



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15
MONTERREY, NUEVO LEON

**CULTURA ALIMENTARIA RURAL Y APEGO A LA DIETA EN EL PACIENTE
DIABÉTICO TIPO 2 PARA SU CONTROL METABÓLICO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. DELFINA ELISABETH FARFÁN FLORES

MONTERREY, NUEVO LEON

NOVIEMBRE DEL 2008



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.


**CULTURA ALIMENTARIA RURAL Y APEGO A LA DIETA EN EL PACIENTE
DIABETICO TIPO 2 PARA SU CONTROL METABOLICO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

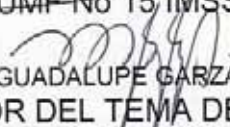
PRESENTA:

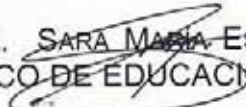
Dra. MA. Delfina Elisabeth Farfán Flores.

AUTORIZACIONES:


DRA. MARÍA ISABEL CRUZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 15
MONTERREY, NUEVO LEÓN

DRA. SARA MARÍA ESTEVANÉ DÍAZ
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UMF No 15 IMSS


DRA. MARIA GUADALUPE GARZA SAGASTEGUI
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
JEFA DE COORDINACION MEDICA PRIMER NIVEL DE ATENCION
DELEGACION NUEVO LEON


DRA. SARA MARÍA ESTEVANÉ DÍAZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

MONTERREY, NUEVO LEON

NOVIEMBRE 2008

**CULTURA ALIMENTARIA RURAL Y APEGO A LA DIETA EN EL PACIENTE
DIABETICO TIPO 2 PARA SU CONTROL METABOLICO.**

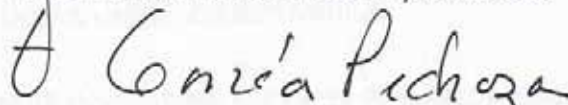
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

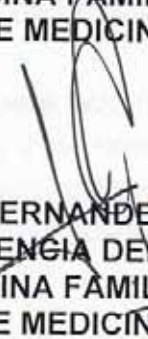
**DRA. MARIA DELFINA ELIZABETH FARFAN FLORES
AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

MONTERREY, NL.

2009

1. TITULO

CULTURA ALIMENTARIA RURAL Y APEGO A LA DIETA EN EL PACIENTE
DIABETICO TIPO 2 PARA SU CONTROL METABÓLICO.

2. INDICE GENERAL	Págs.
1. TITULO	4
2. ÍNDICE GENERAL	5
3. MARCO TEÓRICO	6
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
5. JUSTIFICACIÓN	12
6. OBJETIVOS	13
6.1 General	
6.2 Específicos	
7. HIPÓTESIS	14
8. METODOLOGÍA	15
8.1 Tipo de estudio	
8.2 Población, lugar y tiempo de estudio	
8.3 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
8.4 Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
8.5 Información a recolectar (Variables a recolectar)	
8.6 Método o procedimiento para captar la información	
8.7 Consideraciones éticas	
9. RESULTADOS	23
Análisis Estadístico	
Tablas y gráficas	
10. DISCUSION DE LOS RESULTADOS	28
11. CONCLUSIONES	30
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
13. ANEXOS	34

3. MARCO TEORICO

La diabetes es una enfermedad metabólica que se caracteriza por hiperglucemia que resulta de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas.⁽¹⁾ En el mundo existen alrededor de 171 millones de diabéticos y se estima que llegaran a 370 millones en el 2030. En el año 2000 el número de diabéticos en América fue de 35 millones, cifra que se incrementara a 64 millones en el 2025.⁽²⁾ En México, la Encuesta nacional de enfermedades crónicas realizada en 1993 encontró una prevalencia de diabetes mellitus de 7.2% en la población general y ocupó el cuarto lugar en las causas de muerte. En el Instituto Mexicano del Seguro Social Social (IMSS) ocupa el segundo lugar en motivos de demanda de atención en consulta externa de Medicina Familiar y el primero en consulta de especialidades, además de ser una de las principales causas de ingreso y egreso hospitalario.⁽³⁾ Y hoy ocupa los primeros lugares como causa de muerte provocando una cantidad muy importante de años de vida saludables perdidos. Los costos derivados para la atención de los pacientes diabéticos en los ámbitos ambulatorios y hospitalarios junto con la pérdida de productividad de la población afectada, coloca a la diabetes mellitus dentro de las enfermedades de mayor costo social y carga financiera para las instituciones de salud.⁽²⁾ La frecuencia de la diabetes va en aumento tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, debido al envejecimiento de la población, así como a los estilos de vida no saludables, por lo que a pesar de los adelantos tecnológicos y farmacológicos no se ha logrado el control de las enfermedades crónico degenerativas, como la diabetes mellitus tipo 2, ni se ha disminuido la mortalidad por complicaciones de la misma, eso nos obliga a contemplar no sólo la historia natural de la enfermedad, desde un enfoque biológico, sino a la historia cultural de ésta como lo propone el Dr. Leonardo Viniegra Velázquez en su publicación del 2006 en la revista —*Revista Médica del IMSS*” titulada —*Las enfermedades crónicas y la educación.*”^(3,4)

