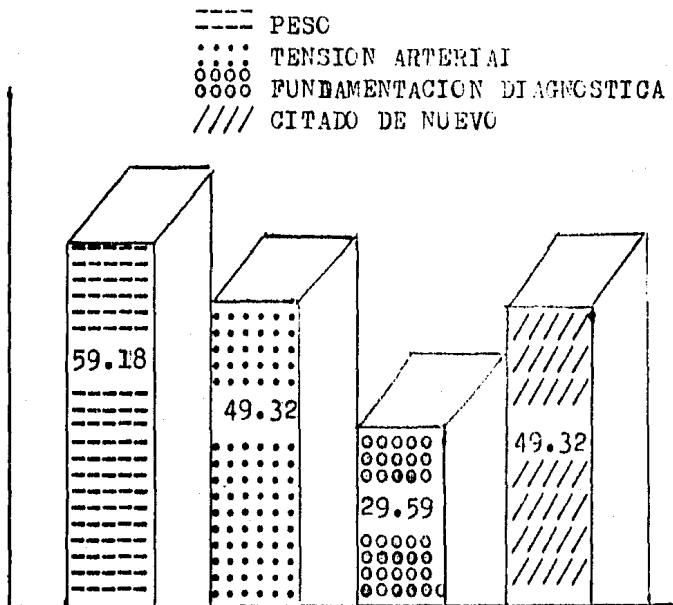


====	BUENA	/////	REGULAR
ooooo	MALA	xxxxx	PESIMA

FUENTE: ARCHIVO CLINICO UMF # I  
 EXPEDIENTE CLINICO  
 ANALES ENE/DIC 1983

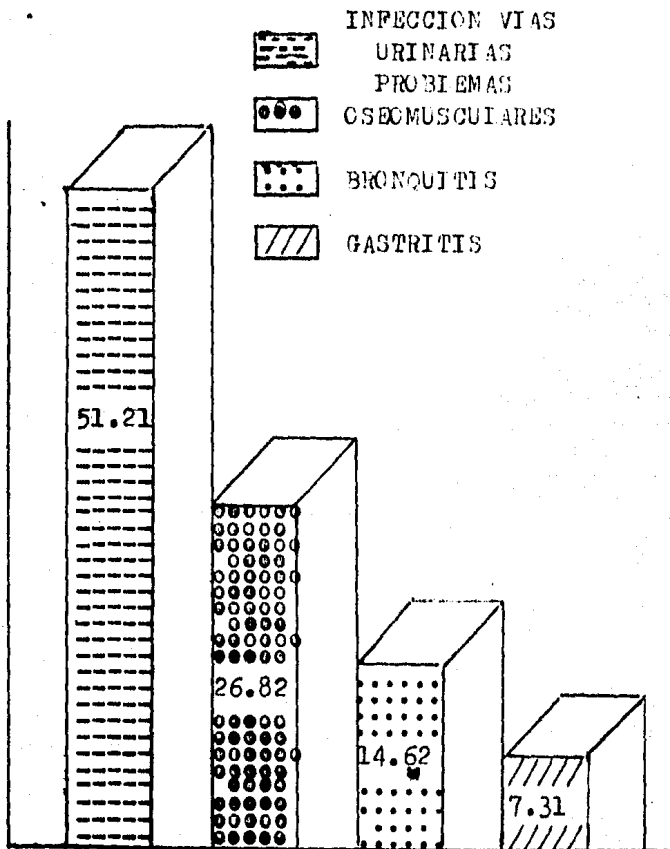


GRAFICA # 3. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS  
PARAMETROS CALIFICADOS EN CADA CONSULTA --  
DEL PACIENTE DIABETICO.



FUENTE: ARCHIVO CLINICO UMF # I  
EXPEDIENTE CLINICO  
ANALES ENE/DIC 1983

GRAFICA No.4 PADECIMIENTOS DIAGNOSTICADOS MAS FRECUENTEMENTE EN LOS PACIENTES DIABETICOS.



