

11226
21
28j

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE

POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS

SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA

EL DIABETICO SU CONTROL Y EL

APOYO FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA;

DR. JOSE ARMANDO CAMPOS TOLEDO

Cuernavaca morelos Enero de 1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



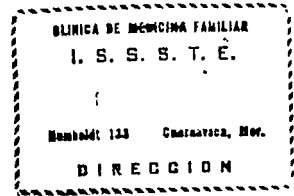
UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

EL DIABETICO SU CONTROL Y EL
APOYO FAMILIAR



QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
M E D I C I N A F A M I L I A R .Presenta;

DR. JOSE ARMANDO CAMPOS TOLEDO

AUTORIZACIONES


DR. JUAN JOSE HAZON RAMIREZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR


FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY

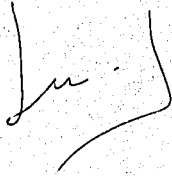
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

	I. S. S. S. T. E.
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR	CUERNAVACA, MORELOS
REGISTRO DE CONSTANCIAS Y RECONOCIMIENTOS	
LIBRO NUM. 01	HOJA 01
FOLIO NUM. 003-95	
FECHA DE EXPEDICION 18-JUL-95	

PROFESOR Y ASESOR DE TESIS

DR. MARIO MIRANDA JUAREZ

MEDICO INTERNISTA DEL ISSSTE
HOSPITAL CARLOS CALERO E.
Cuernavaca Morelos

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Miranda', enclosed within a simple rectangular border.

EL DIABETICO SU CONTROL Y EL

APOYO FAMILIAR

T E S I S D E P O S T G R A D O

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

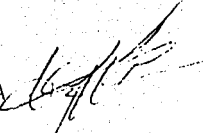
DR. JOSE ARMANDO CAMPOS TOLEDO
ASESOR DE TESIS; DR. MARIO MIRANDA JUAREZ
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE
CUERNAVACA MORELOS 1994

EL DIABETICO SU CONTROL Y EL
APOYO FAMILIAR

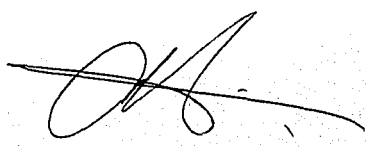
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
M E D I C I N A F A M I L I A R Presenta;

DR JOSE ARMANDO CAMPOS TOLEDO

AUTORIZACIONES

Profesor Titular del Curso DR. JESUS SANTAMARIA LOZA 

DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
Jefe del Departamento de Medicina
Familiar Jefatura de Servicios de
Enseñanza. ISSSTE.



AGRADECIMIENTO

A mi esposa y a mis hijos por su apoyo y paciencia, su tolerancia y sus privaciones, así como por el ánimo que me brindaron para la realización de éste postgrado.

A mis coordinadores del curso por su entrega, su apoyo y sus presiones para lograr llegar a la meta principalmente al Dr. Jesus Santa Maria y al Dr. Nicolas Aviles.

A todos los profesores del curso principalmente al Dr. Manuel Figueroa quien no solamente me transmitió sus conocimientos, si no que también orientó mi vida de manera muy positiva tanto en aspectos profesionales como individuales. gracias.

A todas aquellas personas que me proporcionaron ideas, materiales y hasta parte de su tiempo cooperando con el trabajo.

A mi asesor de tesis el Dr. Mario Miranda J. a quien estimo y respeto como amigo y compañero de trabajo a quien le doy el mérito de realización del presente trabajo.

A todos mis compañeros.

A la institución que me brindó la oportunidad de superarme y poder subir un peldaño mas en mi preparación académica y en mi propia vida.

A todos aquellos que desinteresadamente estan conmigo.

A Dios que me ha dejado vivir, dandome todo lo que tengo y todo lo que soy porque el fue, es y será mi fortaleza.

A TODOS GRACIAS.

C O N T E N I D O

1.- INTRODUCCION	1
2.- MARCO TEORICO	4
3.- ANTECEDENTES	4
4.- JUSTIFICACION	6
5.- PLANTEAMIENTO	7
6.- HIPOTESIS	7
7.- OBJETIVOS	7
8.- MATERIAL Y METODOS (DISEÑO)	7
9.- PROCEDIMIENTO Y PRESENTACION DEL PLAN	14
10.- TIPO DE INVESTIGACION	14
11.- ORGANIZACION	15
12.- ANALISIS DE DATOS RESULTADOS (graficas)	16
13.- CONCLUSIONES	21
14.- DISCUSION	23
15.- SUGERENCIAS	23
16.- BIBLIOGRAFIA	24

INTRODUCCION

LA DIABETES MELLITUS se conoce desde la antigüedad. Los escritos médicos chinos mencionaban un síndrome de polifagia, polidipsia y poliuria. Arateo (70.A.C.) describió su enfermedad y le dió su nombre que en griego significa correr a través.

El estudio de la química de la orina diabética fué iniciado por PARACELSO en el siglo XVI, sin embargo él lo confundió con sal en lugar de azúcar. 100 años después Thomas Willis describió la dulzura de la orina diabética como si estuviera impregnada de miel o azúcar. y Dobson comprobó que se trataba de azúcar. Esto dió lugar a un enfoque diabético del problema introducido por Rollo 29 años después. Morton 1686 hizo notar el carácter hereditario de la enfermedad. En 1959 Claudio Bernard demostró el contenido elevado de glucosa en la sangre diabética y reconoció a la hiperglucemia como un signo cardinal de la enfermedad. En 1869 Langerhans aun estudiante de medicina, describió los islotes celulares del páncreas que ahora llevan su nombre. Kussmaul hizo la descripción de la respiración labradora y la necesidad de aire del paciente en coma diabético en 1874. El cuidadoso trabajo de médicos como Bouchardat, Naunyn, Allin y Joslin dió lugar a un considerable éxito con la dieta. Von Mering y Minkowsky efectuaron estudios en 1889 demostrando que se puede volver diabéticos a los perros mediante pancreatectomía; 30 años después Bunting y Best prepararon un extracto de páncreas de perro que pudiera disminuir la elevación de la concentración sanguínea de la glucosa. En 1939 Hagedorn introdujo la primera insulina de acción prolongada y la insulina de buey en 1953 por Sanger, Nicol y SMITH describieron la estructura química de la insulina humana en 1960. En 1964 Katsoyannis en E.U. y Zanh en Alemania sintetizaron la insulina y pudieron combinarla con material biológicamente activo. En 1967 Steiner describió una gran molécula de proinsulina que es convertida por acción enzimática en insulina activa con molécula mas pequeña.

El descubrimiento accidental de la acción hipoglucemiante de la carbutamida por Franque y Fuchs en Alemania en 1955 y los trabajos experimentales de Loubatieres en Francia iniciaron el uso de los agentes hipoglucemiantes orales. (1-2-11).

La Diabetes MELLITUS es una enfermedad de distribución mundial que se estima que en E.U. existen 10 millones de diabéticos y en México 5 millones, lo que equivale un 3 a 5% de la población general. La frecuencia de la enfermedad está aumentando rápidamente a razón de un 6% anual, así que el número de diabéticos se duplica cada 15 años. La Diabetes Juvenil (15 años de edad o menos) comprende el 5% de la población total de diabéticos. (1-2-21).

