

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11226
39

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

“CONTROL METABOLICO Y DE PESO EN PACIENTES
DIABETICOS TIPO 2 QUE ACUDEN A ACTIVIDAD EDUCATIVA
EN LA U.M.F. No. 75 DEL I.M.S.S.”

282752

T R A B A J O

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL

F A M I L I A R

P R E S E N T A :

DR. EMILIO GRANIEL GUERRERO

Facultad de Medicina



MEXICO, D. F.

2000

~~MARZO DE 1999~~



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“CONTROL METABOLICO Y DE PESO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2
QUE ACUDEN A ACTIVIDAD EDUCATIVA EN LA U.M.F. N° 75 DEL
I.M.S.S.”**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en
Medicina General Familiar

Presenta

DR. EMILIO GRANIEL GUERRERO



Dra. Laura Elena Sanchez Escobar
DRA. LAURA ELENA SANCHEZ ESCOBAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR, UNIDAD ACADÉMICA
“CLINICA GUSTAVO A. MADERO I.S.S.S.T.E.”

I. S. S. S. T. E.
DIRECCION CLINICA
“ G. A. MADERO ”

Dr. Isaias Hernandez Torres
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

INDICE.

Marco Teórico	1
Planteamiento del problema	21
Justificación	23
Objetivo General	25
Objetivos Específicos	25
Tipo de Estudio	26
Población en Estudio	26
Tipo y características de la muestra	26
Criterios de inclusión	26
Criterios de exclusión	26
Criterios de eliminación	27
Variables de estudio	27
Procedimiento para recolectar información	28
Consideraciones éticas	29
Descripción de resultados	30
Discusión	57
Conclusión	59
Sugerencias	60
Bibliografía	61

Anexo.....	66
------------	----

INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

CUADRO N° 1	
Pacientes (sexo) y porcentaje	35
GRAFICA N° 1	
Número de pacientes y porcentaje	36
CUADRO N° 2	
Pacientes por edad y sexo	37
GRAFICA N° 2	
Pacientes por edad y sexo	38
CUADRO N° 3	
Estado civil y sexo	39
GRAFICA N° 3	
Estado civil y sexo	40
CUADRO N° 4	
Escolaridad	41
GRAFICA N° 4	
Escolaridad	42
CUADRO N° 5	
Estatura y sexo	43
GRAFICA N° 5	
Estatura y sexo	44
CUADRO N° 6	
Ocupación y sexo	45
GRAFICA N° 6	

Ocupación y sexo	46
CUADRO N° 7	
Tiempo de evolución en años	47
GRAFICA N° 7	
Tiempo de evolución en años	48
CUADRO N° 8	
Valoración del grupo de 3 meses de evolución de IMC, Glucosa Sérica y dosis de Tabletas al día	49
GRAFICA N° 8	
Valoración del grupo de 3 meses de evolución de IMC, Glucosa Sérica y dosis de Tabletas al día	50
CUADRO N° 9	
Valoración del grupo de 6 meses de evolución de IMC, Glucosa Sérica y dosis de Tabletas al día	51
GRAFICA N° 9	
Valoración del grupo de 6 meses de evolución de IMC, Glucosa Sérica y dosis de Tabletas al día	52
CUADRO N° 10	
Valoración del grupo de 9 meses de evolución de IMC, Glucosa Sérica y dosis de Tabletas al día	53
GRAFICA N° 10	
Valoración del grupo de 9 meses de evolución de IMC, Glucosa Sérica y dosis de Tabletas al día	54
CUADRO N° 11	
Valoración del grupo de 12 meses de evolución de IMC, Glucosa Sérica y dosis de Tabletas al día	55
GRAFICA N° 11	
Valoración del grupo de 12 meses de evolución de IMC, Glucosa Sérica y dosis de Tabletas al día	56

DECLARACION DE LAS AMERICAS

Sobre la Diabetes Mellitus OPS.

La diabetes mellitus es una pandemia en aumento, en las Américas y se calcula que en 1996 había 30 millones de diabéticos en las Américas lo que equivalía al 25% del total mundial y se preveía que para el año 2000 la cifra se incrementaría a 45 millones de enfermos.

Habiendo millones de personas que no saben estar enfermos y otros que a pesar de saberse padecer la enfermedad no reciben tratamiento apropiado; la mayoría de los costos directos de la Diabetes provienen de las complicaciones que a menudo es posible reducir, aplazar, o en ciertos casos prevenir

MARCO TEORICO.

Los efectos de la diabetes mellitus (D.M.) en el hombre, han sido descritos desde 3000 años en Egipto así como, desde el año 550 antes de Cristo en el Papiro de Eberts, Charak y Susrut en la India hicieron notar lo dulce de la orina y la correlación que existe entre la obesidad y la (D.M.). Cerca de la era cristiana, los romanos Areteo de Capadocia y Celso, 70 años antes de Cristo, describieron la enfermedad y adjudicaron el nombre de Diabetes del griego transcurrir a través de o atravesar, interpretándolo como un padecimiento en el cual la carne del cuerpo se elimina por la orina.

Los Chinos en el Siglo XI de nuestra era la describieron como un mal caracterizado por ser excesiva, forunculosis y orina tan dulce que atrae a los perros. En el siglo XII Thomas de Willis utiliza el término Mellitus de latín miel, complementario de Diabetes (1).

- En una época la Diabetes se consideraba una enfermedad rara o inexistente en los países en desarrollo situados en las Américas, no obstante, durante las dos últimas décadas se ha demostrado que la enfermedad constituye una carga de salud en el mundo entero y que afecta a millones de personas en el Continente Americano, la D.M. es una de las primeras diez causas de defunción en la mayor parte de los países americanos (2).

La magnitud que ha alcanzado la D.M. como problema de salud justifica la filmación de que vivimos en una pandemia progresiva de la

MARCO TEORICO.

Los efectos de la diabetes mellitus (D.M.) en el hombre, han sido descritos desde 3000 años en Egipto así como, desde el año 550 antes de Cristo en el Papiro de Eberts, Charak y Susrut en la India hicieron notar lo dulce de la orina y la correlación que existe entre la obesidad y la (D.M.). Cerca de la era cristiana, los romanos Areteo de Capadocia y Celso, 70 años antes de Cristo, describieron la enfermedad y adjudicaron el nombre de Diabetes del griego transcurrir a través de o atravesar, interpretándolo como un padecimiento en el cual la carne del cuerpo se elimina por la orina.

Los Chinos en el Siglo XI de nuestra era la describieron como un mal caracterizado por ser excesiva, forunculosis y orina tan dulce que atrae a los perros. En el siglo XII Thomas de Willis utiliza el término Mellitus de latín miel, complementario de Diabetes (1).

- En una época la Diabetes se consideraba una enfermedad rara o inexistente en los países en desarrollo situados en las Américas, no obstante, durante las dos últimas décadas se ha demostrado que la enfermedad constituye una carga de salud en el mundo entero y que afecta a millones de personas en el Continente Americano, la D.M. es una de las primeras diez causas de defunción en la mayor parte de los países americanos (2).

La magnitud que ha alcanzado la D.M. como problema de salud justifica la filmación de que vivimos en una pandemia progresiva de la

enfermedad. Esta progresión epidemiológica del trastorno puede atribuirse a muchos factores que abarcan desde el estilo de vida en la Sociedad Occidentales (sedentarismo, dietas hipercalóricas en grasas y carbohidratos refinados) hasta los avances técnicos de la medicina.

A este último respecto conviene reflexionar sobre el hecho de que la prolongación de la vida de los diabéticos ha permitido que un número creciente de ellos alcance la edad de la reproducción, que su control más eficiente ha favorecido que muchos se encuentren en mejores condiciones para la procreación y que son ahora menos las mujeres que pierden a sus hijos durante el embarazo, por causas atribuibles a la diabetes.

Todo esto, ha incidido en un incremento en los hijos de diabéticos, que por definición son sujetos de alto riesgo. Todos estos progresos terapéuticos no se han acompañado de progresos similares en la prevención de la enfermedad y por esta razón, se ha elevado el número de enfermos (3).

La importancia de la diabetes, es más evidente cada día, sobre todo si se toma en consideración que es muy frecuente en la edad en que los individuos representan la fuerza productiva, misma que se ve disminuida cuando las complicaciones del padecimiento los colocan en situaciones de invalidez temporal o definitiva (4)

La prevalencia de la D.M. en los países de la región, aumento en los últimos años y oscila entre el 4% y el 16% (varía ampliamente si se compara la población rural con la urbana). Aumentará entre un 25% a un

50% en el curso de este último lustro del siglo, debido entre otras razones, al progresivo crecimiento poblacional, no obstante este crecimiento es superior al demográfico y puede ser atribuido parcialmente a las modificaciones socioculturales inducidas por la urbanización.

La D.M. no insulino dependiente es causa de altos índices de morbilidad, epidemiológicamente se ha demostrado que esta entre las primeras 10 causas de mortalidad y también ocupa iguales posiciones en cuanto a morbilidad, cuando se considera la población mayor de 45 años (5).

El impacto de la diabetes en nuestro país, no solo se relaciona con su magnitud epidémica sino con las peculiaridades biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a los diabéticos mexicanos, y las propias del sistema social y de atención a la Salud Pública en México, fueron muy bien resumidas por Rull y colaboradores. Hay muchos indicios de que la incidencia de la diabetes va realmente en aumento, lo que se traduce en un incremento en la demanda en la atención médica; de la mortalidad y de la frecuencia de complicaciones y secuelas. Este solo hecho epidemiológico, ya significa una terrible carga para el sistema de salud y para la sociedad en general (6)

En una encuesta efectuada en 1990 para comparar la prevalencia de diabetes en México, D.F., y en San Antonio Texas; la prevalencia fue de 14.1% en la capital mexicana.

