

11226

99
2Ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina Familiar
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
para los Trabajadores del Estado
Hospital General del I.S.S.S.T.E.
Acapulco, Gro.

MANEJO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO II
EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA U.M.F. DEL
I.S.S.S.T.E. EN SAN MARCOS, GRO.

T E S I S
Que para obtener el Diploma de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
p r e s e n t a

CARLOS MORENO BALTAZAR



ISSSTE

ASESOR: DR. JOSE LUIS CHAVEZ ZARAGOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

FALLA DE ORIGEN
Acapulco, Guerrero, Diciembre 1994



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.

TITULO:

**MANEJO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO II
EN LA CONSULTA EXTERNA DE U.M.F.
DEL I.S.S.S.T.E. EN SAN MARCOS,GRO.**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.**

P R E S E N T A:

CARLOS MORENO BALTAZAR.

MANEJO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO II
EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA U.M.F.
DEL I.S.S.S.T.E., EN SAN MARCOS, GRO.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA GENERAL FAMILIAR
PRESENTA:

DR. CARLOS MORENO BALTAZAR

AUTORIZACIONES



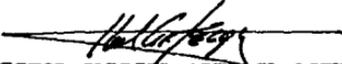
DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M



DR. ARNULFO TRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA.

I.S.S.S.T.E.


DR. JOSE LUIS CHAVEZ ZARAGOZA

PROFESOR-TITULAR DEL CURSO

HOSPITAL GENERAL ISSSTE.

ACAPULCO, GRO.



AGRADECIMIENTO:

**A DIOS POR LA FE INQUEBRANTABLE QUE ME SOSTUVO DE PIE.
AL ISSSTE Y A LA UNAM, POR LA OPORTUNIDAD QUE ME
BRINDARON.**

DEDICO ESTE TRABAJO CON RESPETO, AMOR Y TERNURA:

A MIS PADRES POR SU CARIÑO ETERNO, A MI ESPOSA POR SU

CONFIANZA Y APOYO, A MIS HIJOS QUE SON MI INSPIRACION Y A

MIS HERMANOS POR LO QUE REPRESENTAN PARA MI.

INDICE

TEMAS	PAG.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	3
MARCO DE REFERENCIA	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVO	11
HIPOTESIS	12
JUSTIFICACION	13
DISEÑO	15
CONCLUSION	17
COMPLICACIONES	18
DISCUSIONES	18
GRAFICAS	20
CUESTIONARIO APLICADO	25
BIBLIOGRAFIA	29

MANEJO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO II EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA U.M.F. DEL ISSSTE EN SAN MARCOS,GRO.

INTRODUCCION:

La expresión diabetes mellitus por si sola no define a la enfermedad, pero en la practica cualquier trastorno que produzca elevación de la glucosa plasmática después del ayuno tiende a denominarse diabetes mellitus. 6

Algunas enfermedades se acompañan de hiperglucemia persistente y de esta forma tienen características para suponer el diagnostico.

En términos mas concretos, la diabetes mellitus es una enfermedad determinada genéticamente, en la que el sujeto que la padece tiene alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, junto con una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a esta.6

Cuando la enfermedad alcanza pleno desarrollo, se caracteriza por hiperglucemia en ayunas y en la mayoría de pacientes con larga evolución de la enfermedad por complicaciones micropangiopaticas, en especial renales y de los ojos, así como macroangiopatía con afección de arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y neuropatía.5 Aunque las diferencias fonotipicas mayores, en los distintos tipos de diabetes clínica se conocen desde hace muchos años, solo en la ultima década se incremento el conocimiento de la etiopatogenia de la enfermedad, empero de manera incompleta.

Hasta ahora la diabetes es no solo la simple elevación de glucosa en sangre, sino un trastorno muy heterogeneo que implica varias anormalidades.

Esta heterogeneidad significa que hay diferencias entre grupos de pacientes en cuanto a etiología y patogenia genéticas, ambientales e inmunológicas, así como en la historia natural y en la respuesta al tratamiento.

De tal forma, la diabetes no es una simple enfermedad, sino un síndrome que debe enfocarse desde un punto de vista integral. 5.

**MANEJO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO II
EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA U.M.F. DEL
ISSSTE EN SAN MARCOS, GRO.**

○

ANTECEDENTES.- SU HISTORIA EN TIEMPO Y ESPACIO.