El departamento de Salud Pública en E.U. estima que hay 2 diabéticos por cada 1000 personas hasta la edad de 24 años; 10 entre las edades de 25 y 45; 33 en el grupo de edad entre 45 y 51; 56 entre 55 y 64; y 69 por 1000 entre 65 y 74 años de edad. A menos que se encuentre una cura o medida preventiva para la Diabetes, esta cantidad continuará aumentando por la siguientes razones: 1) La población crece y se hace mas vieja, 2) La vida esperada para los diabéticos tratados es muy cerana a lo normal, o al menos es de las dos terceras partes de la población general a una edad determinada; 3) Puesto

que mas diabéticos viven lo suficiente para tener hijos, un número mayor de ellos heredara el gen diabético; 4) La obesidad que parece precipita la diabetes entre las personas predispuestas, tambien va en aumento permitiendo que haya mas diabéticos en potencia. (1-2-6-10).

Dado que en muchos pacientes la sintomatología es muy vaga y que éstos no acuden al médico, se escapan muchos diagnósticos y entre ellos el de la Diabetes Mellitus, es aconsejable concentrar los esfuerzos entre aquellos individuos que presentan predisposición por la enfermedad. Ellos son: 1) los parientes de diabéticos conocidos, entre los cuales la Diabetes es dos y media veces mas frecuente que entre la población general. 2) Las personas obesas, puesto que el 85% de los diabéticos son o fueron en un tiempo individuos con exceso de peso. 3) Las personas de edad avanzada, ya que 4 de cada 5 diabéticos tienen mas de 45 años de edad y 4) Las madres que dan a luz bebés muy grandes por la posibilidad de prediabetes materna (1-2-7-10).

Esta perfectamente bien establecido que la Diabetes Mellitus es hereditaria; aunque la forma en que se hereda está aun sujeta a discusión; esto se basa en la mayor frecuencia de parientes diabéticos entre los pacientes diabéticos. El patron de herencia se caracteriza por: 1) Una mayor presentación entre las parejas de gemelos idénticos que en las de gemelos bivitelinos; 2) La transmisión equilateral del caracter por cualquiera de los progenitores afectados. 3) La susceptibilidad de ambos sexos.

En estudios recientes han confirmado que los padres diabéticos transmiten dos a tres veces mas que las madres y que la transmisión en hijos varones de 41.7% contra el 23.5% a hijas hembras; deduciendo de éste estudio que el riesgo de Diabetes a los 20 años de edad es de 8.9% si el padre es diabético y de 3.4% si la madre es diabética; aunque se ha reportado que si la madre es diabética insulino dependiente a mas corta edad (8 años), ésta la transmite mas que el padre. (1-7-8-9-10).

La Diabetes tipo II es un desorden metabólico común con una morbilidad y mortalidad considerable. A pesar de la evidencia de un componente genético substancial, el modo de transmisión y las bases moleculares en ésta herencia permanecen desconocidas. Hemos observado la aparición de Diabetes en un 91% en gemelos monocigotos y que la aparición de su enfermedad será a los 20 años o menos; de aquí que la aparición de genes susceptibles a DM-II sería muy importante para la prevención y manejo de la enfermedad. (7-8).

En otros estudios realizados se ha encontrado una prevalencia de DM-I en monocigotos del 44% y en dicigotos del 19%, al mismo tiempo se observo que la prevalencia es mas alta en varones que en hembras comparados equivalentemente a otros estudios realizados, (7-8-9).

Aunque una fuerte asociación clínica existente entre la obesidad entre la Diabetes Mellitus NO-Insulino Dependientes DM-II han fallado para su asociación, se ha concluido que la obesidad disminuye la sensibilidad a la insulina de ambos tejidos hepático y periférico en pacientes con DM-II. El aumento de la resistencia a la insulina por la obesidad indica porque reducir de peso es un tratamiento efectivo

CLASIFICACION DE LA DIABETES

Las clasificaciones mas aceptables de la Diabetes, son las del Grupo Nacional de Datos sobre la Diabetes (GNDD), de los Institutos Nacionales de Estados Unidos; y la del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas dos clasificaciones tienen muchos puntos en común y algunas diferencias. Los elementos comunes a ambos son:

1.- Separación en clases clínicas y en clases de mayor riesgo estadístico de desarrollar Diabetes.

2.- División de las clases clínicas en: Diabetes Mellitus, intolerancia a la glucosa y Diabetes Gestacional.

3.- División de las clases de riesgo estadístico en anomalía potencial y anomalía previa de la tolerancia a la glucosa.

4.- Subdivisión dentro de las clases clínicas en distintas subclases como sigue:

- a) Diabetes mellitus que incluyen tres subclases:
Diabetes Mellitus Insulinodependiente (DMID).
Diabetes Mellitus NO Insulinodependiente (DMNID),
en individuos obesos y no obesos.
Diabetes Mellitus asociada con ciertos síndromes o trastornos.
- b) Intolerancia a la glucosa que incluye:
La que ocurre en obesos y no obesos
La asociada a ciertos trastornos o síndromes./

La principal diferencia entre las dos clasificaciones consiste en que el grupo de la OMS considera además de la subclase clínica:

Diabetes mellitus asociada a malnutrición:
Diabetes pancreática fibrocalculosa.
Diabetes asociada a desnutrición y deficiencia de proteínas.

(5-6)

CLASIFICACION DE LA DIABETES MELLITUS Y OTRAS CATEGORIAS

SEGUN EL COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS

A. CLASES CLINICAS.

Diabetes Mellitus.

Diabetes Mellitus Insulinodependientes (DMID).
Diabetes Mellitus NO Insulinodependiente (DMNID).
No obeso
Obeso

Diabetes Mellitus asociada a mal nutrición.

Diabetes pancreática fibrocalculosa
Diabetes asociada a desnutrición con deficiencia
proteínica.

Diabetes asociada a otros síndromes o trastornos.

Enfermedad pancreática
Enfermedad de etiología hormonal
Inducida por fármacos o agentes químicos
Anormalidades de la molécula de insulina o
sus receptores.
Ciertos síndromes genéticos
Diversos.

(5-6)

La reducción de la sensibilidad de la insulina es proporcional al peso (10-17).

Las fases clínicas y químicas de la Diabetes Mellitus, puede ser clasificada en cuatro etapas:

- 1.- PREDIABETES. Estos sujetos tienen una tolerancia normal a los carbohidratos, pero llegan en última instancia a padecer la enfermedad. Tales personas son aquellas que tienen un gemelo idéntico o las -- que tienen sus dos padres diabéticos.
- 2.- DIABETES SUBCLÍNICA. Las personas que se encuentran en esta -- etapa de la Diabetes, presentan una prueba normal de tolerancia a la glucosa con cortisona. Demuestran una tolerancia defectuosa a los carbohidratos en los períodos de tensión.
- 3.- DIABETES LATENTE. Estos individuos están asintomáticos y pueden o no presentar glucosuria. La concentración de glucosa sanguínea en ayunas está generalmente normal pero puede estar elevada y la prueba de tolerancia a la glucosa es normal. A las etapas de 2 y 3 se le ha llamado "DIABETES QUÍMICA".
- 4.- DIABETES MANIFIESTA: Esta etapa final de la Diabetes puede ser dividida en una fase aguda y en una fase crónica. Los pacientes que tienen una fase aguda manifiesta, presentan los signos y síntomas clásicos de la Diabetes: poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso. Muchos adolescentes diabéticos presentan nicturia y en ocasiones enuresis, irritabilidad, dolor abdominal y letargia. Los pacientes que presentan la Diabetes crónica manifiesta tienen complicaciones vasculares de larga duración, glucosuria e hiperglucemia. La glucosa sanguínea en ayunas está elevada en esta etapa de la enfermedad.