En un informe de 1988 se encontró la prevalencia de 6 a 10%. Y en una encuesta nacional de salud fue de 1 a 3% en población abierta y hasta un 10% en consulta hospitalaria.

Investigaciones a nivel nacional, han corroborado estos datos en los que el sexo más afectado es el femenino en un 50 a un 60%, siendo la edad de 30 años la que marca el inicio del riesgo. Aunque las complicaciones tardías son más frecuentes en hombres; aumenta su frecuencia con la edad, pues después de los 70 años alcanza un 15%, ocupa la novena causa de muerte en nuestro país y la quinta después de los 45 años de edad (7).

Es difícil establecer la prevalencia de la D.M. ya que el criterio de diagnóstico es variable y poco preciso. La prevalencia también se modifica por factores étnicos, económicos y ambientales e incluso de tipo de diabetes (tipo 1 y 2); los cambios que hay en la prevalencia están de acuerdo con las variables (4).

La D.M. es una enfermedad crónica degenerativa, cuya participación en la morbilidad y la mortalidad en México, ha sido creciente, sobre todo en la segunda mitad del siglo. La distribución de la mortalidad por D.M. sigue un comportamiento desigual a nivel nacional, se encontró en los Estados del Norte del país tienen una mortalidad mayor, mientras que los del Sur es menor. Los Estados del Centro mostraron un comportamiento intermedio salvo el Distrito Federal que semeja a los norteros (8).

El problema de la D.M. tiene importancia tanto en la ciudad como en el campo, debido a que existen algunas diferencias en relación directa al tipo de alimentación y a los estilos de vida. Por cada diabético conocido existe cuando menos otro caso aún no diagnosticado (4).

Los costos directos o indirectos de la diabetes son muy grandes, los directos incluyen la carga social que ésta impone en términos de la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura.

La D.M. es responsable de complicaciones tardías tan importantes como la ceguera, insuficiencia renal terminal: Es de 1.5 a 2 veces más probable que los diabéticos sufran cardiopatías, 2 a 6 veces más probable que sufran apoplejías si se les compara con población no diabética (2).

También están propensos a complicaciones agudas que se pueden presentar en cualquier etapa de la fase clínica y su prevención esta basada en la vigilancia del padecimiento y en la educacional adecuada de enfermos y familiares (4).

La D.M. no dependiente de insulina o sea la tipo 2 es la forma predominante de diabetes en todas las poblaciones. Los resultados de una encuesta de salud de 1988, indicaron que en diferentes áreas, la prevalencia de la enfermedad (la diabetes tipo 2) en México está entre 3.5 a 12.7%. El impacto de las complicaciones es enorme la mitad de las amputaciones de miembros inferiores no causadas por traumatismos y 25% de los casos de insuficiencia renal, se pueden relacionar con diabetes además constituye la principal causa de ceguera.

Estos datos presentan a la D.M. como uno de los principales problemas, que demandan solicitud de servicios y que tienen repercusión muy importante en la calidad de vida de los pacientes (9).

El perfil de los pacientes diabéticos tipo 2, no dependientes de insulina, se caracteriza por tener sobrepeso, obesidad exógena originada por los inadecuados hábitos alimenticios y en la mayoría de los casos condicionada por aspectos educativo, cultural y psicológico entre otros.

Por lo tanto, la explicación del deficiente control metabólico, se centra fundamentalmente en un inadecuado cumplimiento dietético de los pacientes, el cual puede deberse a la falta de educación sobre su enfermedad y por consiguiente, convertirse en un factor determinante en su tratamiento. Una estrategia de resurgimiento reciente, es la educación sanitaria, entre cuyos objetivos se encuentra el otorgamiento de campos de información educativa que propicien ciertos hábitos y costumbres. El control de la D.M. es dietético, higiénico y médico.

El control médico ha tenido mayor prioridad matizándose en la esfera curativa mediante el uso de medicamentos orales o inyectados. El control dietético es fundamental, ya que la mitad de los casos puede controlarse solo con dieta adecuada (10).

Entonces un elemento clave del tratamiento es la educación y la información dirigida al paciente y su familia, proporcionándoles los conocimientos necesarios para ser frente a esta enfermedad crónica y a menudo debilitante, finalmente el éxito del tratamiento depende de que los

pacientes forjen sus propios objetivos terapéuticos y que trabajen en conjunto con el equipo de salud para alcanzarlo (11).

Se habla de la diabetes como resultado de elecciones dietéticas individuales, otros la adjudican al medio ambiente y cambio sociales. Por lo que se preguntan si el aumento de la diabetes es responsabilidad social o individual, lo más probable es que todo influya (13).

Si se admite que igual que en otros problemas crónicos la educación del diabético es un elemento fundamental para sobrellevar la enfermedad con éxito, cabría preguntarse que tan preparados están nuestros diabéticos, para admitir la disciplina que se requiere.

Las estimaciones sobre la falta de adherencia terapéutica de la que tanto se quejan los médicos, revelan que al menos en un terreno afectivo la educación del diabético, deja mucho que desear; Además del retraso con que suelen aceptar finalmente el diagnóstico, el gran dilema de cuidarse ahora para tener un mejor futuro no suele ser suficientemente convincente, máxime en épocas en las que el futuro parece de cualquier manera incierto para todos los diabéticos y no diabéticos. En el fondo se trata de una posición filosófica en el sentido que lo único cierto es que se vive hoy en día (14).

Las estrategias de los médicos para convencer a los pacientes de que adopten la disciplina necesaria, ha sido - hay que admitirlo - bastante primitivas. La represión, el autoritarismo el paternalismo, la amenaza el miedo, la ejemplificación y otras, han fracasado máxime cuando se han

empleado sistemáticamente sin reparar en las características de cada enfermo. Tampoco resulta conveniente para el médico, excluirse del problema mediante la prescripción rutinaria que a juzgar por el perfil de los diabéticos del país no ha resultado nada en su atención.

El problema de la educación para la salud, no es menor que el de la educación médica; si el proceso educativo esta centrado en los contenidos, acaso lo que se logra es transmitirlos, lo que se necesita es incorporarlos, hacerlos propios, convertirlos en valores, integrarlos en la propia escala.

Solo en la medida en que un diabético considere valioso mantener su peso, su glicemia, su alimentación, su ejercicio, su funcionalidad, podrá realmente comprometerse con la templanza que ello requiere. Por eso, la propuesta de fortalecer la capacidad de decisión del paciente parece convincente; no se trata solo de un problema de cobertura, es decir, que todos los pacientes reciban alguna educación respecto de su enfermedad, sino de calidad educativa.

En este sentido conviene recordar que una de las formas más eficientes para la salud, es la que dé de "Cara a Cara" entre el médico y paciente y que el médico no puede considerar que ha cumplido con su responsabilidad, simplemente con enviar al paciente a un curso, a un club de diabéticos.

El médico es una asesor del paciente en el manejo de su enfermedad, un consejero, un informador, un orientador, de ninguna manera es solo quien exige, dispone u ordena (15).

Por otra parte, que les ofrecemos los médicos a los pacientes diabéticos si no es que sacrificios, privaciones reprimendas pinchazos y gastos, frecuentemente sin tomar en cuenta sus aspiraciones, intereses, deseos hábitos, costumbres y gustos. Si el propósito de la atención médica es mejorar la vida de los pacientes, hay que admitir que éstos tienen algo que decir.

Ciertamente, las características de la consulta de primer nivel de operación hacen difícil un enfoque individualizado, pero ello no le quita la legitimidad; si un tratamiento no esta dando los resultados planeados no parece conveniente continuarlo a todo trance, solo porque se ajusta a las recomendaciones internacionales, el inculpar al paciente solo sirve acaso para justificar un fracaso más no para remediarlo.

No hay que olvidar que la prevalencia de depresión entre los diabéticos parece ser bastante elevada, y que favorecer el desarrollo de sentimientos de culpa no es buen camino ni siquiera para lograr el control metabólico de la enfermedad.

La particular idiosincrasia del paciente mexicano también puede utilizarse como disculpa de los fracasos terapéuticos; ciertamente, la confianza en rituales mágicos o religiosos, o en medicinas alternativas puede entorpecer el apego a las medidas consagradas, pero habría que admitir que son elementos constitutivos de la personalidad del paciente, que no puede ser soslayados.

El médico, tampoco puede poner límites absolutos a las características de un paciente y mucho menos condicionar su atención a que las tenga. En todo caso, la atención integral supone no solo una correcta prescripción medicamentosa y dietética sino la comprensión global de las características del paciente en su contexto (16).

Dentro de los aspectos psicológicos de la D.M. como parte de la atención integral encontramos que; algunas personas no creen que tienen diabetes, no ven porque necesitan seguir un programa de cuidados para la diabetes, otras personas saben que tienen diabetes pero aún así no se cuidan.

Estas son formas de negación que pueden llevar un tiempo sobreponerse a la negación, pero cuanto antes acepte el diagnóstico y comience a aprender acerca de su diabetes, será más pronto que podrá tener independencia y lograr una buena salud bajo un plan de cuidados.

La mayoría de las personas al ser diagnosticadas pueden experimentar enojo, es perfectamente normal sentirse de esta forma a veces, pero no se va a poder ayudar así mismo si se mantiene enojado y hostil todo el tiempo, la depresión puede ser un problema serio para las personas con diabetes. Los síntomas de depresión incluyen sentimientos de soledad, de desahucio, falta de autoestima, fatiga y cambios en el patrón del sueño o hábitos alimenticios, si notamos esta sintomatología es necesario apoyarlos de inmediato con psicoterapia para el control del problema.

