

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 01

PUEBLA, PUE.

**“ Conocimiento de la neuropatía diabética y acciones no
realizadas por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2
en primer nivel de atención ”**

TRABAJO

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

PRESENTA:

LUCIA RAMIREZ GOIZ

PUEBLA, PUEBLA.



**IMSS
U.M-F. No. 1
PUEBLA, PUE.**

2008



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Lucia Ramirez

FECHA: 16/06/2008

FIRMA: 

“Conocimiento de la neuropatía diabética y acciones no realizadas por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en primer nivel de atención”

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

PRESENTA:

LUCIA RAMIREZ GOIZ

AUTORIZACIONES:

**DR. JUAN HERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 01 EN PUEBLA, PUE.**

**DR. JUAN HERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 01, PUEBLA, PUE.**

**DR. JUAN HERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 01, PUEBLA, PUE.**

**DR. MARCO ANTONIO MERINO GONZÁLEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 01, PUEBLA, PUE.**

PUEBLA, PUE.

2008



“Conocimiento de la neuropatía diabética y acciones no realizadas por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en primer nivel de atención”

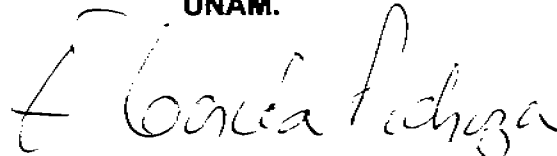
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

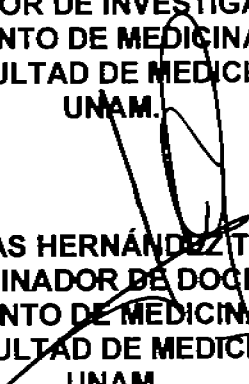
PRESENTA:

LUCIA RAMIREZ GOIZ

AUTORIZACIONES.

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA.
UNAM.**


**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.**


**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

ÍNDICE GENERAL:

1. Título	1
2. Índice general	4
3. Introducción	5
4. Marco teórico	7
5. Planteamiento del problema	13
6. Justificación	15
7. Objetivos	16
-General	
- Específicos	
8. Metodología	17
-Tipo de estudio	
-Población, lugar y tiempo de estudio	
-Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
-Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
-Información a recolectar: variables a recolectar	
-Método o procedimiento para captar la información	
9. Consideraciones éticas.	21
10. Resultados	22
-Descripción: análisis estadístico de los resultados	
-Tablas: cuadros y gráficas	
11. Discusión de los resultados encontrados	31
12. Conclusiones	34
13. Referencias bibliográficas	37
14. Hoja de consentimiento informado	39
15. Ficha de identificación	40
16. Cuestionario para el paciente	41

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 se considera como una de las enfermedades más frecuentes en nuestro medio, teniendo complicaciones agudas y crónicas. La neuropatía diabética pertenece a las complicaciones crónicas periféricas que afecta a las terminaciones nerviosas autónomas, con afectación sensitiva y/o motora. El desarrollo de esta entidad tiene aparición a partir de los 10 años de evolución en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados. El descontrol metabólico del paciente con diabetes mellitus favorece el progresivo desarrollo de neuropatía diabética, el mantenido descontrol es originado por múltiples factores uno de ellos se puede considerar a las acciones no realizadas por el médico familiar en cuanto a la prevención de complicaciones y el adecuado control de la enfermedad, por lo tanto, es necesario realizar acciones preventivas encaminadas no solo al médico sino también del mismo paciente con neuropatía diabética en el cuidado de su salud y su participación voluntaria para hacer acciones que retarden la aparición de neuropatía diabética.

De esta manera la importancia de incorporar la educación en cuanto a la identificación de acciones no realizadas en el paciente y por el paciente sobre neuropatía diabética puede fortalecer la prestación en los servicios de salud que se hace cada día más indispensable para lograr la participación interactiva y de corresponsabilidad del propio paciente y de su familia. La importancia de que el paciente con diabetes mellitus tipo 2 realice acciones para prevenir, retardar o evitar complicaciones por neuropatía diabética favorece su atención médica a través de la relación médico paciente y su familia. El beneficio que se obtiene cuando el paciente logra identificar que acciones debe realizar en su autocuidado favorece su integración familiar al conservar o mejorar su calidad de vida.¹⁵

Acciones encaminadas al retardo de neuropatía diabética y el buen control metabólico de la enfermedad otorgan una mejor calidad de vida al paciente, al evitar o retardar alteraciones en la marcha, disminución de traumatismos en

extremidades inferiores por pérdida de la sensibilidad, infecciones intercurrentes, dolor crónico en extremidades inferiores y amputaciones de un miembro, situaciones incapacitantes funcionales de una actividad física de vida cotidiana, ante estas situaciones el conocimiento del paciente es primordial para disminuir la incidencia de esta complicación.

Para que la educación sea efectiva se requiere una serie de condiciones tales como entrenamiento, conocimiento y habilidades pedagógicas, buena capacidad de comunicación y capacidad para escuchar, comprender y negociar por parte del médico familiar, por lo tanto, la educación no solo es transmitir o informar, es incorporar, hacer propio el padecimiento, convertirlo en valor e integrarlo en la escala de valores de la persona que padece diabetes mellitus tipo 2, de esta manera y por el contrario a través de un proceso de reflexión-acción del paciente implica que la propia acción de tomar un medicamento es involucrarse y responsabilizarse en el control de su enfermedad.

La detección precoz, la instauración del tratamiento adecuado, el correcto autocontrol y sobre todo la educación clínica en coparticipación con el paciente ayuda a prevenir o retardar las complicaciones de manera significativa como lo es la neuropatía diabética.

MARCO TEORICO

La diabetes mellitus, es la enfermedad endocrina más frecuente en nuestro país, y una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad, especialmente en el adulto y el adulto mayor, tiene proporciones epidémicas y su prevalencia es alta a comparación de la población mundial con una tendencia de aparición en la población adolescente originando altos costos en la atención médica tanto pública como privada. Estudios recientes confirman que la hiperglucemia es un factor y es un determinante para la aparición de complicaciones crónicas en la diabetes mellitus de las más frecuentes la retinopatía, nefropatía y neuropatía diabética.¹

Es un síndrome clínico que se caracteriza por la resistencia a la acción de la insulina, la incapacidad para contener la producción hepática de glucosa, el deterioro en la primera fase de secreción de insulina, la falla tardía en la secreción de insulina por las células B y la glucotoxicidad participan en conjunto en el desarrollo de la hiperglucemia y del deterioro crónico general.^{2,3}

La diabetes mellitus tipo 2 abarca alrededor del 90-95% de todos los casos de diabetes. Incluye a los pacientes que tienen resistencia a la insulina y usualmente tienen deficiencia relativa de la misma. La mayoría de estos pacientes son obesos. La obesidad es una enfermedad y a la vez un factor predisponente para desarrollar resistencia a la insulina, sin descartar otros múltiples padecimientos y factores que causan similar alteración por mencionar algunos más frecuentes el feocromocitoma, tumores pancreáticos entre otros.³

4

El riesgo de adquirir diabetes mellitus tipo 2 se asocia frecuentemente a componentes genéticos y hereditarios, incluso en mayor grado que la diabetes mellitus tipo 1. Incrementa con la edad, la obesidad, el sedentarismo, hipertensión, dislipidemias y la frecuencia varía en diferentes subgrupos sociales y étnicos con mayor frecuencia en mujeres que han presentado diabetes gestacional.^{3,4}

En promedio, un retraso de 4 a 7 años en diagnosticar una diabetes mellitus tipo 2 se traduce en que, el 20% de los pacientes presentan alguna evidencia de complicación microvascular o neuropatía diabética al momento del diagnóstico.