El principio y desarrollo sobre el conocimiento acerca de la diabetes, fueron lentos, intermitentes, casuales y por supuesto no los precedieron factores etiopatogénicos.

Hay en su historia una fase clínica y una bioquímica.

En el siglo I a.c. el médico griego de CAPADOCIA, arateo, observador sutil escribió una obra magna en medicina titulada DE MORBORUM DIUTURNORUM CAUSIS, SIGNIS ET CURATIONE. En la que aparece el termino griego diabetes que significa sifón.

Arateo caracterizo la enfermedad, expresado que las carnes y los miembros se derriten en chorros de orina.

Por otra parte recomendó para el tratamiento de la diabetes beber vino. 1

Pasando siglos y hacia 1650, el clínico Thomas Willis comprobó el sabor dulce de la orina de los diabéticos.

Describió la enfermedad manifestando que el cuerpo parecia tener azúcar o miel.

En 1686. Richard Morton, médico inglés, noto la presencia de la diabetes entre familiares consanguíneos. 1

Al finalizar el siglo XVIII en 1797, J. Rollo efectuó una descripción amplia de la enfermedad y recomendó para su tratamiento una dieta a base de carnes. Un siglo después en 1872, el médico

alemán Kussmaull, estudio y describió la respiración en los pacientes diabéticos en estado de coma.2

El aspecto bioquímico se inicio cuando F. Home y Dobson determinaron la glucosa en la orina de diabéticos.

En 1857, el fisiólogo Francés Claudio Bernard, descubrio la función glucogénica del higado, poco después el patólogo Alemán Paúl Langerhans descubrio en el páncreas los islotes que llevan su nombre, sitios productores de insulina. 2

Años mas tarde varios trabajos bioquímicos y fisiológicos aumentaron los conocimientos en cuanto al metabolismo hidrocarbonado; Se hacen estudios en relación con acetonuria, acido hidroxibutirico, diabetes pancreopriva, formación de grasa a partir de los hidratos de carbono y consumo de azúcar muscular.

En las dos últimas décadas del siglo pasado, Allen Joslin, Von Noorden y B. Naunin empezaron a proporcionar bases científicas para tratar la diabetes con base en dietas bajas en azúcar.

En 1889, Von Mering y Minkowski demostraron que la extirpación completa del páncreas determina en los mamíferos la aparición de todos los síntomas de diabetes azucarada en forma grave.

Glucosuria intensa, aun con exclusión absoluta de hidratos de carbono en la alimentación y persiste hasta la muerte.

La excreción de urea también esta aumentada.

En 1921 el descubrimiento de la insulina por el medico Canadiense Frederick G. Banting, Charles Best y el fisiólogo Francés John Mac Cleo es el hito que dio principio a la endocrinología contemporanea.

En 1935 el medico Danés Hans Cristian Hagedorn descubrio la Insulina de acción prolongada, la insulina protaminica que sirvió de marco para sintetizar otros agentes químicos.

Al finalizar la década de los 50 se descubrieron los efectos hipoglucemiantes de algunos derivados sulfamidicos lo que origino todo un grupo de sustancias hipoglucemiantes como el de las sulfonilureas.

En 1963 Kipnis y Karam y Forshan manifiestan que la obesidad agrava la diabetes. 2

En 1972 se sospecho la existencia de una reacción inmunitaria en los mecanismos de la diabetes dependiente de la insulina, entonces por primera vez en la sangre de los diabéticos se detectaron anticuerpos contra los islotes de langerhans lo que origino estudios de biología molecular.

La insulina se obtenía de cerdos y de vacas para producir insulina humana; luego se descubrio como transferir el gen de la insulina a las bacterias de E.coli las cuales se convirtieron en fabricas vivas de insulina. 2

En Michoacan, México hacia 1869 el Doctor Juan Manuel Gonzalez Ureña fundador de la Escuela de Medicina de dicho Estado, escribió una monografía titulada "MEMORIAS SOBRE DIABETES EN GENERAL Y ESPECIALMENTE EL QUE SE CONOCE CON ESTE NOMBRE EN MICHOACAN". Fue uno de los poco estudios que se conocen para estudiar dicha enfermedad en el siglo pasado. 3

MARCO DE REFERENCIA.-

El diagnóstico de diabetes mellitus lleva implícito un pronóstico de incurabilidad, y por tanto de un manejo terapéutico continuo.

