

11226



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
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
REYNOSA, TAMAULIPAS
ISSSTE

76

REPERCUSIONES EN LA DINÁMICA FAMILIAR DEL PACIENTE
DIABÉTICO COMPLICADO

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta:



DR. MATÍAS ALEJANDRO LÓPEZ LEONEL

Reynosa, Tamaulipas

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

REPERCUSIONES EN LA DINÁMICA FAMILIAR DEL PACIENTE
DIABÉTICO COMPLICADO

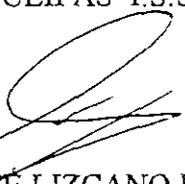
Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

DR. MATÍAS ALEJANDRO LÓPEZ LEONEL



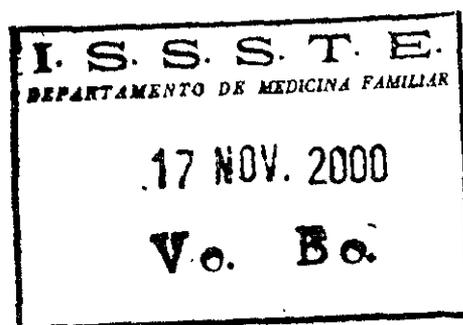
DR. JAVIER ORTIZ HERVER
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
REYNOSA, TAMAULIPAS I.S.S.S.T.E.



DR. FRANCISCO JOSÉ LIZCANO ESPERÓN
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.



REPERCUSIONES EN LA DINÁMICA FAMILIAR DEL PACIENTE
DIABÉTICO COMPLICADO

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

DR. MATÍAS ALEJANDRO LÓPEZ LEONEL

AUTORIZACIONES:



~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

MI RECONOCIMIENTO A:

DR. JAVIER ORTIZ HERVER
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE
MEDICINA FAMILIAR

DR. CESAR CANALES GALVAN
PROFESOR ADJUNTO DE LA RESIDENCIA DE
MEDICINA FAMILIAR

Por sus enseñanzas y por las facilidades
para la elaboración de este trabajo.

I N D I C E

	PAGINA
1).-ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	2
2).-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
3).-JUSTIFICACION.....	21
4).-OBJETIVOS.....	22
5).-HIPOTESIS.....	23
6).-METODOLOGIA.....	24
7).-LISTA DE CUADROS Y GRAFICAS.....	29
8).-RESULTADOS.....	54
9).-ANALISIS.....	58
10).-CONCLUSIONES.....	61
11).-BIBLIOGRAFIA.....	62

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La Diabetes Mellitus es un padecimiento metabòlico crònico debido a una carencia absoluta de secreciòn de insulina, disminuciòn de su eficacia biològica, o ambas. Agrupando a un conjunto de alteraciones que producen hiperglucemia como manifestaciòn característica, aunque la patogenia es muy diversa, el resultado final comùn es la incapacidad para segregar insulina en la cantidad adecuada para satisfacer las necesidades metabòlicas.(1)

Clasificaciòn de la Diabetes Mellitus.-Para fines practicos la podemos clasificar en;

Tipo I o insulino dependiente

Tipo II o no insulino dependiente

Diabetes Mellitus tipo I insulino dependiente: Este tipo de padecimiento era conocido como diabetes juvenil o -- diabetes inestable y en èl se incluyen pacientes que dependen de la administraciòn de insulina para evitar la cetosis y preservar la vida aunque puede haber fases no dependientes de insulina o precetòsicos en la historia natural de la enfermedad. En la mayoria de los casos el inicio antes de los 30 años, aunque puede ocurrir en cualquier edad Con frecuencia se presentan con historia de sùntomas secundarios a la hiperglucemia de menos de 3 meses de evoluciòn. Los pacientes son delgados y casi invariablemente refieren pèrdida de peso. Puede haber historia familiar de diabetes aunque solamente 10% de los pacientes tienen un padre o un hermano diabetico.(2)

Diabetes Mellitus tipo II no insulino dependiente:Corresponde a la llamada previamente diabetes del adulto o estable, en este grupo se incluyen pacientes que no son dependientes de insulina para evitar la cetosis o para vivir, -

3

aunque pueden requerir insulina para control de hiperglucemia y pueden desarrollar cetosis bajo circunstancias tales como infecciones o stress. La edad de presentación con frecuencia es mayor de 40 años, aunque puede presentarse en cualquier edad. Del 70 al 80 % de estos pacientes son obesos al momento del inicio del cuadro o lo han sido antes, algunos refieren historia de aumento de peso 1 o 2 años antes del inicio de los síntomas. El hecho de que no presenten cetosis es lo que caracteriza la no dependencia de insulina. Un gran número de pacientes son diagnosticados durante otra enfermedad, chequeo rutinario o estudios previos a cirugía, en este grupo una historia familiar de diabetes es común.(2)

Síntomas y Signos:

Diabetes tipo I insulino dependiente: El aumento de la diuresis es consecuencia de la diuresis osmótica secundaria a la hiperglucemia sostenida. Ello origina pérdida de glucosa, agua libre y electrolitos en la orina, la sed es una consecuencia de un estado hiperosmolar y así mismo la visión borrosa, que con frecuencia se presenta a medida que se expone el cristalino y la retina a los líquidos hiperosmolares, la pérdida de peso, a pesar de un apetito normal o incrementado, es una característica común del tipo I cuando se desarrolla en forma subaguda durante semanas.(1)

La disminución del volumen plasmático origina mareos y debilidad por hipotensión postural, al sentarse o ponerse de pie. La pérdida de potasio corporal total y el catabolismo general de las proteínas musculares contribuyen a la debilidad, puede haber parestesias, en particular cuando el inicio es subagudo, reflejan una disfunción temporal de los nervios sensoriales periféricos, que suele desaparecer cuando la insulina restablece los valores de la glucemia casi a lo normal, lo que sugiere neurotoxicidad por la hiperglucemia sostenida.(1)

Cuando la deficiencia de insulina es absoluta y de inicio agudo, los síntomas mencionados progresan de manera ace

lerada, la cetoacidosis exacerba la deshidratación y la hiperosmolalidad y se producen anorexia, náusea y vòmito, - que a su vez interfieren en la restitución oral de los líquidos. El grado de conciencia del paciente puede variar, - según la hiperosmolalidad. Si hay vòmito en respuesta a una cetoacidosis que empeora, progresa la deshidratación, y los mecanismos compensadores ya no son adecuados para conservar la osmolalidad del plasma abajo de 320 a 330 mosm/L, en estas circunstancias puede haber estupor o coma. (1)

Diabetes tipo II no insulino dependiente: Muchos pacientes con diabetes tipo II se presentan con aumento de la cantidad de orina y sed, y otros tienen un inicio insidioso de la hiperglucemia que puede ser asintomática al inicio. Es particularmente cierto que en obesos, cuya diabetes es posible que se descubra sólo después de encontrar glucosuria ò hiperglucemia durante un estudio sistemático de laboratorio. Ocasionalmente los pacientes del tipo II pueden presentarse con evidencia de complicaciones neuropáticas o cardiovasculares debido a enfermedades subyacentes ocultas presentes durante algún tiempo previo al diagnóstico, las infecciones crónicas de la piel son comunes, el prurito generalizado y los síntomas de vaginitis son frecuentemente las quejas iniciales de las mujeres con tipo II, hay que sospechar diabetes en mujeres con vulvovaginitis crónica por candida y en quienes han tenido niños macrosómicos, polihidramnios, preeclampsia u òbitos inexplicables. (1)

Antes de mediados de los setenta sólo se contaba para el diagnóstico de la diabetes con pruebas como la determinación de la glucosa en sangre, la cual solo es una representación parcial y no indica fluctuaciones de glucosa -- que ocurren en la sangre durante 24 hs; la glucosuria es también una medición parcial por lo que su valor es inespecífico. Actualmente, la disponibilidad de pequeños instrumentos para el automonitoreo de glucosa en sangre ha incrementado la posibilidad de llevar a cabo un mejor control del paciente diabético y favorecer el autocontrol, -

sin embargo, estas determinaciones no proveen una información integrada como la que se puede obtener actualmente a través de pruebas como la hemoglobina glucosilada y la fructosamina. Estas dos determinaciones tienen la gran ventaja de proporcionar un valor integrado promedio de las concentraciones de glucosa en la sangre en un lapso determinado de tiempo, que de otra manera no es posible obtener. (20)

La diabetes mellitus es y seguirá siendo un problema de salud tanto por la magnitud de sus repercusiones en el área biológica como en el área psicológica y social. En los últimos años debido probablemente a los mejores métodos diagnósticos y a los problemas de detección oportuna, el número de diabéticos se ha elevado en número considerable en las unidades de primer nivel de atención. (15)

Complicaciones de la Diabetes Mellitus:

Según estudio realizado en la unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 1995, el hecho de que las complicaciones tardías obtuvieron el riesgo más alto para impactar la calidad de vida y que el tiempo de evolución no fuera la variable más importante, puede deberse al peso de la afectación vascular sobre el deterioro del paciente. (15)

-Neuropatía Diabética.- Es una complicación tardía importante de la diabetes mellitus, su importancia reside en que: a) puede modificar negativamente la calidad de vida del paciente al causar parestesias, dolor o debilidad de las extremidades y múltiples síntomas por alteración autonómica; b) puede favorecer la aparición de úlceras plantares que con frecuencia llevan a la amputación; c) aumenta la mortalidad cuando está alterada la función autonómica cardiovascular. (18)

La neuropatía periféricas y autonómicas, las dos complicaciones crónicas más comunes de la diabetes mellitus, aún se conocen poco. La neuropatía periférica pue-

de ser bilateral, simétrica y acompañarse de disminución de la percepción de la vibración, el dolor y la temperatura; en particular en las extremidades inferiores, en ocasiones la molestia puede ser incapacitante. Esta retrasa la conducción en nervios motores y sensoriales de los nervios periféricos.(1)

Aproximadamente el 50% de los pacientes que han padecido diabetes por más de 10 años, tienen neuropatía diabética periférica. La sensibilidad disminuida de los pies significa que el paciente puede no detectar los traumatismos menores, de modo que una uña encarnada, un clavo o una piedra pequeña en el zapato puede causar una lesión considerable, es más aún que al disminuir la percepción de las incomodidades de unos zapatos que no quedan bien, se produzca callos, la presión constante de los sitios en que se ha formado callos, puede producir isquemia y formación de úlceras del tejido subyacente, que no se detectan hasta que sangran. Además la neuropatía periférica causa atrofia de la musculatura del pie y cambios en la superficie que soporta el peso corporal dando como resultado, generalmente, que se concentre la presión en las áreas situadas por debajo de la cabeza del metatarso.(3)

La frecuencia de manifestaciones de neuropatía autonómica también varía según el cuidado con el que se investiguen los síntomas, especialmente en los síntomas viscerales se deben excluir otras patologías, la impotencia se debe a neuropatía y también a trastornos vasculares.(18)

La taquicardia es un hallazgo común en los sujetos con diabetes mellitus, se atribuye a la disminución del tono vagal por la neuropatía. Otros factores que pueden influir en la presentación de la neuropatía son el control glucémico y la estatura entre otros.(18)

En la práctica médica se diagnostica neuropatía diabética sólo con bases clínicas, pero los criterios suelen ser poco claros.(18)

La medición de la velocidad de conducción nerviosa y de la amplitud de potencial del nervio es seguramente - el método diagnóstico de neuropatía, por ser altamente-sensible y específico, la frecuencia de alteraciones -- con este método se ha informado, en algunos estudios -- hasta 100% de los casos, este procedimiento electrodiag-nóstico permite demostrar neuropatía muy temprana, aún-en fase subclínica. Sin embargo, aunque la velocidad de conducción nerviosa tiende a deteriorarse con el tiempo muchos pacientes no desarrollan neuropatía clínica y no puede predecirse en quienes se presentarán o no las ma-nifestaciones clínicas de la neuropatía diabética.(18)

-Nefropatía Diabética.- La principal causa de esta com-plicación es la persistencia de exposición a hipergluce-mia, el mecanismo por el cual esta exposición persisten-te causa alteraciones bioquímicas y metabólicas es poco comprendido, hay evidencias de que la acumulación de -- productos tardíos de la interacción glucosa-proteína -- provocan complicaciones crónicas incluyendo la nefropa-tía diabética. Estudios recientes demuestran que la ne-fropatía diabética es causada por la formación acelera-da de productos terminales de la glucosilación en la hi-perglucemia.(14)

La diabetes mellitus, es un padecimiento crónico que puede producir a lo largo de su curso a la insuficien-cia renal crónica, en gran proporción de los casos.(10)

La nefropatía diabética es una complicación costosa-en terminos de morbimortalidad y honorarios profesiona-les. La mortalidad puede reducirse de cinco a siete ve-ces, con el tratamiento antihipertensivo temprano. Los-factores de riesgo incluyen: antecedentes familiares de nefropatía diabética, mal control glucémico, microalbu-minuria, duración de la diabetes e hipertensión.(24)

Una de las complicaciones que han aumentado notablement la morbimortalidad de los pacientes con diabetes mellitus es la insuficiencia renal crònica, para la cual la utilizaciòn orientada de farmacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, cuyo pròtòtipo a sido el captopril, a demostrado reducir la morbimortalidad por enfermedad renal, al retrasar la apariciòn de la nefropatìa. Otro hecho importante es la aceptaciòn de un nùmero cada vez mayor de enfermos diabéticos con insuficiencia renal crònica en los programas de transplante renal; así, por ejemplo, el transplante renal se debe tomar como procedimiento como una opciòn terapèutica con mejorìa sustancial en la calidad de vida.