El desarrollo de la cultura alimentaria es importante en la historia del hombre, no sólo por constituirse en una expresión acentuada de la vida cultural de cada pueblo, sino por contribuir al desarrollo biológico de los distintos grupos étnicos que han poblado y habitan el mundo. ⁽⁵⁾ De las expresiones de mayor significación y arraigo en un pueblo se encuentra la cultura alimentaria. Con este termino se entiende no solo la forma en que se consumen los alimentos, sino también como se producen y en que cantidad, que parte se destina a la familia y como se distribuye en la familia. ⁽⁶⁾ Para comprender la respuesta del hombre a su medio ambiente en cuanto a selección y consumo de alimentos, es conveniente examinar su comportamiento dentro de su contexto cultural, por ello el estudio de la alimentación es un factor determinante para la comprensión integral de una cultura. De esta manera se puede aseverar que la tradición cumple una función específica en la creación y mantenimiento de la cultura alimentaria, dado que la alimentación de un pueblo forma parte de sus hábitos, creencias y costumbres, es decir de su cultura. La cultura alimentaria nacional, con su amplio mosaico de expresiones regionales y locales, asumió tendencias al cambio, orientadas a homogeneizar los patrones de consumo mediante la incorporación paulatina de nuevos componentes en la alimentación cotidiana. Estos cambios se han dado por igual en el medio rural y en urbano. Quizá debido a que se le ha puesto un estigma a la dieta tradicionalmente denominada como —dieta mexicana”, la población siempre ha visto como un ejemplo a seguir la dieta occidental (con predominio de alimentos altamente refinados, con un alto contenido de energía y proteínas, azúcares, grasas saturadas y colesterol y muy pobres en fibra) que ha venido representando un símbolo de abundancia, Contrariamente a lo que se pensaba, la dieta promedio mexicana que predomina en la zona centro y sur del país es equilibrada y valiosa más recomendable que la de los países altamente industrializados, siempre y cuando se de en condiciones de suficiencia y diversidad.

La dieta de estas regiones de México se caracteriza por el predominio de cereales y leguminosas, el consumo abundante y variado de frutas, verduras y la adición de pequeñas cantidades de alimentos de origen animal con un gran contraste con lo que ocurre en el norte del país en donde por tradición las dietas se basan en productos de origen animal, ricos en grasas saturadas y colesterol, y su preparación a base de grasas no vegetales, donde las harinas son muy refinadas y por ende pobres en fibra, predominando la tortilla de harina en la alimentación diaria así como el consumo de azúcar refinada en grandes cantidades mediante el consumo de pan dulce típico de las regiones y bebidas gaseosas integradas en los últimos años como producto de la dieta occidental.⁽⁷⁾

Como se ha dicho la alimentación es un reflejo de la cultura y representa la piedra angular en los pacientes con diabetes tipo 2, por ello el principal interés de la cultura alimentaria se dirige a la distribución y fraccionamiento de su dieta, la cantidad y calidad de nutrientes que consume, la forma de su preparación y el apego al tratamiento dietético, definiendo a este último como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida.⁽⁸⁾ En el paciente diabético el seguimiento de una dieta individualizada es condición indispensable para alcanzar un buen control metabólico y sin está, el tratamiento farmacológico de los diferentes factores de riesgo cardiovascular asociados será ineficaz.⁽⁹⁾ De ahí que es fundamental conocer la cultura alimentaria de la población rural y la influencia de ésta en el apego a la dieta del paciente con diabetes mellitus para su control metabólico, entendido como el logro de los niveles de glucemia plasmática en ayuno, entre 80 y menos de 110 mg / dl por el mayor tiempo posible, en los casos de diabetes sujetos a tratamiento en los Sistemas Nacionales de Salud.⁽¹⁰⁾ Por tratarse de un padecimiento incurable, los diabéticos deben recibir tratamiento durante toda su vida, determinando que gran parte de ellos manifiestan una baja adherencia al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control metabólico. Zaldívar (2003) hace referencia que solo una pequeña fracción de los diabéticos acude regularmente a los servicios de salud y de estos entre el 25 y el 40 % mantienen un adecuado control metabólico.⁽¹¹⁾

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán se ha estimado la adherencia al tratamiento en el paciente con diabetes; es buena en el 80 % de los pacientes en cuanto a la toma de sus medicamentos, pero es más baja (58%) en relación al apego a la dieta y solo poco más de una tercera parte practican un poco de ejercicio. ⁽¹²⁾

En casi todos los grupos humanos donde la prevalencia de diabetes mellitus 2 coexiste con la obesidad, pocos diabéticos se apegan a prácticas y comportamientos nutricios positivos; según Olson el 70 % de los pacientes diabéticos tienen prácticas nutricias inadecuadas (Olson, 1986). ⁽¹³⁾