Esto demanda diversas acciones y decisiones cotidianas para conservar la salud y evitar o retrasar el desarrollo de complicaciones causantes de invalidez e incluso de la muerte. 10

Estas condiciones inherentes al estado diabético, enfrentan al paciente a la difícil tarea de controlar una enfermedad que requiere la aplicación diaria de insulina o la administración de medicación hipoglucemiante, ajustarse a una dieta y controlar su peso, programar la actividad física, medir sus concentraciones sanguíneas de glucosa, comprender los efectos de la transgresión dietaria, prevenir y tratar con oportunidad la hipoglucemia y la cetosis, por mencionar algunas de las acciones de la vida cotidiana de estas personas.

Un buen control de la diabetes, tiene mejores perspectivas de lograrse cuando un paciente posee una clara información de la naturaleza del padecimiento.

Es a través de la educación que el paciente es capaz de incorporar el manejo de la diabetes a su vida diaria y de minimizar la dependencia del médico.

En términos simples, la educación se debe entender como un proceso de enseñanza aprendizaje que permite adquirir conocimientos para resolver problemas.

EDUCADOR.-

Para que los miembros del equipo de salud sean educadores efectivos, se requieren ciertas condiciones y características en sus actitudes y preparación profesional.

En primer termino, deben tener experiencia y conocimientos actualizados en la diabetes mellitus y su manejo, ya que el nivel de preparación que tiene un paciente en los diversos aspectos de su tratamiento depende en gran parte del que posean los profesionales de salud, responsables de su cuidado.

Por otra parte, el educador debe conocer los principios básicos del proceso enseñanza aprendizaje y tener además la habilidad y disposición para comunicarse con el paciente y su familia. 11

En diversas ocasiones se han criticado la actitud de los profesionales de la salud hacia el paciente diabético, la cual no permite establecer una buena relación de afecto y comprensión. No hay duda de que la relación de interacción medico paciente es fundamental por su impacto en la actitud y en consecuencia en la salud del paciente.

La responsabilidad de ser educador recae en el médico quien en muchas ocasiones no cumple de manera cabal la tarea, en razón de sus demandas de tiempo y porque en general se pone una mayor atención en los pacientes de reciente diagnóstico, asumiendo por equivocación que los pacientes con mayor tiempo de evolución saben manejar su padecimiento.

EDUCANDO.- EL PACIENTE Y SU FAMILIA.

La educación debe dirigirse al paciente y su familia, porque de ella depende en gran parte el cuidado diario y es determinante cuando se trata de menores de edad.

El paso inicial y crucial en el proceso educativo es la aceptación de la diabetes con su carácter de incurabilidad que requiere por tanto un manejo permanente y limitaciones variables en el estilo de vida, dependientes en gran medida del nivel de control que se logre. 12

En virtud de que el manejo efectivo de la diabetes depende de la capacidad y habilidad del paciente y su grupo familiar para aprender y aplicar los conocimientos, es importante que se establezca un buen funcionamiento familiar en el que el manejo de la diabetes sea responsabilidad de todo el grupo.

El nivel de funcionalidad familiar es esencial para el diseño de la terapéutica y del programa educativo, los cuales rinden sus mejores frutos cuando la familia esta integrada y con motivación para participar en forma activa en el cuidado y manejo del paciente.

La incorporación como miembro activo del paciente y su familia al equipo de salud es muy importante para la autoevaluación domiciliaria de la glucemia. 14

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

La diabetes mellitus es una de las enfermedades más frecuentes en el mundo, y en nuestro país es más del 2% en la población general, aumenta su frecuencia con la edad y llega hasta del 15% después de los 70 años de edad, ocupa la novena causa de muerte después de los 45 años.

En los últimos 5 años se ha observado en la consulta externa de la U.M.F. de San Marcos, Gro., una elevación en el número de pacientes que solicitan consulta debido a esta enfermedad, así como por las complicaciones que produce.

La diabetes mellitus ocupa el primer lugar como causa de mortalidad hospitalaria en el ISSSTE.

Por lo antes expuesto si la diabetes mellitus no se controla adecuadamente provoca complicaciones que pueden ser mortales.