(17)

Los individuos que desarrollan diabetes mellitus antes de los 20 años tienen 50% de posibilidades de padecer nefropatìa diabética, después de los 20 años en contraste con aquellos cuya diabetes ocurre después de los 40, que solo tienen 4% de frecuencia de afecciòn diabética renal después de 20 años.(1)

La nefropatìa diabética se manifiesta por proteinuria; màs adelante a medida que disminuye la funciòn renal se acumulan en sangre urea y creatinina.(1)

Un reciente estudio trata de demostrar que la endotelina, que es un péptido liberado por lesiòn del endotelio vascular, juega un papel importante en la apariciòn de la nefropatìa diabetica. La endotelina causa una severa vasoconstricciòn renal y disminuye la circulaciòn sanguìnea renal. Se hizo una determinaciòn por radioinmunoensayo de endotelina en orina de 24 hs en 32 sujetos, 12 de ellos normales, y 20 de ellos con diabetes mellitus recién diagnòstica, la excreciòn urinaria de endotelina en los pacientes diabéticos fue menor que en los normales, esta disminuciòn en la excreciòn de endotelina posiblemente juegue un papel importante en la patogénesis de la nefropatìa diabetica.(12)

La nefropatìa diabetica es la complicaciòn màs fre -

cuenta la diabetes mellitus I insulino-dependiente, alrededor del 30% de los pacientes, después de muchos años de evolución. La nefropatía es importante en la diabetes mellitus no insulino-dependiente, y solo se desarrolla en el 5 al 10% de los casos, puesto que la mayoría de los pacientes mueren por enfermedad cardiovascular.(11)

Es posible predecir la insuficiencia renal subsecuente cuando los índices de eliminación urinaria de albúmina exceden los 3 mgr./min. El aumento de la microalbuminuria se correlaciona con valores mayores de la presión arterial y ello explicaría por qué el incremento de la proteinuria en diabéticos se acompaña de mayor mortalidad cardiovascular, incluso en ausencia de insuficiencia renal, el control cuidadoso de la glucemia y una dieta baja en proteínas (0.6 gr/kg/día), puede reducir la hiperfiltración y la microalbuminuria elevada en las etapas iniciales de la diabetes y en quienes hay nefropatía diabética incipiente.(1)

Los factores que propician el desarrollo de enfermedad renal son el control glicémico, presión arterial y taza de excreción de albumina. Estos factores son modificables por el tratamiento y retardan la evolución de la nefropatía diabética, aunque lo más importante es el tratamiento y la reducción de la albuminuria.(13)

Cuando la creatinina sérica alcanza 3 mgr/dl. se recomienda al paciente consultar con un nefròlogo o un diabetòlogo con experiencia en el tratamiento de la nefropatía diabética.(1)

-Retinopatía Diabética.-La retinopatía diabética es la causa más habitual de ceguera en el adulto. (16)

Es un proceso ocular cuyas manifestaciones se observan en la retina, tiene una correlación directa con el tiempo de evolución de la diabetes mellitus.(4)

Su frecuencia aumenta con la duración de la diabetes,-

de manera que no se observa en diabetes mellitus insulino dependientes de reciente inicio apareciendo en el 5% de estos pacientes, en el 35% de pacientes con diabetes de 10 años de evolución y en el 80% después de los 15 años del diagnóstico de la enfermedad.(16)

La retinopatía diabética es más temprana y más grave en la DMID que en la DMNID, y también en sujetos -- con tabaquismo, alcoholismo, hipertensión arterial, hiperlipidemia, nefropatía, obesidad, pubertad o embarazo.(16)

El sustrato fundamental corresponde a una microangiopatía iniciada con engrosamiento de la membrana basal y pérdida de pericitos murales y células endoteliales por infiltración de lípidos, esto provoca la aparición de aneurismas saculares.(23)

La hipoxia origina que la retina produzca un factor angiògeno o de neovascularización que se ha identificado parcialmente, este factor desencadena comunicación arteriovenosas y proliferación vascular en la retina y el iris. El daño y proliferación fibrovascular pueden generar hemorragias retinianas y, por tracción, pueden originar hemorragias preretinianas o en el vítreo y -- desprender la retina.(16)

La retinopatía diabética puede cursar asintomática durante mucho tiempo, por lo que es importante la revisión periódica, con dilatación pupilar y hecha por el oftalmólogo.(16)

La retinopatía evoluciona siguiendo distintas etapas cuyas características son:

- a) Preretinopatía; distensión venosa.
- b) Presencia de microaneurismas, localizados preferentemente en el polo posterior, con o sin hemorragias -- puntiformes y exudados duros.
- c) Envainamiento y trombosis venosas por infiltración de la pared vascular.
- d) Cambios proliferativos consistentes en neoformación vascular que afecta retina y vítreo, con proliferación

del tejido glial que al retraerse, ocasiona un desprendimiento de la retina.

e) En las etapas finales de la enfermedad se instala una insuficiencia renal y el cuadro corresponde al síndrome de Kimmestiel-Wilson: a las lesiones de fondo por diabetes se agregan las de una retinopatía hipertensiva. (23)

Hay una disminución progresiva de la visión, en especial cuando las lesiones incluyen el área macular y puede llegar a la ceguera. (23)

De acuerdo con las características del fondo de ojo - puede clasificarse en retinopatía diabética proliferativa y no proliferativa. (16)

La primera se caracteriza por proliferación vascular en la superficie de la retina, en el nervio óptico y a veces en el vítreo posterior, puede provocar hemorragias preretinitias, hemorragia vítrea y desprendimiento de retina, la segunda puede leve o de base caracterizándose por salida de fluoresceína, dilatación venosa, microaneurismas y hemorragias retinitias, puede haber edema de mácula y exudados duros, en la grave o proproliferativa -- hay exudados blandos, venas en rosario y hemorragias intraretinitias extensas. (16)

En la primera etapa puede observarse un aumento de calibre de los capilares que por un mecanismo de autoregulación, y en un intento por mantener una perfusión constante de oxígeno se dilatan. Los exudados son del tipo - llamado "duro", y son acumulación de lípidos en la capa plexiforme externa, y aparentemente se trata de la salida de vasos anormales. Tienen una coloración blanco amarillenta, de borde nitidos y de forma redondeada, tienden a ser confluentes y a formar placas en el polo posterior por lo general aparecen en áreas de baja perfusión tisular. (22)

La retinopatía diabética proliferativa, se presenta cuando la evolución del padecimiento se prolonga y la hi

poxia de la retina se incrementa. Se ha establecido la presencia de un factor vasoproliferativo que es echado a andar cuando los niveles de oxígeno se reducen. Los vasos de neoformación se pueden originar en el nervio óptico o en la retina, en la vecindad de las venas. Inicialmente se desarrollan sobre la superficie retiniana, pero de allí avanzan hacia el vítreo. La fragilidad de estos vasos neoformados, permiten la ruptura de sus paredes y la aparición de hemorragias subhialoides o intravítreas que dan lugar a la formación de tejido fibrovascular, que tracciona la retina y la desprende.(22)

En las etapas iniciales, el paciente prácticamente no presenta ninguna sintomatología visual, excepto si se presenta edema de mácula, lo que provoca una disminución importante de la agudeza visual. En las etapas avanzadas cuando hay proliferación vascular y hemorragias al vítreo, o bien un desprendimiento traccional de la retina, la visión también se ve disminuida, y finalmente se pierde, llegando a la ceguera.(22)

En las pruebas de gabinete se cuenta con la angiografía fluoresceínica que muestra la desaparición del patrón capilar normal con dilatación vascular, mayor fluorescencia a nivel de los exudados y flebitis.(23)

En relación al tratamiento de la retinopatía diabética, dada la gravedad del cuadro, se han intentado todo tipo de medidas terapéuticas sin lograr con ello un tratamiento realmente eficaz. Las medidas generales consisten en administrar protectores vasculares, esteroides anabólicos, heparinoides, hipolipemiantes. La fotocoagulación intenta evitar la neovascularización.(23)

-Macroangiopatía Diabética.- Esta es la arteroesclerosis y, por tanto, no es exclusiva de la diabetes mellitus, es

la razón por la que todos los autores la incluyen en las complicaciones crónicas de este padecimiento son:

- a) La aterosclerosis es más temprana e intensa en los pacientes diabéticos que en los no diabéticos.
- b) Las consecuencias de la aterosclerosis como son el infarto al miocardio y enfermedad cerebrovascular son la primera causa de muerte en la diabetes, ya que la posibilidad de morir de cardiopatía coronaria en el diabético es el doble en comparación con los no diabéticos.
- c) La aterosclerosis influye fuertemente en otras complicaciones de la enfermedad, como es el pie diabético, cardiopatía y nefropatía diabética.(16)

Las causas de la aterosclerosis acelerada en el diabético son varias, tales como la alta frecuencia de hipertensión arterial, trastornos de los lípidos sanguíneos, alteraciones sutiles de la coagulación (adhesividad plaquetaria y fibrinógeno aumentados, fibrinólisis disminuida), y coexistencia frecuente de otros factores de riesgo como obesidad y sedentarismo.(16)

-Gangrena de los pies.-La frecuencia de este trastorno en diabéticos es 20 veces mayor que en testigos pareados. Los factores que originan este problema son: isquemia, neuropatía periférica e infección secundaria. La afección vascular oclusiva incluye microangiopatía y aterosclerosis de las arterias grandes y medianas, debe evitarse el fumar y enfatizarse la prevención de enfermedades de los pies, ya que el tratamiento es difícil una vez que se desarrollan ulceración y gangrea.(1)

Los agentes reductores del colesterol son de utilidad como terapéutica adjunta cuando se detectan signos isquémicos tempranos. Suele requerirse calzado especial-

hecho a la medida para redistribuir el peso de manera uniforme sobre un pie insensible, en particular cuando - se ha deformado por cirugía o fracturas asintomáticas,- en ocasiones se requiere amputar las extremidades inferiores. Los bloqueadores beta no selectivos se contraindican relativamente en pacientes con úlceras izquemias de los pies, porque los medicamentos reducen el flujo - sanguíneo periférico.(1)

A pesar del impacto que las enfermedades crónicas como lo es la diabetes mellitus, causan en los pacientes- y en su entorno familiar y social, el sistema mèdico actual se orienta en forma prioritaria hacia el tratamiento de enfermedades agudas, pero se ha observado la im - portancia del desarrollo de programas de educación para la salud, tan necesarios en las enfermedades crónicas,- tienen entre sus metas principales, ayudar a los pacientes y a sus familiares a adaptarse psicológicamente a una enfermedad física.(9)

Cada año aparecen publicaciones que abordan métodos - diagnòsticos, avances en terapèutica, aspectos dietèti - cos, sin embargo, muy pocos estudios se refieren al im - pacto que tiene la diabetes mellitus en la calidad de vida del paciente. La escasa investigación que existe al - respecto se debe a la diversidad de variables que inter - vienen y a la dificultad que encierra definir el concep - to de calidad de vida. Engquist la definiò como "el con - junto de factores necesarios para lograr un medio ambiente que permita un espacio personal, sea estable, favorezca la toma de decisiones, no propicie dependencia y reconozca los intereses individuales a través de provocar actividades recreativas, educacionales, vacacionales y es - pirituales y que permita al paciente mantener el contac - to con su familia y comunidad asegurando la confianza -- personal".(15)

El Médico Familiar es considerado como el profesional de la medicina que debe otorgar atención médica integral y continua con la participación del paciente y su familia; administrar los recursos y las actividades inherentes a la atención médica primaria; diseñar programas educativos e investigar con metodología científica problemas de su práctica profesional.(21)

La medicina familiar se ha considerado como la atención médica integral, con especial atención o énfasis en la familia como unidad, con una responsabilidad continua del médico en relación con la salud, sin limitantes de edad o sexo del paciente ni del órgano, o sistema afectado por la enfermedad.(8)