En la diabetes mellitus tipo 2 se presentan complicaciones a corto o largo plazo, y estas pueden ser agudas como la hipoglucemia, cetoacidosis diabética, coma hiperosmolar o crónicas como microangiopatía que comprenden a la retinopatía y neuropatía, macroangiopatía que esta determinada por aterosclerosis, neuropatía que puede ser periférica y autonómica y por último infecciones.^{3,4}

Las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2 constituyen dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social una de las primeras causas de invalidez, muerte y altos costos en la atención médica. Las repercusiones a largo plazo por ejemplo de 5, 10, 15, 20 años sobre el organismo son múltiples, pero las más graves son daño renal, daño retiniano, y nervios periféricos que dan lugar a disfunciones de estos tejidos.^{2,3,7}

El pronóstico funcional del paciente con neuropatía diabética, depende en gran medida del control estricto de la glicemia, desde el diagnóstico mismo de la enfermedad, la detección y el tratamiento oportuno de las complicaciones tardías.^{2,7}

No se puede llevar a cabo ninguna estrategia preventiva eficaz si no se conoce el tipo y la frecuencia de las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 y su período de latencia como el intervalo entre el inicio de la enfermedad y la complicación; muchos pacientes se diagnostican como diabéticos hasta el momento de detectarse alguna complicación tardía.^{3,7}

El saberse con una enfermedad crónica como lo es la diabetes mellitus tipo 2, y aunado a la complicación como lo es la neuropatía diabética sin duda conlleva a un impacto emocional en el paciente, su familia y más si no se tiene conocimiento de esta última. Los cambios físicos y emocionales debido a las incapacidades que produce la misma enfermedad, se convierte en factor de riesgo que influye en el estado de la calidad de vida del paciente.¹¹

La neuropatía diabética es la más común de las complicaciones microvasculares de la diabetes mellitus tipo 2, y una importante causa de incapacidad, siendo causa importante de morbilidad y mortalidad asociada a la enfermedad en etapas tardías. El sistema nervioso periférico incluye toda la estructura neural que se localiza fuera de la membrana pial de la medula espinal y del tallo encefálico, por lo tanto, las neuropatías periféricas son afectaciones del sistema nervioso periférico y son; raíces, ganglios, plexos, fibras nerviosas, de naturaleza inflamatoria o degenerativa que en su modalidad de polineuropatías afectan varios nervios de forma simultánea con signos simétricos distales y participación de pares craneales o no.^{2, 3, 4, 10}

Cerca del 15 % de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen al momento del diagnóstico síntomas y signos de neuropatía diabética, 50 % sufren esta complicación a partir de los 30 años de edad con menor frecuencia y mayor a partir de los 50 años de edad.^{5, 6}

El compromiso del sistema nervioso periférico puede ser en forma periférica como polineuropatía distal y simétrica, mononeuropatía múltiple sensorio motora, craneal, radiculopatía, plexopatía y autonómica principalmente en diabetes mellitus tipo 1.^{6, 14}

La neuropatía es una complicación crónica silenciosa llegando a incapacitar la actividad cotidiana, originar daño extenso y avanzado incluso desde el primer año de evolución de la enfermedad perseverando por el desconocimiento del paciente de que sufre daño en su sistema nervioso con cambio irreversible.^{2, 3}

El síndrome más común es la polineuropatía simétrica distal, que es una neuropatía sensorial y motora de distribución "en guante o calcetín" con manifestaciones sensoriales como adormecimiento y disestesia, pero también con manifestaciones dolorosas o "positivas".^{4, 5}

El padecimiento supone un importante problema de salud pública, puesto que es la complicación microvascular más frecuente de la diabetes mellitus, tiene una prevalencia de 50-70% de las amputaciones no traumáticas, la signología y sintomatología prevalece entre 10 y 40% de los pacientes, sin embargo la clínica suelen ser imprecisa dada la heterogeneidad de los criterios utilizados para el diagnóstico, el tipo de diabetes, la duración de la enfermedad y el grado de control metabólico.^{4, 5, 6}

En la mayoría de los estudios se refiere la asociación entre el descontrol metabólico y el aumento de neuropatía diabética. Por otro lado factores sistémicos como hipertensión arterial, insuficiencia renal, dislipidemias, obesidad y tabaquismo se han asociado con la presencia más temprana de neuropatía diabética.^{3, 5,6}

Con la evolución de la enfermedad suelen estar presente un componente autonómico que provoca hipotensión postural, desordenes de la motilidad intestinal, o disfunción eréctil.⁵

La clasificación clínica de la neuropatía diabética es valorada de acuerdo al cuadro clínico, por su distribución o clínico topográfico y afectación anatómica, la primera involucra a las polineuropatías simétricas y distales, neuropatía motora simétrica proximal y por ultimo a la neuropatía focal y multi focal. Esta clasificación es clínica y su uso es frecuente en el ejercicio profesional.^{6,7}

Las alteraciones inmunológicas, los nervios periféricos se encuentran afectados por infiltración de linfocitos T; anatomopatológicamente se observa desmielinización y degeneración de los axones con fibrosis y cambios de la placa motora. A pesar de los problemas para disminuir la neuropatía diabética, se han delineado diversos síndromes clínicos: mononeuropatía aguda de las extremidades y del tronco, neuropatía múltiple predominantemente motora de evolución rápida, dolorosa y asimétrica, que suele experimentar remisión, debilidad motora proximal simétrica con agotamiento muscular sin dolor y con pérdida variable de la sensibilidad, que sigue una evolución subaguda o crónica, polineuropatía principalmente sensitiva, simétrica y distal que afecta más, pies y piernas de manera crónica y lentamente progresiva, neuropatía vegetativa que afecta los reflejos intestinales, vesicales y circulatorios, y polirradiculopatía toracoabdominal dolorosa.

Las características principales que deben considerarse en el examen del paciente valorados para la sospecha diagnóstica de neuropatía diabética son: alteraciones sensitivas, destacando la disestesia e hipoestesia, pero con especial atención a variedades sensitivas anormales según el tipo de padecimiento, reflejos tendinosos y déficit motor.

De las neuropatías focales; la mononeuritis es común en ancianos, de inicio rápido asociada a dolor y autolimitada, con resolución en semanas. Obedece a

obstrucción vascular que provoca infarto de fascículos neuronales. Con el tiempo la función de estos es sustituida por los fascículos circulantes.

Síndromes por atropamiento: tiene inicio lento progresan y persisten de no mediar intervención, por ejemplo, los nervios mediano, ulnar, radial, femoral, nervios cutáneos laterales del muslo, y los nervios peroneo, plantares, lateral y medial. Otra asociación frecuente es el síndrome del túnel del carpo y diabetes mellitus.

De las neuropatías difusas; las neuropatías motoras proximales; amiotrofia diabética, desorden que afecta principalmente a ancianos, tiene inicio gradual o abrupto, inicia con dolor en muslos caderas o glúteos, que es seguido de debilidad en los músculos proximales de los miembros inferiores con incapacidad para levantarse.^{5,6,8}

Actualmente se estima que la incidencia de neuropatía diabética es de 150 millones de personas, lo cual constituye aproximadamente el 2.5 % de la población mundial, aunque existen diferencias entre distintas zonas geográficas, por ejemplo en EE.UU. y la mayoría de países europeos es de alrededor del 5 %. Un 23 % de todos los diabéticos de más de 10 años de evolución en México presentan una evidencia de neuropatía.

A pesar de los problemas para distinguir la neuropatía diabética, se han delineado diversos síndromes clínicos: oftalmoplejía diabética, mononeuropatía aguda de las extremidades y del tronco, neuropatía múltiple predominantemente motora de evolución rápida, dolorosa, y asimétrica, que suele experimentar remisión, debilidad motora proximal simétrica con agotamiento muscular sin dolor y con pérdida variable de la sensibilidad, polineuropatía primordialmente sensitiva, simétrica y distal, que afecta más pies y piernas de manera crónica y lentamente progresiva, neuropatía vegetativa que afecta los reflejos intestinales, vesicales y circulatorios, polirradiculopatía toracoabdominal dolorosa.^{6,13}

Según la extensión de la afectación de las fibras nerviosas, el paciente tendrá una serie de síntomas. Afectación sensitiva; neuropatía asintomática: afectación de pequeñas fibras (sensibilidad superficial), neuropatía sintomática, ocurre en un 20% de los casos y en un 5% es invalidante. Afectación de fibras grandes, sensibilidad profunda.