En las zonas centro y norte de nuestro país cuentan con diferentes estilos de vida, educación, alimentación, salud lo que condiciona mayor esperanza de vida.

Por el contrario en la zona sur donde se encuentra nuestra unidad de medicina familiar la esperanza de vida disminuye por la ignorancia, desnutrición, desempleo y falta de desarrollo urbano lo que condiciona una mayor morbi-mortalidad por la diabetes mellitus.

Nuestra población derechohabiente susceptible o de alto riesgo a padecer diabetes y la población detectada, la que presenta complicaciones, la que tiene secuelas irreversibles, requieren de programas estratégicos.

Algunos ejemplos del primer nivel de prevención serían; el enriquecimiento de conocimientos respecto a la enfermedad, el autocuidado y el fomento a la salud.

COMO PREVENIR Y CONTROLAR LA DIABETES:

- 1.- Detectar la diabetes en sujetos sospechosos por examen de sangre, aplicando una encuesta con personal médico y paramédico.
- 2.- Con el sujeto diagnosticado, el médico familiar verifica el tipo de diabetes, lo registra y controla o lo envía a la especialidad correspondiente
- 3.- El médico selecciona las medidas terapéuticas, educacionales e higiénico-dietéticas y ejecuta control periódico.

OBJETIVO.-

GENERAL: Promover y difundir la capacitación del personal médico y paramédico, así como la educación y adiestramiento de los pacientes diabéticos y sus familiares en la U.M.F. del ISSSTE en San Marcos, Gro.

ESPECIFICO: Un buen programa de educación y adiestramiento.

HIPOTESIS.-

Si el personal médico y para-médico de las Unidades de Medicina Familiar del ISSSTE y en particular en San Marcos, Gro. recibieran capacitación constante sobre diabetes mellitus y estos a su vez educaran y adiestraran a los pacientes diabéticos y a sus familiares de los aspectos básicos de la enfermedad, al término de su adiestramiento serían pacientes bien controlados.

JUSTIFICACION.-

En los países en vías de desarrollo existe un alto índice de morbilidad por diabetes mellitus.

Se estima que existen entre 40 y 50 millones de diabéticos conocidos y probablemente otro tanto no diagnosticados o no reportados a los centros de estadísticas.

Se calcula que cerca del 6% de la población mundial son o están por convertirse en diabéticos.

La diabetes mellitus es considerada en México como problema de salud pública, a tal grado que se le ha incluido entre los padecimientos a combatir en el Plan Nacional de Salud. Una parte de la población está afectada, debido a su bajo nivel educativo y económico.

La finalidad de la educación sobre la diabetes mellitus en las unidades de medicina familiar del ISSSTE, en particular en la U.M.F. en San Marcos, Gro. impartida a los pacientes diabéticos y sus familiares es para unificar y conjugar esfuerzos hacia los propósitos concretos del programa a través de la motivación y capacitación, con el propósito de ejecutar acciones conjuntas que contribuyan a elevar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

De acuerdo a los recursos existentes en nuestra unidad y al número de enfermos descubiertos, durante el periodo de estudio se integraron ciclos educativos para pacientes diabéticos y sus familiares, cursos de capacitación y adiestramiento para el personal médico y paramédico, formación de clubes y control de padecimientos crónico-degenerativos.

Debido al alto porcentaje de diabetes mellitus en la derechohabiente del ISSSTE en San Marcos, Gro. se realizó este estudio donde se pone énfasis en la educación sobre los aspectos básicos en cuanto al origen de la enfermedad, sus manifestaciones clínicas y complicaciones más frecuentes el tratamiento médico a seguir, los hábitos dietéticos y las medidas higiénicas que es necesario adoptar, para así condicionar una mayor esperanza de vida.

DISEÑO.-

Este es un estudio que se ubica dentro del área clínica ya que se busca un objetivo determinado como lo es el bienestar de los pacientes.

El tipo de investigación es retrospectivo-prospectivo.

De acuerdo con la evolución del fenómeno del estudio es longitudinal.

Este es un estudio descriptivo y observacional.

MATERIAL Y METODO.-

UNIVERSO DE ESTUDIO.-

Se realizó un estudio en 100 pacientes derechohabientes mayores de 40 años, de ambos sexos en la U.M.F. del ISSSTE en San Marcos, Gro, de Junio de 1993 a Junio de 1994.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.-

El tamaño de la muestra fueron 100 pacientes de ambos sexos, mayores de 40 años de edad, con antecedentes heredo-familiares de diabetes mellitus y obesidad exógena.