Una de las cosas más difíciles de enfrentar por parte del paciente es la duda de que si sigue fielmente su plan de cuidados de diabetes logre un perfecto control y que siguiendo un buen régimen lo mantendrá sano para siempre. Si esto es así, es aquí donde tenemos que insistir e insistir que el hecho de forzarse para un buen control lo hará sentir mejor física y emocionalmente. Se sentirá mejor sabiendo que usted esta haciendo todo lo que esta a su alcance para permanecer sano y única forma de reducir su riesgo de complicaciones es a través de mantener un buen control (17).

En un estudio sobre glucotoxicidad en la DMNID se apoya la idea de que la hiperglucemia crónica produce una desensibilización de los receptores en la célula beta que se corrige con la normoglucemia; este hecho debe ser considerado en la selección de medidas terapéuticas (18).

En el momento actual, se acepta que la hiperglucemia juega un papel central en los cambios aterogénicos del paciente con DMNID; en los resultados de estudios poblacionales se hace evidente la relación del control glucémico y el riesgo de enfermedad coronaria.

Además, de los trastornos de secreción a nivel de insulina y el incremento de la resistencia a la misma, lo cual favorece a la aterogénesis al incrementar la prevalencia de los desordenes lipídicos hipertensión arterial y obesidad. Vemos con esto lo importante que es mantener la normoglucemia en los pacientes; por lo que se amerita un seguimiento más estrecho para corroborar su adherencia a la dieta y medicamento, plan de ejercicio para lo cual debemos modificar nuestra estrategia con la ayuda de educadores y equipo multidisciplinario (19).

Al analizar el comportamiento secular de la incidencia y letalidad de las complicaciones de la D.M. en México, se observó, un incremento en la última década de éstas la más frecuente es la nefropatía diabética seguida de los trastornos de la circulación periférica, la edad tiene un efecto importante en la ocurrencia de complicaciones. La letalidad de la D.M. ha disminuido sobre todo la debida a sus complicaciones agudas.

Las complicaciones crónicas han aumentado por el incremento en la incidencia y en la esperanza de vida de los pacientes. Por eso es que, es muy necesario el insistir en el control metabólico adecuado, con el fin de postergar o evitar su aparición (20).

En el apoyo al paciente diabético para un adecuado tratamiento farmacológico, el médico la enfermera o el nutriólogo deberá realizar una historia nutricional detallada para determinar las preferencias de alimentos de cada paciente y sus hábitos alimenticios para indicar la dieta más apropiada para el paciente y por lo tanto la más fácil de aceptar por este.

La instrucción diabética, requiere de muchas sesiones; puede ser expuesta mejor por diabeto'logos enfermeras que han recibido entrenamiento en el cuidado de los diabéticos y que conocen la fisiología el tratamiento y las restricciones dietéticas de los enfermos con este padecimiento (21).

Múltiples son las estrategias del proceso de enseñanza que se requieren para motivar, convencer, informar, capacitar y adiestrar a una persona para llevar a cabo un cambio en sus hábitos y costumbres

cotidianas, que pudieran influir negativamente en la evolución del paciente que le afecta.

La educación para la salud, engloba en si misma los conceptos de la prevención, atención y rehabilitación, y debe ser aplicada no solo con enfoque específico a la persona o grupo de personas afectadas, sino también hacia quienes conviven con él y la población en general.

No es fácil lograr la motivación de la población, grupo o de personas para que participen en forma activa en el proceso enseñanza-aprendizaje, que se requiere para llevar a cabo la educación para la salud.

Sabiendo que el estilo de vida de un paciente con D.M. influye en forma directa y preponderante en el curso de la enfermedad, la elaboración de un programa educativo para pacientes y familiares, es indispensable, basándose en conocer en forma detallada lo que el paciente y la familia hacen de su vida cotidiana, lo que piensan y creen acerca de la vida y de su enfermedad.

La educación para la salud requiere de lo que se ha dado a llamar "diagnóstico educativo" que servirá de base para integrar un programa apegado a la realidad de cada caso. Cuando la labor de educación para la salud se realiza en una institución asistencial, es importante integrar un equipo de personas profesionales que profundice no solo en el aspecto puramente médico del problema; contar con la ayuda de: psicólogos, nutriólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y de ser posible

comunicólogos, diseñadores gráficos y pedagogos con inquietudes psicológicas es de gran ayuda.

Todos ellos podrán integrar juntos, un diagnóstico educativo adecuado a las realidades de los pacientes que se incorporen a la labor educativa.

El trabajo conjunto de pacientes, sus familiares y el equipo de salud, debe iniciarse planteando los objetivos que se pretenden alcanzar para lograr que quienes padecen la enfermedad, obtengan los beneficios esperados de un programa (22).

La educación para la salud pretende que las personas estén mejor preparadas para pensar por sí mismas, tomar sus propias decisiones y fijarse metas realistas. El objetivo a lograr es que las personas estén y vivan lo mejor posible.

La D.M. es una enfermedad crónica y de tratamiento complejo. Desde su diagnóstico, el diabético tiene que realizar un laborioso autocuidado que va desde el autoanálisis, el ajuste del tratamiento dietético y farmacológico, el manejo de técnicas de autoinyección cuando esta se requiere, hasta otros aspectos como el cuidado de los pies, la higiene, etc.

Esta claro que el manejo de la diabetes esta en manos del propio diabético. Los profesionales sanitarios somos asesores y colaboradores de los diabéticos, pero el éxito en el manejo de la enfermedad, depende

fundamentalmente de los mismos pacientes, de que hayan aprendido a convivir y actuar en relación con su enfermedad.

Los profesionales sanitarios nos enfrentamos a una difícil tarea, que es la de educar. Solo se alcanza el éxito, si todos los implicados en la atención a las personas con diabetes, reconocen la necesidad del componente educacional y se asuma alguna forma de aprendizaje y enfrentamiento en métodos educativos. Educar no es informar.

- Cuando informamos simplemente transmitimos conocimientos.
- El proceso educativo es mucho más complejo, el aprender influyen muchos factores: el conocimiento; factores personales (edad, nivel de instrucción, creencias, experiencias de enfermedades anteriores, factores psicológicos, etc.).
- Factores ambientales (familia, amigos, trabajo, ocio, recursos, etc.).
- El aprendizaje se realiza en tres dimensiones que son: cognoscitivo (conocimiento), el afectivo (creencias, experiencias, actitudes), psicomotor (habilidades y destrezas).

Por lo tanto nuestra metodología de trabajo y nuestras actividades en educación física para la salud deben contemplar, no solo el conocimiento sino todos estos factores mencionados.

La educación se puede realizar en forma individual y en grupo. Una forma no excluye a la otra, sino que ambas son complementarias. La elección de una u otra, depende del momento, situación y necesidades del paciente.

La educación grupal esta indicada en fases posteriores al inicio, después de la educación individual. El grupo puede actuar de importante motivador y reforzador (23).

El valor salud es sin duda primordial y fundamental, para poder aspirar a alcanzar cualquier objetivo, bien sean materiales, afectivos, espirituales, profesionales, sociales o de cualquier otra índole. Sin embargo, con mucha frecuencia encontramos que este valor ocupa un lugar muy secundario en la escala de valores, no solo de los enfermos sino también de las personas sanas.

La importancia de definir en primer lugar el valor salud, es con el objetivo de poder lograr que quienes reciben la instrucción educativa comprendan la importancia de conceptos tales como: "autoconocimiento", "autocontrol", "autoestima", "autorespeto". Lograr que el paciente y su familia hagan consciente la idea de que su estado de salud, la evolución de su padecimiento y el pronóstico del mismo, dependen en buena medida de la actitud que adopten ante la vida y de los hábitos, creencias y motivaciones que se relacionen directamente con la enfermedad.

El concepto de autoconocimiento, queda englobado en esta primera etapa ¿quién soy?, ¿qué representa mi cuerpo para mí?, ¿qué representa

mi mente?, ¿qué papel juegan mis pensamientos y creencias en mi estado de salud?, ¿cuánto es lo que sé acerca de la diabetes?, ¿son mis conocimientos correctos?, ¿es mi estilo de vida correcto?, ¿conozco la importancia de la dieta, del ejercicio y la toma de medicamentos?

Estas preguntas y otras quedan englobadas dentro del autoconocimiento que el paciente debe poner en práctica en un proceso educativo.

Del autoconocimiento, generalmente surge la autoestima. La vida vale la pena vivirse y cuanto menos enfermo se sienta y esté mucho mejor.

Cuando un paciente adquiere la confianza en sí mismo con base a reconocer que sus decisiones repercuten en beneficio de su bienestar, se sentirá tranquilo y seguro, sabiendo que nadie podrá tomar decisiones por él.

El paciente o persona sana empieza a tener control sobre él mismo; sobre sus motivaciones, sobre la toma de decisiones y ahora ya podrá saberse responsable de él y podrá disfrutar de los beneficios del autocuidado.

Los pacientes diabéticos pueden tener ideas equivocadas acerca del origen de la enfermedad, conviene orientarlos, sin olvidar el componente emocional, por lo que es necesario tomar en cuenta sus emociones y detectar aquellas negativas o positivas que nos permitan modificar el curso de la enfermedad.

Sin olvidar la educación que significa transformación, cuando a habido un aprendizaje significativo, esto es, un cambio de actitud del individuo ante la vida, el paciente tendrá los instrumentos de conocimiento y destreza que le permitan afrontar la enfermedad con mayor tranquilidad y seguridad (24).

Es responsabilidad del Médico Familiar avanzar en el conocimiento cada vez más amplio y profundo para así aplicar estrategias con mayor trascendencia y que permitan obtener la disminución de las complicaciones de los enfermos diabéticos.