El abordaje biosicosocial de la salud enfermedad, - presenta algunas dificultades instrumentales, ya que - la práctica médica institucional tiende a fragmentar - lo biológico y sólo se puede superar este enfoque trabajando con los grupos familiares en entrevistas colectivas en el consultorio y también extramuros. Actualmente se puede afirmar que se ha alcanzado una integración biosicológica en la atención de la salud y aunque los resultados son aún parciales, se han logrado niveles de atención integral considerables; sin embargo, - falta aún por instrumentar de manera completa el área social. El programa de fomento a la salud plantea la posibilidad de realizar trabajo en la comunidad que -- lleve a instrumentar de manera operativa el abordaje - del área social y su relación con la enfermedad. Con - el abordaje integral de la salud familiar, es posible - insidir en el área social, psicológica y biológica, en donde es necesario crear más instrumentos operativos e indicadores que faciliten el trabajo extramuros.(19)

La atención primaria de salud por definición intenta satisfacer las necesidades del individuo, la fami -

lia y las comunidades mediante procedimientos social y - cultural y econòmicamente aceptables.(19)

Considerando el perfil del Mèdico Familiar descrito - en parrafos anteriores, es conveniente que se tenga presente el concepto de FAMILIA, es el nombre con que se ha designado a una organizaciòn tan antigua como la propia - humanidad y que simultàneamente con la evolucion historica ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada època. La palabra "familia" proviene de la raiz latina fa mulus, que significa sirviente o esclavo domèstico, con el paso del tiempo y con la evolucion que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques -- cientificos, han ido surgiendo diferentes definiciones -- cada una de las cuales tiene diferente niveles de aplicaciòn, asi por ejemplo, la organizaciòn de las naciones u nidas señala que la familia se entiende por "los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopciòn y matrimonio". Los consensos estadounidenses y canadienses definen a la familia -- con un enfoque similar. Algunos autores resaltan en su definiciòn la legitimidad y la estabilidad de las relaciones sexuales dando asi la importancia a una de las -- funciones basicas de la familia que es la de perpetuar -- la especie y proveer de nuevos miembros a la sociedad.. (5)

El estudio del ciclo de vida de la familia permite al mèdico analizar genèricamente la historia natural de una familia, desde su formaciòn hasta su disoluciòn. El ciclo de vida familiar puede ser descrito en una gran variedad de formas con un nùmero de estadios que varian entre 4 y 24.(5)

El estudio de la dinàmica familiar es otro elemento -- teòrico indispensable para el mèdico familiar. Segùn Ja ckson, la dinàmica familiar consiste en el conjunto de -- fuerzas positivas y negativas que afectan el comporta --

miento de cada miembro haciendo que esta funcione bien o mal como unidad. Chagolla, agrega que la dinàmica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia lo cual permite que cada uno de ellos se desarrolle como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.(6)

La familia en su carácter de unidad social básica, la constelación familiar es una fuente de problemas de salud. Con frecuencia la familia se transforma en el foco para el manejo de los problemas de salud que derivan de su mal funcionamiento, pero también es considerada como un recurso primordial para resolver problemas de salud.(7)

Son innumerables las oportunidades que se ofrecen al médico familiar para intervenir en la adaptación de la familia a lo largo del ciclo vital familiar y en particular de sus etapas críticas desde el beneplácito por el embarazo, el nacimiento de un nuevo hijo, la enseñanza de la sexualidad y el estado laboral, causando estas crisis familiares un tipo de stress identificado como normativo, pero también es importante el manejo clínico y de apoyo emocional cuando se presenta una enfermedad o la muerte de un familiar lo cual causa otro tipo de stress, identificado como no normativo.(8)

Es de esperarse que una enfermedad grave o prolongada en una familia cause depresión situacional en uno o más de sus miembros, esto es particularmente factible si el miembro enfermo es un niño, si la enfermedad supone excesivas presiones sobre los recursos físicos y emocionales de la familia, o si se sabe que la enfermedad es fatal.(7)

Considerando las etapas críticas a través de las cuales pasa una familia, una de ellas y de las más importantes es cuando la familia se enfrenta a la enfermedad de un miembro, si no tiene recursos para enfrentar el stress y la familia tendrá alteraciones en su dinámica y tomará una actitud determinada cuando exista la presencia de un miembro enfermo tomando en cuenta, su nivel socioeconómico-cultural, así como la integración familiar que exista. La actitud variará de acuerdo al miembro de quien se trate.(5)

El papel del esposo y padre fue tradicionalmente más instrumental, comprendiendo el sostenimiento económico y la responsabilidad para la toma de decisiones importantes, como las de tipo económico, la autoridad superior, la actividad sexual, cierto grado de cuidado a los hijos (7),

Por lo anterior se ha considerado que si el padre es el enfermo, las repercusiones en la dinámica familiar dependerán básicamente desde el punto de vista económico principalmente.(5)

El papel tradicional de la esposa y madre fue considerado hasta hace poco principalmente expresivo y afectivo incluía la maternidad, la atención del hogar, la actividad sexual.(7)

Por lo anterior concluimos que la madre juega un rol más importante en el terreno social, pues ella es la encargada del buen aspecto de los miembros de la familia, así como de la elaboración de alimentos e instrumentar unión y afectividad.(5)

Si el hijo enferma, únicamente habrá repercusión en la esfera emocional, a menos que el hijo labore, provocando además un desequilibrio en la economía familiar(5)

Si el miembro enfermo de la familia llegàse a fallecer, emocionalmente el choque por la perdida de un miembro, puede llegar a provocar ruptura de la integraciòn familiar y su dispersiòn, así como situaciones conflictivas pudiendo ocasionar actitudes delictuosas. Si el padre muere y no constituía el principal apoyo econòmico, la repercusiòn serà basicamente emocional, pudiendo en este caso conservarse la estructura familiar, si quien fallece es la madre, puede no responsabilizarse el padre de la crianza y educaciòn de los hijos, produciendo desintegraciòn en la familia con sustituciòn por parte de la hija mayor y desajuste emocional. Observaciones recientes indican que generalmente la familia de bajo nivel tiende a resignarse màs rapidamente a la pèrdida de un miembro.(5)

Considerando los puntos de vista anteriores, podemos suponer que una enfermedad en la familia tiene consecuencias emocionales, lo cual con mayor frecuencia crea ansiedad y causa depresiòn o presipita a problemas de conducta.(7)

Todas las familias se enfrentan de alguna manera en forma frecuente a un stress, cuando el grado de stress sufrido exede la capacidad de la familia para poder manejarlo, la funciòn sufre y el desajuste resultante puede presentarse como social, psicològico o fìsico, cuando el stress se va acumulando gradualmente hasta un punto màs allá del cual el individuo o la familia pueden reunir recursos adecuados, este tipo de situaciones originan stress por agotamiento.(7)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Siendo la Diabetes Mellitus, un padecimiento crónico degenerativo con toda la gamma de sus complicaciones, una de las principales causas de solicitud de consulta tanto en el servicio de Medicina Familiar como a nivel de otras especialidades, así como también motivo de hospitalización, sobre todo los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Nefropatía Diabética y las complicaciones vasculares, ambas complicaciones con periodos de hospitalización prolongados, surge la interrogativa; ¿Que repercusiones en la dinámica familiar podremos encontrar en el núcleo familiar de los pacientes diabéticos complicados?

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

Sabemos que la Diabetes Mellitus puede conducir a lo largo de su curso a las múltiples y variadas complicaciones, ocupando uno de los primeros lugares de demanda de consulta tanto en el primer nivel de atención como en el segundo nivel, reflejándose esto en un incremento de los pacientes diabéticos demandantes de atención médica.

En nuestra clínica hospital existe una incidencia anual de 2.9 % de pacientes con diabetes mellitus, en el mes de Diciembre de 1994 se encontró una prevalencia de 290 casos, así mismo observamos también un alto índice de pacientes con complicaciones de la diabetes mellitus, lo anterior justifica la realización de este trabajo de investigación para conocer las alteraciones en la dinámica familiar de dichos pacientes.

O B J E T I V O S

General

Conocer las repercusiones en la dinàmica familiar de los pacientes diabéticos complicados.

Específicos

1. Conocer las complicaciones más frecuentes de la diabetes mellitus que alteran la dinàmica familiar.
2. Identificar los problemas familiares más frecuentes - en pacientes diabéticos complicados.
3. Representar el tipo de familia más susceptible a sufrir repercusiones en la dinàmica familiar de los pacientes diabéticos complicados.
4. Conocer la capacidad del nucleo familiar para enfrentar el stress no normativo que representa la diabetes mellitus.
5. Identificar la fase del ciclo de vida familiar en que se presentan con más frecuencia las repercusiones en la dinàmica familiar.
6. Expresar las repercusiones de la diabetes mellitus -- complicada en base al rol familiar del paciente identificado.
7. Conocer el grado de participación de la familia en el manejo del paciente diabético complicado.
8. Conocer el estado psiquico del pacientes diabético -- complicado ante su problema de salud.

H I P O T E S I S

Verdadera:

En el núcleo familiar del paciente diabético complicado, hay repercusiones en su dinámica.

Nula:

En el núcleo familiar del paciente diabético complicado, no hay repercusiones en su dinámica.

M E T O D O L O G I A

-TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio descriptivo, observacional y transversal.

-POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

-Se captaron 50 pacientes diabéticos complicados, siendo principalmente con nefropatía, vasculares y retinopatía de la consulta externa y de hospitalización, de la Clínica Hospital ISSSTE Dr. Baudelio Villanueva Martínez de Cd. Reynosa Tamps. en el periodo comprendido del 1 de Marzo de 1995 al 31 de Agosto de 1995.

-TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se tomaron al azar 50 pacientes con complicaciones de la diabetes mellitus y a sus respectivas familias, en la consulta externa y de hospitalización de la Clínica Hospital ISSSTE Dr. Baudelio Villanueva de Cd. Reynosa Tam.

-CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

Inclusión:

- 1) Pacientes con diabetes mellitus tipo I y tipo II.
- 2) Pacientes con complicaciones vasculares, renales y de retinopatía.
- 3) Pacientes de ambos sexos.
- 4) Pacientes de cualquier grupo de edad.
- 5) Pacientes de cualquier nivel socioeconómico.

Exclusión:

- 1) Pacientes foraneos.
- 2) Pacientes con otros padecimientos concomitantes.

MATERIAL Y METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION

R E C U R S O S M A T E R I A L E S

- 1) Hoja de estadística de hospitalización y consulta externa.
- 2) Expediente clínico.
- 3) Tarjeta de afiliación-vigencia.
- 4) Encuesta familiar.

R E C U R S O S H U M A N O S

- 1) Un médico residente de segundo año de la especialidad de medicina familiar.
- 2) Cincuenta pacientes con complicaciones de la diabetes mellitus.
- 3) Cincuenta familias en las que hay un paciente diabético complicado.
- 4) Un asesor, especialista en medicina familiar.

M E T O D O S

En este trabajo de investigación que se realizó en la clínica hospital del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, Dr. Baudelio Villanueva Martínez de Reynosa Tamaulipas, se captaron 50-pacientes con complicaciones de diabetes mellitus, vasculares, renales y de retinopatía principalmente, siendo un estudio básico, transversal y abierto, los pacientes fueron captados a través de la hoja de estadística de los servicios de hospitalización y consulta externa, revisando expediente clínico para corroborar diagnóstico, posteriormente se localizó el domicilio del paciente en la tarjeta de afiliación-vigencia para realizar visita domiciliaria en los casos que fue necesario, posteriormente se realizó el estudio de la familia a través de la encuesta familiar, se recabaron los datos para valorar re-

sultados los cuales fueron representados por gráficas y el método estadístico correspondiente.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

HOSPITAL GENERAL DR. BAUDELIO VILLANUEVA MARTINEZ

SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre del paciente: _____

Número de cédula: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

TIPO DE DIABETES

Tipo uno _____ Tipo dos _____

Tiempo de evolución _____

Complicación _____ Tiempo de presentación _____

_____ Miembro de la familia
afectado _____.

INTEGRACION FAMILIAR

Familia Integrada _____ Familia Semi inte
grada _____ Familia Desintegrada _____

FASE ACTUAL DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR

Matrimonio _____ Expansión _____ Dispersión
_____ Independencia _____ Retiro _____

AREA AFECTADA DE LA FAMILIA

Afectiva _____ Social _____ Económica _____

REACCIONES DEL NUCLEO FAMILIAR ANTE LA ENFERMEDAD DE U-
NO DE SUS MIEMBROS.

Màs unión _____ Desintegración _____

Presiones Económicas _____ Angustia de la-
familia por la enfermedad _____

Miedo a la hospitalización _____

Conflictos Interpersonales _____

Tensión Familiar, Frecuentemente _____ Ocasional _____

_____ Nunca _____.

PARTICIPACION DE LA FAMILIA EN LA ENFERMEDAD DEL PA -
CIENTE.

Se informa sobre la salud del paciente _____

Ayudan al enfermo en:

Su tratamiento _____

Su dieta _____

Apoyo psicológico _____

Sobreprotección _____

ESTADO PSIQUICO DEL PACIENTE DIABETICO COMPLICADO.