En la neuropatía asintomática se ven afectadas la sensibilidad térmica y dolorosa, el paciente no refiere dolor porque tiene hipoestesia o anestesia a ambas sensibilidades, lo que conlleva a indefensión frente a roces, quemaduras y traumatismos, favoreciendo la formación de lesiones. La pérdida de sensibilidad favorece la deformación del pie por los traumatismos mecánicos como lo es el corte de uñas, químicos o térmicos, bolsas calientes, desencadenando alteraciones tróficas, úlceras e infección.

En la neuropatía sintomática el paciente refiere parestesias, sensación de hormigueo o de "caminar sobre algodón", ardor en la planta del pie, sensación de calcetín o zapato apretado, dolores de tipo calambre, alodinia mecánica y térmica, hiperalgesia mecánica, fenómeno de sumación. La distribución es de forma distal, simétrica y bilateral. Estas manifestaciones son de aparición nocturna, mejorando cuando el paciente se pone de pie y anda.^{7, 13}

La detección temprana de la neuropatía diabética es importante ya que esta complicación es irreversible. Debe realizarse una cuidadosa revisión clínica dirigida a la búsqueda de alteraciones en los reflejos, la sensibilidad periférica, el dolor, el tacto, la temperatura, vibración y posición. El paciente debe conocer y detectar la disminución de la sensibilidad en los pies, la hiperestesia o dolor nocturno de pies o pierna.¹²

Para llegar a un correcto diagnóstico es esencial una correcta historia clínica. Aparentemente el pie tiene un aspecto normal. Normalmente en zona de rose hay hiperqueratosis sobre todo en cabeza del primer metatarsiano y en el pulpejo de los dedos, es frecuente que vaya acompañado de fisuras y grietas. La sensibilidad vibratoria es la que primeramente se afecta, seguida de los reflejos y por último la sensibilidad táctil y dolorosa. Por lo tanto para disminuir los factores de riesgo se debe usar estrategias como son la educación del paciente y su familia para el autocuidado de los pies, el control de la glicemia, inspección periódica de la piel por el mismo paciente, etc., es decir evaluar el conocimiento del paciente que tiene diabetes mellitus tipo 2, y si padece alguna complicación.^{8, 10}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La experiencia clínica en la atención de pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2, es que estos manifiestan síntomas de neuropatía en distintas zonas corporales y con diversos grados de desarrollo de la entidad propia.

La diabetes es una enfermedad considerada crónico-degenerativa y de mayor frecuencia en nuestro medio junto con sus diversas complicaciones propias de su evolución entre las que podemos encontrar tanto agudas como crónicas, de las primera a considerar son el coma hiperosmolar, cetoacidosis diabética, e hipoglucemia; y de las segundas o crónicas; son la insuficiencia renal, retinopatía diabética, síndrome metabólico y neuropatía diabética.

Una de las entidades crónica de la evolución de la diabetes mellitus tipo 2 es la neuropatía diabética que afecta al sistema nerviosos periférico, raíces, ganglios, plexos, fibras nerviosas; provocando inflamación o degeneración que se manifiesta clínicamente por sensación de hormigueo, frialdad, adormecimiento, quemadura, dolor, hipersensibilidad, debilidad, atrofas, hipotensión arterial postural, anhidrosis e incontinencia de esfínteres, entre otros signos y síntomas.

Es precisamente esta complicación la neuropatía diabética en la que es de interés personal tener un panorama de quienes de los pacientes adscritos a mi consulta externa y que padecen diabetes mellitus tipo 2 conocen o realizan acciones para retardar el progreso y la vigilancia de la evolución de la neuropatía diabética, acciones que nos brinde información si son cuidados de tipo anticipatorio, preventivo o de tratamiento y/o rehabilitación por parte del paciente y su familia.

Uno de los factores que predisponen la presencia de esta complicación es la falta de control de los niveles aceptables de la glucosa en sangre de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Sin embargo considero que la neuropatía diabética puede y debe ser diagnosticada y tratada oportunamente.

Está demostrado que la educación del paciente y su familia por el equipo de salud, es la base del tratamiento para lograr un buen control de la enfermedad y evitar las complicaciones.

De lo anterior podemos intuir que el conocer el estado de salud integral del paciente con diabetes mellitus tipo 2, nos puede permitir tomar acciones que nos lleven a evitar lesiones más severas de la neuropatía diabética, como son: incremento del riesgo de lesiones en los pies debido a la pérdida de la sensibilidad, por ejemplo infecciones que pueden progresar hasta convertirse en úlceras y requerir amputación. Además el daño a los nervios motores puede llevar a la degradación muscular y desequilibrio. Dichas complicaciones repercuten en la economía del paciente, de su familia, de la institución y por ende a la economía del país.

Si nosotros logramos identificar si los pacientes conocen el significado de la neuropatía diabética, podemos estar ante la posibilidad de implementar programas que permitan abatir y controlar esta complicación con pacientes bien informados de su enfermedad y lograr con ello responsabilizar al paciente y su familia en su autocuidado.

De lo anterior se desprende la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las acciones que realiza el paciente con diabetes mellitus tipo 2 para identificar la presencia o complicación de neuropatía diabética en el primer nivel de atención médica de la U. M. F. No. 01, IMSS Puebla?

JUSTIFICACION

El control de las enfermedades implica mejorar la calidad de vida de los pacientes aun cuando estos tengan alguna incapacidad física o limitante originada por la misma, el conocimiento de las enfermedades debe ser de manera conjunta con el médico, el paciente y su familia. En lo que respecta al paciente este debe de estar informado de la evolución y complicaciones de su enfermedad; la diabetes mellitus tipo 2 es causante de limitaciones físicas en distintos órganos y sistemas, una de estas limitantes se origina por la neuropatía diabética periférica en las extremidades inferiores causando alteraciones en la marcha, y en la sensibilidad, agilidad motriz como; disminución de los arcos de movilidad y rapidez en los mismos ,originadas inicialmente por el dolor y posteriormente por perdida de la función nerviosa, el retardo de estas manifestaciones puede ser llevado a cabo por el control de la enfermedad, siendo el tratamiento médico vital.

Una parte del tratamiento médico es la educación del paciente en cuanto a responsabilizarlo en su autocuidado e identificación de posibles complicaciones de su enfermedad. Valorar el conocimiento del paciente e identificar el grado de conocimiento que se tiene en relación al autocuidado del retardo y prevención de neuropatía diabética nos puede orientar para implementar grupos educativos de pacientes con diseños de programas para el primer nivel de atención.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de conocimiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 sobre neuropatía diabética.

OBJETIVO ESPECIFICOS

1. Identificar la frecuencia de acciones no realizadas por el paciente con diabetes mellitus tipo 2 para neuropatía diabética.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, transversal, prospectivo, prolectivo.

POBLACION

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no importando el tiempo de evolución de la enfermedad, edad o género y que no cursen con alguna otra enfermedad que involucre sistema circulatorio y nervioso.

ESPACIO:

Se realizaron las encuestas en la U. M. F. No. 01, IMSS, Puebla.

TIEMPO DE LA INVESTIGACIÓN:

Las encuestas se realizaron en un tiempo aproximado de seis meses de Abril a Octubre del 2007.

MARCO MUESTRAL

Personas derechohabientes del IMSS con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 adscritos a la consulta externa de Medicina Familiar.

TIPO DE MUESTRA

No probabilística.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Conveniente de 120 pacientes representativa por las características de grupo natural.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se incluyeron a todos los pacientes que cursan con diabetes mellitus tipo 2 controlada y no controlada, con o sin neuropatía diabética adscritos a la unidad de medicina familiar No 01, y que no cursan con alguna otra enfermedad sistémica que involucre compromiso nervioso o metabólico en extremidades inferiores.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyeron del estudio a los pacientes que cursan con diabetes mellitus tipo 1 y que sufren de insuficiencia renal, retinopatía o enfermedad vascular cerebral, que no cursen con alguna enfermedad neurológica, vasculopatías o trastornos músculo esquelético en extremidades inferiores.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Se eliminó del estudio a todo el paciente que no contestó completo el cuestionario, tuvo una complicación de déficit mental, ocular o no acepto contestar el cuestionario.