En la U.M.F. # 75 del I.M.S.S., se ha implementado el "Programa de Atención Integral del Paciente Diabético" que inició su trabajo en abril de 1997 y ahí se han incluido pacientes diabéticos tipo 2 predominantemente, a quienes se les ha hecho recién diagnóstico o que no tienen más de cinco años de padecer la enfermedad, o que estén descontrolados, obesos, que usen dosis máximas de hipoglucemiante.

Por lo que respecta a las actividades asistenciales de la "Clínica de Atención Integral del paciente Diabético" se otorga la consulta inicial, elaborando historia clínica completa, exploración física para determinar todos los diagnósticos de cada uno de los pacientes, a cada uno se le prescribe una dieta de acuerdo a los requerimientos de su peso ideal, se le invita a llevar actividad física cuando no exista contraindicación y se le verá semanalmente hasta que se logre el control, registrando su peso, índice de masa corporal, relación de cadera-cintura.

Los estudios de laboratorio que se le realizan a cada paciente en la primer consulta son:

- Biometría hemática,
- Glucosa sérica,
- Urea sérica,
- Creatinina sérica,
- Examen General de Orina,
- Colesterol sérico,
- Acido úrico,
- Depuración de creatinina en orina de 24 horas.

Y los estudios de laboratorio que se solicitan a cada paciente en las consultas subsecuentes son:

- Glucosa sérica y
- Examen General de Orina.

Se incluyen a los pacientes en las actividades educativas en las que por un período de 3 meses se revisan una vez a la semana durante dos horas, temas relacionados con la diabetes tales como:

- Historia Natural de la Diabetes,
- Fisiología y Fisiopatología,
- Determinación de Factores de Riesgo,
- Dieta del Paciente Diabético,
- Ejercicio del Paciente Diabético,

- Tratamiento con Hipoglucemiantes,
- Tratamiento con Insulina,
- Complicaciones agudas de la Diabetes,
- Complicaciones crónicas de la Diabetes,
- Salud Bucodental en el Paciente Diabético,
- Cuidado de los Pies,
- Importancia del Trabajo en Equipo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es considerada como problema de salud pública mundial teniendo repercusiones graves de acuerdo a su evolución; se sabe que la población en general presenta de un 2 –5% en su incidencia y en mayores de 65 años del 5-10%, además de que se sospecha que por cada paciente diabético ya diagnosticado existe otro que no se sabe enfermo.

Teniendo la experiencia de que muchos pacientes que tienen un control inadecuado, y presentan complicaciones tanto agudas como crónicas todo esto debido al desconocimiento de la evolución, del control y de las acciones que eviten la presentación de estas.

Se sabe que la educación mejora la evolución de la enfermedad y retrasa la presentación de las complicaciones tanto agudas como crónicas.

En los E.U. se realizó un estudio prospectivo en dos grupos de pacientes uno con control convencional y otro con tratamiento intensivo teniendo como resultado un retardo en la aparición y el avance de las complicaciones crónicas en el segundo grupo (4).

En otro estudio llevado a cabo en Argentina sobre educación de pacientes trabajadores diabéticos no se encontró diferencia de ausentismo laboral con respecto a trabajadores no diabético (2).

En México, en un estudio llevado a cabo por Cabrera (10) en donde estudio pacientes diabéticos que se sometieron a un curso universitario y donde incluyeron tópicos acerca de la enfermedad, se obtuvo como resultado mejor control de la enfermedad.

En la U. M.F. 75 del IMSS. Se tiene un programa " Atención Integral del Paciente Diabético " para pacientes que tienen recién diagnostico o que tienen menos de 5 años de evolución. En donde reciben educación; de la historia natural de la enfermedad, fisiopatología, tratamiento dietético, tratamiento medicamentoso . se le prescribe ejercicio y se le enseña el automonitoreo además de que se someten a un régimen dietético sin que hasta ahora se haya tenido una evaluación de la evolución clínica de estos pacientes, por lo que surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es el grado de control metabólico y de peso de los pacientes integrados al programa "Atención integral del paciente diabético de la UMF 75 del IMSS ?.

JUSTIFICACION.

Se sabe que la Diabetes Mellitus es el motivo de consulta más frecuente dentro del grupo de enfermedades crónico-degenerativas, la cual tiene una morbilidad según grupos de población de 2 – 5% (2) (7) y que tiene una historia natural que produce estragos sociales y familiares, produciendo retinopatía, nefropatía, vasculopatía y neuropatía.

Según datos proporcionados por la Subdirección de Prestaciones Médicas del IMSS las consultas de medicina familiar aumentaron por concepto de Diabetes de 89,700 en 1984 a 429,000 en 1997, lo que representa un incremento del 460%; en el segundo nivel de atención médica en 1981 el número de consultas eran de 152,000 y el incremento a 429,000 en 1997, lo que representa un 181% de aumento, los costos de tratamiento ambulatorio también se incrementaron de 763 899,365 a 1033 981,771; el tratamiento de la nefropatía diabética igual tuvo un incremento de 400 917,844 a 546 831,897 de 1996 a 1997 y hablando de presupuesto para las prestaciones médicas que se otorgaban en 1997 fue de 2 394 309,726 y el 10.4% de esta cantidad lo ocupó la Diabetes Mellitus.

La Diabetes Mellitus tipo 2 que es más frecuente que la Diabetes Mellitus tipo 1 en el 90% de los casos, se sabe que tienen riesgo la población de 65 años de presentarla de un 5 – 10% (22) y tomando en consideración que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en su mayoría presentan obesidad y sedentarismo se propone llevar a cabo un estudio retrospectivo de pacientes diabéticos tipo 2 derechohabientes de la U.M.F.

75 del IMSS y que durante un año han participado en el "Programa de Atención Integral del Paciente Diabético", lo que permitirá conocer su evolución clínica del control metabólico y de su peso.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la eficacia del "Programa de Atención Integral al Paciente Diabético" en pacientes que están incluidos en la clínica de atención integral al paciente diabético en la U.M.F. 75, sobre el control de la glucosa y del peso (índice de masa corporal).

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.1 Determinar la eficacia del "Programa de Atención Integral al Paciente Diabético" en el control de la glucemia.
- 1.2 Determinar la eficacia del "Programa de Atención Integral al Paciente Diabético" sobre el control de peso (índice de masa corporal).
- 1.3 Observar si existió disminución en la dosis de medicamentos en los pacientes integrados al "Programa de Atención Integral al Paciente Diabético".
- 1.4 Identificar los pacientes con mejor control según su escolaridad.
- 1.5 Identificar aquellos pacientes con adecuado control según el número de veces que han tomado el curso.

TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

POBLACION EN ESTUDIO.

Expedientes de pacientes diabéticos tipo 2 que participan en la "Clínica de Atención Integral del Paciente Diabético" de la U.M.F. 75 durante un año, (abril 97/98).

TIPO Y CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.

La muestra es no aleatoria de tipo secuencial que incluye a los pacientes que sean vistos en el período señalado.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Expedientes de pacientes diabéticos tipo 2 inscritos en la "Clínica de Atención Integral del Paciente Diabético".
- Que hayan acudido a todas las pláticas educativas.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Expedientes de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1.
- Expedientes de pacientes que no hayan acudido a todas las pláticas.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Expedientes de pacientes que estén incompletos o que no tengan información completa.

VARIABLES DE ESTUDIO.

- Glucosa sérica en miligramos/decilitro
- Peso en Kilogramos
- Índice de Masa Corporal
- Edad en años
- Estado Civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Número de tabletas hipoglucemiantes.

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR INFORMACION.

Se procederá a revisar expedientes de los pacientes adscritos a la "Clínica de Atención Integral del Paciente Diabético" y se seleccionarán los de los pacientes que reúnan los criterios de inclusión, de los cuales se separarán los que acudieron a todas las pláticas y sólo cumplieron tres meses de tratamiento, los que acudieron a todas las pláticas y cumplieron seis meses de tratamiento, los que acudieron a todas las pláticas y cumplieron nueve meses de tratamiento y los que acudieron a todas las pláticas y cumplieron un año de tratamiento, y de los que se obtendrá la siguiente información:

- Edad,
- Estado Civil,
- Escolaridad,
- Ocupación,
- Tiempo de evolución,
- Glucosa Inicial y Mensual,
- Estatura,
- Peso Inicial y Mensual,
- Índice de Masa Corporal Inicial y Mensual,
- Número de Tabletas Inicial y Mensual

Para capturar la anterior información se utilizó la tarjeta TARJDM2.DOC/97 del control metabólico del paciente (anexo 1). Los datos obtenidos fueron procesados en un programa Dbase y los resultados obtenidos se presentan en cuadros y gráficas.

CONSIDERACIONES ETICAS.

En base a la Declaración de Helsinki, declarada en Génova de la Asociación Médica Mundial, declara: "que cualquier acto o consejo que pudiera debilitar la resistencia física y mental de un ser humano debe ser usada únicamente en su propio beneficio".

El propósito de esta investigación es con fines profilácticos y terapéuticos. Por lo que no afecta a ningún individuo del estudio.

Para capturar la anterior información se utilizó la tarjeta TARJDM2.DOC/97 del control metabólico del paciente (anexo 1). Los datos obtenidos fueron procesados en un programa Dbase y los resultados obtenidos se presentan en cuadros y gráficas.

CONSIDERACIONES ETICAS.

En base a la Declaración de Helsinki, declarada en Génova de la Asociación Médica Mundial, declara: "que cualquier acto o consejo que pudiera debilitar la resistencia física y mental de un ser humano debe ser usada únicamente en su propio beneficio".

El propósito de esta investigación es con fines profilácticos y terapéuticos. Por lo que no afecta a ningún individuo del estudio.