La duración de los síntomas antes mencionados puede variar desde una a cuatro semanas antes de que se lleve a cabo el diagnóstico. (4-5-6-11-12-17).

Respecto de los tipos de DIABETES, se puede aplicar la siguiente clasificación etiológica:

- 1.- DIABETES GENÉTICA. (hereditaria, idiopática, primaria, esencial) que se subdivide según la edad de aparición en DIABETES JUVENIL Y DEL ADULTO.
- 2.- DIABETES PANCREÁTICA en la cual la intolerancia a los hidratos de carbono se pueden atribuir directamente a la destrucción de los islotes del páncreas por inflamación crónica, carcinoma, hemocromatosis o excisión quirúrgica.
- 3.- DIABETES ENDOCRINA, cuando la Diabetes se acompaña de endocrinopatías como el hiperpituitarismo, hipertiroidismo, hiperadrenalismo (síndrome de Cushing, aldosteronismo, primario, feocromocitoma) y tumores de los islotes del páncreas del tipo de células A. En esta categoría también se pueden incluir la Diabetes de la gestación y las diversas formas de Diabetes por stress.
- 4.- DIABETES YATROGENA cuando es precipitada por la administración de corticosteroides, cierto tipo de diuréticos del tipo de la benzotiadiazina y posiblemente también por las combinaciones de estrógenos-progesterona.

Por otro lado se sabe de las múltiples complicaciones que se presentan en los pacientes diabéticos, tales como: alteraciones en los vasos sanguíneos, arterioesclerosis, micro y macroan-

giopatías, alteraciones retinianas como microaneurismas, hemorragias y exudados, retinopatía proliferativa, alteraciones renales como la glomeruloesclerosis, las pielonefritis y la nefropatía diabética que se manifiesta clínicamente por proteinuria, edema e hipertensión; infecciones frecuentes a todos los niveles y el pie diabético. Existen múltiples alteraciones en toda la economía, en general en todos los pacientes diabéticos. (1-2-).

El enfoque del manejo del paciente Diabético no se contempla en este trabajo ya que no es el motivo del mismo; sin embargo, sabemos que éste comprende: 1) Educación sobre la enfermedad, 2) Instrucciones individuales sobre la dieta, 3) terapia específica para el control de la glucemia, 4) Terapia apropiada para los trastornos metabólicos agudos y 5) seguimiento clínico y tratamiento de las complicaciones crónicas, entre las cuales además de las mencionadas arriba se puede agregar la neuropatía diabética. (1-2-18-19).

M A R C O T E O R I C O

Dadas las características de la enfermedad que en general se han anotado en la introducción, se sabe que la Diabetes Mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa y cuya etiología es multifactorial, al mismo tiempo su control es difícil ya que hay que romper con la cultura, del paciente, tabúes, hábitos alimenticios e higiénicos, además de factores psicológicos y económicos. Los pacientes Diabéticos con controles deficientes, tarde o temprano presentarán complicaciones agudas y/o crónicas. (1-6-11-12).

Estudios efectuados tanto en animales como en el hombre, han demostrado que el control estricto de la Diabetes en cuanto a sus cifras de glucemia se refiere, retrasan el avance de las complicaciones como la retinopatía, neuropatía, nefropatía, etc.

Todos éstos datos me llevarán a investigar el fondo del problema al que me voy a referir en este estudio al cual puedo definir con el motivo de la pregunta que dió origen al mismo, de la siguiente manera:

EL SABER QUE GRADO DE: INFORMACION; CONOCIMIENTO; ACEPTACION Y EDUCACION, Tienen los pacientes Diabéticos, sus familiares y hasta donde el personal de salud (médicos y enfermeras) apoyan a los mismos incluyendo el apoyo de sus familiares.

A N T E C E D E N T E S

El control de la Diabetes Mellitus no se logra fácilmente y el tratamiento requiere que los pacientes estén bien informados cooperen con los profesionales de la salud en coordinación con sus familiares, creando un amplio sistema de cuidado.

Pocas enfermedades requieren la capacitacion y disciplina = que necesita el paciente Diabético.(10-14-15-16-19)

Es necesaria una buena relación médico paciente en la que el médico proporcione la información necesaria y suficiente del padecimiento y promueva la motivación para que el paciente continúe con las indicaciones y mejore su actitud para cumplir el tratamiento establecido; igualmente importante es la cooperación, apoyo, ayuda y entendimiento de los familiares.(3-7-10-13-14-15-16-20).

El control adecuado del paciente Diabético en cuanto a glicemias se refiere, varía de acuerdo a cada especialista, y lo importante es obtener glicemias en ayunas y postprandiales lo mas cercanas posibles a las de individuos NO Diabéticos; este concepto puede ser filosóficamente adecuado, pero en la práctica es difícil de lograr. (13-15)

La insistencia del médico en el control metabólico puede descuidar las necesidades del paciente de incorporar un régimen terapéutico a los muchos aspectos de la vida diaria, además es poco probable se logre el control metabólico si los valores y las creencias del individuo y de sus familiares no se toman en cuenta. Un paciente que concede muy poco valor al control metabólico o que considera el régimen demasiado difícil probablemente rechace la información enfocada a lograr el control. Es particularmente que ocurra lo anterior si no se toman en cuenta las necesidades del individuo y de su familia, y se espera que el paciente y quienes lo rodean asuman un papel positivo. (3-11-13-15-16)

Una meta mas adecuada es fomentar la autoregulación, entendiendo por esto, que el paciente y sus familiares sean una parte activa del control, en la toma de decisiones y en el tratamiento establecido, para que de esta manera se alcance al máximo la salud y el bienestar. Ello destaca al individuo y a su realización.

La capacidad de autoregulación y el significado de nivel alcanzable de salud, varían en distintos individuos, según se conozca la enfermedad tanto por el paciente como por sus familiares. (3-13-15-16)

Dentro de un buen control del paciente Diabético, se requiere una buena educación, orientación y programas que ayuden al desarrollo psicológico que lleven al paciente a una mejor calidad de vida. En Stony Brook N.Y. se llevó a cabo una encuesta al respecto y se encontraron los siguientes datos:

- 44% nunca han tenido una educación formal de la Diabetes M.
 - 23% se atendían en programas hospitalarios especiales.
 - 65% asistían a programas hospitalarios ambulatorios.
 - 30% de los encuestados no tenían preparación secundaria
 - 45% completaron la secundaria preparatoria.
 - 80% leían artículos sobre la enfermedad.
 - 53% recibían revistas sobre la enfermedad.
 - 20% se atendían en clubes de diabéticos
- (encuesta de 339 pacientes).

Por lo que notamos se deduce que hay una escases en la participaci3n educacional hacia los diab3ticos, en los programas establecidos; en base a esa encuesta se logr3 observar lo siguiente: Que los pacientes que participaron obtuvieron los beneficiors del programa que incluía una oportunidad para aprender mas a cerca de la DIABETES; 45%. Presentaron mejor control de la glucosa 23%; un intercambio de experiencias entre diabeticos un 23%.