Tranquilidad _____ Agresividad _____

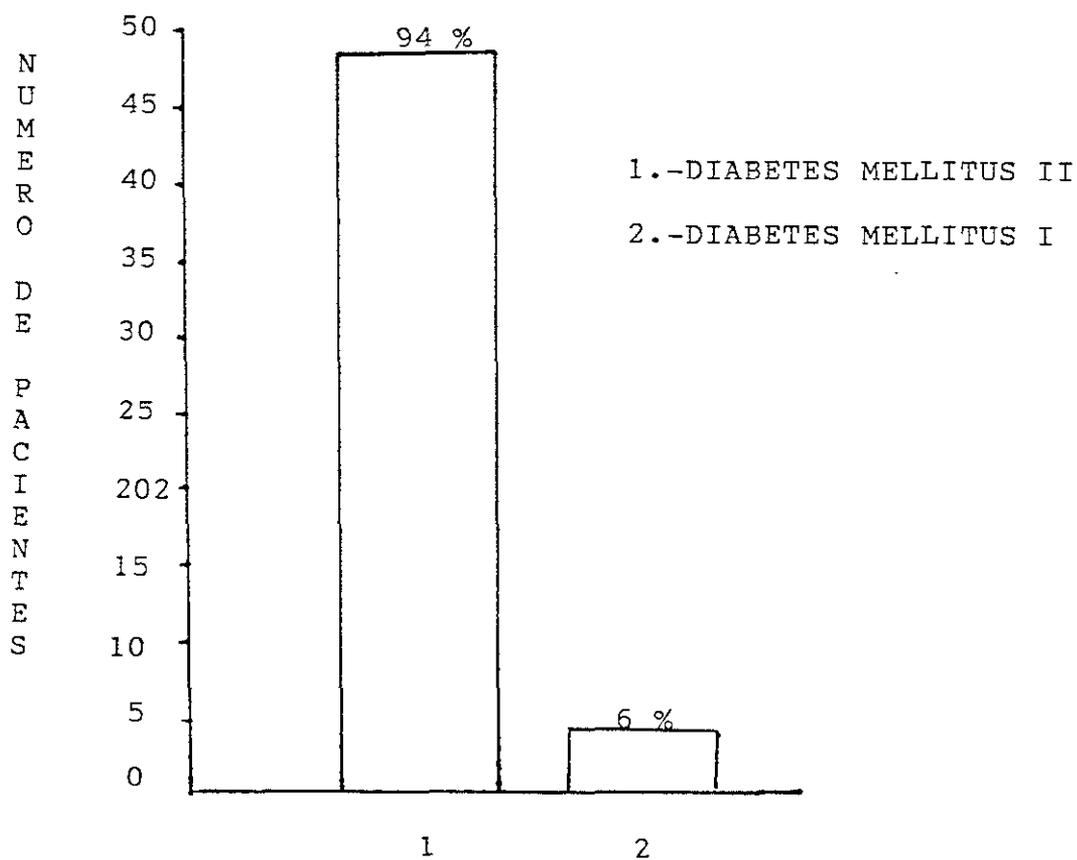
Ansiedad _____ Depresión _____

Angustia _____

LISTA DE CUADROS Y GRAFICAS

GRAFICAS Y CUADROS		PAGINAS
1 y A	Tipo de diabetes mellitus en los 50 pacientes estudiados.....	30 y 31
2 y B	Distribuciòn por sexo de los 50 pacientes diabéticos complicados.....	32 y 33
3 y C	Nùmero de pacientes diabéticos complicados por grupo de edad.....	34 y 35
4 y D	Repercusiones en la dinàmica familiar - de los 50 pacientes estudiados.....	36 y 37
5 y E	Complicaciones de la diabetes mellitus- que ocasionaron repercusiones en la dinàmica familiar.....	38 y 39
6 y F	Distintos tipos de repercusiones en la dinàmica familiar de las 47 familias -- que las presentaron.....	40 y 41
7 y G	Tipo de familias con repercusiones en - la dinàmica familiar en relaciòn a la - integraciòn familiar.....	42 y 43
8 y H	Respuestas de las familias al estress - no normativo por las complicaciones de- la diabetes mellitus.....	44 y 45
9 y I	Ciclo de vida de las familias con reper- cusiones en la dinàmica familiar de los pacientes diabéticos complicados.....	46 y 47
10 y J	Repercusiones en la dinàmica familiar - en relaciòn al rol del paciente diabéti- co complicado identificado.....	48 y 49
11 y K	Grado de participaciòn de la familia en el manejo del diabético complicado.....	50 y 51
12 y L	Estado psiquico del paciente diabético- complicado ante su padecimiento.....	52 y 53

TIPO DE DIABETES MELLITUS EN LOS
PACIENTES ESTUDIADOS



GRAFICA 1

FUENTE: CUADRO A

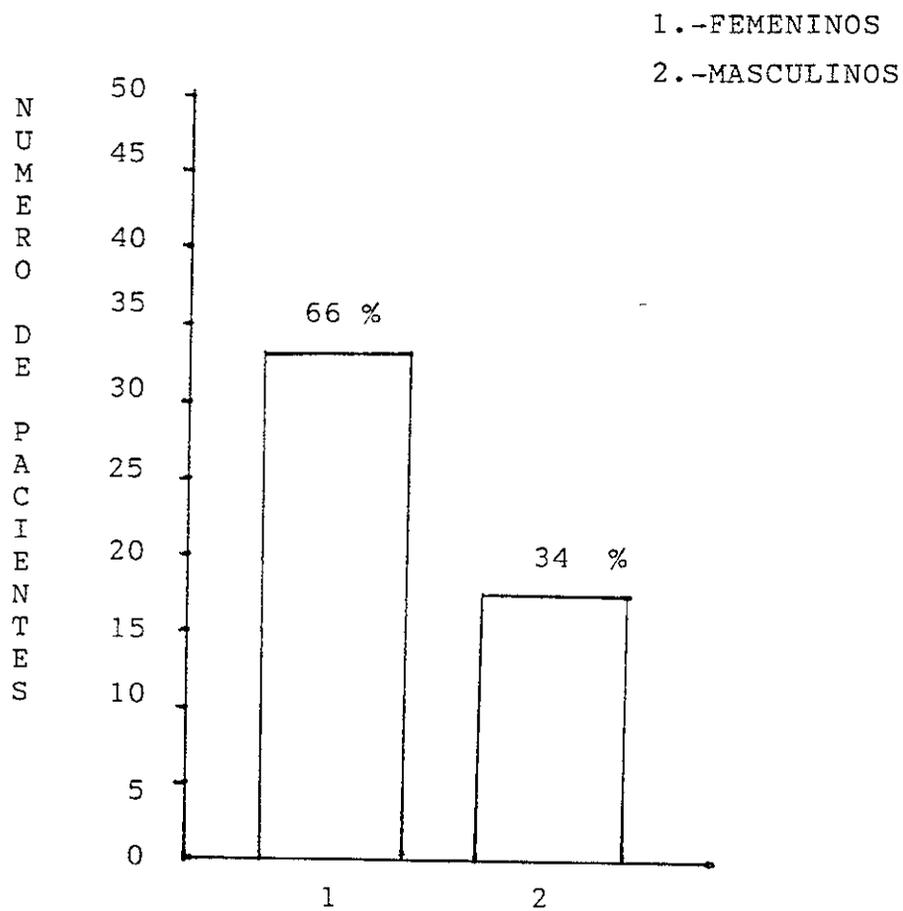
TIPO DE DIABETES MELLITUS EN LOS
PACIENTES ESTUDIADOS

TIPO DE DIABETES	No. DE PACIENTES	%
DIABETES MELLITUS II	47	94
DIABETES MELLITUS I	3	6
TOTAL	50	100

CUADRO A

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LAS 50
FAMILIAS DE LA CLINICA HOSPI
TAL ISSSTE, REYNOSA.

DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS PACIENTES
DIABETICOS COMPLICADOS



GRAFICA 2

FUENTE: CUADRO B

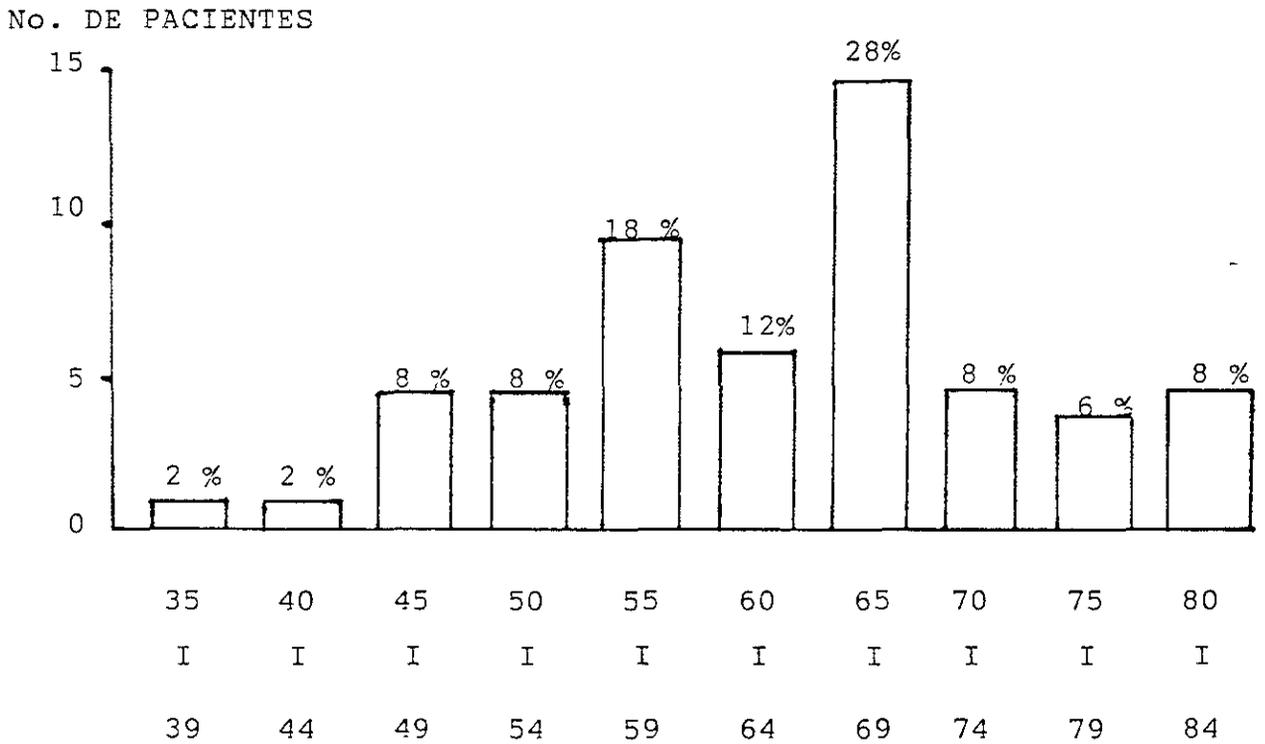
DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS PACIENTES
DIABETICOS COMPLICADOS

SEXO	No. DE PACIENTES	%
FEMENINO	33	66
MASCULINO	17	34
TOTAL	50	100

CUADRO B

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LAS 50
FAMILIAS DE LA CLINICA HOSPI
TAL ISSSTE, REYNOSA.

NUMERO DE PACIENTES DIABETICOS
COMPLICADOS POR GRUPO DE EDAD



GRAFICA 3

FUENTE: CUADRO C

NUMERO DE PACIENTES DIABETICOS
COMPLICADOS POR GRUPO DE EDAD

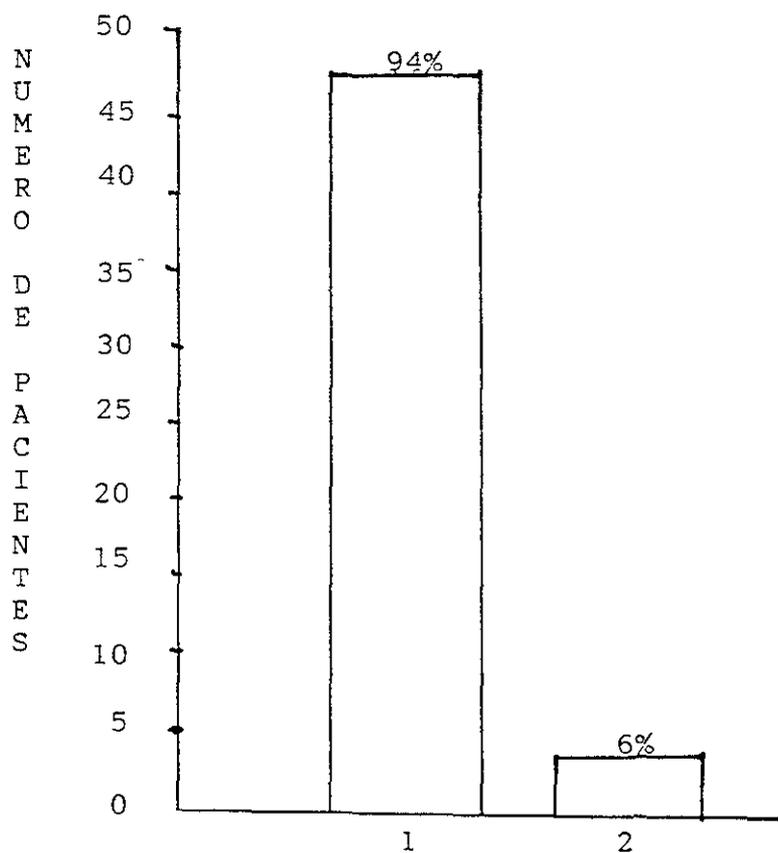
GRUPO DE EDAD	No. DE PACIENTES	%
35 - 39	1	2
40 - 44	1	2
45 - 49	4	8
50 - 54	4	8
55 - 59	9	18
60 - 64	6	12
65 - 69	14	28
70 - 74	4	8
75 - 79	3	6
80 - 84	4	8
TOTAL	50	100

CUADRO C

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LAS 50
FAMILIAS DE LA CLINICA HOSPI
TAL ISSSTE, REYNOSA.