DESCRIPCION DE RESULTADOS.

Se llevó a cabo el estudio de pacientes adscritos al consultorio "Atención Integral al Paciente Diabético" de abril de 97 a abril del 98 y que reunían los criterios de inclusión con los siguientes resultados:

SEXO:

Fueron incluidos 79 pacientes, 20 del sexo masculino que corresponde al 25.31% y 59 del sexo femenino que corresponde al 74.68%, lo que representa una proporción de 3 mujeres por un hombre.

EDAD:

Con respecto a la edad no hubo pacientes menores de 20 años, de 21 a 30 años sólo dos pacientes uno de cada sexo, de 31 a 40 año doce pacientes, 3 masculinos y 9 femeninos; de 41 a 50 años, 27 pacientes, 5 masculinos y 22 femeninos; de 51 a 60 años, 23 pacientes, 6 masculinos y 17 femeninos; de 61 a 70, 12 pacientes, 4 masculinos y ocho femeninos; de 71 a 80 años, 1 masculino y 2 femeninos, resaltando en todos los grupos de edad el número mayor de pacientes femeninos.

ESTADO CIVIL:

Tres pacientes solteros, un masculino y 2 femeninos; 60 pacientes casados, 18 masculinos y 42 femeninos; una paciente divorciada; 11 pacientes viudos, 1 masculino y 10 femeninos; en unión libre, 4 masculinos y 4 femeninos.

ESCOLARIDAD:

Ocho pacientes con escolaridad nula; con estudios de primaria 56 pacientes (70%); 12 pacientes con estudios de secundaria (15.18%); sólo tres pacientes con estudios de bachillerato (3.79%) y ningún paciente con estudios superiores.

OCUPACION:

Cuarenta y un pacientes dedicados al hogar (51%), un masculino y 40 femeninos; 32 pacientes empleados (40%), 15 masculinos y 17 femeninos; 3 pacientes obreros (3.79%), un masculino y dos femeninos, y tres pacientes masculinos pensionados (3.79%).

TIEMPO DE EVOLUCION:

Pacientes que tenían un año o menos de haber sido diagnosticados, 27 (46%), 12 masculinos y 15 femeninos; de dos años de evolución, 10 pacientes (12.65%), 4 masculinos y 6 femeninos; de tres años de evolución, 8 pacientes (10.12%), un masculino y 7 femeninos; de cuatro años de evolución, 8 pacientes femeninos que representan el 10.12%; de cinco años de evolución, 8 femeninos (10.12%); de seis años de evolución, 2 pacientes femeninos (2.53%); de ocho años, 3 pacientes (3.79%) y de nueve años de evolución, 6 pacientes (7.59%), 3 masculinos y 3 femeninos.

Los pacientes fueron divididos en 4 grupos de acuerdo al tiempo de seguimiento, así tenemos el grupo de 3 meses, el grupo de 6 meses, el grupo de 9 meses y el grupo de 12 meses, esto debido a su incorporación

progresiva al “Programa de Atención Integral al Paciente Diabético”, quedando distribuidos de la siguiente manera:

- Grupo de 3 meses, 19 pacientes,
- Grupo de 6 meses, 20 pacientes,
- Grupo de 9 meses, 19 pacientes y
- Grupo de 12 meses, 21 pacientes.

INDICE DE MASA CORPORAL:

A estos pacientes se les evaluó el Índice de Masa Corporal que se califica de la siguiente manera:

- De menos de 20 Kg/m², bajo peso,
- De 20 a 25 Kg/m², peso normal,
- De 25 a 29 Kg/m², sobrepeso,
- De 30 a 39 Kg/m², obesidad y
- De 40 o más Kg/m², obesidad extrema.

Presentando los siguientes resultados:

- Grupo de 3 meses, 1^a vez un promedio de IMC de 30.55 Kg/m², que representa Obesidad y a los tres meses un promedio de IMC de 29.93 Kg/m², que representa Sobrepeso, notando ligera mejoría en este indicador.
- Grupo de 6 meses, 1^a vez un promedio de IMC de 31.64 Kg/m² y a los tres meses 31.38 Kg/m² de promedio, y a los 6 meses 30.33 Kg/m², manteniéndose durante este período en obesidad con ligera mejoría.

- Grupo de 9 meses, 1ª vez un promedio de IMC de 29.84 Kg/m², a los tres meses 28.97 Kg/m², a los 6 meses 28.53 Kg/m² y a los 9 meses 27.40 Kg/m², notando mejoría en su evolución y manteniéndose en Sobrepeso.
- Grupo de 12 meses, 1ª vez un promedio de IMC de 39.22 Kg/m², a los tres meses de 28.13 Kg/m², a los 6 meses de 28.13 Kg/m², a los 9 meses de 27.76 Kg/m² y para los 12 meses de 26.75 Kg/m², donde claramente se aprecia la mejoría de ser casi obesidad extrema al inicio, al final se acerca a lo normal.

GLUCOSA SERICA:

Se considera la clasificación de las cifras de glucosa siguiente:

- Menor de 110 mg/dl, excelente control,
 - De 110 a 140 mg/dl, buen control,
 - De 141 a 180 mg/dl, regular control,
 - De 181 o más mg/dl, mal control.
-
- Grupo de 3 meses, glucosa inicial en promedio 227 mg/dl, que sugiere un mal control y a los tres meses de 138 mg/dl que indica ya un buen control.
 - Grupo de 6 meses, glucosa inicial en promedio 232 mg/dl, a los tres meses 139 mg/dl, y a los 6 meses 146 mg/dl, lo que indica inicialmente un mal control, con mejoría a buen control y un ligero retroceso a un regular control.
 - Grupo de 9 meses, glucosa inicial en promedio 220 mg/dl, a los tres meses de 125 mg/dl, a los 6 meses 124 mg/dl y a los 9 meses de 132

mg/dl, donde se aprecia que de ser mal control inicial, presente mejoría y se mantuvo en un promedio de buen control.

- Grupo de 12 meses, glucosa inicial en promedio 205 mg/dl, a los tres meses 125 mg/dl, a los 6 meses de 129 mg/dl, a los 9 meses de 123 mg/dl y a los 12 meses 119 mg/dl, donde se aprecia que de ser un mal control al inicio, en todas las ocasiones subsecuentes se mantuvieron en un buen control.

TOMA DE MEDICAMENTOS:

- Grupo de 3 meses, 1.16 tabletas al día en promedio al inicio y a los tres meses 1.76 tabletas al día.
- Grupo de 6 meses, 1.9 tabletas al día en promedio al inicio, a los tres meses 1.8 tabletas al día y a los 6 meses 1.5 tabletas al día.
- Grupo de 9 meses, 1.36 tabletas al día en promedio al inicio, a los tres meses .89 tabletas al día, a los 6 meses una tableta al día y a los 9 meses, 1.15 tabletas al día.
- Grupo de 12 meses, 1.28 tabletas al día en promedio al inicio, a los tres meses .7 tabletas al día, a los 6 meses .6 tabletas al día, a los 9 meses .7 tabletas al día y a los 12 meses .8 tabletas al día.

CUADRO N° 1

Pacientes Incluidos en el Estudio.

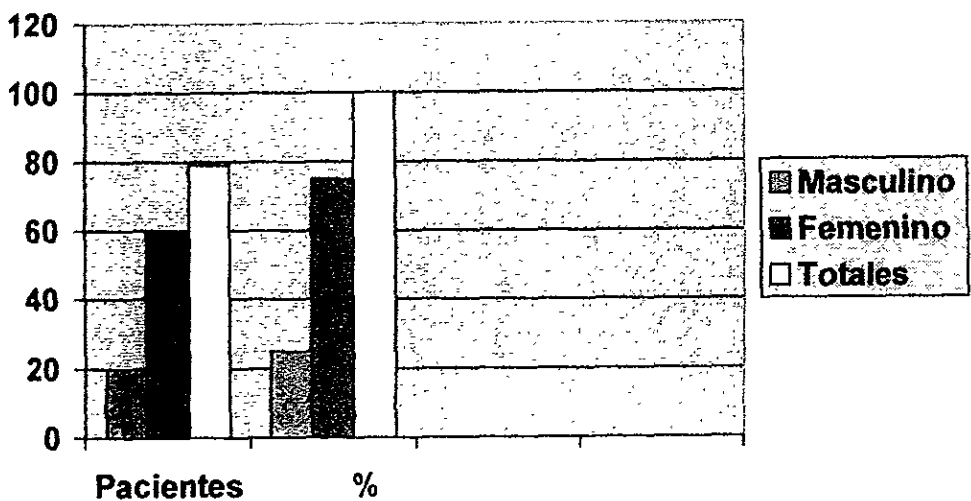
SEXO	CANTIDAD	%
MASCULINO	20	25.31
FEMENINO	59	74.68

Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Se nota claramente que predomina el sexo femenino en 3 a 1 sobre el masculino.

GRAFICA Nº 1.

Número de pacientes y porcentaje.



Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Se nota claramente que predomina el sexo femenino en 3 a 1 sobre el masculino.

CUADRO Nº 2

Pacientes incluidos en el estudio por edad y sexo.