PROCEDIMIENTO

Se construyó una encuesta estructurada para conocer el nivel de conocimiento sobre las acciones no realizadas por el paciente con diabetes mellitus tipo 2 controlados y no controlados para la prevención y retardo de la evolución de neuropatía diabética que no cursen con insuficiencia renal, retinopatía o enfermedad vascular cerebral e identificar factores de riesgo asociados. Se aplicó el cuestionario a los pacientes adscritos a la consulta externa de medicina familiar de la U. M. F. No. 01 en Puebla, siendo un total de ciento veinte cuestionarios en seis meses y se analizaron los datos por orden de distribución de frecuencias.

Para la aplicación del cuestionario se solicitó previo consentimiento informado por el paciente.

La recolección de datos se utilizó Excel para su distribución.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó la estadística descriptiva por distribución de frecuencias y medidas de tendencia central.

RECOLECCION DE VARIABLES

VARIABLE	Tipo	Definición conceptual y operacional	Escala de medición Nominal
Hormigueo	Cualitativa	Sensación de hormigueo en las piernas	Quedarse sentado, caminar, hacer sentadillas ,no hacer nada
Frío	Cualitativa	Disminución de la temperatura en extremidades	Sin importancia, es normal, lo tolera , anormal, no sé
Respuesta al frío	Cualitativa	Cuando siento frío en mis piernas lo primero que hago es	Frotarme, cubrime con ropa, estar parado, elevar mis piernas, no hago nada.
Adormecimiento	Cualitativa	Cuando siento dormidos los dedos de mis pies o sensación disminuida a la movilidad	Falta de ejercicio, mala circulación, mis nervios están enfermos, no sé
Respuesta a quemadura	Cualitativa	Sensación de aumento de calor en las extremidades inferiores	Colocar agua, cubrir piernas, colocar hielo, no hacer nada
Respuesta al dolor	Cualitativa	Sensación dolorosa que limita actividad normal	Usar zapato suave, no hacer ejercicio, tomar analgésicos, no hacer nada
Disminución de la sensibilidad	Cualitativa	Percepción disminuida de sentirse a uno mismo	Mis nervios están enfermos, es normal, no sé.
Conocimiento de complicación	Cualitativa	Identificación de datos que alteran una función normal de la extremidades inferiores	mi fuerza en piernas no cambia, adelgazamiento de piernas, marcha torpe, no sé
Percepción de equilibrio	Cualitativa	Sensación de punzadas en los pies.	Tomar medicamento, tomar azucares, suspender medicamentos, no hago nada.
Respuesta al prurito	Cualitativa	Sensación de comezón en piel de los pies	Rascado, revisión de piel, limar pies, no hago nada.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la presente investigación se tomaron en cuenta el Código de Nuremberg en la capacidad de dar consentimiento, ausencia de coacción y comprensión de los riesgos y beneficios implícitos.

Informe Belmont en relación a los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia aceptados como los tres principios fundamentales para la realización ética de investigación con seres humanos. Se tomaron en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki 1964 de la Asociación Médica Mundial que marca los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, su enmienda en Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Somers West Sudáfrica 1996 y la de Edimburgo Escocia 2000.

Se consideraron las pautas éticas internacionales para la experimentación biomédica en seres humanos.

El Código de Reglamentos Federales de los Estados Unidos de Norteamérica.

Título 45 Bienestar Social Departamento de Salubridad y Servicios Humanos Institutos Nacionales de Salud Oficina para la Protección de Riesgos de Investigación. Sección 46 Protección de sujetos humanos. Política Federal para la Protección de Sujetos Humanos; Política Básica del DHHS Departamento de Salubridad y Servicios Humanos, por sus siglas en inglés, para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación.

Lineamientos, políticas y disposiciones que establece la Coordinación de Investigación en Salud del IMSS.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Título Primero Disposiciones Generales.

El presente proyecto de investigación se calificó como de mínimo riesgo, pero sin obviar los referentes mencionados se realizó el presente consentimiento informado, ver anexo.

RESULTADOS

Se realizo una encuesta estructurada a un total de 120 pacientes, del sexo masculino fueron 46 y 72 del sexo femenino.

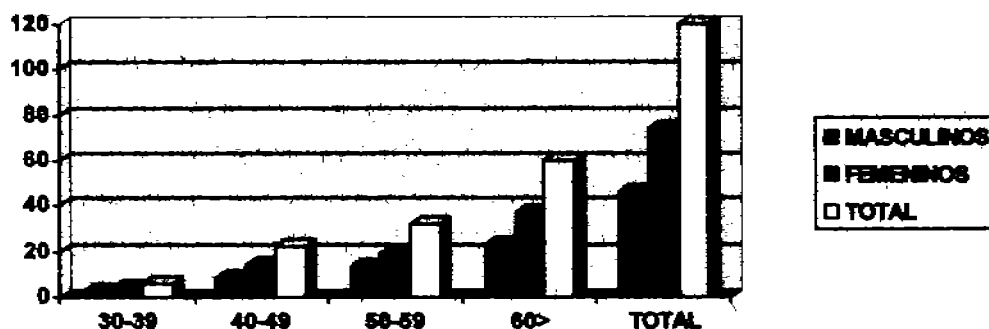
Se conformaron cuatro grupos por década de edad, 50% de los pacientes se ubico en el grupo de 60 y más años de edad; 23 hombres y 37 mujeres. Y 26.6%; 13 hombres y 19 mujeres, en el grupo de 50 a 59 años de edad.

La edad promedio fue de 60.4 años de edad, 58 años de edad siendo la moda y 59.5 años de edad la mediana. Cuadro 1.

Cuadro 1. Por grupo de edad.
n=120

PARTICIANTES	30-39	40-49	50-59	60>	TOTAL
MASCULINOS	2	8	13	23	46
FEMENINOS	4	14	19	37	72
TOTAL	6	22	32	60	120
	5%	18.3%	26.6%	50%	

Grafica cuadro 1.



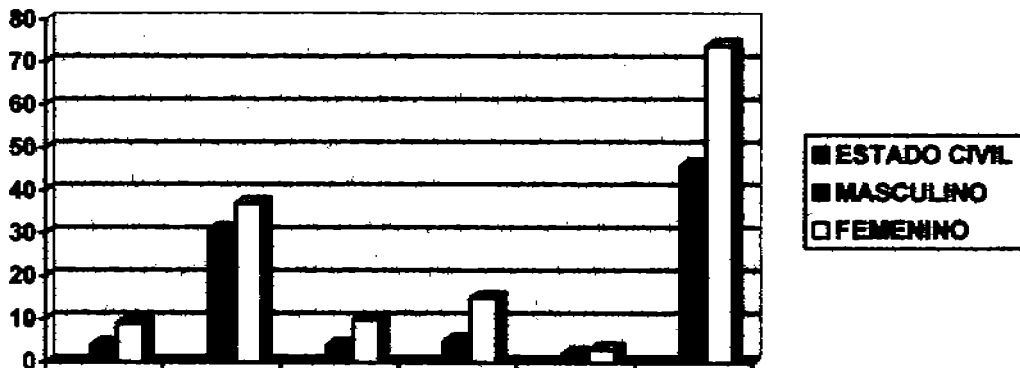
Por condición civil 56.6%; 31 hombres y 37 mujeres, son casados y 17.5%; 5 hombres y 15 mujeres, con fallecimiento de pareja. Cuadro 2.

Cuadro 2. Por estado civil.

n=120

ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO	U. LIBRE	VIUDO	DIVORCIADO	TOTAL
MASCULINO	4	31	4	5	2	46 38.3%
FEMENINO	9	37	10	15	3	74 61.6%
TOTAL	13 10.8%	68 56.6%	14 11.6%	20 17.5%	5 4.16%	120

Grafica de cuadro 2.