RESULTADOS:

45 pacientes resultaron con diabetes mellitus tipo II, de estos al término del estudio 40 estuvieron bien controlados, recibiendo educación y adiestramiento sobre los aspectos básicos de la enfermedad, formándose un club para diabéticos con consejería durante el periodo de JUNIO DE 1993 A JUNIO de 1994.

La educación y el adiestramiento fueron voluntarios y solo 5 pacientes no aceptaron el método porque creían ya saber todo respecto a la enfermedad.

A todos los pacientes se les realizó su expediente clínico, sus glucemias plasmáticas y su examen general de orina, con el fin de controlar la diabetes mellitus y evitar sus complicaciones.

CRITERIOS DE INCLUSION :

- 1.- EDAD
- 2.- PESO
- 3.- TALLA
- 4.- SEXO
- 5.- ANTECED. HEREDO-FAMILIARES
- 6.- ALIMENTACION
- 7.- EJERCICIO
- 8.- GLUCEMIA DE CONTROL

CONCLUSION.-

De los 45 pacientes que se detectaron con Diabetes Mellitus tipo II en el periodo del estudio, 40 fueron debidamente controlados con consejería y cuestionarios aplicados a los enfermos y a sus familiares para un mejor conocimiento de la enfermedad y sus complicaciones.

De los 5 pacientes que no dieron importancia al método de educación y adiestramiento se desconocen sus cifras de glucosa en sangre y dos de ellos presentaron complicaciones (NEFROPATIA) ameritando su internamiento en el Hospital General del ISSSTE en Acapulco, Gro. Otro mas se complicó con EVC recibiendo atención médica en el Hospital Gral. Vicente Guerrero del IMSS. Uno más padece desde hace 8 años neuropatía y microangiopatía con amputación de dos ortejos del pie derecho. Del otro restante se desconoce su ubicación.

De aquí la importancia de la promoción y difusión de los programas de detección y control de la diabetes principalmente en las unidades de primer nivel de atención.

COMPLICACIONES.-

Después de haber recibido los pacientes como sus familiares, educación y adiestramiento sobre la diabetes mellitus, ninguna durante el periodo de estudio.

DISCUSION.-

Nuestros casos de Diabetes Mellitus, fueron de predominio en el sexo femenino, la obesidad juega un papel preponderante, así como el factor hereditario, coincidiendo con lo encontrado en otros trabajos epidemiológicos.

Se analizaron en conjunto, los antecedentes de los pacientes y en forma comparativa los resultados de laboratorio y las valoraciones por aparatos y sistemas.

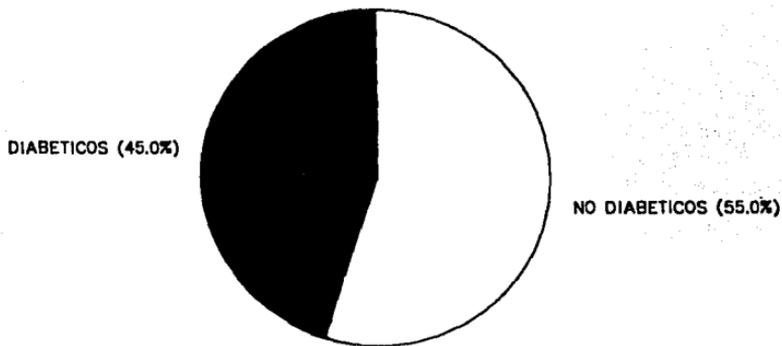
Los resultados muestran que cuando se programan citas y en estas se adiestra no nada mas a los pacientes diabéticos sino también a los familiares, estos cooperan con su autocuidado y se sienten mas satisfechos consigo mismos, al lograr un control metabolico adecuado y de ese modo retardar la aparición de las complicaciones o bien estas se detectan a tiempo para manejarlas oportunamente.

El diagnóstico oportuno es vital para iniciar el tratamiento.

Las personas con antecedentes de Diabetes deben acudir con regularidad al servicio médico para que se les haga una sencilla prueba que mide la cantidad de glucosa y se pueda valorar si esta dentro de los limites normales.