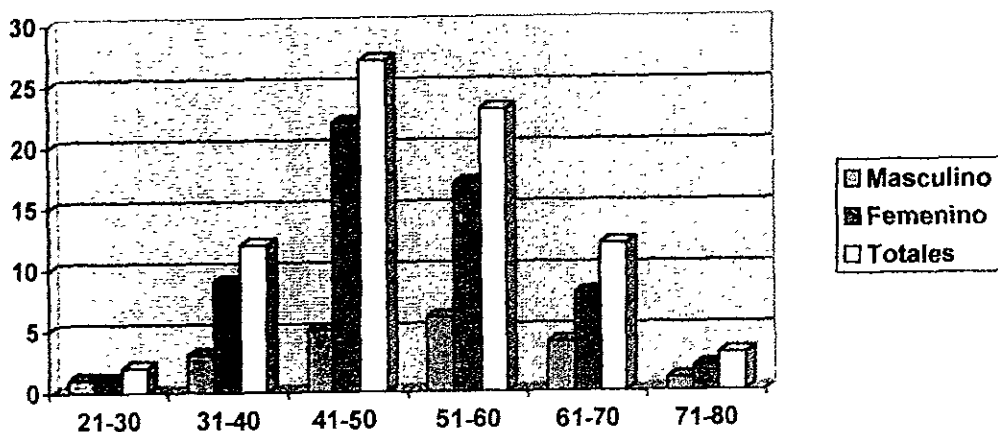
EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%
- 20 AÑOS	0	0	0	0
21 A 30	1	5	1	1.69
31 A 40	3	15	9	15.25
41 A 50	5	25	22	37.28
51 A 60	6	30	17	28.81
61 A 70	4	20	8	13.55
71 A 80	1	5	2	3.38
TOTALES	20	100	59	100

Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Se puede apreciar en el cuadro que los pacientes masculinos de 40 a 70 años representan el 75%; y en los femeninos de 30 a 70 años representan el 93% del total.

GRAFICA N° 2

Pacientes por edad y sexo.



Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Se puede apreciar en el cuadro que los pacientes masculinos de 40 a 70 años representan el 75%; y en los femeninos de 30 a 70 años representan el 93% del total.

CUADRO N° 3.

Pacientes según su sexo y estado civil.

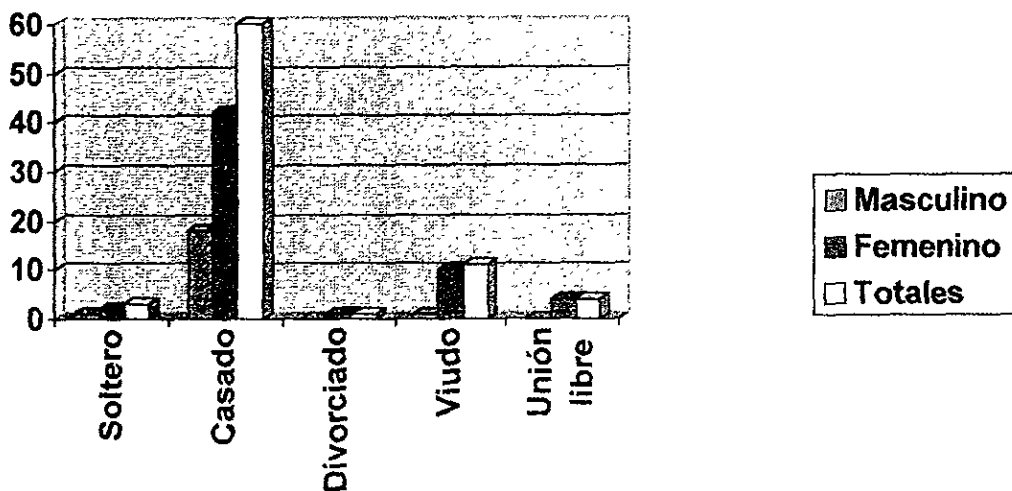
ESTADO CIVIL	MASCULINO	%	FEMENINO	%
SOLTERO	1	5	2	3.38
CASADO	18	90	42	71.18
DIVORCIADO	0	0	1	1.69
VIUDO	1	5	10	16.94
UNION LIBRE	0	0	4	6.7
TOTALES	20	100	59	100

Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Se puede apreciar que en ambos sexos predomina el estado civil de casado.

GRAFICA N° 3.

Estado civil y sexo.



Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Se puede apreciar que en ambos sexos predomina el estado civil de casado.

CUADRO N° 4.

Escolaridad.

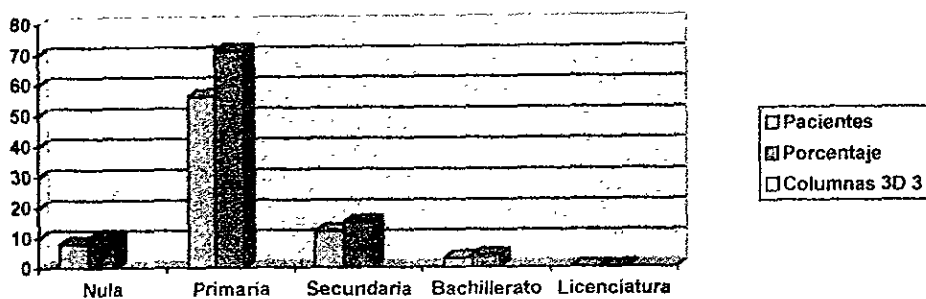
ESCOLARIDAD	PACIENTES	%
NULA	8	10.12
PRIMARIA	56	70.88
SECUNDARIA	12	15.18
BACHILLERATO	3	3.79
LICENCIATURA	0	0
TOTALES	79	100

Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

En el cuadro se puede apreciar que casi el 71% de los pacientes tiene estudios de primaria.

GRAFICA N° 4.

Escolaridad de los Pacientes.



Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

En la gráfica se puede apreciar que casi el 71% de los pacientes tiene estudios de primaria.

CUADRO N° 5

Estatura y sexo de los pacientes.

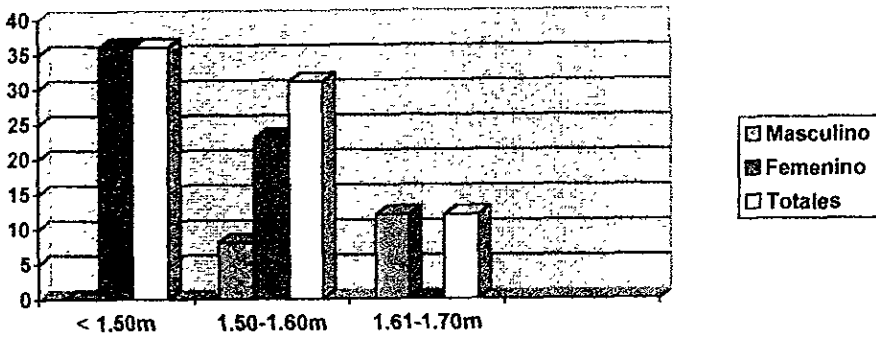
ESTATURA	MASCULINO	%	FEMENINO	%
< 1.50 m	0	0	36	61.01
1.50 – 1.60 m	8	40	23	38.98
1.61 – 1.70 m	12	60	0	0
TOTALES	20	100	59	100

Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Se observa que el sexo masculino sobrepasa el 1.60 m de estatura en el 60% y el sexo femenino no rebasa el 1.50 m de estatura en el 61.01%

GRAFICA N° 5

Estatura y sexo de los pacientes.



Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Se observa que el sexo masculino sobrepasa el 1.60 m de estatura en el 60% y el sexo femenino no rebasa el 1.50 m de estatura en el 61.01%

CUADRO N° 6

Ocupación y sexo.

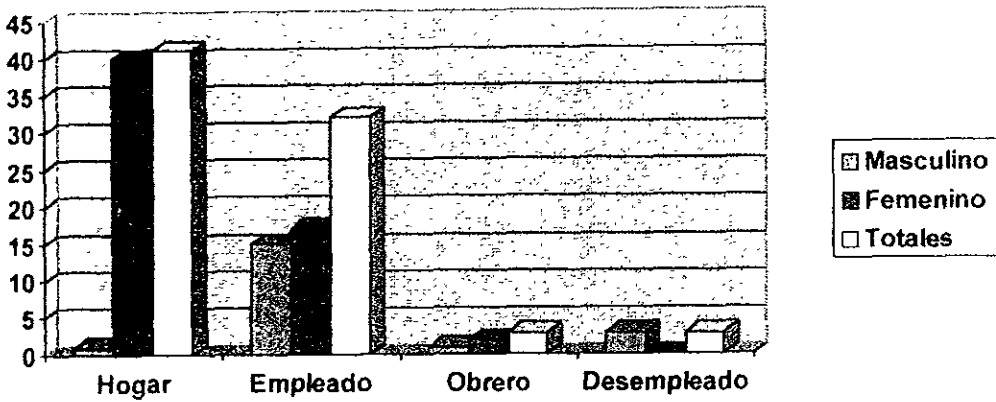
OCUPACION	MASCULINO	%	FEMENINO	%
HOGAR	1	5	40	67.79
EMPLEADO	15	75	17	28.81
OBRERO	1	5	2	3.38
DESEMPLEADO	3	15	0	0
TOTALES	20	100	59	100

Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Se observa que en el sexo masculino predomina la ocupación de empleado en un 75% y en el sexo femenino predominan las amas de casa en casi un 68%.

GRAFICA N° 6

Ocupación y sexo de los pacientes.



Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Se observa que en el sexo masculino predomina la ocupación de empleado en un 75% y en el sexo femenino predominan las amas de casa en casi un 68%.

CUADRO N° 7.

Tiempo de Evolución en años.