Estos antecedentes nos demuestran que mejorando la educaci3n, el conocimiento, la aceptaci3n y la informaci3n a nuestros pacientes Diab3ticos, podremos mejorar su calidad de vida. (15-16-),

La internalizaci3n de la Diabetes comprende un buen grado de: INFORMACION-, CONOCIMIENTO-, ACEPTACION-, y EDUCACION, lo cual interviene en su control aceptable de los pacientes mismos.

El presente trabajo est3 encaminado a identificar los factores que influyen en el control del paciente DIABETICO y a dar elementos de apoyo especificos al m3dico familiar, al equipo de salud, a los familiares y al propio paciente para mejorar su salud y esbozar elementos de juicio que le permitan proporcionar apoyo a los enfermos con dificultad en su control. (3-13-15-16).

J U S T I F I C A C I O N

Como se mencion3 en la introducci3n del presente trabajo, que la Diabetes Mellitus por ser una enfermedad cr3nico-degenerativa y de etiología y control multifactorial y que dicha enfermedad va en aumento dia con dia (2-21) y que asi nos lo demuestran los estudios y reportes realizados en la misma instituci3n la cual la tenemos entre las 10 primeras causas de muerte y la que mas dias de hospitalizaci3n registra (-21), nos obliga a saber que tanto influyen los multiples factores que la condicionan para tener un buen control de la misma, evitar sus complicaci3nes a corto, mediano y largo plazo y poder brindar con ello una mejor calidad de vida a nuestros pacientes Diab3ticos. Es por ello la razon del presente trabajo que a base de cuestionarios y encuestas, obtendremos el grado de INFORMACION, CONOCIMIENTO, ACEPTACION y EDUCACION que tienen los pacientes Diab3ticos respecto de su enfermedad, asi como el de sus familiares y del equipo de salud, d3ndoles una calificaci3n a los mismos y poder evaluar los par3metros en estudio, obteniendo una idea de la situaci3n actual de nuestros pacientes y de la misma enfermedad y saber cual o cuales son los aspectos en donde se est3 fallando y asi poder dar alternativas de soluci3n a los mismos, esperando que su aplicaci3n tenga beneficios a corto, mediano y largo plazo

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio a realizar, está enfocado a conocer qué tanto sabe el paciente Diabético de su enfermedad, cómo se presenta como se desarrolla y cómo se manifiesta, cuales son sus complicaciones, que tan importante es su control, que tanto saben sus familiares respecto de su enfermedad y como lo apoyan; al mismo tiempo, que tanto apoyo da el equipo de salud al paciente diabético. Todo esto se realizará a través de cuestionarios basados en la INFORMACION, CONOCIMIENTO, ACEPTACION y EDUCACION de la Diabetes Mellitus. Al mismo tiempo los resultados del cuestionario nos arrojará datos como: distribución por edades y sexo así como el grado de educación escolar y el APOYO que reciben los pacientes de sus familiares y del equipo de salud.

H I P O T E S I S

En éste trabajo no hay ya que es un tipo de investigación sociomédica, cerrada, prospectiva y observacional.

O B J E T I V O S

OBJETIVO GENERAL: El propósito de ésta tesis es en general, que grado de Información, Conocimiento, Aceptación y Educación tiene el paciente diabético respecto de su enfermedad y al mismo tiempo que tanto apoyo recibe de sus familiares y del equipo de salud.

OBJETIVO ESPECIFICO: Practicamente no los hay, además de los mencionados en el objetivo general, los cuestionarios nos darán datos como: grupos de edad y sexo, escolaridad tanto de los pacientes diabéticos como de sus familiares.

MATERIAL Y METODOS (DISEÑO)

El material que se emplea en ésta tesis es a base de cuestionarios dirigidos a pacientes Diabéticos, a sus familiares y al equipo de salud (médicos y enfermeras), los cuales están enfocados a los 4 parametros en estudio (información, conocimiento, aceptación y educación) a los cuales se les dará una calificación para poder evaluarlos y registrarlos en las gráficas correspondientes.

UNIVERSO DE ESTUDIO: a) Pacientes diabeticos mayores de 20 años
b) Familiares de pacientes diabéticos.
c) Enfermeras de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE.
d) Médicos de la misma clínica del ISSSTE de Cuernavaca Morelos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: a) 40 pacientes diabeticos
b) 40 familiares de diabeticos
c) 20 médicos de la clínica
d) 20 enfermeras de la clínica

DEFINICION DE LOS SUJETOS DE OBSERVACION:

Los elementos típicos o básicos para el presente estudio son los pacientes mayores de 20 años de ambos sexos, familiares de los pacientes diabéticos, enfermeras y médicos de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Cuernavaca Morelos.

DEFINICION DEL GRUPO CONTROL: No se tiene por no ser estudio comparativo.

CRITERIOS DE INCLUSION: Ser pacientes diabéticos mayores de 20 años; ser familiares de los pacientes diabéticos, ser enfermeras y médicos de la clínica del ISSSTE De Cuernavaca Mor.

CRITERIOS DE EXCLUSION Y DE ELIMINACION:

Se excluyen sujetos diabéticos menores de 20 años, ya que dentro de la estadística de nuestra unidad son pocos los casos que observamos y nos arrojarían muy pocos datos en el estudio.

VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

Se llevarán a cabo a través de cuestionarios diferentes para cada uno de los estudiados, es decir: a los pacientes, a sus familiares y al equipo de salud de la Clínica de Medicina Familiar del Isssta en la Cd. de Cuernavaca Morelos, los cuales están enfocados a 4 parámetros principalmente y que son: INFORMACION, CONOCIMIENTO, ACEPTACION y EDUCACION sobre la Diabetes Mellitus; además, el cuestionario nos arrojará datos suficientes para poder hacer clasificaciones por edad y sexo y saber el grado de estudio tanto de nuestros pacientes como de sus familiares, dándoles a cada parámetro un valor.

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DIABETICOS

NOMBRE _____ EDAD _____ años PESO _____ Kg
DOMICILIO _____ C.P. _____ Tel. ---
CEDULA DE REGISTRO _____ ESCOLARIDAD _____

INFORMACION

- 1.-LA DIABETES MELLITUS ES UNA ENFERMEDAD:
 - a) No se
 - b) Hereditaria
 - c) Contagiosa
 - d) Ocasionada por bacterias
 - e) Ocasionada por bebidas alcoholicas.

- 2.-DE DONDE HA OBTENIDO INFORMACION DE SU PSADECIMIENTO?
 - a) De su médico familiar
 - b) De amigos y parientes
 - c) De libros y revistas
 - d) De periódicos
 - e) De la television y radio

- 3.-PORQUE SE PRODUCE AUMENTO DE AZUCAR EN LA DIABETES MELLITUS?
 - a) No se
 - b) Deficiente función del hígado
 - c) Daño en el estomago e intestino
 - d) Producción insuficiente de insulina en el páncreas
 - e) Por infección bacteriana

- 4.-LA DIABETES MELLITUS SE CONTROLA CON:
 - a) Dieta,medicamentos y ejercicio
 - b) No se
 - c) Reposo
 - d) Aspirinas
 - e) Ejercicio y vegetales

- 5.-LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS SON
 - a) Cancer y neumonía
 - b) Pérdida de pelo y sordera
 - c) Perdida de la Vista y gangrega
 - d) no se
 - e) Pérdida de la voz y ulcera gastrica

CONOCIMIENTO

- 1.- QUE APARTO DE SU CUERPO AFECTA LA DIABETES MELLITUS
 - a) Digestivo
 - b) Circulatorio
 - c) No se
 - d) Respiratorio
 - e) Reprodutor