Un estudio realizado por Cabrera-Pivaral y Martínez Ramírez en Unidades de Medicina Familiar del IMSS, En Guadalajara Jalisco, México sobre las prácticas nutricias en pacientes diabéticos con el propósito de identificar y relacionar las prácticas nutricias con el control metabólico, edad, sexo, escolaridad y tiempo de enfermedad. Con una muestra de 114 casos seleccionados por muestreo aleatorio sistemático, a través de una encuesta estructurada, encontraron que el 21 % de los diabéticos tienen adecuadas prácticas nutricias (>31 puntos) y su relación con escolaridad y tiempo de enfermedad mostró diferencias estadísticamente significativas ($p=0.05$). La regresión simple demostró que el 9 % del control metabólico se explica por las prácticas nutricias ($r = -0.31$). ⁽¹⁴⁾

Otro estudio realizado en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS en Guadalajara, Jalisco, Donde se analizó el nivel de conocimientos, actitudes, y prácticas de educación dietética mediante una encuesta a 201 pacientes diabéticos tipo 2, obtuvieron los siguientes resultados la edad promedio fue de 54 años, con predominio del sexo femenino, escolaridad con primaria incompleta y la ocupación, los oficios en el hogar. El promedio de la glicemia central fue de 191 mg/dl con una desviación estándar de 120, además mostró que solo un 3 % del total de la muestra refirió prácticas nutricias adecuadas y se observó que solo el 10 % de los pacientes diabéticos tiene un control metabólico aceptable. ⁽¹⁵⁾

En otro estudio de carácter descriptivo y prospectivo realizado en la consulta de endocrinología del hospital de Uyapar, Puerto Ordaz – Estado de Bolívar Venezuela de mayo- septiembre del 2005 con una muestra accidental, no probabilística de 102 pacientes, 65.68% fueron del sexo femenino y 34.32 del masculino con una edad promedio de 56 años, a los cuales se le realizó la prueba de hemoglobina glucosilada A1c (HbA1c). Se encontró que en la muestra estudiada el 93 % de los pacientes presentó mal control metabólico (HbA1c>6.1%) independientemente de la edad siempre predominó el mal control metabólico. ⁽⁹⁾

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El enfoque del Médico Familiar debe de contemplar aspectos culturales ya que como producto de la globalización resultado de los sistemas económicos y políticos actuales se imponen modelos culturales en la población que han condicionado que nuestro país cambien sus patrones de alimentación y estilo de vida llevándolos a malos hábitos alimenticios con repercusión a daños en la salud. De acuerdo al diagnóstico situacional del año 2007 en la UMF 46 del IMSS solo el 36% de la población con diabetes mellitus tipo 2 logro el control glucémico, lo anterior se puede explicar debido a que el Médico esta enfocado al aspecto terapéutico farmacológico del padecimiento limitando su participación en la identificación del aspecto cultural alimentario del individuo y la familia, sin otorgar información y orientación adecuada al paciente con diabetes para el apego a una dieta adecuada que coadyuve en el control glucémico y metabólico.

Las influencias sociales de otras culturas, la nueva industria de la alimentación con sus comidas rápidas altas en grasas y carbohidratos, la resistencia a modificar hábitos y costumbres arraigados de platillos típicos y tradicionales de la región con consumo altos en grasas, ingesta diaria de harina por el hábito de acompañar los alimentos con tortilla en las tres comidas, carne asada y pan tradicional de la población cocinado con piloncillo, el bajo consumo de frutas y verduras aunado a una vida sedentaria en las familias rurales que pertenecen a la población de la UMF 46, Villaldama N.L. son factores que participan en el apego y control metabólico del paciente con diabetes tipo2. Po ello identificar por parte del Médico familiar como se relaciona en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 la cultura alimentaria y el apego a la dieta permitirá incidir en su control a través de modificar estilos de vida que lo lleven a prácticas de alimentación saludables, logrando un abordaje integral entre Médico y paciente. Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los principales factores de la cultura alimentaria rural que participan en el apego a la dieta del paciente con diabetes mellitus tipo 2 para su control metabólico?

5. JUSTIFICACIÓN

En la Unidad de Medicina Familiar No. 46 de Villaldama N.L.; se ha visto el incremento de la enfermedad en los últimos 3 años de acuerdo al censo anual de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Observando que en el año 2004 se contaba con 125 pacientes, con un aumento del 2007 al 2005, con un incremento porcentual del 60.9, además otra situación es que la diabetes tipo 2 ocupa el segundo motivo de consulta en la unidad, solo precedido de la Hipertensión Arterial, lo preocupante es que el porcentaje de control de los pacientes con el padecimiento es un 36%, desfasado de la meta administrativa Delegacional del 50% para el control del paciente con Diabetes Mellitus, sin embargo dicha meta administrativa se queda fuera de lo ideal que sería el control glucémico del 100% de los pacientes para evitar las complicaciones y disminuir la mortalidad.

Actualmente el modelo de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 46 permite monitorear las cifras glucémicas, perfil de lípidos, presión arterial, índice de masa corporal y hemoglobina glucosilada para determinar el control del paciente con diabetes mellitus 2.

