

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

90

2Ej

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 ACADÉMICA
CLINICA HOSPITAL IGUALA
12-03

FACTORES CONDICIONANTES DE
DESCOMPENSACION METABOLICA EN EL PACIENTE
DIABETICO TIPO II EN LA CLINICA ISSSTE
DE IGUALA, GUERRERO

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. BEN YEHUDA MARTINEZ VILLA



ISSSTE

IGUALA, GUERRERO.

1995

FALLA DE ORIGEN



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA

TÍTULO DEL TRABAJO
FACTORES CONDICIONANTES DE DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA
EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II EN LA CLÍNICA ISSSTE
DE IGUALA, GUERRERO.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

Dr. BEN YESHIDA MARTÍNEZ VILLA

ASESOR DE TESIS: MIGUEL ÁNGEL ROSENDO MARTÍNEZ

IGUALA, GRO.

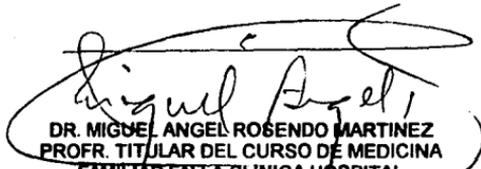
ENERO 1995



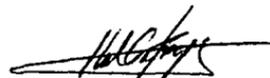
**TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

DR. BEN YEHUDA MARTINEZ VILLA

**FACTORES CONDICIONANTES DE DESCOMPENSACION METABOLICA
EN EL PACIENTE DIABETICO TIPO II EN LA CLINICA ISSSTE
DE IGUALA, GRO.**



**DR. MIGUEL ANGEL ROSENDO MARTINEZ
PROFR. TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA
FAMILIAR EN LA CLINICA HOSPITAL
DEL ISSSTE DE IGUALA, GRO.**



**DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR,
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.**

IGUALA, GRO. ENERO 1995.

TITULO DEL TRABAJO :

FACTORES CONDICIONANTES DE DESCOMPENSACION METABOLICA
EN EL PACIENTE DIABETICO TIPO II EN LA CLINICA ISSSTE
DE IGUALA.GRO.

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA :

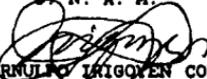
Dr. BEN YEHUDA MARTINEZ VILLA

A U T O R I Z A C I O N


Dr. JUAN JOSE HAZON RAMIREZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M.


Dr. ARNULFO TRIGOEN 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

FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M.

INDICE

I.	MARCO TEORICO	1
II.	PROBLEMA	7
III.	JUSTIFICACION	9
IV.	OBJETIVOS	11
V.	METODOLOGIA	12
VI.	ENCUESTA	15
VII.	CUADROS	17
VIII.	RESULTADOS	26
IX.	DISCUSION	28
	CONCLUSIONES	30
	BIBLIOGRAFIA	32

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES :

La primera descripción de la diabetes mellitus se encontró en los papiros de ebers, en Egipto, 1500 A.C. Aretaus y Celsus, médicos romanos de los primeros años de nuestra era le dieron el nombre de diabetes (del latín sifón) definiendola como : " Enfermedad en que la carne de los miembros se disuelve y se va por la orina ". En 1675 Thomas Willis detectó por medio del sabor, el contenido de glucosa en el líquido, y le adjudicó el nombre de mellitus (del griego miel).

En 1869 Langerhans descubrió en el páncreas los islotes que más tarde recibirían su nombre. En 1889 Mering y Minkowsky reprodujeron el cuadro clínico de la enfermedad al extirpar el páncreas a perros normales. En 1921 Banting y Best demostraron las propiedades hipoglucemiantes de extractos pancreáticos administrados a perros con una total pancreatectomia, y aislaron la insulina.

Hasta el decenio de 1950 se consideró que la diabetes mellitus era un padecimiento ocasionado por la deficiencia en la producción de insulina. Los métodos de laboratorio desarrollados para medir la actividad biológica de la hormona en el plasma, demostraron que un alto porcentaje de diabéticos tenían no sólo valores normales de actividad, sino que en algunos casos era mayor a la de los sujetos normales.