- 2.- CUANDO USTED SIENTE MUCHA SED, MUCHA HAMBRE Y GANAS DE ORINAR FRECUENTEMENTE, DEBILIDAD, CANSANCIO, PIENSA QUE?
 - a) No ha comido bien
 - b) Tiene fiebre tifoide
 - c) No se
 - d) Su azucar en la sangre está elevada
 - e) Se pasará pronto su malestar descansando

- 3.- POR QUE SU MEDICO LE ORDENA EXAMENES DE LABORATORIO
 - a) Por rutina
 - b) Por valorar el control de su diabétes
 - c) Para justificar su consulta
 - d) Por molestarlo
 - e) Lo ignora

- 4.- QUE ES LO QUE HACE CUANDO SE SIENTE MAL POR SU ENFERMEDAD
 - a) Toma un remedio casero para sentirse bien
 - b) No come en espera de que ésto se le pase
 - c) Aumenta a su juicio los medicamentos que le dieron
 - d) Toma los medicamentos que le indico su médico y acude con el.
 - e) Toma otro medicamento no indicado por su médico.

- 5.- LOS MEDICAMENTOS QUE SE UTILIZAN EN LA DIABETES MELLITUS SON
 - a) Aspirina y caolin
 - b) Eritromicina y penicilina
 - c) Tolbutamida, insulina O GLIBENCLAMIDA
 - D) Gel de aluminio
 - e) Sueros y suspensiones.

ACEPTACION

- 1.- CUANDO SE LE DIAGNOSTICO LA DIABETES PENSO QUE?
 - a) Iva a morir mas rapidamente
 - b) Ya no podríia trabajar igual
 - c) Ya no valía le pana vivir
 - d) En su trabajo al saberlo lo despedirían
 - e) Que con tratamiento y buen control estaría bien.

- 2.- A USTED LE INTERESA ESTAR BIEN CONTROLADO Y POR QUE?
 - a) Al estar bien controlado se retardan sus complicaciones
 - b) Asi desquita las cuotas wque paga al ISSSTE
 - c) Piensa wque estar controlado o no es lo mismo
 - d) Para que su médico trabaje
 - e) Porque tiene miedo de su enfermedad

- 3.- COMPARTE USTED LA IDEA DE QUE POR SER DIABETICO TIENE MENOS POSIBILIDADES DE EXITO EN LA VIDA?
 - a) Con frecuencia
 - b) Siempre
 - c) Nunga
 - d) Algunas veces
 - e) Casi siempre

- 4.- LE GUSTARIA Y ESTARIA DE ACUERDO EN DAR PLATICAS A OTROS DIABETICOS PARA QUE SEPAN LOS BENEFICIOS DE UN BUEN CONTROL?
 - a) Nunca lo habia pensado
 - b) No me interesa ayudar a otros diabéticos
 - c) No podría hacerlo
 - d) Si, para compartir mi enfermedad y ayudar a otros
 - e) No, porque no quiero que otros se enteren de que soy diabético.

5.- USTED ACATA TODAS LAS INDICACIONES DE SU MEDICO?

- a) Siempre
- b) Nunca
- c) Con regularidad
- d) Algunas veces
- e) Casi siempre

EDUCACION

1.- EL PACIENTE DIABETICO DEBE SEGUIR SU DIETA?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Nunca
- d) Con regularidad
- e) Raras veces

2.- CUANDO DEBE ACUDIR A CONSULTA PARA SU CONTROL ADECUADO?

- a) No lo se
- b) Cada año
- c) Cada vez que se siente mal
- d) Cada vez que su médico lo indique
- e) No importa cada que tiempo.

3.- QUE DEBE HACER CUANDO SUFRE UNA HERIDA EL PACIENTE D.

- a) Aplicarse remedios caseros con limón
- b) Lavarse con agua y jabón y acudir con su médico
- c) No darle importancia
- d) Aplicar alcohol y merthiolate
- e) Tomar medicamentos sin que se le indique

4.- CUANDO DEBE CAMBIAR, SUBSTITUIR, DISMINUIR O AUMENTAR SUS MEDICAMENTOS?

- a) Por recomendación de sus amigos y familiares
- b) Lo ignoro
- c) Cuando se sienta mal
- d) Por indicación médica
- e) Cuando lo crea conveniente.

5.- CUANDO UN PACIENTE DIABETICO TIENE: CANSANCIO, DEBILIDAD, SUDORACION, ALIENTO A MANZANAS, ESTA EN PELIGRO DE:

- a) No lo se
- b) Tener tifoide
- c) Choque hiperglucémico (azúcar muy elevada)
- d) Infección del riñón
- e) Enfermedad intestinal.

CUESTIONARIO PARA FAMILIARES DE DIABETICOS

NOMBRE _____ EDAD _____ años
PARENTESCO DE FAMILIAR DIABETICO _____ ESCOLARIDAD _____

- 1.- CUANTO SABE A CERCA DE LA DIABETES MELLITUS?
mucho poco nada
- 2.- LO LLEVA A SUS CONSULTAS COMO LO ORDENA EL MEDICO?
si no a veces
- 3.- ESTA AL PENDIENTE DE SUS ESTUDIO Y EXAMENES?
SI NO A VECES
- 4.- ESTA AL PENDIENTE DE SUS MEDICAMENTOS?
si no a veces
- 5.- LE PREPARA Y LE AYUDA A LLEVAR SU DIETA ADECUADAMENTE?
si no a veces
- 6.- CUANDO SU FAMILIAR DIABETICO SE HACE UNA HERIDA?
a) Le lava con agua y jabón y lo lleva al médico
b) Le aumenta o le disminuye sus medicamentos
c) Le da antibióticos (penicilina, aspirina, otros).
- 7.- LE DA ANIMO Y APOYO A SU FAMILIAR DIABETICO?
si no a veces
- 8.- SE PREOCUPA PORQUE SU FAMILIAR DIABETICO NO SE DESESPERE Y LE BRINDA APOYO EN SU RELACION?
SI NO A VECES
- 9.- POR INICIATIVA PROPIA, SI LO VE MAL USTED LE AUMENTA, LE DISMINUYE O LE SUSPENDE SUS MEDICAMENTOS?
si no a veces
- 10.- SE PREOCUPA POR CONSEGUIRLE INFORMACION SOBRE LA DIABETES MELLITUS PARA MEJORAR SUS CONDICIONES DE VIDA?
si no a veces

CUESTIONARIO PARA MEDICOS EN RELACION AL
PACIENTE DIABETICO

- 1.- INFORMO AL PACIENTE QUE ES LA D.M. AL SER DIAGNOSTICADO?
 si no a veces
- 2.- INFORMO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES DE LA IMPORTAN-
 CIA QUE TIENENLOS CUIDADOS DEL PACIENTE DIABETICO?
 si no a veces
- 3.- LES HAGO VER A PACIENTES Y FAMILIARES DE LA IMPORTANCIA
 DE LA DIETA Y MEDICAMENTOS DADOS ADECUADAMENTE?
 si no a veces
- 4.- HAGO HINCAPIE DE LA IMPORTANCIA DE ACUDIR A LA CONSULTA
 Y A SUS ESTUDIOS PARA LLEVAR UN BUEN CONTROL?
 si no a veces
- 5.- LES INFORMO DE LOS EFECTOS y/o COMPLICACIONES QUE TIENEN
 LOS PACIENTES DIABETICOS A CORTO Y A LARGO PLAZO PARA --
 INTERESARLOSEN LLEVAR UN BUEN CONTROL SE SU ENFERMEDAD?
 si no a veces

PAGINAS DUPLICADAS

No. **14**

i

CUESTIONARIO PARA ENFERMERAS EN RELACION
AL PACIENTE DIABETICO

1.- CONOCE LO SUFICIENTE EN RELACION A LA DIABETES M.

si no

2.- APOYO AL MEDICO EN SU CONSULTA MOSTRANDOLE INTERES AL
PACIENTE?

si no

3.- ME PREOCUPO POR EL PACIENTE REMARCANDOLE QUE NO FALTE A
SU CONTROL Y A SUS ESTUDIOS EN LA CONSULTA?

si no

4.- INVITO A LOS PACIENTES A RECIBIR MAS INFORMACION
RELACIONADA CON SU ENFERMEDAD?