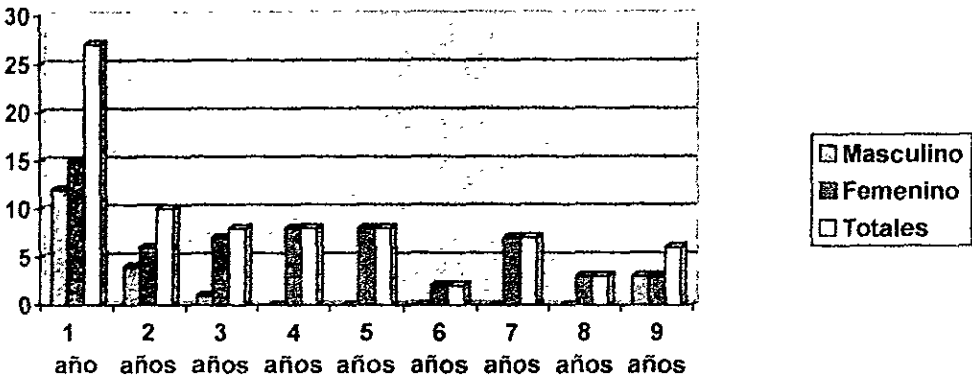
AÑOS	MASCULINO	%	FEMENINO	%
1	12	60	15	25.42
2	4	20	6	10.10
3	1	5	7	11.86
4	0	0	8	13.55
5	0	0	8	13.55
6	0	0	2	3.38
7	0	0	7	11.86
8	0	0	3	5.8
9	3	15	3	5.8
TOTALES	20	100	59	100

Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Observamos en el sexo masculino que 16 pacientes (80%) son de 1 y 2 años de evolución y en el sexo femenino el 25% tienen un año de evolución.

GRAFICA N° 7.

Tiempo de Evolución en años por sexo.



Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Observamos en el sexo masculino que 16 pacientes (80%) son de 1 y 2 años de evolución y en el sexo femenino el 25% tienen un año de evolución.

CUADRO N° 8.

Grupo de pacientes con 3 meses de evolución .

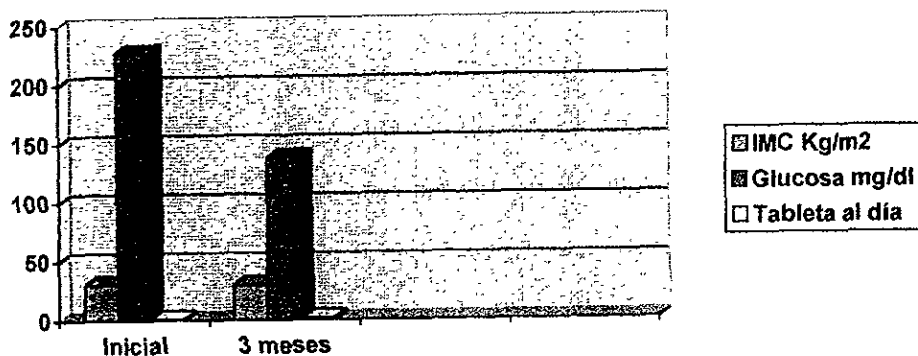
VALORACION	INICIAL	3 MESES
I.M.C.	30.55 Kg/m ²	29.93 Kg/m ²
GLUCOSA	227 mg/dl	138 mg/dl
TABLETAS	1.16 al día	1.72 al día

Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Se observa que el IMC a los tres meses de evolución hay ligera mejoría; la glucosa sérica de ser inicialmente mal control, a los tres meses presenta un buen control y en las dosis de tabletas no hay mejoría.

GRAFICA N° 8

Valoración en el grupo de 3 meses de evolución de IMC, Glucosa sérica y dosis de tabletas.



Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Se observa que el IMC a los tres meses de evolución hay ligera mejoría; la glucosa sérica de ser inicialmente mal control, a los tres meses presenta un buen control y en las dosis de tabletas no hay mejoría.

CUADRO N° 9

Valoración en el grupo de 6 meses de evolución de IMC, Glucosa sérica y dosis de tabletas.

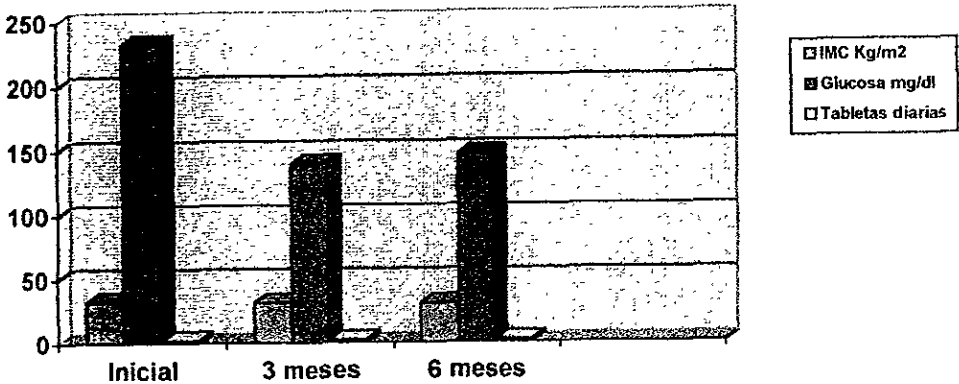
VALORACION	INICIAL	3 MESES	6 MESES
I.M.C.	31.64 Kg/m ²	31.38 Kg/m ²	30.33 Kg/m ²
GLUCOSA SERICA	232 mg/dl	139 mg/dl	146 mg/dl
TABLETAS	1.9 al día	1.8 al día	1.5 al día

Fuente. Cédula de Recolección de Datos.

Se observa que en el I.M.C. hay ligera mejoría; en las cifras de glucosa sérica de ser inicialmente un mal control a los tres meses paso a ser un buen control para a los 6 meses presentar un control regular y en las dosis de tabletas se aprecia que de ser casi dos al día inicialmente, a los 6 meses se redujo a 1 ½ tableta diaria.

GRAFICA N° 9

Valoración en el grupo de 6 meses de evolución de IMC, Glucosa sérica y dosis de tabletas.



Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Se observa que en el I.M.C. hay ligera mejoría; en las cifras de glucosa sérica de ser inicialmente un mal control a los tres meses paso a ser un buen control para a los 6 meses presentar un control regular y en las dosis de tabletas se aprecia que de ser casi dos al día inicialmente, a los 6 meses se redujo a 1 ½ tableta diaria.

CUADRO N° 10

Valoración en el grupo de 9 meses de evolución de IMC, Glucosa sérica y dosis de tabletas.

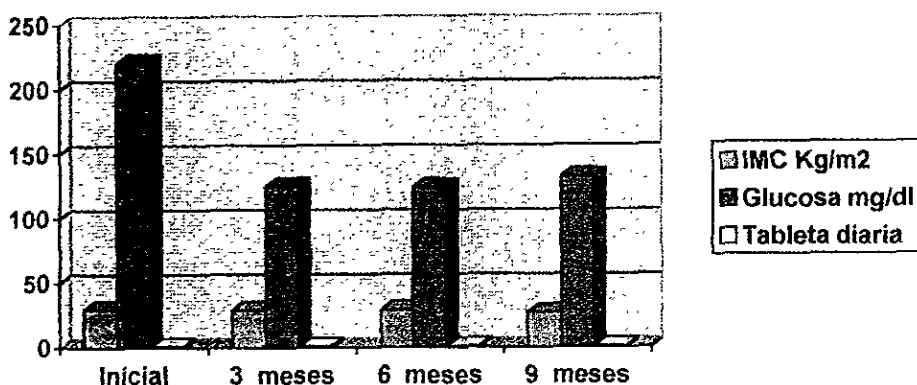
VALORACION	INICIAL	3 MESES	6 MESES	9 MESES
IMC	29.84 Kg/m ²	28.79 Kg/m ²	28.53 Kg/m ²	27.40 Kg/m ²
GLUCOSA	220 mg/dl	125.5 mg/dl	124 mg/dl	132 mg/dl
TABLETAS	1.36 al día	.89 al día	1 al día	1.15 al día

Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

El IMC se aprecia ligera mejoría aunque se mantuvo en sobrepeso; en la glucosa de ser inicialmente mal control bajo y se mantuvo en buen control y la dosis de tableta se mantuvo en promedio de una al día.

GRAFICA N° 10

Valoración en el grupo de 9 meses de evolución de IMC, Glucosa sérica y dosis de tabletas.

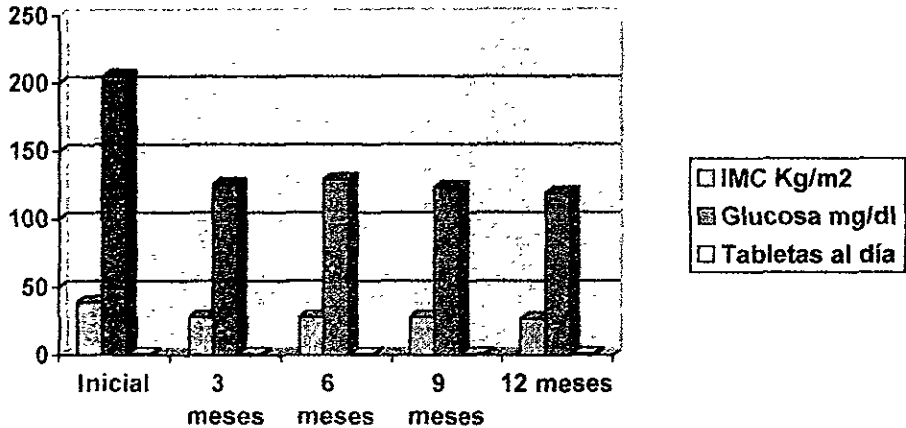


Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

El IMC se aprecia ligera mejoría aunque se mantuvo en sobrepeso; en la glucosa de ser inicialmente mal control bajo y se mantuvo en buen control y la dosis de tableta se mantuvo en promedio de una al día.

GRAFICA N° 11

Valoración en el grupo de 12 meses de evolución en el IMC, Glucosa sérica y dosis de tabletas.



Fuente: Cédula de Recolección de Datos.