A partir de 1960 Berson y Yallow introdujeron la técnica inmunológica de cuantificación plasmática de la hormona, con lo que se confirmó que efectivamente el paciente diabético tiene insulina circulante. Actualmente se considera que el efecto primario de la enfermedad, parece radicar en un retardo y una reducción en la magnitud de la insulina secretada en respuesta a un estímulo dado. La diabetes sacarina es la más frecuente de las enfermedades metabólicas graves. Es difícil precisar su verdadera frecuencia porque sus criterios diagnósticos difieren, pero quizás se acercan al 2% de la población. Se caracteriza por alteraciones metabólicas complicaciones a largo plazo que afectan ojos, riñones, nervios y vasos sanguíneos y por lesiones a membranas basales que se demuestran por microscopía electrónica.

Richard Morton, en el siglo XVII, fué el primero en establecer el carácter hereditario del padecimiento. Vincus y White en 1933 concluyeron que la diabetes es hereditaria como un carácter autosómico recesivo y más tarde Neel postuló un carácter hereditario multifactorial.

Existen factores ambientales ó extrínsecos (costumbre de alimentación, falsa imagen de salud en la obesidad situaciones de stress emocional y físico, tendencia menor al ejercicio por los hábitos de la vida moderna, etc.); y factores intrínsecos (penetración del gen transmisor - tendencias a las infecciones - trastornos endocrinológicos asociados, etc.); que favorecen su aparición clínica.

La diabetes mellitus para poder mantenerse en cifras dentro de la normalidad es necesario y fundamental contar con los siguientes principios, ya que la alteración de alguno de ellos puede llevar al paciente diabético a un estado de descompensación.

- a) Dieta, b) Ejercicio Físico, c) Hipoglucemiantes orales
- d) Educación

A .- DIETA :

Se considera de tal modo que lleve al paciente a su peso ideal, mantener constante los ingresos calóricos, mantener una proporcionalidad en los distintos nutrientes.

Las cantidades diarias absolutas de los principales nutrientes que se requieren para formular la dieta de un paciente se obtiene a partir de nomogramas simples basados en la altura y su nivel de actividad.

CUADRO I
Aporte calórico aconsejable

ACTIVIDAD	(Kcal/Kg)
Vida sedentaria	25
Actividad ligera	30
Actividad moderada	35
Actividad intensa	40

Las nuevas recomendaciones dietéticas para el diabético es que los hidratos de carbono han de aportar como mínimo el 50% de la ingesta energética total, debe limitarse el aporte total al 30%, el aporte de ácidos grasos saturados al 10% y la ingesta de colesterol a 100 mg/cal. El aporte de fibra dietética debe aumentarse hasta 30 g./día, de esta se indica la ingesta de 100 gr. de extracto de nopal *Opuntia streptocantha* por día.

B.- Ejercicio físico :

Es sólo hace sesenta años, pero sobre todo en los últimos tres decenios, que el valor de el ejercicio se sustenta en investigaciones científicas que tiene como propósito establecer los cambios metabólicos, cardiovasculares respiratorios y hormonales, entre otros, que coadyuvan en el manejo integral de la diabetes mellitus, junto con el régimen farmacológico y dietético.

En la actualidad tiene plena demostración que el ejercicio sistemático determina una mayor calidad de vida del diabético, al mejorar su capacidad al trabajo, su estado emocional y sus cifras de glucemia. Sin embargo, también se sabe que los pacientes diabéticos con deficiente control que realizan actividades físicas pueden representar alteraciones de consecuencias, incluso fatales, y que los beneficios de tal ejercicio resultan muy cuestionables.

En los diabéticos del tipo II, el aumento en el gasto de energía durante el ejercicio, combinado con una restricción dietética, produce un mayor grado de equilibrio negativo de energía y colabora en la reducción del peso corporal. El ejercicio regular origina un mejor control de la diabetes que se manifiesta con el descenso en la concentración de hemoglobina glucosilada y el mejoramiento de la sensibilidad a la insulina.

C.- Hipogluce m i a n t e s o r a l e s :

Los antidiabéticos orales pueden dividirse, según su mecanismo de acción en sulfonilureas (SU) y biguanidas. Las primeras son hipogluce m i a n t e s en sentido estricto, mientras que las biguanidas son antidiabéticas o antihiper glucémicas es decir restauran la glucemia a niveles normales sin efecto hipogluce m i a n t e . El término global de " Hipogluce m i a n t e s o r a l e s " suele emplearse para ambos grupos.