El descontrol metabólico persistente debido a la falta de apego a la dieta, resistencia a modificar hábitos y costumbres arraigados de platillos típicos y tradicionales de la región, aunado a una vida sedentaria en las familias rurales que pertenecen a la población de la Unidad de Medicina Familiar No. 46, Villaldama N.L. es una condición que nos obliga a determinar que factores participan en el apego a la dieta del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en el control metabólico.

Dicha evaluación es factible, basados en la disponibilidad existente tanto en lo concerniente a la parte administrativa como en lo que corresponde a los recursos que se disponen.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los principales factores de la cultura alimentaría y del apego a la dieta del paciente con diabetes tipo 2 que participan en su control metabólico.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Comparar los principales factores de la cultura alimentaria rural y del apego a la dieta del paciente con diabetes tipo 2 en control y sin control metabólico.

7. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA

La alimentación rica en carbohidratos, grasas y con calorías excedentes, son los principales factores de la cultura alimentaria rural y del apego a la dieta del paciente con diabetes tipo 2 que participan en su control metabólico.

Los principales factores de la cultura alimentaria rural y del apego a la dieta del paciente con diabetes tipo 2 en control metabólico son diferentes a los encontrados en el paciente sin control metabólico.

HIPOTESIS NULA

La alimentación rica en carbohidratos, grasas y con calorías excedentes, no son los principales factores de la cultura alimentaria rural y del apego a la dieta del paciente con diabetes tipo 2 que participan en su control metabólico.

Los principales factores de la cultura alimentaria rural y del apego a la dieta del paciente con diabetes tipo 2 en control metabólico son iguales a los encontrados en el paciente sin control metabólico.

8. METODOLOGÍA

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio Descriptivo Observacional
Transversal, prospectivo o actual, comparativo.

8.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 46 ubicada en el área rural de Villaldama N.L de Junio a septiembre de 2008.

8.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de más de un año de evolución.
- Edades entre 25 y 75 años.
- Con registro médico mensual para el control de la diabetes.
- Se encuentre adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 46 ubicada en Villaldama N.L

b) Criterios de exclusión

- Que no acepten participar en el estudio
- Presenten expedientes incompletos
- Pacientes con complicaciones tales que requieran una dieta específica como pacientes con IRC.

c) Criterios de eliminación

- Encuesta incompleta menor de 90%.
- Cambio de adscripción distinta a la UMF No. 46.
- Muerte.

8.4 MUESTRA

Para una población de 205 pacientes que se atendieron en el intervalo de tiempo establecido, a una confiabilidad del 95%, con una proporción de 9%, un error máximo aceptado del 5% el tamaño calculado es de 78 pacientes para una muestra significativa.

8.4.1 TECNICA MUESTRAL

Muestreo probabilístico

8.4.2 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{NZ^2pq}{D^2(N-1) + Z^2pq}$$

n= Tamaño de la muestra (78).

N= Universo (205).

Z = Valor estándar (1.96 para 95% de confiabilidad).

p= Proporción del los test que resultaron positivos (9%).

q= 1-p Los que resultaron negativos al estudio (91%)

D= Error máximo aceptado (5%).

8.5 VARIABLES

Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
<p>Variable dependiente</p> <p>Control metabólico del paciente con DM tipo 2</p>	<p>Logro de los niveles establecidos por los parámetros que evalúan el control metabólico para los pacientes con diabetes mellitus de acuerdo a las Guías Clínicas del IMSS</p>	<p>El control metabólico se operacionalizó con 6 parámetros, considerando control a los pacientes que obtuvieron el porcentaje adecuado de HbA1C y por lo menos 3 de los otros parámetros:</p> <p>Glucosa plasmática preprandial 80-110 mg/dl.</p> <p>Hemoglobina glucosilada(HbA1c) < 7 %.</p> <p>Colesterol Total: < 200 mg/dl.</p> <p>Triglicéridos en ayunas: < 150 mg/dl.</p> <p>Presión Arterial: < 130/80 mmHg.</p> <p>Índice de masa Corporal: < 25</p>	<p>Nominal Dicotómica</p>	<p>Expediente clínico.</p> <p>Historia clínico nutricional</p>

<p>Variable Independiente</p> <p>Apego a la dieta:</p>	<p>Conducta del paciente con DM2 de seguir una alimentación en acorde a su padecimiento dividida en 3 o 4 ingestas al día, equilibrada con un 60% de carbohidratos con un 30% grasa y 10% de proteínas.</p>	<p>Que el paciente con diabetes tipo 2 haya cumplido con una dieta adecuada.</p> <p>Apego a la dieta del dm2 se operacionalizó a través de tres indicadores:</p> <p>Dieta Completa: que tenga los 3 principales grupos alimenticios</p> <p>Dieta Equilibrada: que contenga el porcentaje adecuado en cada grupo alimenticio</p> <p>Dieta Suficiente: que el consumo de kilocalorías sea adecuado a su talla, peso y actividad.</p>	<p>Nominal dicotómica</p>	<p>Historia clínico nutricional</p>
<p>Variables Independientes</p> <p>Cultura alimentaria:</p>	<p>Se refiere a los alimentos que consume el pueblo, métodos y técnicas de preparación, así como a la producción y el consumo de ellos.</p>	<p>Platillos típicos que excedan la cantidad o equilibrio de los grupos alimenticios (Carbohidratos, grasas, proteínas), Así como la preparación de los mismos.</p> <p>La cultura alimentaria se operacionalizó a través de los siguientes indicadores:</p> <p>Alimento rico en grasas.</p> <p>Dieta que supera el</p>	<p>Nominal dicotómica</p>	<p>Historia clínico nutricional</p>