REPERCUSIONES EN LA DINAMICA
FAMILIAR DE LOS 50 PACIENTES
ESTUDIADOS

- 1.-REPERCUSIONES 47 FAMILIAS
2.-NO REPERCUSIONES 3 FAMILIAS



GRAFICA 4

FUENTE: CUADRO D

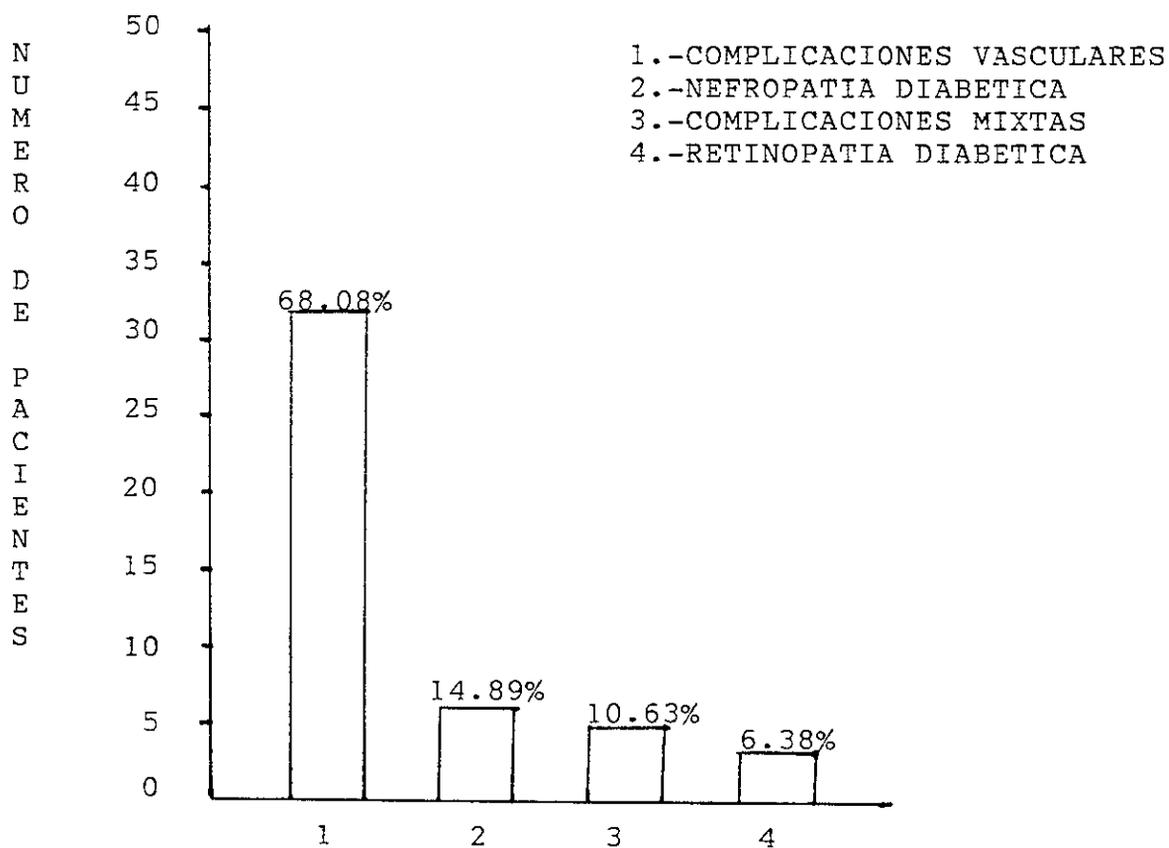
REPERCUSIONES EN LA DINAMICA
FAMILIAR DE LOS 50 PACIENTES
ESTUDIADOS

REPERCUSIONES	No. DE FAMILIAS	%
SI	47	94
NO	3	6
TOTAL	50	100

CUADRO D

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LAS 50
FAMILIAS DE LA CLINICA HOSPI
TAL ISSSTE, REYNOSA.

COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS
QUE OCACIONARON REPERCUSIONES EN LA DI
NAMICA FAMILIAR.



GRAFICA 5

FUENTE: CUADRO E

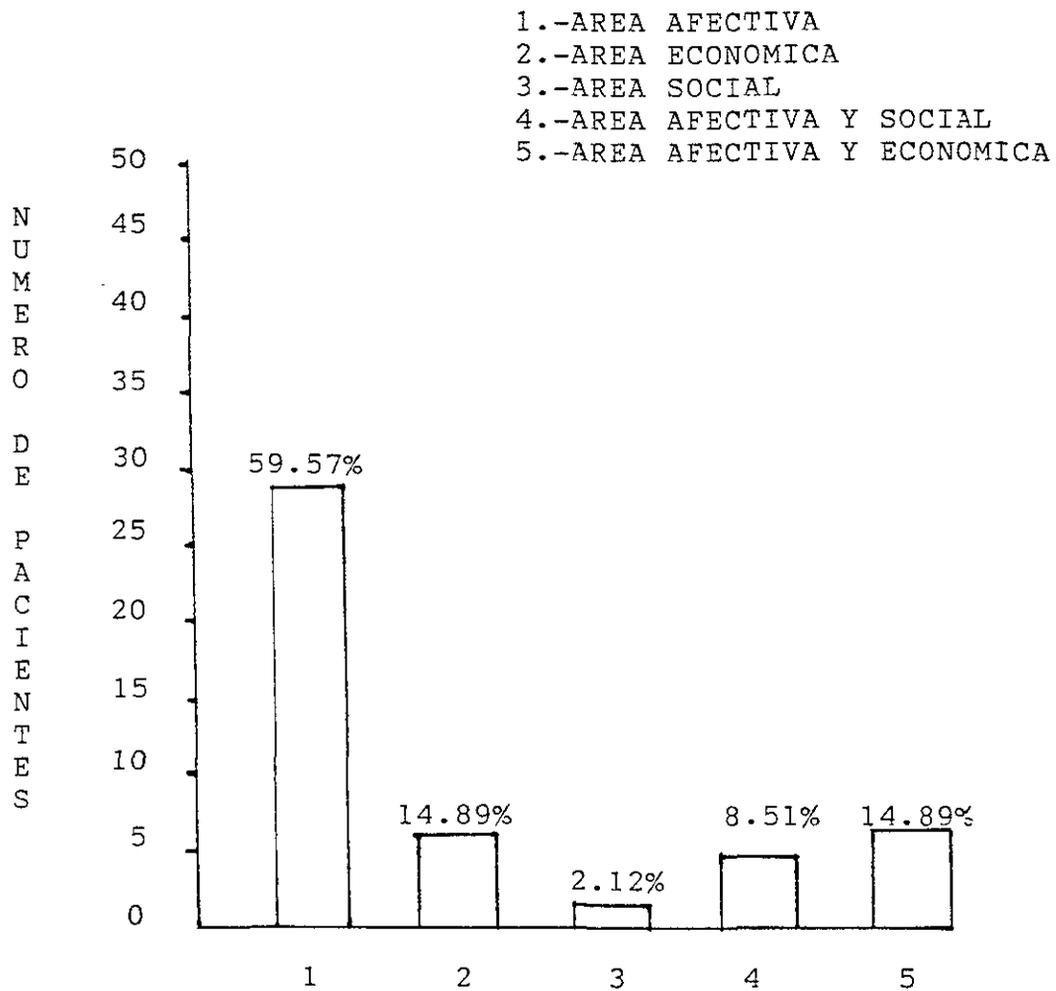
COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS
QUE OCACIONARON REPERCUSIONES EN LA DI
NAMICA FAMILIAR.

COMPLICACION	No. DE PACIENTES	%
VASCULARES	32	68.08
NEFROPATIA DIABETICA	7	14.89
MIXTAS	5	10.63
RETINOPATIA DIABETICA	3	6.38
TOTAL	47	100

CUADRO E

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LAS 50
FAMILIAS DE LA CLINICA HOSPI
TAL ISSSTE, REYNOSA.

DISTINTOS TIPOS DE REPERCUSIONES EN
LA DINAMICA FAMILIAR DE LAS 47 FAMI
LIAS QUE LAS PRESENTARON



GRAFICA 6

FUENTE: CUADRO F

DISTINTOS TIPOS DE REPERCUSIONES EN
LA DINAMICA FAMILIAR DE LAS 47 FAMI
LIAS QUE LAS PRESENTARON

REPERCUSION	No. DE FAMILIAS	%
A. AFECTIVA	28	59.57
A. ECONOMICA	7	14.89
A. SOCIAL	1	2.12
A. AFECTIVA Y SOCIAL	4	8.51
A. AFECTIVA Y ECONOMICA	7	14.89
TOTAL	47	100

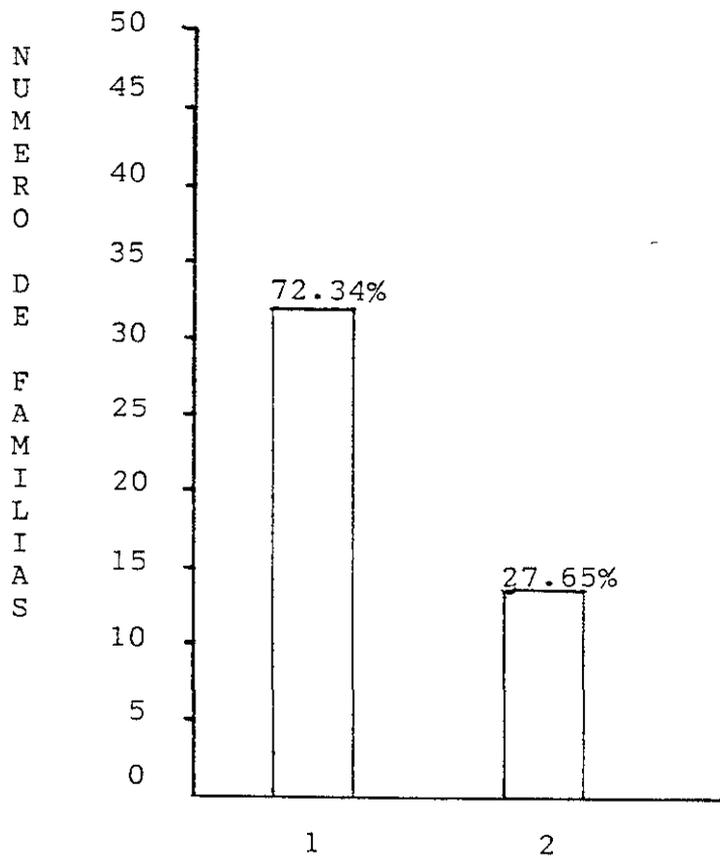
CUADRO F

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LAS
50 FAMILIAS DE LA CLINICA
HOSPITAL ISSSTE, REYNOSA.