D.- E d u c a c i ó n d e l p a c i e n t e c o n d i a b e t e s m e l l i t u s :

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

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

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

Es a través de la educación que el paciente es capaz de incorporarse en el manejo de la diabetes en su vida diaria y de minimizar la dependencia del médico (autosuficiencia). En términos simples, la educación se debe entender como un proceso de enseñanza-aprendizaje que permite adquirir conocimiento para resolver problemas.

El conocimiento de los aspectos básicos de la diabetes y su manejo así como el desarrollo de habilidades y destrezas técnicas, son requisitos previos indispensables para que el paciente esté en capacidad de ser autosuficiente en su cuidado. La educación debe dirigirse al paciente y su familia, porque de ella depende en gran parte del cuidado diario. El paso inicial y crucial en el proceso educativo es la aceptación de la diabetes con su caracter de incurabilidad que requiere por tanto, un manejo permanente y limitaciones variables en el estilo de vida.

En la actualidad no existe duda de que el éxito en el manejo del paciente con diabetes mellitus depende en esencia de la educación.

PROBLEMA

La diabetes mellitus es una de las enfermedades más frecuentes en el mundo y en nuestro país, aumenta su frecuencia con la edad, después de los 70 años alcanza un 15% ocupa la 9ª causa de muerte en la población en general y la 5ª después de los 45 años de edad.

Los pacientes con diabetes mellitus son susceptibles de sufrir numerosas complicaciones, que dependen en gran medida de ciertos factores de riesgo que acentúan el daño macrovascular y microvascular como hipertensión arterial - hiperglucemia - hiperlipidemia - sedentarismo y tabaquismo.

Los pacientes diabéticos son dos veces más propensos que los no diabéticos a morir de enfermedad arterial coronaria.

Complicaciones agudas de la diabetes mellitus :

- a) Cetoacidosis.
- b) Desequilibrio hiperosmolar no cetósico.
- c) Hipoglucemia.
- d) Acidosis láctica.

Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus :

Vasculares

Macrovasculares

Aterosclerosis coronaria acelerada
Aterosclerosis cerebrovascular acelerada
Enfermedad vascular periférica acelerada

Microvasculares

Retinopatía
Nefropatía

Neuropáticas

Neuropatía sensoriomotora

Bilateral simétrica en extremidades inferiores—más común
Bilateral simétrica en extremidades superiores
Mononeuropatía
Úlcera neuropática
Amiotrofia diabética
Caquexia neuropática

Neuropatía autonómica

Gastroparesia
Diarrea
Vejiga neurógena
Impotencia en el hombre
Reflejos cardiovasculares alterados

Enfermedades vasculares y neuropáticas combinadas

Úlceras de piernas
Úlceras de pies

Dado el incremento en el número de casos, es muy importante establecer acciones de educación para la salud a fin de enterar a la población sobre la enfermedad, para disminuir las complicaciones con lo que disminuirá la mortalidad.

La diabetes mellitus no respeta raza, edad, sexo ni área geográfica. La incidencia aumenta en relación directa con la edad, antes de los 15 años se presenta menos del 1% del total de diabéticos, en cambio el 50% se encuentra entre los 40 y 65 años de edad. Después de los 50 años aumenta la probabilidad de la diabetes, siendo más frecuente en la mujer en una relación de 2 a 1. En el año de 1993 en la clínica del isste a nivel estatal se detectaron 1228 derechohabientes con diabetes mellitus, de los cuales 514 fueron de primera vez y 714 eran pacientes subsecuentes.

JUSTIFICACION

Entre los problemas de salud que tiene mayor importancia por su magnitud y gran trascendencia está la diabetes mellitus. La enfermedad se conoce desde hace más de 3000 años pero ha sido en este siglo cuando se han logrado los progresos más importantes. Se sabe que la diabetes mellitus afecta al 2% de la población general. Siendo uno de los principales problemas de salud pública que afectan fundamentalmente a la población productiva del país.

Dado el incremento en el número de casos es muy importante establecer acciones de educación para la salud a fin de enterar a los pacientes diabéticos descompensados sobre la enfermedad así como los factores de riesgo y apego a su tratamiento.

Así mismo debemos conocer el sexo, edad y el tipo de fármacos que toman así como el tipo de dieta llevada por los pacientes.