		<p>30% de grasas y principalmente de origen animal</p> <p>Alimento rico en carbohidratos; Cuando la dieta supere el 60% del contenido de carbohidratos principalmente azúcares refinados y harinas.</p> <p>Alimento con déficit de proteínas; Cuando el porcentaje de proteínas este por debajo de 10%</p> <p>Alimento Chatarra; Dieta basada en frituras, refrescos y postres</p> <p>Alimentación abundante: Cuando las Kilocalorías de la dieta exceden los requerimientos individuales de acuerdo a sus IMC y su actividad.</p>		
--	--	---	--	--

8.6 MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Una vez recolectados los datos de la historia clínico-nutricional se vaciaron a una base de datos realizada en Excel posteriormente se obtuvieron los estadísticos descriptivos tradicionales medidas de tendencia central, de dispersión y se buscó la frecuencia de los factores.

Para ver la relación entre las variables independiente y dependiente en el grupo en control y sin control metabólico se realizará la prueba de χ^2 . Lo anterior a una confiabilidad del 95% y a un nivel de significancia estadística de 0.05 mediante el uso del programa SPSS.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Expediente clínico.

Historia Clínico-Nutricional.

Reportes de laboratorio

INSTRUMENTO

Se utilizó la encuesta titulada —Historia clínico-nutricional” la cual fue realizada y validada por el departamento de salud de la coordinación de nutrición clínica en el 2004. ⁽¹⁶⁾ El Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, a través de su Clínica de Nutrición y de la Coordinación de la Licenciatura en Nutrición y Ciencias de los Alimentos (LNCA), en su afán de lograr la excelencia académica y apoyar las actividades profesionales futuras de sus alumnos, publican el presente documento normativo que tiene como objetivo primordial proporcionar los procedimientos y herramientas necesarias que deben utilizarse para el primer contacto con los pacientes y lograr así homogeneizar la atención mínima indispensable que los alumnos de la LNCA deberán otorgar a las personas que los consulten.

Todos y cada uno de los aspectos incluidos en el documento han sido aplicados, evaluados, validados y corregidos con base en la atención continua de pacientes adultos que asisten a la Clínica, bajo estrictos protocolos que aseguran la calidad de la atención proporcionada.

El documento será utilizado por los alumnos de la LNCA para el desarrollo de sus prácticas en las materias relacionadas con la atención de pacientes.

A través de esta se recabaron los aspectos de la dieta del paciente, al analizar los apartados de indicadores clínicos, bioquímicos, dietéticos y antropométricos, estableciendo si el paciente tiene control metabólico, si su dieta es o no adecuada para valorar apego a la dieta. Además de identificar los factores culturales que participan en la elaboración y consumo de alimentos. Dicho instrumento fue aplicado y analizado de acuerdo a la operacionalización por una licenciada en nutrición.

8.7 CONSIDERACIONES ETICAS

Este tipo de investigación no pone en riesgo a las personas ya que es puramente observacional; sin embargo, es de gran beneficio porque probablemente los resultados de la investigación ayudaran a los pacientes participantes y posiblemente contribuirán al alivio del sufrimiento o a la prolongación de la vida de los demás seres humanos.

Los datos y documentos fuente se encuentran en el expediente clínico la información contenida en el expediente deberá ser manejada con discreción y confidencialidad, sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente (México). Los documentos esenciales deberán ser conservados por el investigador del estudio hasta al menos dos años desde la terminación formal del estudio clínico.

Esta investigación está basada conforme al reglamento general de salud donde se prevalece el criterio de respeto, dignidad y confidencialidad en los derechos de los pacientes, de acuerdo a los principios de la declaración de Helsinki, y con la Ley Federal de Salud. Título Segundo, de los aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos Capítulo 1, disposiciones comunes artículo 13 y 14.

9. RESULTADOS

De los 78 pacientes estudiados encontramos que la edad promedio fue de 61.84 años de edad, siendo los 60 años la edad más frecuente, lo anterior con un alejamiento de los datos con respecto a su promedio de 12.54 años.