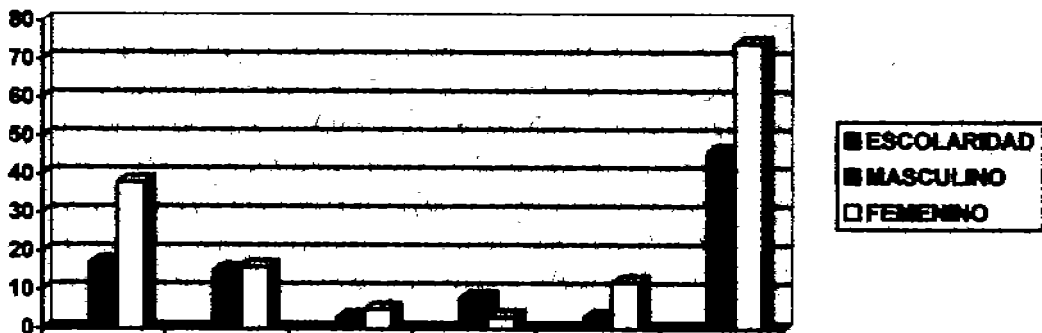
La escolaridad fue de 44.1%; 17 hombres y 38 mujeres, en primaria y 26.6%; 15 hombres y 16 mujeres, en secundaria. . Cuadro 3.

Cuadro 3. Por escolaridad.

n=120

ESCOLARIDAD	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLER	PROFESIONAL	NINGUNA
MASCULINO	17	15	3	8	3
FEMENINO	38	16	5	3	12
TOTAL	53 44.1%	32 26.6%	8 6.6%	11 9.1%	16 13.3%

Grafica de cuadro 3

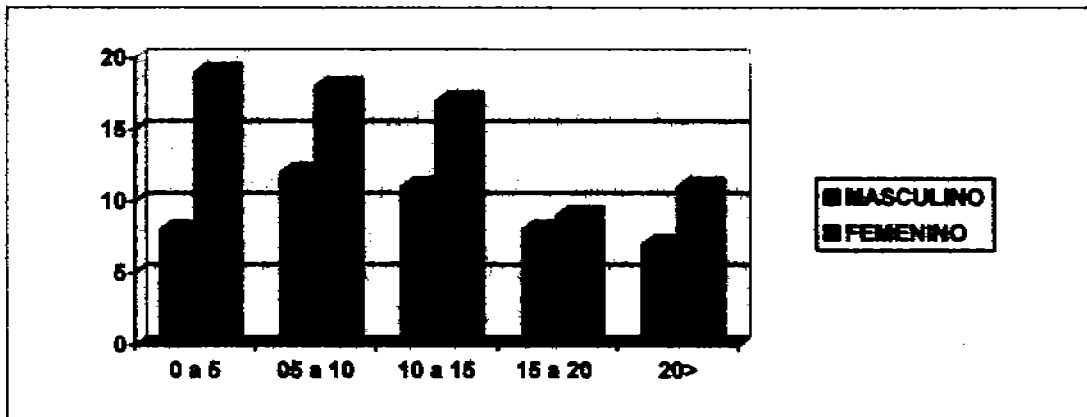


La evolución de enfermedad de 0 a 5 años con 22.5%; 8 hombres y 19 mujeres, de 5 a 10 años y 10 a 15 años de evolución con 21.6% ; 12 hombres y 18 mujeres, respectivamente. Cuadro 4.

Cuadro 4. Evolución de la enfermedad.
n=120

AÑOS EVOLUCION	0 a 5	05 a 10	10 a 15	15 a 20	20>
MASCULINO	8	12	11	8	7
FEMENINO	19	18	17	9	11
Total	27 22.5%	26 21.6%	26 21.6%	17 14.1%	18 15%

Grafica de cuadro 4

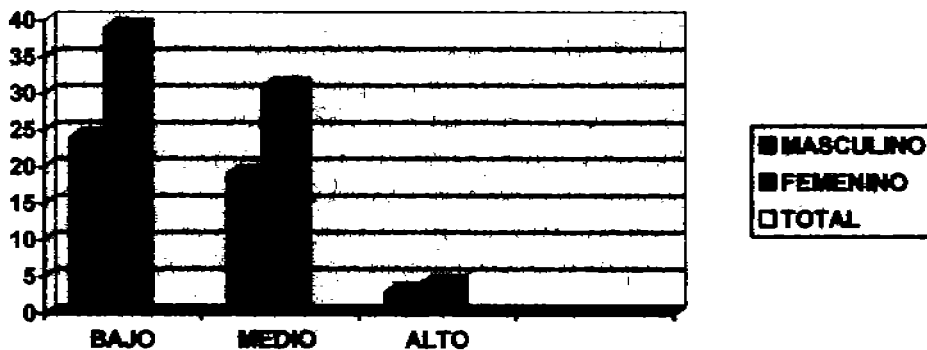


Las calificaciones globales el 52.5% correspondió a calificación baja, 41.6% a calificación media y 5.8% con calificación alta. Cuadro 5.

Cuadro 5. Calificaciones.
n=120.

PROMEDIO	BAJO	MEDIO	ALTO
MASCULINO	24	19	3
FEMENINO	39	31	4
TOTAL	63 52.5%	50 41.6%	7 5.8%

Grafico de cuadro 5

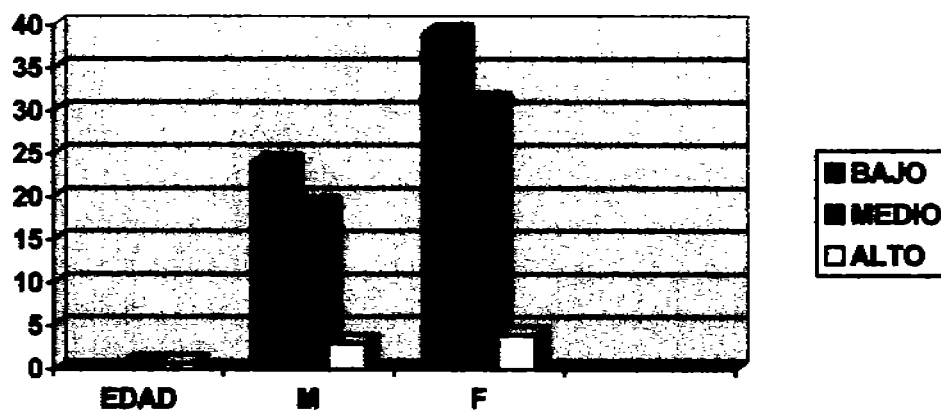


La edad promedio en el grupo con puntaje bajo fue de 58.5 años de edad; 24 hombres y 39 mujeres, la edad promedio en el grupo de puntaje medio fue de 62.6 años, 19 hombres y 31 mujeres y la edad promedio en el grupo con puntaje alto fue de 65.7 promedio años de edad ; 3 hombres y 4 mujeres. Cuadro 6.

**Cuadro 6. Calificaciones con promedio de edad y sexo.
n=120**

PROMEDIO	EDAD	M	F
BAJO	58.5	24	39
MEDIO	62	19	31
ALTO	65.7	3	4
TOTAL	100%	46	74

Grafica de cuadro 6.



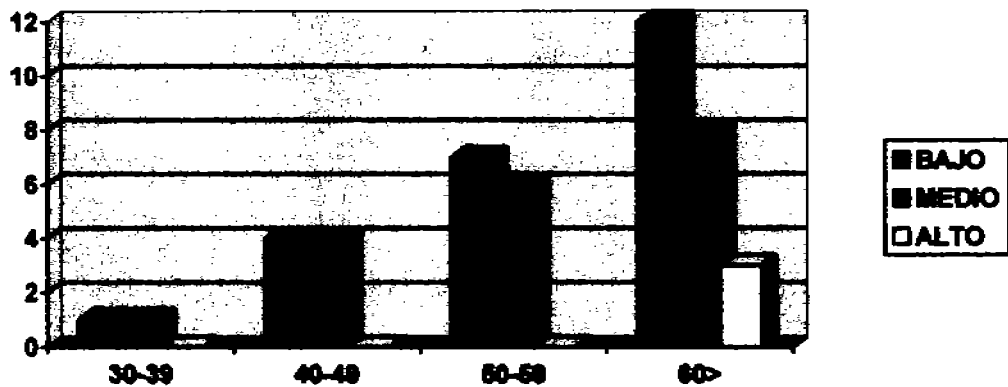
En el grupo de sexo masculino 20% obtuvieron puntaje bajo en comparación con las mujeres con 32.5%; con puntaje medio 15.8% en hombres y 25.8% en mujeres. Cuadro 7y 8.