El control del paciente diabético descompensado se hará a través de la determinación de glicemias y exámenes generales de orina para así poder implantar medidas y programas que puedan dar solución a este problema, ya que la diabetes mellitus es un serio problema de salud pública.

La diabetes mellitus alcanzó mayor reelevancia en los últimos 30 años, al conjugarse dos factores fundamentales: el incremento de la población en el mundo y el incremento de los años de vida.

Desde el punto de vista demográfico, en 1990 se tuvo noticias de los habitantes : 5 000 millones. La esperanza de vida promedio rebasa los 65 años de edad y se estima en forma conservadora que existen 250 millones de diabéticos en el mundo que demandan servicios de todo tipo ; a estas demandas deben responder los gobiernos de los países con su estructura socio-económica ; y el nuestro no es la excepción.

Analizar el impacto socioeconómico de la diabetes mellitus implica estudiar al individuo en su vida social.

La vida social se basa sobre todo en los modos de producción ó economía, los que históricamente surgen de una infraestructura en la que se identifican tres elementos básicos.

- 1.- La fuerza de trabajo, constituida por la energía humana física y psíquica.
- 2.- El objeto de trabajo, conformado por la materia prima insumo natural que se transforma.
- 3.- Los medios de trabajo y el capital como vehículo de conducción de la energía.

OBJETIVOS

- a) El propósito fundamental es el proporcionar los factores de riesgo, que más frecuentemente se encontraron en los pacientes diabéticos descompensados y de esta manera que nos permita normas de protección para los mismos.
- b) Unificar y difundir técnicas y procedimientos simples y reproducibles para obtener criterios diagnósticos comunes que faciliten la comparación de los datos.
- c) Establecer pautas de tratamiento general que permitan una atención adecuada del enfermo con diabetes mellitus descompensada.
- d) Estimular la participación activa del paciente en su cuidado a través de la educación y de la utilización de los métodos de autocontrol.
- e) Difundir criterios de educación sanitaria dirigidos a la prevención de los factores de riesgo de diabetes y sus complicaciones, tales como obesidad, malos hábitos de la alimentación, sedentarismo y tabaquismo.
- f) Describir las características de edad, sexo, escolaridad y ocupación de los pacientes con diabetes mellitus descompensada de esta clínica hospital del ISSSTE.

METODOLOGIA

1 .- Tipo de estudio : Clínica, Trasversal, Descriptiva y Observacional

2 .- Población lugar y tiempo

Se estudió una población de cincuenta derechohabientes con diagnósticos de diabetes mellitus tipo II con una gran descompensación metabólica tanto en consulta externa como en hospitalización de la clínica hospital del ISSSTE de Iguala Gro., de los meses de mayo a diciembre de 1995.

3 .- Criterios de inclusión

- a) Diabéticos no insulodependientes, derechohabientes del ISSSTE adscrito a la clínica hospital de Iguala, Gro.
- b) Ambos sexos.
- c) Mayores de 35 años.
- d) Con cualquier tiempo de evolución de la diabetes mellitus.

4 .- Criterios de exclusión

- a) Paciente diabético tipo I (insulino dependiente).
- b) Diabético no derechohabiente.
- c) Diabético sin tratamiento médico-dietético.

5 .- Criterios de eliminación

- a) Pacientes que solicitaron alta voluntaria.
- b) Pacientes que no cooperan con la encuesta.

6 .- Información a recolectar

Se anexa cuestionario correspondiente, se tomaron en cuenta para realizar este trabajo los siguientes puntos : diabetes mellitus descompensada edad, sexo, escolaridad ocupación, factores de riesgo personales, obesidad, manejo farmacológico, dietético, ejercicios.

7 .- Procedimiento

Se revisaron las hojas de control de consulta externa de los meses de mayo a diciembre de 1994 donde se extrae el nombre de los pacientes diagnosticados como diabéticos descompensados.

Así como los demás datos los cuales son anotados en la encuesta correspondiente, de la misma manera se efectúa en los pacientes con diabetes mellitus descompensados que se encuentran en hospitalización, todo ello se efectúa previa información y aceptación de nuestro paciente buscando intencionalmente los factores condicionantes que provocan esta descompensación metabólica.