Encontramos un predominio del género femenino en el 68.4% de los pacientes, siendo el restante 31.6% del género masculino. (Cuadro y gráfica 1)

El 79.8% de los pacientes tenían un nivel de escolaridad de primaria terminada, seguida de primaria inconclusa en el 12.7%, ninguna escolaridad en el 5.1% y los niveles de secundaria y profesional en el 1.3% cada uno. (Cuadro y gráfica 2)

La principal ocupación observada fue la de ama de casa en el 63.3% seguido de agricultor en el 21.5% (Cuadro y gráfica 3)

Al analizar el estado civil de los pacientes el 72.2% se encontraban casados, seguidos de viudo en el 19%, soltero en el 6.3%, separado y viuda en el 1.3% respectivamente. (Cuadro y gráfica 4)

El 98% de los pacientes acostumbran comer en casa y el restante 1.3% fuera de la misma. (Cuadro y gráfica 5)

El 53.2% de los pacientes presentaron control de acuerdo a los valores de la Hemoglobina Glucosilada. (Cuadro y gráfica 6)

El 54.4% de la población presentó cifras de glucosa menores a 110mg/dl. (Cuadro y gráfica 7)

El 83.6 de los pacientes presentaron cifras de TA menores a 130/80 (cuadro y gráficas 8 y 9)

El 20.3% de los pacientes presento un IMC menor a 25 en tanto el 79.7% presento desde sobrepeso hasta obesidad con IMC >25. (Cuadro y grafica 10)

El 55.7% de la población presentaron cifras de colesterol menor a 200mg/dl. (Cuadro y grafica 11)

El 36.7% de los pacientes presentaron cifras de triglicéridos menores a 150mg/dl. (Cuadro y grafica 12)

De nuestros pacientes estudiados al analizar los valores promedios de Hemoglobina Glucosilada, Glicemia, IMC, Colestrerol y Trigliceridos, encontramos 7.81, 147.16 mg/dl, 29.79, 200.1 mg y 219.59 respectivamente. (Cuadro 13)

En la población total estudiada en relación a los factores de la cultura alimentaría rural, referente a tipos y preparación de alimentos los resultados destacan que posee una alimentación rica en grasas el 66.6%, con una alimentación rica en carbohidratos un 37.2% y ninguno presento una alimentación deficiente en proteínas, el 70.5% tuvieron una alimentación —charra” y posee una alimentación abundante el 62.8%.

En cuanto al apego a la dieta para pacientes con diabetes tipo 2 las principales conductas del paciente fueron: Una dieta completa con los 3 principales grupos alimenticios 76.9% de los pacientes del estudio; Solo un 2.5% presento una dieta equilibrada cumpliendo el porcentaje adecuado en cada grupo alimenticio y una dieta suficiente 67.9% tiene un excedente calórico de acuerdo a sus requerimientos .

De los 78 pacientes con diabetes tipo 2 estudiados 32 de ellos (41%) presento control metabólico, es decir sus niveles de hemoglobina glucosilada estuvieron por debajo de 7% y en por lo menos 3 parámetros alcanzaron la meta de control, los 46 pacientes (59%) restantes presentaron descontrol metabólico de acuerdo a nuestra operacionalización de las variables. (Cuadro 14 y grafica 13)

GRUPO DE PACIENTES CON CONTROL MEDICO

En el grupo de pacientes en control metabólico en relación a los factores de la cultura alimentaría rural, referente a tipos y preparación de alimentos los resultados mostraron que el 56 % poseen una alimentación rica en grasas, (cuadro 15) 28% una alimentación rica en carbohidratos, (cuadro 16 y gráfica 14) el 53% una alimentación —charra”, (cuadro 17 y gráfica 15) 53% posee una alimentación abundante (cuadro 18 y gráfica 16) y ninguno paciente presento una alimentación deficiente en proteínas. (Cuadro 19)

En cuanto al apego a la Dieta de los 32 pacientes con diabetes tipo 2 en control metabólico encontramos: 66 % con una dieta completa, (cuadro 20 y gráfica 17) una dieta equilibrada en el 3% de los pacientes, (cuadro 21 y gráfica 18) una dieta suficiente en el 56% (cuadro 22 y gráfica 19)

PACIENTES CON DESCONTROL MEDICO DE LA DM2

De los 46 pacientes que se encontraron en descontrol metabólico las principales conductas del paciente en el incumplimiento de una alimentación acorde a su padecimiento mostraron: 85% de la población estudiada con dieta completa, (cuadro 23 y gráfica 20) sólo un 2% de los pacientes tenían dieta equilibrada, (cuadro 24 y gráfica 21) y dieta suficiente en el 76% de los pacientes. (Cuadro 25 y gráfica 22)

En relación a los factores de Cultura Alimentaria Rural, referente a tipos de preparación de alimentos de los pacientes con DM2 en descontrol metabólico los resultados mostraron: un 74% poseen una alimentación rica en grasas, (cuadro 26 y gráfica 23) un 43% una alimentación rica en carbohidratos, (cuadro 27 y gráfica 24) ningún paciente presento una alimentación deficiente en proteínas, (Cuadro 28) Lo más notable es que 83% presento una alimentación chatarra, (cuadro 29 y gráfica 25) y 70% una alimentación abundante. (Cuadro 30 y gráfica 26)