SI NO a veces

5.- LES PROPORCIONO LITERATURA O GUIAS DE CUIDADOS Y
DIETAS PARA EL PACIENTE DIABETICO?

si no a veces

DEFINICION DEL PLAN

PROCEDIMIENTO Y PRESENTACION DEL PLAN

- 1.-Del cuestionario aplicado a los pacientes Diabéticos, se obtendrán los siguientes parámetros medibles:
 - a) Número de pacientes y relación por sexo (fig.1)
 - b) Escolaridad dividida en (fig.3)
 - Primaria o menos
 - Secundaria
 - Superior
 - c) Proporción por edades comprendidas entre los ---años (fig.2)
 - 20-29 30-39 40-49 50-59 mayores de 60 años
 - d) Calificación en los cuatro parámetros estudiados
 - Información 25 puntos (fig.4)
 - Conocimiento 25 puntos (fig.5)
 - Aceptación 25 puntos (fig.6)
 - Educación 25 puntos (fig.7)
- 2.- Del cuestionario realizado a los familiares de los pacientes Diabéticos, obtendremos los sigs parámetros:
 - a) Escolaridad de los familiares de los pacientes Diabéticos. (fig.8)
 - b) Tipo de familiar al cuidado o informante= Anotación.
 - c) Calificación que obtendrán en los parámetros de:(fig.9)
 - Información 25 puntos
 - Conocimiento 25 puntos
 - Apoyo 50 puntos
- 3.-El cuestionario aplicado al equipo de salud, nos informará del apoyo en general que se le brinda al paciente Diabético dándole una calificación de 0 a 100. (fig.10).

NOTA: Todos los resultados se concentrarán en gráficas que nos permitan de una manera mas simplificada apreciar los resultados del estudio realizado.

TIPO DE INVESTIGACION

- A.- APLICADA: Porque se llevará a cabo a base de cuestionarios.
- B.- DESCRIPTIVA. Ya que solamente se empleará en un grupo de población escogida.
- C.- CLINICA. Esta encaminada a un estudio de tipo clínico y no se efectuarán pruebas químicas o biológicas.
- D.- TRANSVERSAL. Porque éste estudio se realiza de una sola vez en un tiempo y momento dado.
- E.- PROSPECTIVA. La información se recabará en base a preguntas en cuestionarios y respuestas.

F.- OBSERVACIONAL. Ya que en base a los resultados de los cuestionarios aplicados, obtendremos los parametros de medición, los cuales no se pueden modificar.

El presente trabajo dentro de sus aspectos ETICOS, no presentan riezgo en la investigación, ni se requieren medidas de bioseguridad; unicamente el consentimiento del paciente, de sus familiares y del equipo de salud, quienes aceptan desde el momento de contestar los cuestionarios.

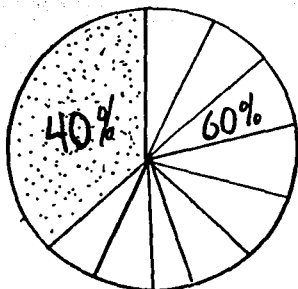
O R G A N I Z A C I O N

El presente estudio se inicia el 1 de Marzo de 1994 y se termina el el 31 de Agosto del mismo año.

ACTIVIDAD, por tal se realizaron cuestionarios para cada uno de los integrantes en estudio, mediante los cuales se obtendrán resultados y serán valorados en los parámetros apuntados, los cuales se demostrarán en gráficas de barras y presentar por último los comentarios respectivos, la discusión y sugerencias.

RESULTADOS ILUSTRADOS

RELACION DE PACIENTES DIABETICOS POR SEXO

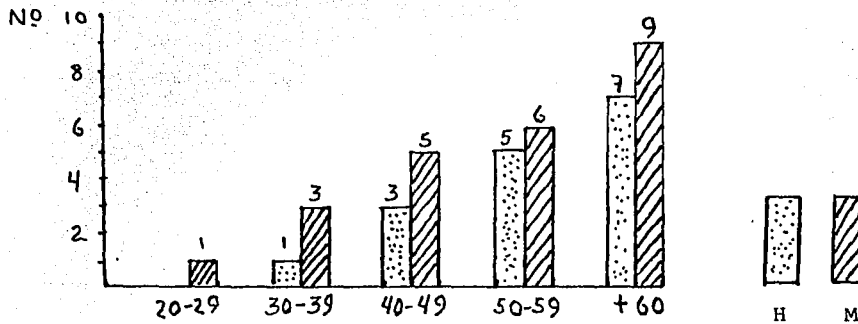


Hombres (H) 40%
Mujeres (M) 60%

Relación 1.5 a 1
M H

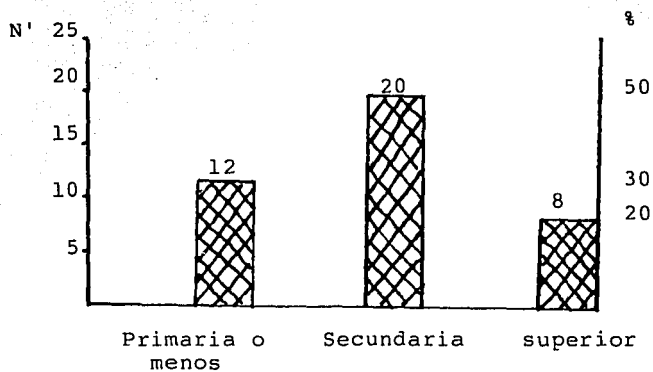
(fig.1)

NUMERO DE PACIENTES DIABETICOS POR SEXO Y POR GRUPOS DE EDAD



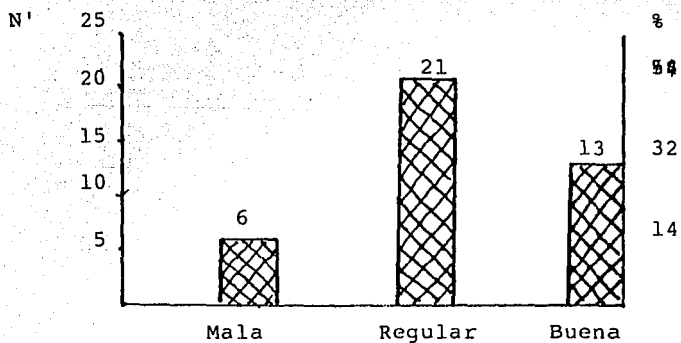
(fig,2)

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES DIABETICOS



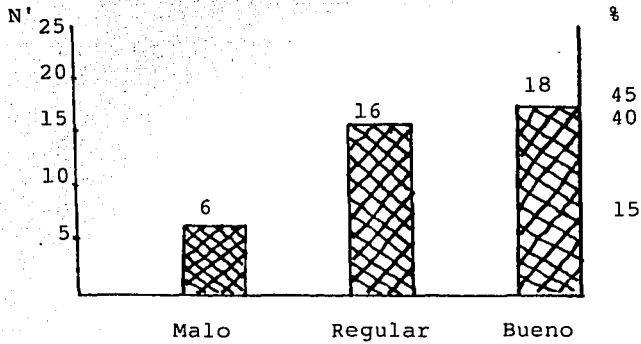
(fig.3)

INFORMACION QUE TIENEN LOS PACIENTES DIABETICOS RESPECTO A SU ENFERMEDAD (D.M.)