8 .- Aspectos éticos

Los riesgos de peligro de la investigación se consideran mínimos, ya que se realizaron maniobras habituales de la consulta externa.

FACTORES CONDICIONANTES DE DESCOMPENSACION
METABOLICA EN EL PACIENTE DIABETICO TIPO II
EN LA CLINICA ISSSTE DE IGUALA, GRO.

E N C U E S T A

DIAGNOSTICO _____ FECHA _____

FICHA DE IDENTIFICACION :

NOMBRE _____ REGISTRO _____

SEXO _____ ESCOLARIDAD _____

ESTADO CIVIL _____

OCUPACION ACTUAL _____

RESIDENCIA _____

PESO ACTUAL _____ PESO IDEAL _____

TIEMPO DE EVOLUCION DE DIABETES MELLITUS _____

FACTORES DE RIESGO HEREDITARIO SI _____ NO _____

QUIENES :

PADRE MADRE TIOS HERMANOS ABUELOS HIJOS

1.- D.M. _____

2.- OBESIDAD _____

FACTORES DE RIESGO PERSONALES

	INICIO	CANTIDAD	FRECUENCIA	ACTUALMENTE
1.- TABAQUISMO	_____	_____	_____	_____
2.- ALCOHOLISMO	_____	_____	_____	_____
3.- OBESIDAD	_____	_____	_____	_____
4.- ACTIVIDADES DEPORTIVAS	_____	_____	_____	_____

CONOCIMIENTO E IMPORTANCIA REAL DE SU ENFERMEDAD _____

TIPO DE HIPOGLUCEMIANTES ORALES QUE TOMA _____

INGIERE CON REGULARIDAD SUS MEDICAMENTOS _____

CONOCE USTED LAS COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD _____

UTILIZA LA HERBOLARIA COMO TERAPIA COADYUVANTE PARA SU
ENFERMEDAD _____

CAMBIA, MODIFICA O SUSPENDE LA DOSIS DE HIPOGLUCEMIANTES
ORALES PREESCRITOS POR SU MEDICO _____

SABE USTED QUE SU ENFERMEDAD ES DE POR VIDA _____

TRATAMIENTO ACTUAL DE LA DIABETES MELLITUS _____

CIFRA ACTUAL DE LA GLICEMIA POR DEXTROSTIS _____

Y GLICEMIA EN AYUNAS _____

TRANSGRESIONES DIETETICAS :

INGRESOS DE AZUCARES ELEVADOS

REFRESCOS _____

AGUAS FRESCAS _____

DIETA POR DIETESTIA O NUTRIDLOGO _____

DIETA A LIBRE DEMANDA _____

ENFERMEDADES INFECCIOSAS : TRACTO RESPIRATORIO SUP. _____

TRACTO RESPIRATORIO INF. _____

GASTROENTERITIS _____ GENITOURINARIOS _____

PIEL Y ANEXOS _____

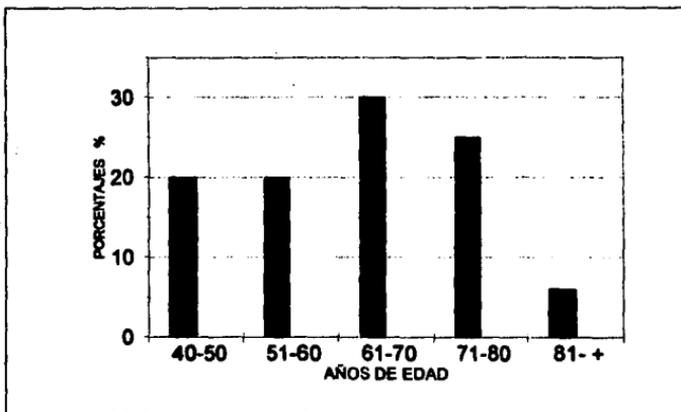
OTROS _____

BEN YEHUDA MARTINEZ VILLA : ALUMNO DE MEDICINA FAMILIAR

ISSTE IGUALA GRO.