FUENTE: ARCHIVO CLINICO UMF # I  
EXPEDIENTE CLINICO  
ANALES ENE/DIC 1983

**CUADRO No.1 UNIVERSO DE TRABAJO EN  
NUMERO DE EXPEDIENTES Y CONSULTAS.**

EXPEDIENTES	CONSULTAS	TOTAL
7	9	63
18	7	126
23	6	138
32	5	160
7	4	28
3	2	6
2	1	2
<b>TOT.</b> 92		523

**FUENTE: ARCHIVO CLINICO UMF # I  
EXPEDIENTE CLINICO  
ANALES ENE/DIC 1983**

CUADRO No.2 CALIFICACION DE LOS EXPE  
 DIENTES DE ACUERDO AL NUMERO DE CON /  
 SULTAS OTORGADAS.

CALIFICACION	No. DE EXP.	%
BUENA	0	0
REGULAR	25	27.17
MALA	62	67.39
PESIMA	5	5.43
TOTALES	92	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICO UMF # I  
 EXPEDIENTE CLINICO  
 ANALES ENE/DIC 1983

CUADRO No.3 CALIFICACION DE CADA CONSULTA DE ACUERDO A PESO, TA, FUNDAMENTACION DIAGNOSTICA Y NUEVA CITA.

CALIFICACION	No. CONSULTAS	%
BUENA	242	46.27
REGULAR	153	29.25
MALA	98	18.95
PESIMA	30	5.73
TOTALES	523	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICO UMF # I  
EXPEDIENTE CLINICO  
ANALES ENE/DIC 1983

**CUADRO No.4**

**DISTRIBUCION DE LOS PARAMETROS EVALUADOS EN EL TOTAL DE LAS CONSULTAS.**

<b>PARAMETROS</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
<b>ANOTARON PESO</b>	306	59.18
<b>ANOTARON TA</b>	255	49.32
<b>FUNDAMENTARON EL DIAGNOSTICO</b>	153	29.59
<b>CITADOS DE NUEVO</b>	255	49.32

**FUENTE: ARCHIVO CLINICO UMF # I**

**EXPEDIENTE CLINICO**

**ANALES ENE/DIC 1983**

CUADRO No.5 PACIENTES DIABETICOS EN-  
 GUESTADOS.DISTRIBUCION POR GRUPO DE-  
 EDAD Y SEXO.

GRUPOS DE EDAD	MASC.		FEM.		TOT.	%
	No.	%	No.	%		
38-44	3	6.97	4	8.16	7	7.60
45-51	8	18.60	8	16.32	16	17.39
52-58	17	39.53	15	30.61	32	34.78
59-63	15	34.88	22	44.89	37	40.21
TOTAL	43	100	49	100	92	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICO UMF # I  
 EXPEDIENTE CLINICO  
 ANALES ENE/DIC 1983

CUADRO No.6 CALIFICACION DE EXPEDIENTES  
POR NUMERO DE GLICEMIAS PRACTICADAS EN-  
UN AÑO.

CALIFICACION	No. DE EXP.	%
BUENA	25	27.17
REGULAR	30	32.60
MAIO	35	38.04
PESIMO	2	2.17

FUENTE: ARCHIVO CLINICO UMF # I  
EXPEDIENTE CLINICO  
ANALES ENE/DIC 1983



CUADRO No.7 CALIFICACION DE EXPEDIENTES  
 POR NUMERO DE QUIMICAS SANGUINEAS Y EXA  
 MEN GENERAL DE ORINA PRACTICADOS EN UN-  
 AÑO.