TIPO DE FAMILIAS CON REPERCUSIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR EN RELACION A LA INTEGRACION FAMILIAR

1.-FAMILIAS INTEGRADAS

2.-FAMILIAS DESINTEGRADAS



GRAFICA 7

FUENTE: CUADRO G

TIPO DE FAMILIAS CON REPERCUSIONES EN
LA DINAMICA FAMILIAR EN RELACION A LA
INTEGRACION FAMILIAR

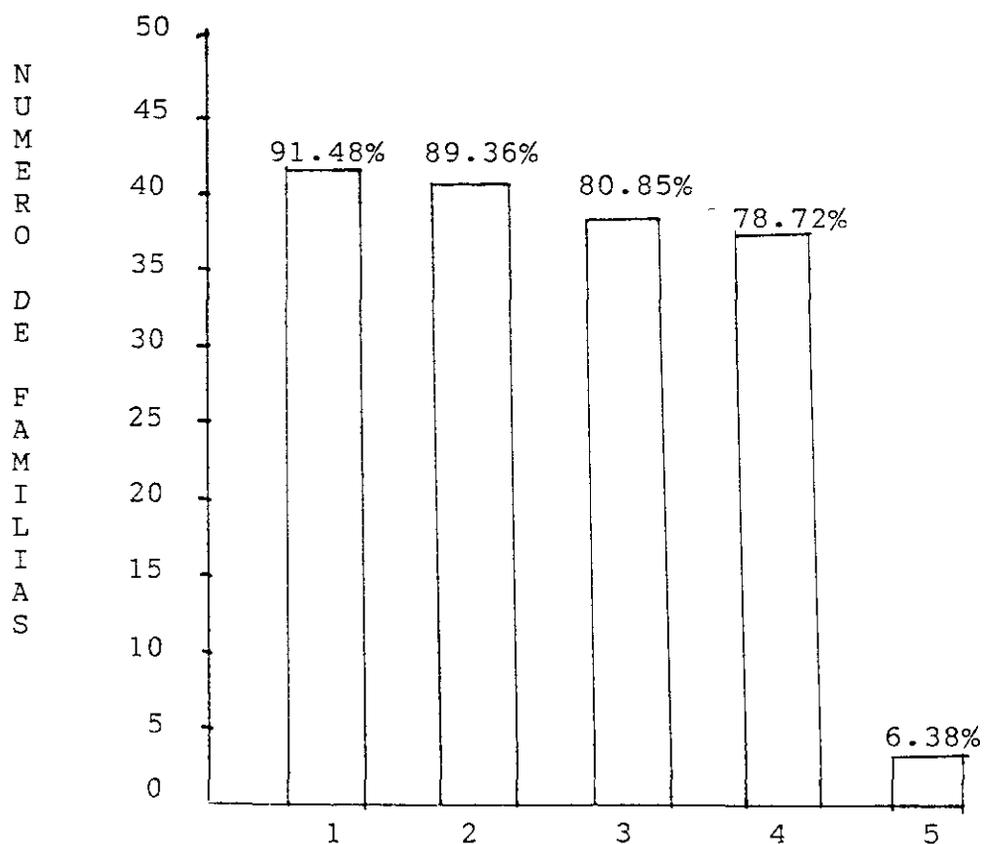
INTEGRACION	No, DE FAMILIAS	%
FAMILIAS INTEGRADAS	34	72.34
FAMILIAS DESINTEGRADAS	13	27.65
TOTAL	47	100

CUADRO G

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LAS
50 FAMILIAS DE LA CLINICA
HOSPITAL ISSSTE REYNOSA

RESPUESTAS DE LAS FAMILIAS AL ESTRES
NO NORMATIVO POR LAS COMPLICACIONES DE LA
DIABETES MELLITUS

- 1.-MAS UNION
- 2.-ANGUSTIA
- 3.-TENSION FAMILIAR
- 4.-TEMOR A LA HOSPITALIZACION
- 3.-DESINTEGRACION FAMILIAR



GRAFICA 8

FUENTE: CUADRO H

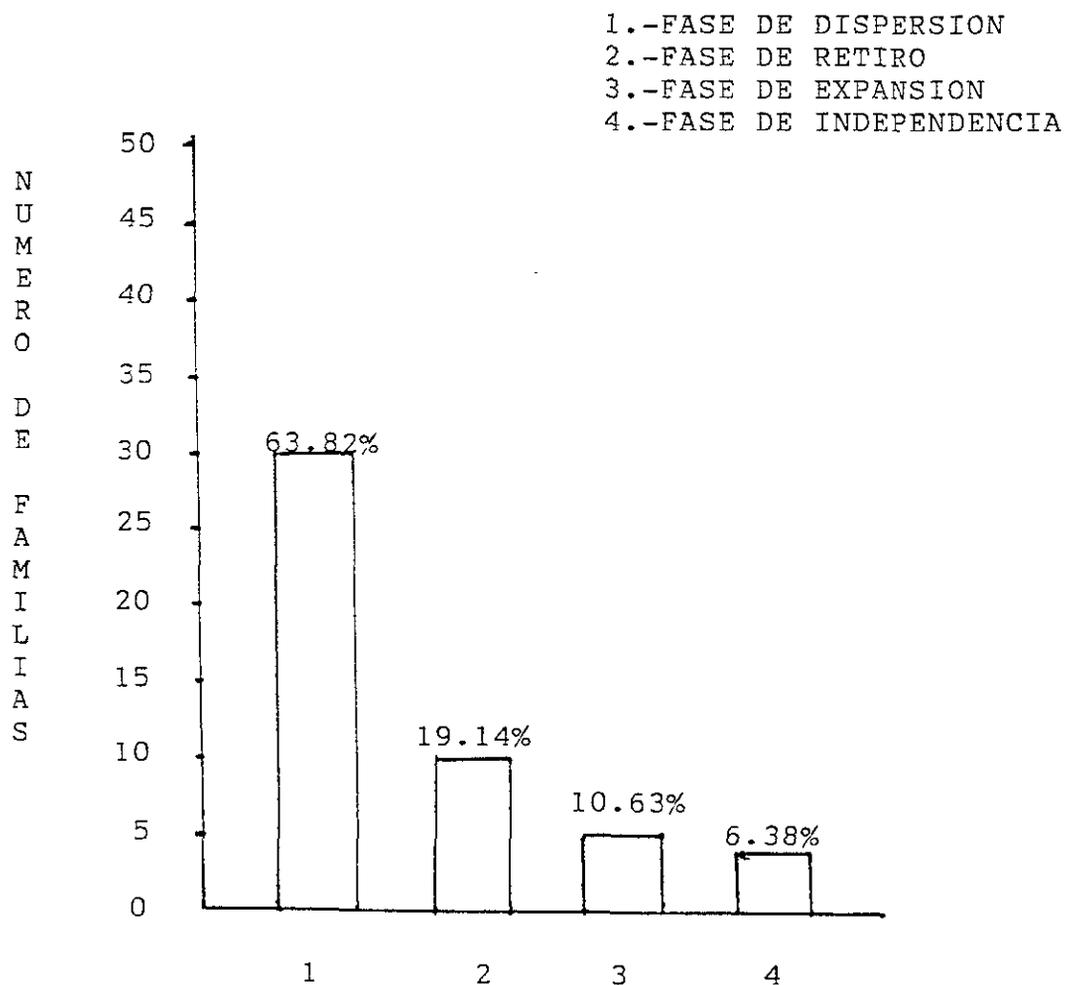
RESPUESTAS DE LAS FAMILIAS AL STRESS
NO NORMATIVO POR LAS COMPLICACIONES DE LA
DIABETES MELLITUS

RESPUESTA	No. DE FAMILIAS	%
MAS UNION	43	91.48
ANGUSTIA	42	89.36
TENSION FAMILIAR	38	80.85
TEMOR A LA HOSP.	37	78.72
DESINTEGRACION FAM.	3	6.38
TOTAL		

CUADRO H

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LAS
50 FAMILIAS DE LA CLINICA
HOSPITAL ISSSTE, REYNOSA

CICLO DE VIDA DE LAS FAMILIAS CON
REPERCUSIONES EN LA DINAMICA FAMI
LIAR DE LOS PACIENTES DIABETICOS
COMPLICADOS



GRAFICA 9

FUENTE: CUADRO I

CICLO DE VIDA DE LAS FAMILIAS CON
REPERCUSIONES EN LA DINAMICA FAMI
LIAR DE LOS PACIENTES DIABETICOS
COMPLICADOS

CICLO DE VIDA	No.DE FAMILIAS	%
FASE DE DISPERSION	30	63.82
FASE DE RETIRO	9	19.14
FASE DE EXPANSION	5	10.63
FASE DE INDEPENDENCIA	3	6.38
TOTAL	47	100

CUADRO I

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LAS
50 FAMILIAS DE LA CLINICA
HOSPITAL ISSSTE, REYNOSA

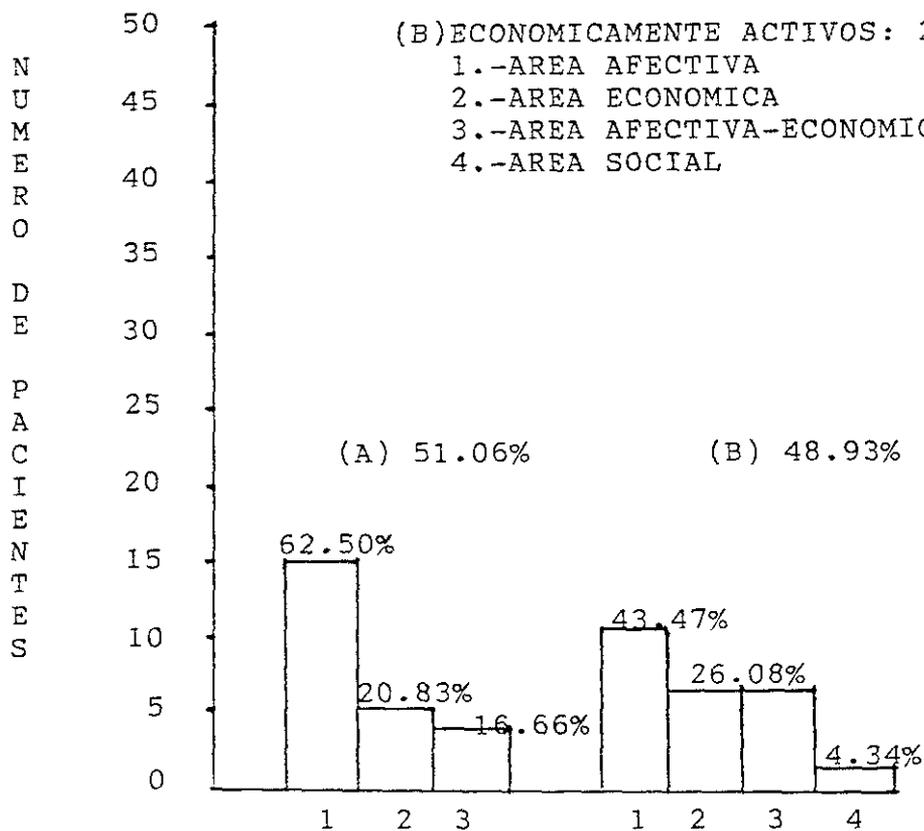
REPERCUSIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR
EN RELACION AL ROL DEL PACIENTE DIABE
TICO COMPLICADO IDENTIFICADO

(A) AMAS DE CASA: 24 PACIENTES

- 1.-AREA AFECTIVA
- 2.-AREA AFECTIVA-ECONOMICA
- 3.-AREA AFECTIVA-SOCIAL

(B) ECONOMICAMENTE ACTIVOS: 23 PACIENTES

- 1.-AREA AFECTIVA
- 2.-AREA ECONOMICA
- 3.-AREA AFECTIVA-ECONOMICA
- 4.-AREA SOCIAL



GRAFICA 10

FUENTE: CUADRO J

REPERCUSIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR
EN RELACION AL ROL DEL PACIENTE DIABE
TICO COMPLICADO IDENTIFICADO