**GRÁFICA POR GRUPOS DE EDADES EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II
DESCOMPENSADO EN LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE IGUALA, GRO.**

EDAD	TOTAL	PORCENTO
40-50	10	20
51-60	10	20
61-70	15	30
71-80	12	25
81- +	3	6



FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TIEMPO DE EVOLUCION EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS
TIPO II DESCOMPENSADA

TIEMPO DE EVOLUCION	TOTAL	PORCENTAJE
1-5 AÑOS	18	36%
6-10 AÑOS	12	24%
11-15 AÑOS	8	16%
16-20 AÑOS	7	14%
20 O MAS	5	10%
TOTAL	50	100%

COMPLICACIONES DETECTADAS EN EL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS TIPO II DESCOMPENSADA

NOMBRE DE LA COMPLICACION	TOTAL	PORCENTAJE
NEFROPATIA DIABETICA	17	34%
INFECCION DE VIAS URINARIAS	9	18%
COMPLEJO VASCULAR DE PIERNA	9	18%
NECROBIOSIS DIABETICA	13	26%
RETINOPATIA DIABETICA	2	4%

**GRÁFICA DE PACIENTES CON DIABETES M.
TIPO II DESCOMP. POR SEXO**

56% FEMENINO	(28)
44% MASCULINO	(22)
TOTAL	50



FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES DE RIESGO GENÉTICO

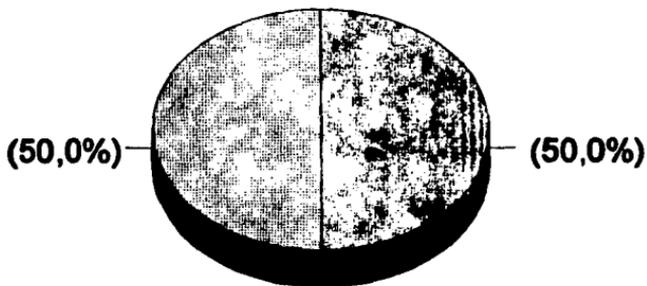
FACTORES DE RIESGO GENÉTICO



FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA TIPO II

FAMILIAR DIABETOS



DIABETES TIPO II RECOLECTOR

**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
DESCOMPENSADA**

QUE TIENEN CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD

**30 PACIENTES CON D.M. CON CONOCIMIENTO
20 PACIENTES CON DESCONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES**



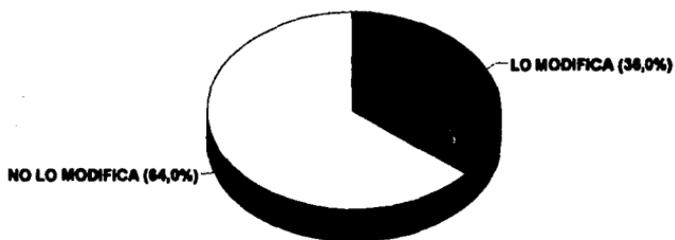
ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA

**35 PACIENTES UTILIZAN HERBOLARIA
COMPLEMENTARIA COMO CUADYUVANTE PARA :**

DIABETES MELLITUS

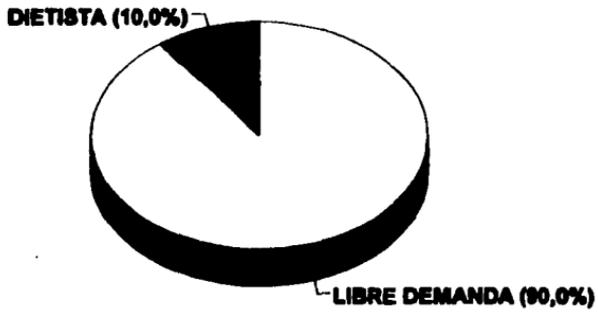


**PACIENTES CON D.M. QUE CAMBIAN Y/O
MODIFICAN EL TRATAMIENTO**



FUENTE: INSTRUMENTO DE REGISTRO DE DATOS

**PACIENTES CON D.M. QUE LLEVAN DIETA
INDICADA POR DIETISTA**



RESULTADOS

Se estudia una muestra de 50 pacientes dentro de la consulta externa como a nivel hospitalario con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo II descompensada en la clínica hospital del ISSSTE de Iguala, Gro. Encontrándose que la edad media de los 50 pacientes incluidos en este estudio fué de 62.3 años, de los cuales 28 éran mujeres y 22 hombres correspondiendo a un 56% para las mujeres y un 44% para los hombres, pudiendo observar que el sexo más afectado es el femenino.