CALIFICACION	No. DE EXP.	%
BUENA	0	0
REGULAR	2	2.17
MALO	20	21.73
PESIMO	70	76.08

FUENTE: ARCHIVO CLINICO UMF # I  
 EXPEDIENTE CLINICO  
 ANALES ENE/DIC 1983

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se revisaron 523 consultas en 92 expedientes.
- El 67.39 % tiene un número malo de consultas.
- 242 consultas fueron buenas, pero solo en 153 se encon  
tró de alguna forma algo que fundamentara el diagnóstico.
- Fueron 49 mujeres y 43 hombres.
- La edad promedio fué de 53, con una máxima de 63 y una  
mínima de 38 años.
- No se tomó en cuenta la actividad, el peso ideal ni la  
actividad física complementaria.
- No se tomó en cuenta la escolaridad.
- El padecimiento más frecuentemente encontrado como causa  
distinta a diabetes fueron las infecciones de vías  
urinarias en el 51.21 %.
- El número de glicemias o destroxitis practicados en el -

- el año fué malo en el mayor porcentaje con 38.04%.
- El número de otros exámenes de laboratorio en promedio rebasa solo por 26 milésimas el umbral de lo pésimo en el 76.08 %.
- El 58.69 % fué enviado a Dietología.
- El 58.69 % fué enviado al club del diabético.
- No se encontró señalamiento de que se hiciera o manifestara búsqueda intencionada en la detección a otros familiares.
- El 40.21 % consigna el tiempo de evolución de la enfermedad.
- En ninguno se habla sobre de que si ha sido hospitalizado.
- Existen variaciones en el peso de mas de 2 Kg., que se consignan en las notas médicas y no se encuentra referencia de ello.

Se recomienda el uso de una hoja de registro de da  
tos, que no pretende en forma alguna ser la ideal. Espe  
ramos sirva de modelo o como idea que al desarrollarse  
nos permita brindar al paciente diabético, la satisfa--  
cción de serle útil.



CUESTIONARIO I  
(POR EXPEDIENTE)

FICHA DE IDENTIFICACION

No.de afiliacion: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Ocupacion: \_\_\_\_\_  
Etnicidad: \_\_\_\_\_

- 1.-Numero de consultas en el año por causa distinta a Diabetes: \_\_\_\_\_
- 2.-Numero de Glicemias practicadas en el año: \_\_\_\_\_
- 3.-Numero de otros exámenes de lab.(solo BH, ECG, etc): \_\_\_\_\_
- 4.-Fue enviado a Dietologia: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 5.-Fue enviado al club de los Diabéticos: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 6.-Se ha hecho detección a otros familiares: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 7.-Tiene consignado el tiempo de evolución de la enfermedad: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 8.-Ha sido hospitalizado en el transcurso del año: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 9.-Cuántas veces: \_\_\_\_\_
- 10.-Fue este consignado posteriormente en la nota médica: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 11.-Hubo variaciones en el peso registrados: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 12.-Fuera estos consignados: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO II

(POR CONSULTA)

- 1.-Anota el peso: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 2.-Anota la TA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 3.-Fundamenta el Diag.con signos y síntomas: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 4.-Es citado nuevamente a la consulta?: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

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

- 1.- Mogensen C., E.: Diabetes New. Elsevier Science Aarhus. Dinamarca, 1975; 7:5.
- 2.- Jefatura de Servicios Médicos. "Instructivo del Expediente Clínico de Medicina Familiar". Sub'Dirección General Médica. Serie instructivos, 1981.
- 3.- Shires B., D.: Medicina Familiar: Guía Práctica. Ed. Mc Graw Hil, 1983.
- 4.- Autores varios. Historia Natural de la Diabetes Mellitus, mesa redonda. Rev. Facultad de Medicina U.N.A.M., 1978.
- 5.- Mac Gregor, C.: Políticas para la Atención Médica. Rev. Médica, IMSS, 1983; 21:477.
- 6.- Valdéz C., J.: La Medicina Familiar en el IMSS. Sub'Dirección General Médica. Rev. Med. IMSS, 1983; 21:524.
- 7.- Archivos Clínicos de la U.M.F. No. 1 de Ciudad Obregón, Sonora. Departamento de Codificación Médica anuales de 1983.
- 8.- Ariza A., R.: Otros Progresos en Diabetes Mellitus. Rev. Med. IMSS, 1983; 21:
- 9.- Vázquez Chávez, C.,: Diabetes Mellitus; Progresos recientes en el conocimiento de su etiopatogenia y en su clasificación. Rev. Med. IMSS, 1983; 21:97.