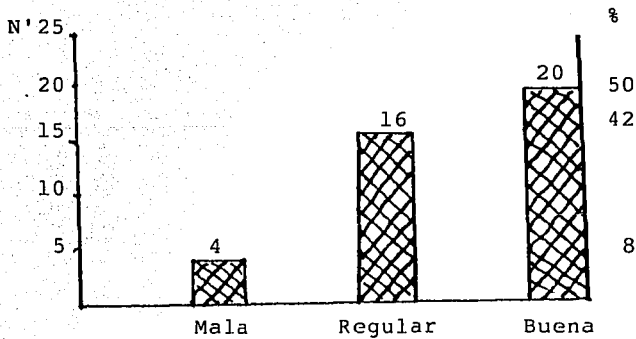
(fig.4)

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PACIENTES
DIABETICOS DE SU ENFERMEDAD



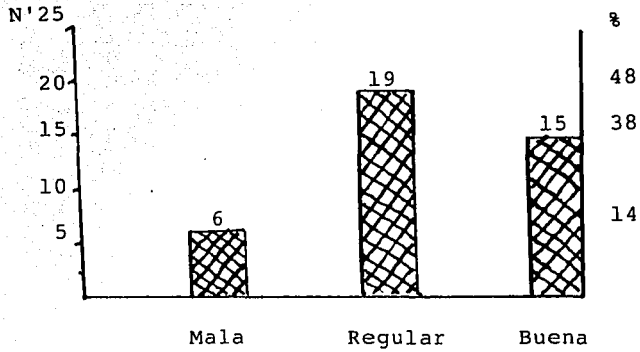
(fig.5)

ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD DE
PACIENTES DIABETICOS



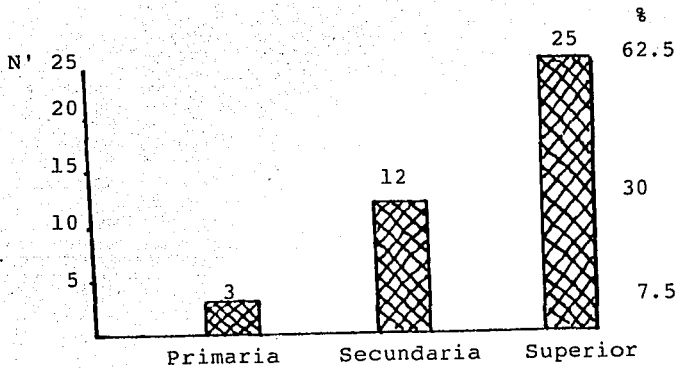
(fig.6)

EDUCACION QUE TIENEN LOS PACIENTES DIABETICOS
RESPECTO A SU ENFERMEDAD



(fig.7)

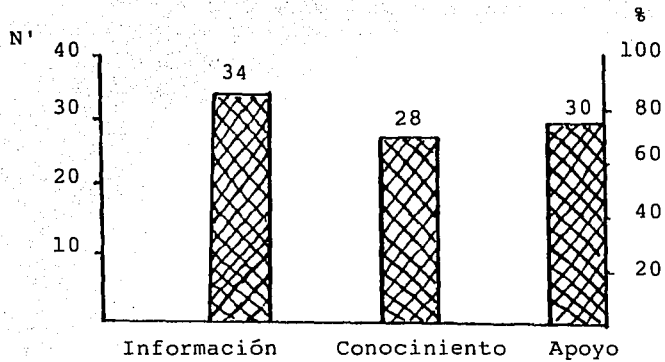
ESCOLARIDAD DE LOS FAMILIARES DE
PACIENTES DEABETICOS



(fig.8)

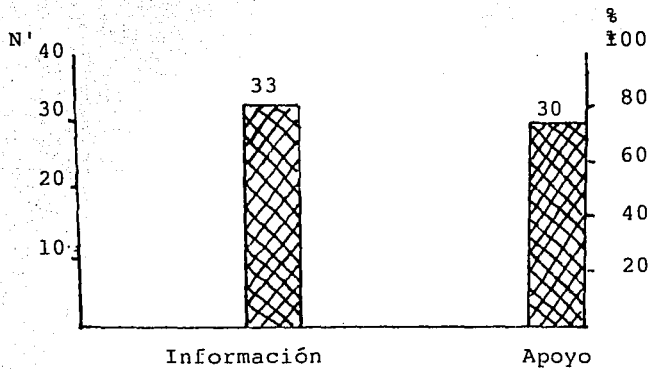
INFORMACION, CONOCIMIENTO Y APOYO

QUE TIENEN Y BRINDAN LOS FAMILIARES
DE PACIENTES DIABETICOS



(fig.9)

INFORMACION Y APOYO QUE BRINDA EL EQUIPO DE SALUD
A LOS FAMILIARES Y PACIENTES DIABETICOS



(fig.10)

CONCLUSIONES

Haciendo un resumen de los datos obtenidos en la bibliografía consultada para la realización del presente estudio encontramos los siguientes parámetros de referencia

Que por cada 1000 personas tenemos:

2	pacientes diabéticos	menores de 24 años	=	0.2%
10	"	"	entre 25 y 44 "	1.0
33	"	"	" 45 y 51 "	3.3
56	"	"	" 51 y 64 "	5.6
69	"	"	" + de 65 "	6.9

El 85% de los Diabéticos o fueron obesos.

El 80% de los diabéticos tienen mas de 45 años

Que la transmisión de la enfermedad de padres diabéticos es mas frecuente a hijo hombres (41.7) que a hijos hembras en un porcentaje de 23.5%, dandonos una relación de 1.7 a 1.

Que las encuestas de escolaridad nos demuestran que:
el 30% tienen estudios de secundaria y menos
el 45% tienen estudios mayores a la secundaria y vocacional.

Que los pacientes que asistieron o entraron en programas de atención al paciente diabético:

--45% aprendió a tener un mejor control de su glucosa
--23% realizan intercambio de experiencias.