Respecto a su escolaridad nos encontramos que 10 pacientes éran analfabestas, 25 de ellos no había terminado la primaria, 5 tenían solamente secundaria, y 10 éran profesores de educación primaria (de éstos, 6 trabajan en zona rural y 4 en zona urbana). Con respecto a los factores de riesgo hereditario pudimos constatar que 30 de ellos presentan factores genéticos, de los cuales 25 tenían hermanas diabéticas.

También se pudo observar en este estudio que el 30% de estas personas conocen sobre las complicaciones de su diabetes mellitus, y que el 20% de ellos ignoran sobre las consecuencias que pueden desencadenarse de su problema, otro factor importante es que el paciente diabético en número 35

del estudio utilizan la herbolaria como cuadyuvante para su enfermedad y en ocasiones para tratamiento de la misma suspendiendo momentaneamente su tratamiento medico. apreciamos tambien que 19 pacientes o sea el 38% cambia y/o modifica el tratamiento de hipoglucemiantes orales indicada por facultativo, de estos pacientes diabeticos solamente el 10% lleva dieta indicada por dietista, ya que el 90% efectua su dieta a libre demanda, apreciandose ademas que el alcoholismo y tabaquismo esta presente en un 3% y 22% respectivamente, se detecta que el solo 2% de estos pacientes efectuan ejercicios como es el de caminar, la bicicleta o algun otro. En este estudio se pudo apreciar que existen todavia pacientes que no saben que su enfermedad es de por vida en esto encontramos un 4% , dentro de los medicamentos mas utilizados por nuestros encuestados fueron la tolbutamida en un 64% y el de la glibenclamida en un 24%, encontandonos que las complicaciones mas frecuentes fue la nefropatia diabeticas en un 34% necrobiosis diabeticas en un 26% , infecciones de vias urinarias en un 18% complejo de pierna 18% y tetinopatia diabeticas 4% , tambien pudimos apreciar que en la mayoria de estas complicaciones se anexaba la neuropatia diabeticas.

DISCUSION

Es bien sabido que la prevalencia de la diabetes mellitus varía considerablemente en los países y grupos poblacionales, sin embargo, el problema de la atención médica sanitaria de los pacientes a la fecha constituye un grave problema ya que si bien se han realizado avances en la detección precoz del padecimiento se continúan presentando una gran cantidad de complicaciones en cada uno de ellos por diversos factores condicionantes, por lo que el control de los pacientes conlleva una serie de actividades que rebasan por su carácter social, los límites tradicionales de la atención médica.

Así, el análisis de la encuesta nos revela que la diabetes mellitus tipo II descompensada su edad media fué de 62.3 años, en lo que toca al sexo, aunque el 56% de la muestra correspondía al femenino, no se puede definir un predominio de la enfermedad en este sentido por dos razones: La mujer demanda la atención médica con mayor frecuencia como lo podemos observar en la consulta externa diariamente, y posiblemente algún error de muestreo en nuestra encuesta.

En este trabajo se pretendió verificar los factores condicionantes más frecuentes que al paciente diabético lo conducen a un estado de descompensación, los cuales fueron mostrados en las gráficas anteriores, reflejando que en varias ocasiones el paciente diabético reúne uno ó más factores condicionantes.

La evaluación de los pacientes nos llevó a verificar sus expedientes clínicos, encontrándonos con grandes errores como el de no llevar un control y procedimiento adecuado, ya que faltaba desde la historia clínica, exámenes de laboratorio muy espaciados, e incompletos, así como el buen control de complicaciones.

Hay otros factores que influyen en forma decisiva como son la educación y el cumplimiento del tratamiento médico.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este trabajo indican la necesidad de intensificar la conciencia del personal médico de asistencia primaria, respecto a la importancia práctica de la historia clínica como un documento básico para lograr una correcta atención de la salud, así como para verificar con atención un riesgo condicionante que lleve a un estado descompensatorio, es importante la necesidad de la repetición en forma periódica de intervenciones y sesiones para conseguir que se de cumplimiento a la práctica de la historia clínica , actualizaciones de exámenes de laboratorio, y un seguimiento adecuado del paciente diabético.