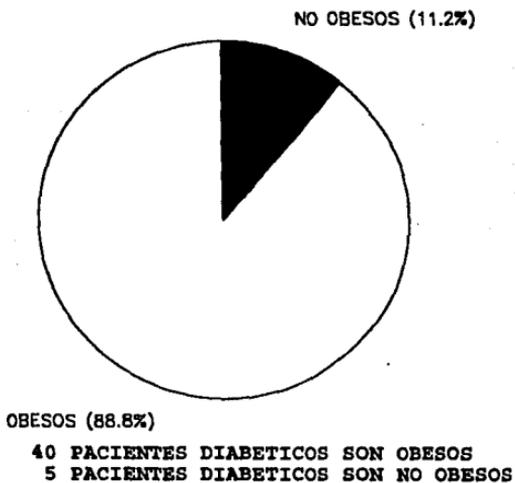
Todos los pacientes en estudio se citaron cada 60 días durante un año sin que se presentaran complicaciones agudas o crónicas de la Diabetes Mellitus tipo II.

**ESTUDIO DE 100 PACIENTES CON ANTECEDENTES
HEREDO-FAMILIARES DE DIABETES**



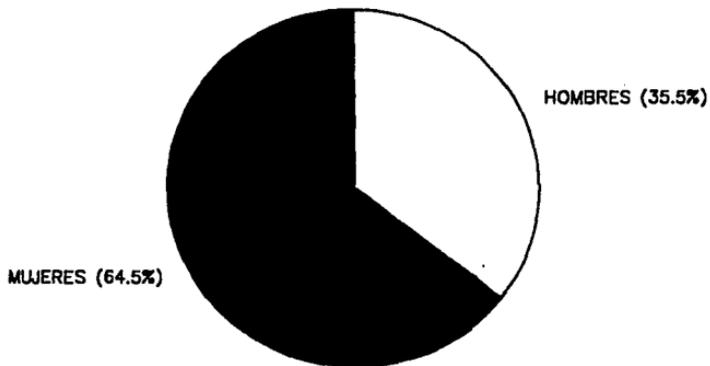
**45 PACIENTES RESULTARON CON DIABETES
55 PACIENTES RESULTARON SIN DIABETES**

**ESTUDIO DE 100 PACIENTES CON ANTECEDENTES
HEREDO-FAMILIARES DE DIABETES**



**ESTUDIO DE 100 PACIENTES CON ANTECEDENTES
HEREDO-FAMILIARES DE DIABETES**

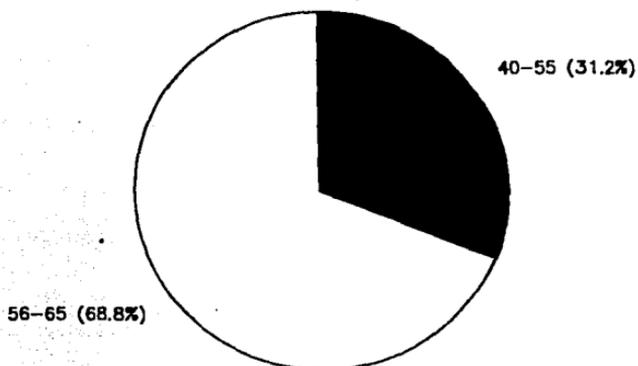
SEXO



**16 PACIENTES DIABETICOS SON HOMBRES
29 PACIENTES DIABETICOS SON MUJERES**

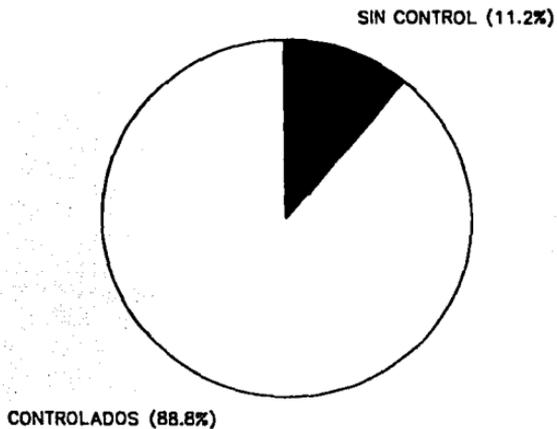
**ESTUDIO DE 100 PACIENTES CON ANTECEDENTES
HEREDO-FAMILIARES DE DIABETES**

GRUPOS DE EDAD



**14 PACIENTES FUERON DE 40-55 AÑOS DE EDAD
31 PACIENTES FUERON DE 56-65 AÑOS DE EDAD**

**ESTUDIO DE 100 PACIENTES CON ANTECEDENTES
HEREDO-FAMILIARES DE DIABETES**



**40 PACIENTES ESTAN BIEN CONTROLADOS
5 PACIENTES ESTAN SIN CONTROL**

CUESTIONARIO APLICADO A LOS PACIENTES DIABETICOS Y A SUS FAMILIARES DE LO QUE DEBEN CONOCER ACERCA DE LA DIABETES MELLITUS.

1.- QUE ES LA DIABETES.

R.- Es una enfermedad que se caracteriza por la elevación en la sangre de un azúcar llamado glucosa, esto se debe a la falla en la función de la insulina, hormona que se produce en el páncreas.

2.- VALOR NORMAL DE LA GLUCOSA EN SANGRE.

R.- 80-110 Mg/ml.

3.- FACTORES QUE CAUSAN LA DIABETES.

R.- a). HEREDITARIO : La herencia tiene un papel muy importante ya que es transmitida de padres a hijos; cuando los dos padres son diabéticos, el 90 % de sus hijos también lo son y cuando sólo es uno de los padres el 22% de los hijos la padecen, es decir uno de cada 4 hijos.

b). NUTRICIONAL : El exceso en el consumo de los alimentos conduce a la obesidad, la cual esta demostrado que es factor predisponente en la aparición de la diabetes.

De cada 10 personas, 7 serán diabéticas.

c). EMOCIONAL : Las personas que tienen predisposición a la diabetes y que en forma frecuente sufren de alteración

emocional, como lo es la ansiedad, la angustia, el nerviosismo, los corajes, que pueden presentar la diabetes.