Al comparar cada variable mediante pruebas de hipótesis para medias en el caso de las de tipo cuantitativas a una confiabilidad del 95%, encontramos valores promedios estadísticamente superiores en el grupo en descontrol en hemoglobina glucosilada, glicemias, colesterol y triglicéridos (cuadro 31) al comparar cada variable

mediante pruebas de hipótesis para proporciones en el caso de las de tipo cuantitativas a una confiabilidad del 95%, encontramos frecuencias estadísticamente superiores en el grupo en control para valores inferiores de glucosa de 110 mg/dl, colesterol menor a 200 y triglicéridos menores a 150, observado solamente una mayor prevalencia de ingesta de alimentos chatarras y consumo de carbohidratos en el grupo con descontrol metabólico. (Cuadro 32)

Al analizar la relación existente entre la cultura alimentaria y el apego a la dieta de los pacientes con y sin control metabólico a través del análisis estadístico con χ^2 encontramos:

Que en relación a la cultura alimentaria rica en grasas definida como la dieta que supera el 30% de grasas, principalmente de origen animal, no se relaciona al control metabólico ya que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de control y el grupo sin control metabólico. $X^2=1.914$, $p=0.1665$ (Cuadro 33 y Grafica 27)

La cultura alimentaria rica en carbohidratos, principalmente azúcares refinados y harinas, si difiere en los dos grupos de estudio a favor del grupo con descontrol metabólico presentando diferencia estadísticamente significativa tras el análisis de $\chi^2=1.304$, $p=0.2535$ (Cuadro 34 y Grafica 28)

No se encontraron pacientes con deficiencia de proteínas en ninguno de los dos grupos (Cuadro 35 y grafica 29)

En lo que respecta a la cultura alimentaria rica en comida chatarra, la cual fue definida como la dieta basada en frituras, refrescos y postres, en esta variable también encontramos una significancia estadística a favor del grupo con descontrol metabólico control con una $\chi^2= 6.536$ con un valor de $p=0.0106$ (Cuadro 36 y grafica 30)

Finalmente entre la cultura alimentaria abundante, cantidad de Kilocalorías de la dieta que exceden los requerimientos individuales de acuerdo a si IMC y su actividad, no encontró diferencia entre el grupo de pacientes en control y sin control metabólico al encontrar un valor de $\chi^2=1.537$. Con un valor de $p=0.2151$ (Cuadro 37 y Grafica 31)

En relación al apego a una dieta completa no encontramos diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de pacientes en control y sin control metabólico, al obtener una $\chi^2 = 2.89$, $p = 0.0887$ (Cuadro 38 y gráfica 32)

La falta de una dieta equilibrada con un inadecuado porcentaje en cada grupo alimenticio tampoco mostró diferencia en el grupo con y sin control metabólico con una $\chi^2 = 0.218$, $p = 0.6407$ (Cuadro 39 y gráfica No 33)

Por último el inadecuado consumo de kilocalorías con respecto a su talla, peso y actividad (Dieta Suficiente) y la presencia de descontrol metabólico tampoco mostró asociación estadísticamente significativa $\chi^2 = 2.56$, $p = 0.1096$ (Cuadro 40 y gráfica 34)

10. DISCUSIÓN

De los pacientes con descontrol metabólico el 98% de estos presentaron una dieta no equilibrada, de estos 74% tuvieron una alimentación rica en grasas y en el 70% abundante.

A diferencia del grupo con control metabólico se encontró que la alimentación era rica en carbohidratos en un 43% de los pacientes con descontrol metabólico principalmente con azúcares refinados y harina. El 83 % del grupo con descontrol metabólico mostró una dieta basada en comida chatarra caracterizada por consumo de frituras refrescos y postres a diferencia del grupo con control metabólico.

Por los resultados que muestran asociación de la alimentación chatarra y rica en carbohidratos con el descontrol metabólico se rechaza la hipótesis nula aceptando la hipótesis alterna de que el alimento rico en carbohidrato es uno de los factores que más se asocian al control del paciente con diabetes tipo 2. Además se acepta que los factores de dieta rica en carbohidratos y chatarra son diferentes en el grupo con y sin control metabólico.

Lo anterior deja ver que la ingesta abundante y el consumo de alimentos chatarra y ricos en carbohidratos se encuentra predominando en los pacientes con descontrol metabólico y es este grupo en donde predomina la obesidad y el sobrepeso y que de acuerdo a la historia natural de la enfermedad tienen valores mayores de hipertensión y con un peligro mayor para consecuencias a la salud.

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán se ha estimado que la adherencia al tratamiento en el paciente con diabetes es buena en el 80% de los pacientes en cuanto a la toma de medicamentos, pero es más baja (58%) en relación al apego a la dieta, como se ha dicho la alimentación es un reflejo de la cultura y representa la piedra angular en los pacientes con diabetes tipo 2, por ello el resultado de este estudio apoya los resultados del Instituto

Nacional de Nutrición al mostrar que no hay un apego adecuado a la dieta la cuál se caracteriza por ser desequilibrada con exceso en la ingesta de grasas, carbohidratos y alimentos chatarras que contribuyen al descontrol metabólico de los pacientes de ahí la importancia de la educación y concientización del apego a la dieta.