Cuadro 7. Calificaciones por sexo (hombres).

n=120

GRUPO DE EDAD	30-39	40-49	50-59	60>	TOTAL	
BAJO	1	4	7	12	24	20%
MEDIO	1	4	6	8	19	15.83%
ALTO	0	0	0	3	3	2.5%

Grafico cuadro 7.

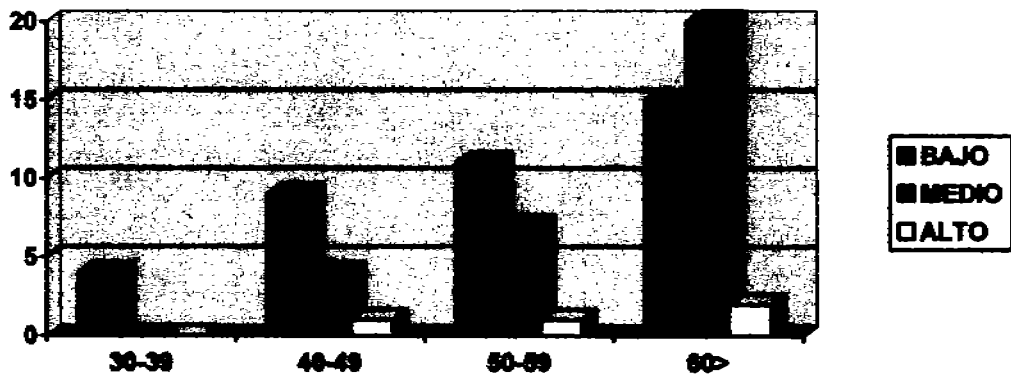


Cuadro 8. Calificaciones por sexo (mujeres).

n=120

GRUPO EDAD	30-39	40-49	50-59	60>	TOTAL	
BAJO	4	9	11	15	39	32.5%
MEDIO	0	4	7	20	31	25.8%
ALTO	0	1	1	2	4	3.3%

Grafica de cuadro 8.



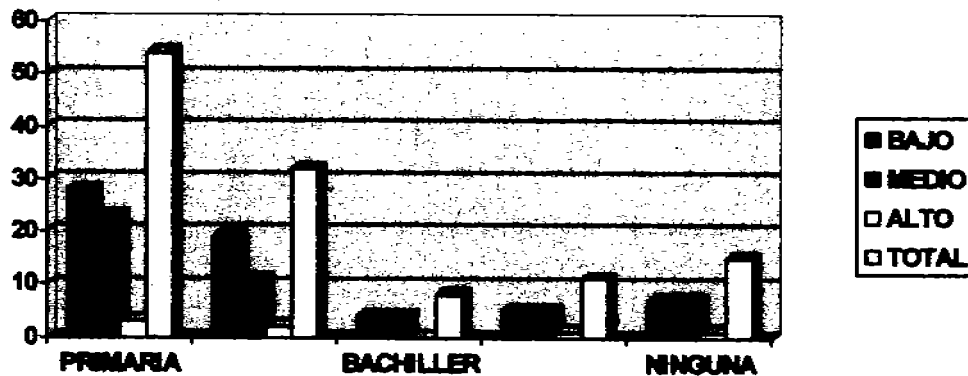
Por escolaridad el 45% de los pacientes se ubico en primaria con un total de 54 pacientes 28 con puntaje bajo, 23 medios y 3 alto; el nivel secundaria con 26.6%; 32 pacientes, de estos 19 con puntaje bajo, 11 medio y 2 alto.

Cuadro 9.

Cuadro 9. Calificaciones por escolaridad.
n=120

ESCOLARIDAD	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLER	PROFESIONAL	NINGUNA
BAJO	28	19	4	5	7
MEDIO	23	11	4	5	7
ALTO	3	2	0	1	1
TOTAL	54 45%	32 26.6%	8 6.6%	11 9.1%	15 12.5%

Grafica de cuadro 9



Respuestas del cuestionario

Los resultados obtenidos en la encuesta por pregunta en la 1, hacer sentadillas 23.3%; 28 pacientes, contesto y el resto 76.6%; 91 pacientes, no sabe.

PREGUNTA 1	RESULTADOS	PORCENTAJE
QUEDARME SENTADO	13	10.3%
CAMINAR	58	48.3%
HACER SENTADILLAS	28	23.3%
NO HAGO NADA	21	17.5%

En la pregunta 2 el 33.3%; 40 pacientes, sabe y el resto 66.6% no sabe.

PREGUNTA 2	RESULTADOS	PORCENTAJE
SIN IMPORTANCIA	11	9.16%
ES NORMAL	16	13.3%
LO TOLERO	37	30.8%
NO SE	16	8.3%
ANORMAL	40	33.3%

En la pregunta 3 las acciones realizadas el 43.3% sabe que hacer y el resto 56.6% no sabe que acción realizar.

PREGUNTA 3	RESULTADOS	PORCENTAJE
FROTARME	16	13.3%
CUBRIRME CON ROPA	42	35%
ESTAR PARADO	9	7.5%
ELEVAR MIS PIERNAS	52	43.3%
NO HAGO NADA	1	0.83%

En la pregunta 4 el 30% sabe si tiene afectación a su sistema nervioso y el resto 70% no sabe.

PREGUNTA 4	RESULTADOS	PORCENTAJE
FALTA DE EJERCICIO	32	26.6%
MALA CIRCULACION	33	27.5%
MIS NERVIOS ESTAN ENFERMOS	36	30%
NO SE	19	15.8%

En la pregunta 5 de las acciones que realiza el paciente el 58.3% sabe y el resto 48.6% no hace acciones.

PREGUNTA 5	RESULTADOS	PORCENTAJE
COLOCAR AGUA	20	16.6%
DESCUBRIR MIS PIERNAS	70	58.3%
PONERME HIELO	7	5.83%
NO HAGO NADA	23	19.1%

Respecto a las acciones para disminuir el dolor en la pregunta 6 el 41.6% sabe y el resto 58.3% no sabe.

PREGUNTA 6	RESULTADOS	PORCENTAJE
USAR ZAPATO SUAVE	50	41.6%
NO HACER EJERCICIO	24	20%
PONERME HIELO	33	27.5%
NO HAGO NADA	13	10.8%

De la pregunta 7 el 52.5% contestaron conocer la afección nerviosa y el resto 47.5% no saben.

PREGUNTA 7	RESULTADOS	PORCENTAJE
MIS NERVIOS ESTAN ENFERMOS	63	52.5%
ES NORMAL	8	6.6%
NO SE	49	40.8%

En la pregunta 8 conocer la complicación de su enfermedad el 50.8% sabe y el resto 49.1% no sabe.

PREGUNTA 8	RESULTADOS	PORCENTAJE
MI FUERZA EN LAS PIERNAS NO HA CAMBIADO	29	24.1%
SE HAN ADELGAZADO MIS PIERNAS	8	6.6%
4.1L MARCHAR TROPIEZO	61	50.8%
NO SE	22	18.3%

Para el control del dolor en la pregunta 9 el 43.3% sabe y el resto 56.6% no sabe.

PREGUNTA 9	RESULTADOS	PORCENTAJE
TOMAR PASTILLAS PARA EL DOLOR	52	43.3%
TOMAR ALGUN ALIMENTO AZUCARADO	35	29.1%
SUSPENDER MI MEDICINA	4	3.3%
NO HAGO NADA	29	24.1%

En la pregunta 10 para evitar lesiones dérmicas el 52.5% revisa piel y el resto 47.5% no sabe.