4.- CUALES SON LOS SINTOMAS DE LA DIABETES.

R.- Sed constante (POLIDIPSIA), deseos frecuentes de orinar (POLIURIA), deseos frecuentes de comer mucho (POLIFAGIA), perdida de peso (ADELGAZAMIENTO), cansancio y debilidad (ASTENIA).

5.- CUALES SON LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DE LA DIABETES.

R.- GANGRENA : Debida a deficiencia circulatoria e infección.

CEGUERA : La glucosa daña la visión y favorece la aparición de cataratas.

COMA DIABETICO : Se debe a la elevación brusca de la glucosa por no llevar un tratamiento adecuado.

INFECCIONES SEVERAS : El diabético es más susceptible a las infecciones que el no diabético.

LA DIABETES MAL CONTROLADA TAMBIEN DAÑA A LOS RIÑONES, CORAZON Y CEREBRO, SIENDO EN OCASIONES CAUSA DE MUERTE.

6.- CUALES SON LAS RECOMENDACIONES PARA EL CONTROL DE LA DIABETES Y ASI EVITAR LAS COMPLICACIONES.

R.- a). VIDA NORMAL : El paciente diabético es absolutamente capaz de vivir y desarrollar su trabajo con toda normalidad, siendo indispensable que realice un ejercicio físico de acuerdo con su edad, sexo y actividad diaria.

b). ALIMENTACION : El paciente diabético puede comer de todo , sin excesos, es conveniente tener un horario para el consumo de los alimentos y no omitir ninguno.

c). CONTROL MEDICO : El paciente diabético debe acudir regularmente al médico y seguir sus indicaciones.

d). CONTROL MEDICO ODONTOLOGICO : Es muy importante el cuidado de los dientes y las encías para evitar la pérdida de la dentadura tempranamente, riesgo al que está expuesto el diabético.

Cepillar la dentadura después de la ingestión de los alimentos.

e). HIGIENE MENTAL : La diabetes provoca daño al sistema nervioso lo que ocasiona que varíe el estado de ánimo del enfermo, va de la tristeza a la irritabilidad, esto repercute en la relación familiar y dificulta el control de la enfermedad. Por esta razón se invita a participar al paciente y a su familia para que conozcan más sobre la diabetes y participen con otros diabéticos en el control tanto médico dietético, psicológico e higiénico de la enfermedad.

f). CUIDADO DE LOS PIES : Lavarse diariamente los pies con agua tibia y jabón.