ROL FAMILIAR	No.DE PACIENTES	%
--------------	-----------------	---

AMAS DE CASA		
-AREA AFECTIVA	15	62.50
-AREA AFECTIVA-ECONOMICA	5	20.83
-AREA AFECTIVA-SOCIAL	4	16.66
T O T A L	24	100

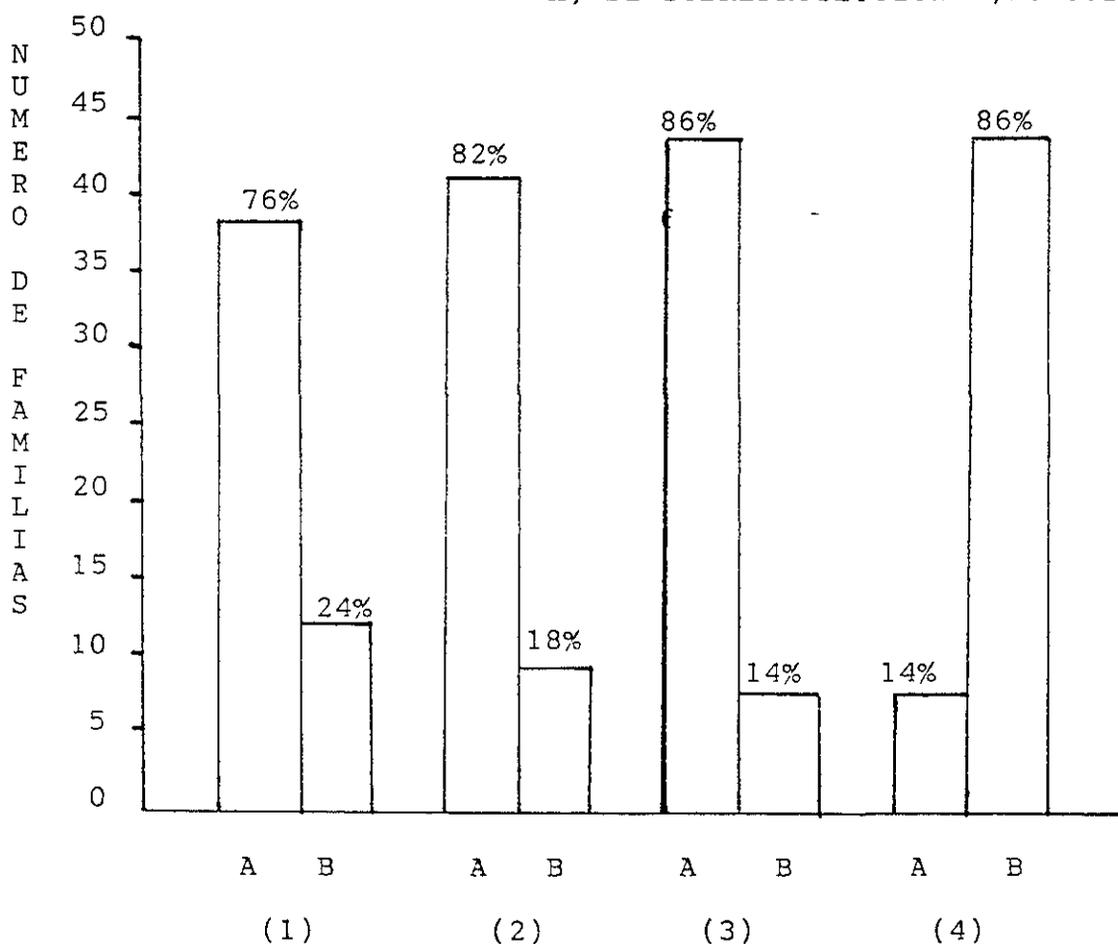
ECONOMICAMENTE ACTIVOS		
-AREA AFECTIVA	10	43.47
-AREA ECONOMICA	6	26.08
-AREA AFECTIVA-ECONOMICA	6	26.08
-AREA SOCIAL	1	4.34
T O T A L	23	100

CUADRO J

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LAS
50 FAMILIAS DE LA CLINICA
HOSPITAL ISSSTE, REYNOSA

GRADO DE PARTICIPACION DE LA
FAMILIA EN EL MANEJO DEL DIA
BETICO COMPLICADO

- 1) INFORMACION SOBRE SALUD DEL PACIENTE
A) SE INFORMAN B) NO SE INFORMAN
- 2) APOYO A LOS PACIENTES EN SU TRATAMIENTO
A) DAN APOYO B) NO DAN APOYO
- 3) APOYO PSICOLOGICO A LOS PACIENTES
A) DAN APOYO B) NO DAN APOYO
- 4) SOBREPOTECCION DEL PACIENTE
A) SI SOBREPOTECCION B) NO SOBREPOTECCION



GRAFICA 11

FUENTE: CUADRO K

GRADO DE PARTICIPACION DE LA
FAMILIA EN EL MANEJO DEL DIA
BETICO COMPLICADO

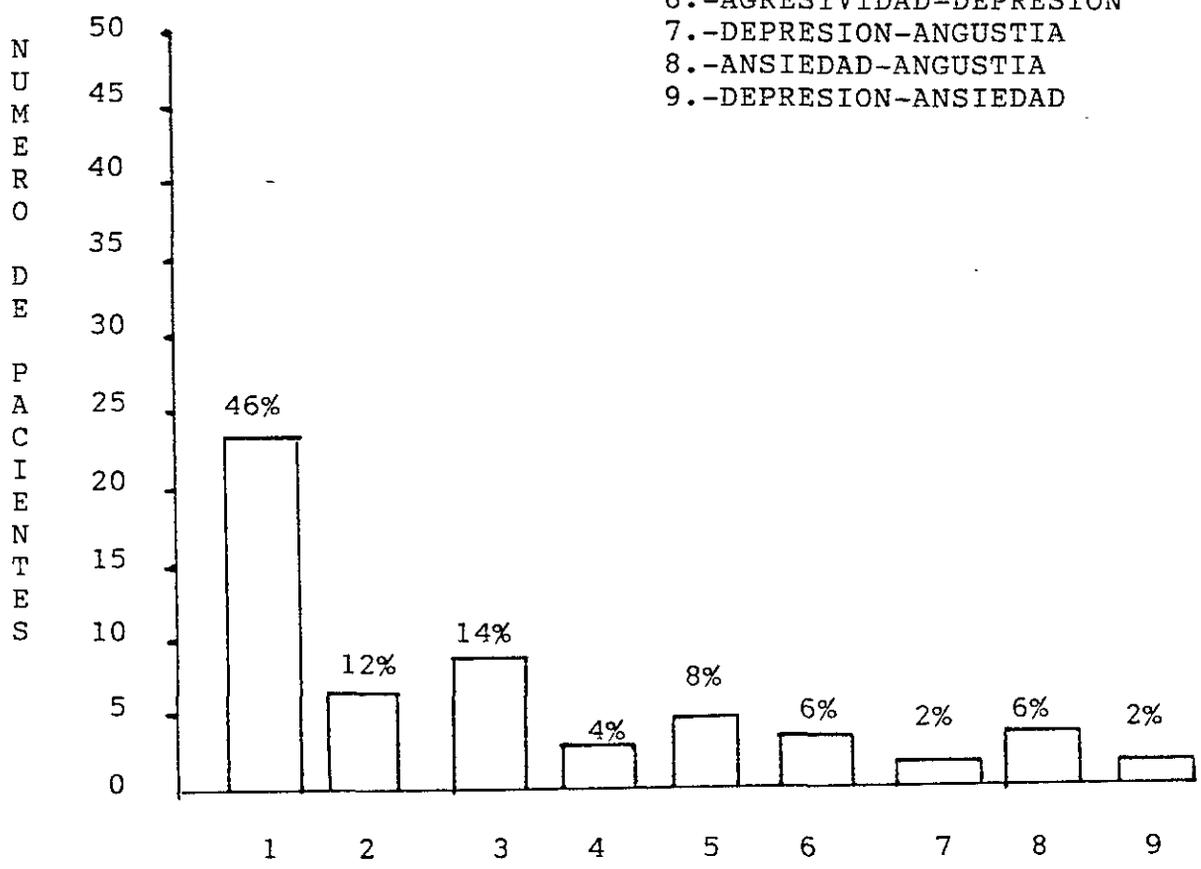
GRADO DE PARTICIPACION	No. DE FAMILIAS	%
I INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE		
A) SE INFORMAN	38	76
B) NO SE INFORMAN	12	24
T O T A L	50	100
2 APOYO A LOS PACIENTES EN SU TRATAMIENTO		
A) SI DAN APOYO	41	82
B) NO DAN APOYO	9	18
T O T A L	50	100
3 APOYO PSICOLOGICO A LOS PACIENTES		
A) SI DAN APOYO	43	86
B) NO DAN APOYO	7	14
T O T A L	50	100
4 SOBREPROTECCION AL PACIENTE		
A) HUBO SOBREPROTECCION	7	14
B) NO HUBO SOBREPROTECCION	43	86
T O T A L	50	100

CUADRO K

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LAS
50 FAMILIAS DE LA CLINICA
HOSPITAL ISSSTE, REYNOSA

ESTADO PSIQUICO DEL PACIENTE
DIABETICO COMPLICADO ANTE SU
PADECIMIENTO

- 1.-TRANQUILIDAD
- 2.-AGRESIVIDAD
- 3.-DEPRESION
- 4.-ANSIEDAD
- 5.-ANGUSTIA
- 6.-AGRESIVIDAD-DEPRESION
- 7.-DEPRESION-ANGUSTIA
- 8.-ANSIEDAD-ANGUSTIA
- 9.-DEPRESION-ANSIEDAD



GRAFICA 12

FUENTE: CUADRO L

ESTADO PSIQUICO DEL PACIENTE
DIABETICO COMPLICADO ANTE SU
PADECIMIENTO

ESTADO PSIQUICO	No.DE PACIENTES	%
TRANQUILIDAD	23	46
AGRESIVIDAD	6	12
DEPRESION	7	14
ANSIEDAD	2	4
ANGUSTIA	4	8
AGRESIVIDAD-DEPRESION	3	6
DEPRESION-ANGUSTIA	1	2
ANSIEDAD-ANGUSTIA	3	6
DEPRESION-ANSIEDAD	1	2
T O T A L	50	100

CUADRO L

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LAS
50 FAMILIAS DE LA CLINICA
HOSPITAL ISSSTE, REYNOSA

R E S U L T A D O S

Se realizó un estudio básico, transversal y abierto de 50 familias, en cuyo núcleo familiar existía un miembro con una complicación de la diabetes mellitus, captados de la consulta externa y de hospitalización en la -- Clínica Hospital ISSSTE Dr. Baudelio Villanueva Martínez de Reynosa Tamaulipas, en el periodo comprendido del 1 de Marzo al 31 de Agosto de 1995, obteniéndose los siguientes resultados:

En relación al tipo de diabetes mellitus, 47 pacientes pertenecían al tipo II que representan un 94 % y 3 pacientes al tipo I que representa un 6 % del total respectivamente.(Grafica 1, Cuadro A).

En relación al sexo, 33 pacientes pertenecían al sexo femenino y 17 del sexo masculino, representando un 66 % y 34 % respectivamente.(Grafica 2, Cuadro B).

En relación a la edad de los pacientes, se dividió en 10 grupos etarios comprendiendo desde los 35 años hasta los 84 años, encontrándose que el grupo etario más afectado fue el de 65 a 69 años, con 14 pacientes que representó un 28 %. (Grafica 3, Cuadro C).

En relación a la repercusión en la dinámica familiar se observó, que 47 familias tuvieron repercusiones que representa un 94 % y 3 familias no las tuvieron que representó un 6 %.(Grafica 4, Cuadro D).

En relación al tipo de complicación que causó repercusiones en las 47 familias, se observó que 32 pacientes con complicaciones vasculares que representa un 68.08 %, 7 pacientes con nefropatía diabética que representa un 14.89 %, 5 pacientes con complicaciones mextas que repre

representa un 10.63 % y 3 pacientes con retinopatía que representa un 6.38 % (Grafica 5, Cuadro E).

En relación al área afectada en las familias, se observó que 28 familias tuvieron repercusiones en el área afectiva representando un 59.57 %, 7 familias afectadas en el área económica que representa un 14.89 %, 1 familia afectada en el área social que representa un 2.12 %, 4 familias en el área afectiva-social que representa un 8.51 % y 7 familias en el área afectiva económica que representa un 14.89 %, respectivamente de las 47 familias afectadas. (Grafica 6, Cuadro F).

En relación al tipo de familia que tuvieron repercusiones en la dinámica familiar, se observó que 34 familias eran integradas que representa un 72.34 % y 13 familias desintegradas que representa un 27.65 % del total de las familias afectadas. (Grafica 7, Cuadro G).

En relación a la capacidad de la familia para enfrentar el stress no normativo que implicó el padecimiento se observó que en 43 familias hubo más unión lo que representa un 91.48 %, 42 familias con angustia que representa un 89.36 %, 38 familias con tensión familiar que representa un 80.85 %, 37 familias con temor a la hospitalización que representa un 78.72 %, y 3 familias con desintegración que representa un 6.38%, en este punto obviamente las reacciones fueron mixtas en las 47 familias. (Grafica 8, Cuadro H).

En relación al ciclo de vida de las familias en que se presentaron repercusiones en la dinámica familiar se observó que 30 familias se encontraban en fase de dispersión que representa un 63.82 %, 9 familias en fase de retiro que representa un 19.14%, 5 familias en fase de expansión que representa un 10.63 %, 3 familias en fase de-

independencia que representa un 6,38 %. (Grafica 9, Cuadro I).

En relación al rol del paciente identificado y el tipo de repercusión observada, los resultados fueron los siguientes;

De las 47 familias afectadas, 24 pacientes eran amas de casa que representa un 51.06 %, y de estas, 15 tuvieron repercusiones en el área afectiva (62.50%), 5 en el área afectiva-económica (20.83 %), y 4 en el área afectiva-social (16.66 %), y 23 económicamente activos, incluyendo en este grupo los pensionados que representa un 48.93 %, y de estos 10 tuvieron repercusiones en el área afectiva (43.76 %), 6 en el área económica (26.08 %), 6 en el área afectiva-económica (26.08 %) y 1 en el área social (4.34 %) (Grafica 10, Cuadro J).