En el trabajo realizado en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE N° 1 de la Cd. de Cuernavaca Morelos, encontramos las siguientes conclusiones:

1.- Discrepancia en los antecedentes de otros trabajos que muestran una relación de 1.7 a 1 mayor en hombres, con el presente trabajo en él que la relación es de 1.5 a 1 en favor a las mujeres. (fig.1)

2.-Que la frecuencia de presentación por grupos de edad es:

40%	en el grupo de mas de 60 años
27.5	en el grupo de 50 a 59 años
20.0	en el grupo de 40 a 49 años
10.0	en el grupo de 30 a 39 años
2.5	en el grupo de 20 a 29 años (fig. 2)

3.- Con respecto a la escolaridad del paciente Diabético encontramos:

30%	tienen estudios de primaria o menos
50	" " " secundaria.
20	" " " SUPERIORES (fig.3)

4.- Que la información que tiene el paciente Diabético respecto a su enfermedad es la siguiente:

14% mala información
54 regular "
32 Buena " (fig.4)

5.- Que el conocimiento que tiene el paciente Diabético de su enfermedad es:

15% conocimiento malo
40 " regular
45 " Bueno (fig.5)

6.- Que la aceptación de su enfermedad es:

8% aceptación mala
16 " regular
50 " buena (fig.6)

7.- Que la educación que tiene el paciente Diabético respecto de su enfermedad es:

14% educación mala
48 " regular
38 " buena (fig.7)

8.- Que la escolaridad de los familiares de los pacientes Diabéticos es:

7.5% educación primaria
30.0 " secundaria
62.5 " superior (fig.8)

9.- Que los parámetros estudiados a los familiares de pacientes diabéticos fueron:

85% tienen información de la enfermedad (diabetes M.)
70 " conocimiento " "
75 brindan apoyo a sus familiares Diabéticos (fig.9).

10.- Que el equipo de salud brinda a los pacientes - Diabéticos y a sus familiares:

82% le brindan información
" apoyo (fig.10)

Haciendo una concreción de los resultados obtenidos en el presente trabajo podemos concluir los siguientes puntos:

a) Que tenos en la Clinica de Medicina Familiar del -- ISSSTE de Cuernavaca Morelos más pacientes Diabéticos femeninos (60%) que masculinos (40%), dandonos una relación de -- 1.5 a 1 en favor de los femeninos.

b) Que la mayor frecuencia de la Diabetes Mellitus en nuestros derecho-habientes la tenemos en personas de mas de 60 años (40%); pero que nuestra población económicamente activa de 40 a 59 años suman el 47.5% (20% de 40 a 49 años y el 27.5% de los pacientes entre los 50 a 59 años).

c) Que el 50% de nuestros pacientes Diabéticos tienen estudios de secundaria.

d) Que la información que tienen los pacientes Diabéticos de su enfermedad es regular (54%).

e) Que el conocimiento QUE tienen de su enfermedad es de regular (40%) a bueno (45%).

f) Que la aceptación de su enfermedad es buena (50%).

g) Que la educación que tienen los pacientes Diabéticos de su enfermedad es regular (48%).

H) Que los familiares de los pacientes Diabéticos, les brindan buen apoyo (75%); que tienen un conocimiento bueno REFERENTE A LA Diabétes Mellitus (70%) y que estan bien---informados respecto a ella (85%).

i) Los datos arriba mencionados nos demuestran de que los familiares de pacientes Diabéticos tienen un nivel educativo bueno ya que el 62.5% tienen estudios superiores.

j) Que el equipo de salud (médicos y enfermeras) de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE N° 1 de Cuernavaca - Morelos, brinda una buena información (82%) y un buen apoyo (76%) tanto a los pacientes Diabéticos como a sus familiares.

D I S C U S I O N

El presente trabajo nos demuestra un panorama de nuestros pacientes Diabéticos, sus familiares y del equipo de salud muy interesante en los cuatro parámetros estudiados---INFORMACION, CONOCIMIENTO, ACEPTACION y EDUCACION, así como el APOYO que se les brinda para un mejor control de su enfermedad, que los puede y debe llevar a tener una calidad de vida mejor. Los últimos párrafos desde el inciso a) al j), nos demuestran de manera práctica los resultados que en general son buenos.

SUGERENCIAS

Podemos mejorar la evolución de nuestros pacientes-- Diabéticos, retardar sus complicaciones y brindarles una mejor calidad de vida si nos preocupamos más por: EDUCARLOS, INFORMARLOS y hacerlos partícipes de clubes de Diabéticos y enseñarles su autocontrol.

CUANTO MAS SABES MAS Y MEJOR VIVES.

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

- 1.- Harrison y Cols.
Medicina Interna
México 1990
Ed. Prensa Médica Mexicana
pags. 492-584
- 2.- Jerome T.Y. Shen
Medicina de la Adolescencia
México 1983
Ed. Manual Moderno
pags.276-85
- 3.- Jay H. Stein
Medicina Interna
México 1990
Ed. Médica Panamericana
pags.516-17;532-41.
- 4.- Rull Zorrilla
Medicina Interna
México 1992
Ed. Inter Americana
pags. 82-84
- 5.- Lerman
Tratado de Medicina Interna
México 1994
Ed. Panamericana
pags. 7-18
- 6.- Gómez Pérez y Rull J.A.
Tratado de Medicina Interna
México 1988
ED. Panamericana
pags 660-84
- 7.- David Bleinch y Cols.
Decreased Risk of Type I Diabetes in offspring of Mothers who acquire Diabetes During Adrenarchy.
Revista de Diabetes Mellitus Oct.1993 Vol. 42
pags 1433-39
- 8.- Joanne T.E. y Cols.
Distribution of Type II Diabetes in Nuclear Families
Rev. Diabetes M. January 1993 Vol. 42
pags. 106-11
- 9.- Dinesh Kumar, Nabil S. y Cols.
North american Twins with IDDM
Rev. Diabetes M September 1993 Vol. 42
pags.1351-3

- 10.- Peter J. Campbell y Michael J. Carlson
Impact of obesity on insulin action in NIDDM
Rev. Diabetes M. March 1993 Vol. 42
pags.405-9
- 11.- Rodolfo Prado V.
Historia Natural de la Diabetes Mellitus
Rev. de la Fac. de Med. 1987
pags.16-36
- 12.- Kaplan S.A. Lippe B.M. Brinkman Ch.
Diabetes Mellitus
Ann Inter Med. 1982
pags.96;635
- 13.- Harol Rifkin
Por qué controlar la Diabétes?
Clínica Médica de N.A. 1978
pags.4;766-72
- 14.- Donnell D. Etzwiler
Enseñanza que requiere el diabético
Clínica Médica de N.A. 1978
pags.877-85
- 15.- Suzann Strowing
Educación del paciente diabético (autoenseñanza de la D.M.)
Clínica Médica de N.A. 1982
pags.1245-57.
- 16.- Diabetes A. Journal
Of the American Asossiation Diabetes
Mayo 1994 Vol.43 suplemento 1
pags. 19A-21A
a)Glycemic control
b)Prevention Practices
c)Education
d)Education and knowledges
e) Education and care
f) Evaluation of a patient Empowerment Program
g) Influence foot Care.
- 17.- Guillermo Fanghanel Salmón
Diabetes Mellitus
Rev. de la Fac de Med. México 1990
pags.259-79.
- 18.- Rodolfo Prado V.
Dieta para diabéticos
Rev. Fac. de Med. México 1990
pags.83-88

- 19.- Secretaría de Salud
Norma oficial mexicana para la prevención y control
de la D.M. en la atención primaria
Nom XXX-SSA2-1994
pags.1-38
- 20.- Mejía Miramón M.J.
Diabetes Mellitus (estudio de investigación)
México Julio de 1989.
- 21.- Anuario Estadístico del ISSSTE 1992
Tomo pags.1227;1244;1261;1272;1278;1289;1385
Tomo 1 pags. 3;52;201;403