PREGUNTA 10	RESULTADOS	PORCENTAJE
RASCARME	33	27.5%
REVIZAR COMO ESTA MI PIEL	63	52.5%
LIMARME LOS PIES	3	2.5%
NO HAGO NADA	21	17.5%

DISCUSION

El presente trabajo estudió a una población de 120 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención en medicina familiar, encontramos que la edad promedio fue alrededor de 60.4 años misma que se relacionada a la edad promedio de 54.3 (rango 8.9 años de edad) en una población de 219 pacientes con neuropatía diabética.⁹

Encontramos que el 60 % del grupo estudiado perteneció al genero femenino y un 40% al masculino datos que no se correlacionan con otros estudios realizados donde el predominio es de 30.6% genero femenino y 69.4 % genero masculino.⁹

Respecto a la evolución de la enfermedad de 0 a 5 años correspondió a un 22.5% y de 5 a 10años, de 10 a 15 años ambos con un 21.6%, estos últimos se relacionan con los años de evolución registrados en pacientes con neuropatía diabética teniendo un promedio de 11.8 con un rango de 4.2 años de evolución de la enfermedad.⁹

Se han encontrado variables sociodemográficas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y el tiempo de evolución de la enfermedad, la escolaridad menor a seis años de estudio y el estado civil casado son significativos para determinar la calidad de vida, datos en frecuencia de nuestro estudio revelan que el 56.6% de los pacientes son casados y 44.1% tiene escolaridad primaria factores asociados que pueden influir en su calidad de vida futura.¹¹

Recientes estudios evalúan el deterioro de la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 encontrando que el 43% de los sujetos tienen deterioro en la calidad de vida, resaltando que los años de evolución de la enfermedad, edad promedio, estado civil, nivel educativo, ocupación son las variables sociodemográficas mas involucradas.

Existen evaluaciones en escalas que identifican el conocimiento del paciente respecto a su enfermedad en distintas áreas como lo es la escala de calidad de vida relacionada con la salud denominada "ESCAVIR" conformada por área física, área de interacción médica, área psicosocial, área sexual y área de relaciones significativas; el conocimiento del paciente se ve implicado en estas áreas, para el manejo y control de su enfermedad y así tener una favorable calidad de vida, nosotros evaluamos en base a una encuesta el conocimiento del paciente en relación a las acciones que realiza para su autocuidado obteniendo puntajes globales que correspondieron a un 52.5% en puntaje bajo, 41.6% en puntaje medio y un 5.8% en puntaje alto; esto es importante para mejorar la atención médica, el conocimiento del paciente y las acciones médicas.^{11,12} Identificamos que la edad promedio en el grupo que obtuvo puntaje bajo fue de 58.5 años de edad, con puntaje medio fue de 62.6 años de edad y por último 65.7 años de edad con puntaje alto; promedios de edad que se relacionan con la evolución de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 infiriendo que a mayor edad el paciente este conoce más de su propia padecimiento que en edades mucho más tempranas de inicio de la enfermedad.

El conocimiento por genero identificamos que 32.5% correspondió al genero femenino en comparación con el genero masculino que fue de 25.8%; investigaciones que indagan factores que influyen en el conocimiento del paciente sobre diabetes mellitus han encontrado que el ser mujer y ama de hogar son factores significativos para deterioro de calidad de vida, en nuestro estudio podemos decir que el poco conocimiento puede ser otra variable que influya en las condiciones familiares y sociales de la mujer así como la baja escolaridad es determinante para el adecuado control. La diabetes mellitus tipo 2 es uno de los problemas que afronta tanto el médico como el paciente, que repercuten en el bienestar de la familia y la sociedad el desconocimiento es un factor que enfrenta el personal de salud ante el paciente con diabetes y neuropatía diabética, nuestra investigación una puntuación baja que corresponde al 45% de nuestra población y situaciones encontradas en otros estudio muestra que una escolaridad menor de seis años son factores que

influyen desfavorablemente en la vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.^{11, 15}

CONCLUSIONES

Se realizó un total de 120 encuestas a pacientes con diabetes tipo 2, en el grupo de 60 y más años de edad correspondió a un 50% de los pacientes; 23 hombres y 37 mujeres, y un 26.6%; 13 hombres y 19 mujeres, en el grupo de 50 a 59 años de edad, con una edad promedio de 60.4 años de edad, 58 años de edad siendo la moda y 59.5 años de edad la mediana.

La identificación de variables relevantes por condición civil 56.6%; 31 hombres y 37 mujeres, son casados y 17.5%; 5 hombres y 15 mujeres, con fallecimiento de pareja, la escolaridad fue de 44.1%; 17 hombres y 38 mujeres, en primaria y 26.6%; 15 hombres y 16 mujeres, en secundaria que influyen en el conocimiento de la enfermedad del paciente.

La evolución de enfermedad que consideramos en años de evolución fueron de 0 a 5 años con 22.5%; 8 hombres y 19 mujeres; de 5 a 10 años y 10 a 15 años de evolución con 21.6%; 12 hombres y 18 mujeres, 11 hombres y 17 mujeres respectivamente.

Las calificaciones globales obtenidas fueron el 52.5% correspondió a calificación baja, 41.6% a calificación media y 5.8% con calificación alta.

La edad promedio en el grupo con puntaje bajo fue de 58.5 años de edad; 24 hombres y 39 mujeres, la edad promedio en el grupo de puntaje medio fue de 62.6 años; 19 hombres y 31 mujeres, y la edad promedio en el grupo con puntaje alto fue de 65,7 promedio años de edad; 3 hombres y 4 mujeres.

En el grupo de sexo masculino 20% obtuvieron puntaje bajo en comparación con las mujeres con 32.5%; con puntaje medio 15.8% en hombres y 25.8% en mujeres.

Por escolaridad el 45% de los pacientes se ubicó en primaria con un total de 54 pacientes 28 con puntaje bajo, 23 medios y 3 alto; el nivel secundaria con 26.6%; 32 pacientes, de estos 19 con puntaje bajo, 11 medio y 2 alto.

Los resultados obtenidos en la encuesta por pregunta en la 1, hacer sentadillas 23.3%; 28 pacientes, contestó y el resto 76.6%; 91 pacientes, no sabe, en la

pregunta 2 el 33.3%; 40 pacientes, sabe y el resto 66.6% no sabe, en la pregunta 3 las acciones realizadas el 43.3% sabe que hacer y el resto 56.6% no sabe que acción realizar, en la pregunta 4 el 30% sabe si tiene afectación a su sistema nervioso y el resto 70% no sabe, en la pregunta 5 de las acciones que realiza el paciente el 58.3% sabe y el resto 41.6% no hace acciones, respecto a las acciones para disminuir el dolor en la pregunta 6 el 41.6% sabe y el resto 58.3% no sabe, en la pregunta 7 el 52.5% contestaron conocer la afección nerviosa y el resto 47.5% no saben, en la pregunta 8 conocer la complicación de su enfermedad el 50.8% sabe y el resto 49.1% no sabe, para el control del dolor en la pregunta 9 el 43.3% sabe y el resto 56.6% no sabe, en la pregunta 10 para evitar lesiones dérmicas el 52.5% revisa piel y el resto 47.5% no sabe.

Los resultados obtenidos muestran que la población estudiada no realiza acciones preventivas para identificar, retardar o detectar complicaciones por neuropatía diabética posiblemente por el escaso conocimiento de los síntomas de esta entidad clínica. En el manejo del paciente con diabetes mellitus tipo 2 se debe tomar en cuenta a la familia para que tanto paciente como integrantes familiares se favorezcan con la información brindada por el personal de salud con el propósito de prevenir, evitar o retardar complicaciones agudas o crónicas. Nuestro estudio es propicio para promover estrategias educativas que faciliten el acceso a la información y se propicie un mejor conocimiento en el paciente sobre neuropatía diabética.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y DEL ESTADO DE SALUD

DEFINICION CONCEPTUAL

Edad: Es el tiempo transcurrido desde que nace hasta que muere el individuo.