Se aprecia en el IMC de ser inicialmente cerca de obesidad extrema bajo a sobrepeso y se mantuvo en los 12 meses; la glucosa de tener un mal control inicial disminuyó a buen control y se mantuvo y la dosis de tabletas disminuyó de ser más de una a casi una al día.

DISCUSION.

Se llevó a cabo un estudio donde se evalúa el grado de control de glucosa, IMC y número de tabletas hipoglucemiantes ingeridas al día, en pacientes diabéticos tipo 2 que se encuentran integrados en la "Clínica de Atención Integral al Paciente Diabético", a quienes recibieron un programa educativo con sesiones semanales de 2 horas durante tres meses, el cual se repitió cuatro veces al año.

Se encontraron resultados tales como que la mayor proporción de pacientes se encuentran en la edad reproductiva, tanto masculinos como femeninos, según el reporte de Zárate (4), en este estudio se descubrió que el sexo femenino es más frecuente que el masculino en proporción de 3-1 y en la encuesta Nacional de Salud de 1988 también se menciona que el sexo más afectado es el femenino en un 50-60%.

Con respecto al control de IMC y la glucosa, se aprecia mejoría en los cuatro grupos, principalmente en los grupos de 6 y 9 meses, en virtud de que asistieron más tiempo a las actividades educativas y los resultados apoyan que el control de la enfermedad es mejor cuando se somete a los pacientes a actividad educativa, según los estudios de Llanos, Zárate y Cabrera en donde el factor educativo tiene relación directa con el buen control de la Diabetes (2,4,9).

Aunque la mejoría y buen control de la Diabetes se aprecia en este estudio, hay que tomar en cuenta que los pacientes además de asistir a actividades educativas semanales, se les indicó una dieta hipocalórica para diabético y

se les recomendó una rutina de ejercicio, lo cual no es posible verificar ya que los pacientes acuden a consulta periódica y no hay manera de corroborar si cumplen con la prescripción de dieta y ejercicio.

Kern A White (15) menciona que hay que entender que el cambio de actitud ante la enfermedad es resultado del aprendizaje. Aunque hay que tomarlo con reservas ya que el buen control de los pacientes que fueron investigados puede estar influido además de la educación por la práctica de ejercicio y por llevar una buena dieta hipocalórica y estas variables no fueron controladas, por lo que en futuros estudios se tienen que tomar en cuenta.

Otro detalle que bien podría estudiarse es el apoyo que la familia puede dar al enfermo para el buen control de la diabetes como lo menciona García Viveros en el capítulo de educación para la salud del tratado de diabetología (22).

Finalmente para tener la certidumbre del aprendizaje y que este influye en el buen control sería recomendable tener una evaluación en el área cognocitiva de los pacientes tanto al inicio como al final.

ESTA TESIS NO DEBE
CALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES.

- Los pacientes que acudieron a control lograron mejoría de sus cifras de glucosa, ya que de tener cifras de glucosa en promedio mal control al inicio, terminaron con cifras de buen control en todos los grupos es decir, cifras por arriba de 180 mg./dl. Inicial terminaron con cifras entre 111-140 mg./dl.
- Los pacientes lograron mejoría en el índice de masa corporal, en los grupos de 3 y 6 meses se observa poca mejoría ya que promedio inicial era de obesidad 30.55 kg./m² y terminaron en sobrepeso 29.93 kg./m²

- Para el grupo de seis meses inicialmente tenían obesidad en promedio de 31.64 kg./m² y terminaron en obesidad 30.33 kg./m² o sea que no se aprecia mejoría en el peso
- Para los grupos de 9 meses y 12 meses si se observo mejoría en el peso ya que el promedio inicial de IMC. fue de obesidad 29.84 y 39.82 kg./m² respectivamente y terminaron con promedio cerca de lo normal 27.40 y 26.75 kg./m²
- Se puede concluir que la mejoría es mas clara cuando los pacientes acudieron por mas tiempo a las actividades educativas
- Los pacientes en general disminuyeron el numero de tabletas ingeridas al día teniendo un promedio inicial de dos tabletas y al final un promedio de menos de una tableta al día
- Finalmente los pacientes que acudieron a las actividades educativas durante 9 meses y un año lograron un buen control metabólico y de peso.
- No se puede relacionar la mejoría en las cifras de glucosa y de Índice de Masa Corporal con la escolaridad, ya que el 80% de los pacientes tiene estudios de Primaria o menos.

SUGERENCIAS.

Debido a que la enfermedad presenta una incidencia que va en aumento y que además aun hay pacientes que no se saben diabéticos, se sugiere que el *Médico Familiar en su práctica cotidiana identifique a los pacientes con factores de riesgo como son Obesos, Sedentarios y factor hereditario, y les recomiende cambios en sus hábitos y estilo de vida para retrasar o evitar la presentación clínica de la diabetes; y para aquellos pacientes ya diagnosticados, se les enseñe acerca de la historia natural de la enfermedad para que ellos puedan retrasar la manifestación de complicaciones.*

Así mismo se propone que en las clínicas de medicina familiar, todo el equipo multidisciplinario participe en actividades educativas para los pacientes diabéticos.

BIBLIOGRAFIA.

1. F. Cahil, Jr. G.
ENFERMEDADES DEL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS.
B. Besson, P. McDermott, W.
Tomo 2, Decimonovena edición 1995
Páginas 1894-1985.
2. Llanos, G.
LA DIABETES EN LAS AMÉRICAS.
Bol. Oficina saint. 1995, 118 (1): 1-17
3. Lifshitz, A.
PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DIABETES MELLITUS.
Revista Médica del IMSS (Mex) 1989; 27: 1-10
4. Zárate, A.
UN PROGRAMA NACIONAL PARA LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA
DIABETES MELLITUS.
Gaceta médica de México,
Septiembre-octubre de 1989, 123 (9-10); 203-209
5. Lifshitz, A. "El estado prediabético" Revista Médica del
IMSS.(Mex.)1995.33.199-205
6. Lifshitz, A. et al.
A PROPÓSITO DE LA DIABETES EN MÉXICO
Revista Médica del IMSS (1996;34(5): 343-344.
7. National Diabetes Data Group "Classifications and Diagnosis of
Diabetes Mellitus and other categories of glucose intolerance"
Diabetes 1997. 28. 1039-1057

8. Escobedo de la Peña J. et al.

LA DIABETES MELLITUS Y LA TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD.
Salud Pública, México 1995; 37(1): 37-46

9. García Peña, M. C. et al.

LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 Y FACTORES
RELACIONADOS.
Revista Médica del IMSS (Mex) 1995; 33: 293-298

10. Cabrera-Pirval C:E: et al.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DIETÉTICAS EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2.
Salud Pública, México 199;33 (2) 166-171

11. Davidson M. G. et al.

TRATAMIENTO ACTUAL DE LA DIABETES TIPO 2
Atención Médica, Febrero 199:41-54

12. Islas, A. S. et al.

LA DIABETES MELLITUS HOY.
Revista Médica del IMSS (Mex) 1995; 33:97-99

13. Garro-LC

"RESPONSABILIDAD SOCIAL O INDIVIDUAL, EXPLICACIONES DE DIABETES EN
UNA COMUNIDAD ANISHINABE (Ojibwey) Community"
Soc-Sci-Med. 1995, Jan; 40 (1) 37-46

14. Coliaguri-R

"CALIDAD DE MANEJO PARA LA EDUCACIÓN DE LA SALUD".
J-Qual-Clin-Pract. 1994 Dec: 14 (4), 225-234

15. Kern-A; White-L; Beattie-A.
"EDUCACIÓN COMUNITARIA DE DIABETES"
Nurs-Stand. 1995 Abril 12-1; 9 (29): 27-28
16. Durán González LI. ett. all.
LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO Y SU PAPEL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.
Salud Pública Mex. 1995; 37: 462-471
17. Raymundo F. ett. all
COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES MELLITUS: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
Revista IberolatmC int. 1997; 6(1): 14-19
18. Támez Pérez He. ett. all.
GLUCOTOXICIDAD EN LA DIABETES MELLITUS NO DEPENDIENTE DE INSULINA
Revista Médica del IMSS (Mex) 1994; 3: 503-506
19. Támez Pérez He. ett. all.
NORMOGLUCEMIA EN DIABETES MELLITUS NO DEPENDIENTE DE INSULINA, DE RECIENTE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO VS TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.
Medicina Interna de México 199; 13 (6): 272-275
20. Escobedo de la Peña J. ett.all.
INCIDENCIA Y LETALIDAD DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS Y CRÓNICAS DE LA DIABETES MELLITUS EN MÉXICO
Salud Pública, México 1996; 38: 236-242
21. Rodríguez Moras M. ett.all.
NIVELES SÉRICOS DE COLESTEROL Y SU RELACIÓN CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, EN PACIENTES CON DIABETES NO INSULINO DEPENDIENTES
Salud Pública en México 1997; 39: 420-426

22. García Viveros M.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DIABETES MELLITUS
Gómez Pérez FJ. A. Rull J.
Tratado de diabetología
Primera edición 1997 Pag. 386-390

23. Fanhamel Salomón g.

PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DIABETES MELLITUS
Gómez Pérez FJ.
Tratado de diabetología
Primera edición 1997 Pag. 368-369

24. Robles Silva L. ett.all.

"LAS FUENTES DE APOYO DE LOS INDIVIDUOS CON DIABETES EN UNA ZONA
MARGINAL DE GUADALAJARA, MÉXICO"
Salud Pública, México 1995; 37 (3): 187-196

25. Otero C.F. ett.all.

"LA DIABETES EN EL IMSS"
Medicina Interna México. Enero-Marzo 1995: 2(1) 8-14