En relación al grado de participación de la familia en el manejo del paciente diabético complicado se obtuvieron los siguientes resultados en las 50 familias: 38 familias se informan sobre la salud del paciente (76 %), 12 familias no se informan sobre la salud del paciente (24 %), 41 familias apoyan a los pacientes en su tratamiento y dieta (82%) y 9 familias no lo hacen (18 %), 43 familias dan apoyo psicológico (86 %) y 7 no lo dan (14%) y en 7 familias hubo sobreprotección (14 %) y en 43 familias no hubo sobreprotección (86%). (Grafica 11, Cuadro K).

En relación al estado psíquico del paciente diabético complicado los resultados fueron los siguientes: 23 pacientes con tranquilidad (46%), 6 pacientes con agresividad (12%), 7 pacientes con depresión (14%), 2 pacientes con ansiedad (4%), 4 con angustia (8 %), 3 pacientes con agresividad-depresión (6%), 1 paciente con depresión angustia (2%), 3 pacientes con ansiedad-angustia (6%) y un

y un paciente con depresiòn-ansiedad (2%). (Grafica 12, Cuadro L).

A N A L I S I S

Se realizó un estudio básico, transversal y abierto de 50 familias, en cuyo núcleo familiar existía un --- miembro con una complicación de la diabetes mellitus, - captados en la consulta externa y de hospitalización - en la Clínica Hospital ISSSTE Dr. Baudelio Villanueva-Martínez de Reynosa Tamaulipas, en el periodo comprendido del 1 de Marzo al 31 de Agosto de 1995.

En las familias estudiadas evidentemente se observaron repercusiones en la dinámica familiar, tanto en el área afectiva como en la económica y en la social y en la mayoría de los casos en más de una área y en un bajo porcentaje (6.38%) fué motivo de desintegración familiar.

En relación a la edad, el grupo etario más afectado fué el de 65 a 69 años (28%) por ser la diabetes mellitus un padecimiento crónico degenerativo de larga evolución, aunque se presentaron también las complicaciones en grupos etarios de menor edad, debido al inicio temprano de la diabetes mellitus.

Con respecto al tipo de diabetes mellitus y al sexo en que se presentaron las complicaciones de la diabetes, no nos proporciona datos relevantes en el estudio, considerándose otras variables a observar con respecto a la repercusión en la dinámica familiar.

De las complicaciones de la diabetes mellitus, la que se observó con más frecuencia como causa de alteración en la dinámica familiar fueron las vasculares, en un 68 % , probablemente por ser la más temprana de las complicaciones en los paciente diabéticos, sobre todo el pie diabético, dicha cronicidad de esta complicación y por su inicio más temprano en relación a las otras complicaciones explica el que haya sido la complicación que más repercusiones ocasionó, así mismo los procesos infecciosos agregados que ameritaron hospita-

lización durante varios días y que finalmente terminaron en amputación de un miembro.

Analizándose las áreas afectadas, se observó una importante relación con el rol del paciente identificado observándose que un alto porcentaje (59.37%) tuvieron repercusiones en el área afectiva exclusivamente, siguiendo en orden de frecuencia el área económica y menos frecuente en el área social, siendo el resto de las repercusiones mixtas, en 2 o más áreas, detallando se el rol de los pacientes se observó que el 51.06% de los 47 pacientes que causaron repercusiones eran amas de casa y en dichos pacientes la principal afectación fue en el área afectiva, lo que confirma que en el núcleo familiar el rol de la madre es principalmente afectivo, aunque también se presentaron en este mismo grupo repercusiones en las áreas afectivas y económicas simultáneamente ya que estas pacientes contaban con un trabajo remunerado económicamente explicándose esto por la combinación de roles en el núcleo familiar y en el área social por las limitaciones de estas familias para desenvolverse socialmente por el padecimiento.

En los pacientes económicamente activos, se observo nuevamente la predominancia de afectación en el área afectiva, aunque en este grupo se incluyeron los pacientes pensionados, solo fueron 6 los afectados en el área económica y 6 en el área afectiva económica, esto se explica por estar percibiendo un sueldo a través de su incapacidad y en los pacientes pensionados es la misma situación, viendose la economía de estas familias afectadas indirectamente por el padecimiento.

Llama la atención que en relación al ciclo de vida familiar, el mayor número de familias se encontraba en fase de dispersión y en menor número en la de retiro e independencia como debería de esperarse por ser las complicaciones de aparición tardía, sin embargo las asocio nuevamente con las vasculares que se inician más tempranamente en la diabetes mellitus.

ESTA TESIS NO SALE PARA REPRODUCIR

A pesar de las repercusiones en la dinámica familiar, se observó un grado de participación bastante importante por parte de las familias de los pacientes identificados ya que la mayoría de las familias (76%) se informaban sobre el estado de salud, así como también hubo apoyo por parte de la familia tanto moral como psicológico y en un bajo porcentaje hubo sobreprotección, lo cual explica que la mayoría de las familias estaban concientizadas sobre la importancia de este padecimiento crónico degenerativo.

El estado psíquico del paciente ante su padecimiento se observaron distintas reacciones tales como agresividad, depresión, angustia, etc. y dicha reacción considero depende de la personalidad del paciente, sabiendo la importancia que tiene la calidad de vida de estos pacientes, probablemente esta respuesta está relacionada con el tipo de familia ya que la mayoría -- (72.34%) eran familias integradas y nos demuestra que en la mayoría de las familias hubo capacidad para enfrentar el stress no normativo que representó la diabetes mellitus con sus complicaciones, a pesar de que el stress fué acumulativo y habría de esperarse un stress por agotamiento, sin embargo la familia utilizaron sus propios recursos para enfrentarlo y solucionarlo, esto se corroboró al observarse en la mayoría de las familias más unión (91.48%) y obviamente el resto respondieron con distintas reacciones como fueron la angustia, la tensión familiar y el temor a la hospitalización, sobre todo en los pacientes con complicaciones vasculares y nefropatas.

Sin embargo, hubo 3 familias que no tuvieron capacidad para enfrentar el stress no normativo, llegando a la disfunción y finalmente a la desintegración familiar.

CONCLUSIONES

Un trastorno crónico de salud que exige un largo periodo de vigilancia médica, como lo es la diabetes mellitus con sus complicaciones estudiadas en el presente trabajo, afectará tarde o temprano a la familia, con las consiguientes repercusiones de tener un enfermo diabético complicado, que insidieran en la dinámica familiar.

La participación de la familia es de vital importancia para el buen control del padecimiento, desde la demostración de interés por la salud del paciente, hasta su apoyo psicológico, ya que estas acciones confortan y estabilizan emocionalmente al paciente.

Cada familia y cada enfermo reaccionarán en forma diferente ante la presencia de la diabetes y sus complicaciones, desde una respuesta tranquila hasta la angustia excesiva, la presencia de la enfermedad y complicaciones en uno de sus miembros puede crear un efecto real que repercutirá sobre la familia y este dependerá de la composición de la misma, la edad del enfermo, el rol familiar, del ciclo de vida, etc.

La diabetes mellitus con sus complicaciones seguirá siendo un problema de salud individual, familiar y colectivo, constituyéndose a su vez en problema de salud pública, que repercute por diversos aspectos en la dinámica familiar, debe ser tratado en forma integral, no aislado, sino en conjunto con su familia del paciente, para un mejor control y manejo de nuestros pacientes en nuestra clínica hospital, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-LAWRENCE M. TIERNEY MCPHEE, SCHOROEDER.: Diagnòstico Clìnico y Tratamiento. México. Editorial el Manual - Moderno, 29 ava Ediciòn. Pàgs. 967-968; Año 1994.
- 2.-DRA. MARGARITA GARZA O.: Clasificaciòn y Caracterìs- cas de los tipos de Diabetes. Revista Médica Facul - tad de Medicina U.N.A.M. Año 1987, Vol. 1: Pàgs. 301 -303.
- 3.-DRA. NALE N. GERDIN. DRA. VERONICA K. PIZIAK.; Pie - Diabético. Revista Atenciòn Médica. Año 1991, Vol.4: Pàg. 33.
- 4.-MISAEEL URIBE.: Tratado de Medicina Interna. México.- Editorial Panamericana, 1ra Ediciòn. Pàgs. 2530; Año 1988.
- 5.-HUMBERTO JAIME A. ARNULFO IRIGOYEN C. Fundamentos de Medicina Familiar. México. Editorial Méndez Cervan - tes. 2da. Ediciòn. 1985. Pàgs. 3, 15, 21, 26, 32 y - 33.
- 6.-CHAGOYA A.: La Familia Normal y Patològica. México.- Editorial . 2da Ediciòn. Año 1971. Pàgs. 23-25.
- 7.-DAVID B. SHIRES. BRIAN K. HENNEN. Medicina Familiar- México; Editorial Mc Graw Hill. 1ra Ediciòn. 1983. - Pàgs. 9, 19 y 20.
- 8.-ARNULFO IRIGOYEN C. Y COLS. Fundamentos de Medicina- Familiar. México. Editorial Medicina Familiar Mexica- na, 4ta Ediciòn Internacional. 1996. Pàgs. 41 y 143.
- 9.-YANETH RODRIGUEZ-AGUDELO Y COLS.; La trascendencia - de los Grupos de Apoyo en el manejo integral de los-

enfermos Crònicos. Gaceta Médica de México. Año 1995
Vol. 131 No. 3: Pàg.331.

- 10.-RECIO F., VILLAMIL F., RECIO C., FERRER C: Utility of filtration markers to monitor the quality of glomerular function. Clinical Nephrology; Vol. 38; No. 1; - año 1992; 8 - 13.
- 11.-MONGENSEN CE, DAMSGAARD EM, FROLAND A, NIELSEN S,: Microalbuminuria in insulin-dependent diabetes. Clinical Nephrology; Vol. 38 No. 1; Año 1992; Pàgs. 28-39.
- 12.-TAKEI I., YAMAUCHI A., NAKAMOTO S., SUZUKI H., SARUTA T.: Retrospective analysis of hemodialyzed diabetic patients in Japa. Diabetes-Res-Clin-Pract. Vol.-29; No. 3; Año 1995; Pàgs. 173-177.
- 13.-VIBERTI-GF; Pronostic significance of albuminuria -- for the development of nephropathy. J-Hypertens-Supl Vol. 3; No. 2; Año 1995; Pàgs. 87-89.
- 14.-MAKITA Z., YANAGISWA K., KUWAJIMA S., YOSHIOKA N., ATSUMI T., HASUNUMA Y., KOIKE T.: Advanced glycation - endproducts and diabetic nephropathy. J- Diabetes -- complications. Vol. 9; No. 4; Año 1995; Pàgs. 265-268
- 15.-MARIA DEL CARMEN GARCIA PEÑA Y COL.: La Calidad de Vida en el paciente Diabético II y Factores relaciona - dos. Revista Médica del IMSS. Año 1995, Vol. 33: Pàg. - 294.
- 16.-JOSE HALOBE CHEVEN. ALBERTO LIFSHITZ. JUAQUIN LOPEZ B El Internista, Medicina Interna para Internistas. Mé- xico. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana, Pàg. 52- Año 1997.

- 17.-SERGIO ISLAS ANDRADE Y COL.: La Diabetes Mellitus hoy. Revista Médica del IMSS. No 1 de 1995, Vol.- 33: Pàg, 97.
- 18.-ALBERTO C. FRATI M., FRANCISCO DE J. MORENO R., - RAUL VARGAS R., RAUL ARIZA A. Y ALFREDO ALFARO M. Prevalencia de Neuropatìa en Diabetes Mellitus II en México. Revista Médica del IMSS. No 4 de 1994, Vol. 32. Pàg. 328.
- 19.-VICTOR CHAVEZ AGUILAR Y COL.:La Atención Integral en Medicina Familiar. Revista Médica del IMSS. -- No. 2 de 1995, Vol. 33: Pàg.170.
- 20.-MARIA CRISTINA REVILLA M.: Pruebas de laboratorio útiles para el control de la Diabetes Mellitus. - Revista Médica del IMSS. No. 5 de 1995, Vol. 33:- Pàg. 502.
- 21.-IBER GOMEZ M.: Desarrollo Profesional del Médico-Familiar. Revista Médica del IMSS.No 1 de 1994, - Vol. 32. Pàg. 45.
- 22.-CARLOS R. PACHECO Y COLS.: Información Clínico-Te rapèutica. Retinopatìa Diabètica. Gaceta Médica - de México. Año 1994, Vol. 130 No.4: Pàg. 272.
- 23.-ROGELIO HERRERA C. Y ALFREDO GOMEZ L.: Oftalmolo- gìa.México. Editorial Interamericana. Pàg. 246; - Año 1989.
- 24.-RICHARD SLATAPER, GEORGE L. BAKRIS.:Insuficiencia Renal en Diabéticos, puede retrasarse su evolución? Mundo Médico. Vol. 21. No. 236; Año 1993, Pàgs.85 -90.