Tanto la diabetes mellitus así como los factores que son condicionantes de descompensación pueden ser prevenibles, pero la aplicación operativa de las medidas teóricas de prevención encierran ciertas dificultades, pues implica la identificación de los individuos de alto riesgo también identificación de factores condicionantes de descompensación la aplicación de medidas educativas tendientes a modificar hábitos y costumbres, la responsabilidad de la sociedad entera en la generación, difusión y mantenimiento de los hábitos y costumbres, la responsabilidad de la sociedad entera en la generación, difusión y mantenimiento de los hábitos de vida sana y varia otra empresas igualmente difíciles.

Pero la magnitud de el problema justifica los intentos
pues de otro modo la prevalencia futura de la diabetes, y sus
complicaciones se dislumbra como avasalladora.

BIBLIOGRAFIA

- <1> Arturo Zarate Treviño " Diabetes mellitus " bases para su tratamiento. primera edición 1989. pags. 37-39 53-54.
- <2> S. Islas ; A. Lifshitz. " Diabetes mellitus " primera edición 1993. pags. 8-11 30-32 156-157.
- <3> Organización panamericana de la salud " Manual de normas técnicas y administrativas del programa de diabetes mellitus " edición 1989. pags. 4-39-47.
- <4> Harrison et. al " Diabetes Sacarina ; Principios de medicina interna " Undécima edición, tomo II p.p 2167-2188
- <5> Valle, González Armando, Dr. et al " Compendio de educación para la salud al magisterio " ISSSTE diciembre 1986 p.p 109-120.
- <6> Malacara, García Viveros, Valverde " Fundamentos de endocrinología clínica ". Tercera edición 1982 p.p. 258,289.
- <7> James, E. Griffin, M.D. " Endocrinología y metabolismo " octubre 1984, p.p 231-257.
- <8> Healthcare Group. " Diabetes sacarina " Clínicas médicas de Norteamérica, vol. 6 Interamericana.

- <9> Krupp, Chatton. " Diabetes mellitus, diagnóstico clínico y tratamiento ". p.p. 859-890.
- <10> Dirección de estadística " Dirección general de planeación, información y evaluación " Anuario estadístico 1988.
- <11> Morales, Ramirez José de Jesús, Dr. et al " Estudio clínico epidemiológico de la diabetes mellitus ". Control médico y metabólico. Vol 6 enero-marzo 1989, p.p. 27-31.
- <12> Frati, Murani Alberto C. et al . " Efecto de diferentes dosis de nopal (Opuntia streptacantha lemaire) en la prueba de tolerancia a la glucosa en individuos sanos " Archivo de investigación médica. 1988 p.p. 143.147.
- <13> Frati-Munari, Alberto C. et al. " Estudio sobre el mecanismo de la acción hipoglicemiante del nopal (opuntia sp.). Archivo de investigación médica. 1987 ; p.p 7-12.
- <14> Arianza, Andraca C. Raúl, C.R. "Otros progresos en diabetes mellitus " Revisión medica I.M.S.S. 1983,21 p.p. 387-390.
- <15> Matthew J. Orland, Robert J. Saltman. " Diabetes manual de terapéutica médica ". 6ª edición, ed Salvat, p.p. 369-392.

- <16> S.P.O. Rahilly, et al. " El defecto primario de diabetes familiar tipo II consiste en una disfunción de las células beta más que en una insensibilidad a la insulina ". The lancet. Vol. 9 Num. 6. 1986, p.p. 419-423.
- <17> Tratado de medicina práctica (Medicine). " Endocrinología y metabolismo II ". Segunda edición, México 18, p.p. 1100-1150.
- <18> Arvinen " Evidencia del papel primario de la resistencia a la insulina en la patogenia de la D.M. tipo II " Annal of Med. Vol. 3 Junio 1990 p.p. 197-200.
- <19> Zárate Arturo, Villalpando Salvador. " La utilidad diagnóstica de la prueba oral de tolerancia a la glucosa " Rev. Méd. I.M.S.S. México 1988, 26, p.p 325-326.
- <20> M. Ej. Lean. W.P.T. James. " Prescripción de la dieta para la diabetes en los años ochenta ". The lancet. Vol. 9, Num. 2, 1986, p.p. 48-41.
- <21> Goodman s. Louis, Gilman Alfred. " Bases farmacológicas de la terapeutica ". Insulina e hipoglicemiantes por vía bucal, 5ª edición, p.p. 1270-1289.