Escolaridad: Referida a los años de estudio y el nivel alcanzado por el sujeto durante su formación como estudiante que le propicie un desarrollo y progreso social

Ocupación: Actividad con o sin remuneración económica que desempeña una persona.

Estado civil: Condición social del individuo en convivencia con su semejante del sexo opuesto con o sin compromiso de unión social o religiosa.

Enfermedad: Entendida como toda alteración que afecte el bienestar biológico, psicológico o social del individuo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Edad: Los años que refiere el paciente al momento de la entrevista.

Escolaridad: El grado de escolaridad que comenta el paciente que tiene al momento de la entrevista.

Ocupación: La ocupación a la que se dedica el paciente al momento de la entrevista.

Estado civil: el referido o señalado por el mismo paciente al momento de la entrevista.

Enfermedad: la señalada en el momento de la entrevista ya sea única o concomitante.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Oscar Velásquez Monroy, Agustín Lara Esqueda, Antonio González Chávez, Elvira g. Alexanderson Rosas, Héctor García Alcalá y cols. Consenso uso de combinaciones en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 Modificación a la Norma oficial Mexicana de Diabetes, 2003.
- 2.- Enrique Sabag Ruiz, Andrés Álvarez Félix, Sergio Celiz Zepeda, Alejandro V. Gómez Alcalá. Complicaciones crónicas en la Diabetes Mellitus. Rev. Med. Inst. Méx. Seguro Soc. 2006; 44(5): 415-421.
- 3.- Gómez Pérez francisco Javier, Hernández Jiménez Sergio, Rull Rodrigo Juan Antonio. Avances en el tratamiento de las manifestaciones sensitivas de la neuropatía diabética. Rev. Endocrinol Nutr. 2002; 10(2): 77-83.
- 4.-Guillermo S. García Ramos, Felipe Vega Boada, Rafael Ricardo Valdez Vázquez. Neuropatía periférica. Atención integral del paciente diabético. Segunda edición 2000: Pág. 195-204.
- 5.- Antonio Martínez, Conde Martínez, Carlos Mauricio paredes Fernández, Rogelio Zacarías castillo. Neuropatía diabética. Rev. Hosp. Gral. Dr. M. Gea González. Vol. 5, Nos. 1 y 2, Enero-Marzo, Abril-Junio 2002, Págs. 7-23.
- 6.- Francisco Aguilar Rebolledo, Darío Rayo Mares. Neuropatía diabética. Clasificación, fisiopatología y manifestaciones clínicas Parte 1. Rev. Med IMSS 2000, 38(2):89-99.
- 7.- E. Chicharro Luna, A.I. Chicharro luna, M.J. Bustos García. Neuropatía diabética. Rev. El Peu 2002; 22(4):186-191.
- 8.- Francisco Aguilar Rebolledo, Darío Rayo Mares. Neuropatía diabética. Parte 2. Patología, procedimientos diagnósticos, prevención y tratamiento. Rev. Med. IMSS 2000; 38(4): 257-266.
- 9.- David Alvaro Escobar Rodriguez, Doris Beatriz Rivera Ibarra, Mercedes de Jesus Juarez Lopez, Beatriz Gonzalez Carmona. Utilidad de la electroneuromiografía para evaluar neuropatia en pacientes diabeticos. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44(1): 27-34.
- 10.- Harrison, Isselbacher, Braunwald, Wilson, Martin, Fauci, Kasper. Diabetes mellitus y neuropatia diabetica. Principios de medicina interna 13 ed, vol 2, pag 2738-2739 y 2299-2302.
- 11.- Jorge Alberto Castañeda Fernandez y Dr Jahazel del Corral Garcia. Neuropatias perifericas. MEDISAN 2003;7 (4): 35-41.

12.- Mario Alberto Oviedo Mota, Francisco Espinoza Larragana, Hortensia Reyez Morales, Juan Antonio Trejo y Perez, Estela Giul Velaquez. Complicaciones de la enfermedad. Guia clinica para el diagnostico y el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. pag:103-122.

13.- José Lauro de los Ríos Castillo, Juan José Sánchez Sosa, Pedro Barrios Santiago, Verónica Guerrero Sustaita. Calidad de vida en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2. Rev. Med IMSS 2004; 42 (2): 109-116.

14. - Dr. Jaume Coll I Canti. Aproximación practica al diagnostico de las polineuropatias. Societat catalana de neurología.

15.- Arellano Zárate Angélica Esperanza, Castillo Duarte Andrea Natalia, Valtierra Herrera Martha Lucía
Asesores: Dr. Adolfo Sepúlveda Medina, Biol. Víctor Hugo López Benítez
"Relación entre obesidad y diabetes mellitus"
Episteme No. 8-9 Año 2, Octubre-Diciembre 2006

ANEXOS

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ reconozco que se me solicita consentimiento y se me ha informado totalmente acerca del estudio con fines de investigación médica en el que seré incluido.

Así mismo comento que se me informó que todos los datos que proporcione son de interés puro para la propia investigación y serán totalmente confidenciales.

Por lo que declaro que es mi decisión libre, conciente e informada aceptar participar en el estudio ".....durante los meses de abril a septiembre en la unidad de medicina familiar no 01 IMSS Puebla, por lo que firmo de conformidad en presencia de un testigo y sin estar sujeto a ningún tipo de presión.

PUEBLA, PUE. A _____ DE _____ 2007.

FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL PACIENTE _____

TESTIGO NOMBRE Y FIRMA _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Edad en años: _____

Sexo: mujer () hombre ()

Ocupación actual: _____

Escolaridad: ninguna (), primaria (), secundaria () preparatoria o técnica (), profesional ().

Termino sus estudios: si () no ()

Estado civil: soltero (), casado (), viudo (), unión libre () divorciado ()

Que tiempo tiene usted de padecer diabetes mellitus: Años _____ meses _____
no recuerdo _____

El control de su enfermedad es con: Medicamento tomado () insulina ()
dieta (), ejercicio (), ambos ()

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Cuestionario para el paciente para evaluar conocimiento de la enfermedad y acciones preventivas no realizadas en el cuidado de neuropatía diabética.

AP: Acciones del paciente.

CE: conocimiento de la enfermedad.

1.- ¿Cuando siento hormigueo en las piernas lo primero que hago es? (AP):
Quedarme sentado () caminar () hacer sentidillas () no hago nada ()

2.- La sensación de frío en mis piernas la considero (CE):
Sin importancia () es normal () lo tolero () no sé () anormal ()

3.- ¿Cuando siento frío en mis piernas lo primero que hago es? (AP):
Frotarme () cubrirme con ropa () estar parado () elevar mis piernas () no hago nada ()

4.- Sentir mis piernas adormecidas pienso que es debido a (CE):
Falta de ejercicio () mala circulación () mis nervios están enfermos (),
no sé ().

5.- ¿Cuando siento quemadura en mis piernas lo primero que hago es? (AP):
Colocar agua () descubrir mis piernas () ponerme hielo () no hago nada ()

6.- ¿Lo qué hago para disminuir el dolor en mis pies es? (AP):
Usar zapato suave () no hacer ejercicio () tomar medicina para el dolor () no hago nada ()

7.- No sentir mis pies me indica que (CE):
Mis nervios están enfermos () es normal () no sé ()

8.- Me doy cuenta que se ha complicado mi enfermedad (diabetes mellitus) cuando (CE):
Mi fuerza en las piernas no ha cambiado () se han adelgazado mis piernas ()
al marchar tropiezo () no sé ()

9.- Cuando siento punzadas la planta de los pies lo primero que hago es (CE):
Tomar pastillas para el dolor () tomar algún alimento azucarado ()
suspender mi medicina () no hago nada ()

10.-Al sentir comezón en mis pies y piernas lo primero que hago es:
Rascarme () revisar como está mi piel () limarme los pies ()
no hago nada ()