Secarse muy bien los pies haciendo con suavidad, especialmente en los espacios entre cada dedo.

Cortarse y limpiarse las uñas con regularidad.

Las uñas deben cortarse en forma recta y no muy cortas utilizando pinzas especiales.

Por las noches darse masaje en los pies utilizando para ello crema.

Utilizar zapatos de piel suave, que sean cómodos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BOUSSOU R. HISTORIE DE LA MEDICINE . LAROUSSE. PARIS 1970:PP.347.
- 2.- CRISTIAN HA. PATOLOGIA MEDICA FUNDAMENTAL Y PRACTICA, BUENOS AIRES EDITORIAL KRAFF LTDA. 1948. PP. 1119.
- 3.- FLORES AF. HISTORIA DE LA MEDICINA EN MEXICO 1988; TOMO III 88.20 Y 428.
- 4.- CALLES EJ. CLASIFICACION DE LA DIABETES MELLITUS. PROPUESTA. CONFERENCIA PRESENTADA EN LA III REUNION DEL GRUPO DE ESTUDIOS DE DIABETES MELLITUS. MONTERREY N.L. MAYO 28-30,1992.
- 5.- FAJANS SS. CLASIFICACION AND DIAGNOSIS OF DIABETES. EN DIABETES MELLITUS. ELLENBERG AND RIKKIN, S FOURTH EDITION. ESSEVIER SCIENCE PUBLISHING CO. INC. 1990;P.346.
- 6.- FAJANS SS. CLOUTHIER MC. CROWTHER RL. DIABETES 1978;27:1112.
- 7.- FAJANS SS. URANIC M. COMPARISON OF TYPE I AND II DIABETES. ADVANCES IN EXPERIMENTAL MEDICINE AND BIOLOGY. NEW YORK, PLENUM PUBLISHING CORP. 1985;P.65.
- 8.- GARDNER LI. STERN MP., HAFNER SM, ET AL. PREVALENCE OF DIABETES IN MEXICANS-AMERICANS : RELATION SHIP TO PORCENT OF GENE POOL DERIVED FROM NATIVE AMERICAN SOURCE. DIABETES 1984;33;86-92.
- 9.- HAZUDA HP. HAFNERSM, STERN MP. EIPLER CW. EFFECTS OF ACCULTURATION AND SOCIO ECONOMIC STATUS ON OBESITY AND DIABETES IN MEXICAN-AMERICANS AM J. EPIDEMIOLOG, 1988;128-1289-301.
- 10.-COHLER E HURWITZ LS MILAND D. ADEVELOPMETALLY STAGED CURRICULUM FOR TEACHING SELF-CARE TO THE CHILD WITH INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS 1982;5:300 3-4.

- 11.-COLLIER BN. AND ETZWILLER DD. COMPARATIVE STUDY OF DIABETES KNOWLEDGE AMONG JUVENILE DIABETICS AND THEIR PARENTS DIABETES. 1971;20:51-57.
- 12.- DUDLEY JD. THE DIABETES EDUCATOR,S ROLE IN TEACHING THE DIABETIC PATIENT. DIABTES CARE 1980. 3:127-133.
- 13.-DUNN SM BRYSON JM. HOSKINS PL. ALFORD JB. HANDELSMAN DJ AND TURTLE JR. DEVELOPMENT OF DIABETES KNOWLEDEG SCALES : FORMS DKNA, DKNB, AND DKNC DIABETES CARE 1984; 7:35-41.
- 14.-ETZWILLWE DD. EDUCATION OF THE DIABETIC. IN PODOLSKY: CLINICAL DIABETES MODERN MANAGEMENT. NEW YORK APLETON-CENTURY CROFTS 1980. PP. 537-549.
- 15.-GLASBORN RE. WILSON W, Mc CAUL KD. REGIMEN ADHERENCE : A PROBLEMATIC CONSTRUCT IN DIABETES RESERCH 1985; 8:300-301.
- 16.-SECRETARIA DE SALUD: PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES MELLITUS. DIRECCION GENERAL DE MEDICINA PREVENTIVA. MEXICO 1985.
- 17.-COMPENDIO EN EDUCACION PARA LA SALUD. ISSSTE, 1987. P. 109-119.