CONCLUSIONES

El 98% de nuestra población come en casa, contrario a lo que pensábamos, es decir el alimento es seleccionado y preparado por los pacientes.

Poco más del 50% de nuestra población de estudio alcanzó cifras de control en sus cifras de glucosa plasmática en ayunas y en el porcentaje de Hemoglobina glucosilada, sin embargo sólo 40.5% de la población total alcanzó su control metabólico, logrando la meta en por lo menos tres de los parámetros que señala la guía clínica del IMSS.

Pese a que el 66% de los pacientes con diabetes tipo 2 en control y 85% en descontrol metabólico tuvieron una dieta completa al incluir a los tres grupos alimenticios. El 56% de los casos y el 76% de los controles contaron con una dieta suficiente en cantidad, sin embargo sólo el 3% de los casos y el 2% de los controles tuvieron una dieta equilibrada, es decir el 97 y 96% no distribuyen en su dieta en forma adecuada los grupos alimenticios.

Los principales factores de la cultura alimentaria que se analizaron en este estudio fueron en base a las características de la alimentación en donde se revisó el consumo de grasas, carbohidratos, alimentos chatarras, la cantidad de ingesta y el equilibrio de los grupos alimenticios, encontrando que en ambos grupo de pacientes tanto con control como con descontrol metabólico tenían una dieta sin equilibrio en sus grupos alimenticios mas del 50% tuvieron una dieta rica en grasas y chatarra.

De acuerdo al análisis estadístico podemos concluir y rechazar la hipótesis nula aceptando que la alimentación rica en carbohidratos y calorías excedentes es la cultura alimentaría rural de los pacientes con diabetes tipo 2.

Y se acepta la segunda hipótesis nula concluyendo que los factores de la dieta rural y el apego a la dieta de los pacientes con control y sin control metabólico.

En base a lo anterior la aportación del estudio es que se reprobaba que la dieta y su apego pueden ser igual de importantes que el tratamiento farmacológico.

Además los principales factores de la cultura alimentaria rural de los pacientes con diabetes tipo 2 en control 56% y en descontrol 74% tienen una alimentación rica en grasas y chatarra 53% en los casos y 83% en los controles, basada en frituras, refrescos y postres.

La dieta desequilibrada domina en ambos grupos y los alimentos ricos en carbohidratos y la alimentación chatarra son los factores que se asocian al descontrol metabólico en los pacientes con diabetes tipo 2.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Gómez-Pérez F, Aguilar-Salinas C, Rull-Rodrigo J. Diabetes, Actualidades Terapéuticas, medicina y Mercadotecnia S.A. DE C.V. 2005; 1:1-10.
- 2.-Vásquez-Martínez J, Gómez-Dantes H, Fernández-Cantón S, Diabetes Mellitus en población adulta del IMSS, Resultados de la Encuesta Nacional de Salud. Rev. Med IMSS 2006; 44(1): 13-26
- 3.- Membreño-Mann J, Zonana- Nacach A, Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. Causas, complicaciones y mortalidad. Rev. Med IMSS 2005; 43(2): 97-101.
- 4.- Viniegra VL. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. Rev. Med IMSS 2006; 44 (1): 47-59.
- 5.-Valencia, E. Sistema Alimentario Mexicano. Cuadernos de nutrición 5 (2).México, 1981, pp.34-41.
- 6.-Duran-Vidaurri E.La Identidad Nacional a través del fortalecimiento de la cultura alimentaria. Tercera Reunión Regional sobre Asistencia Social Alimentaria, Villahermosa Tabasco, 23 y 24 de Mayo 1985.
- 7.-Rivera-Barragan R. La Educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México.Rev Cubana de Salud Publica. Vol.33 (1) 2007;
- 8.- Duran-Varela BR, Rivera-Chavira B., Franco-Gallegos E., Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública de México, mayo-junio. Vol.43, numero 3.pp. 233-236.
- 9.- Román D. Izaola O. Aller R., Evaluación del cumplimiento de una dieta de 1,500 calorías en una población de diabéticos tipo 2 con sobrepeso. Nutrí. Hosp. (2001)16 (4) 122-125.
- 10.- Avalos-García M, Cruz-Gallardo C, et al. Control metabólico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de Centla, Tabasco, México. Salud en tabasco. Vol. 13, No. 2 Mayo-agosto 2007. 625-639.
- 11.-Zaldívar D. Adherencia Terapéutica y modelos explicativos. Salud para la vida.2003.Diponible en infomed.sdl.cu, (4de Abril 2003).

- 12.- Lerman-Garber I., La Atención mas allá del primer nivel de atención, Salud Pública de México vol. 49, numero especial, pp. 99-103.
- 13.- Olson, C.H. 1986.Diabetes mellitus. México D.F: Ed. Científica.
- 14.-Cabrera-Pivaral, C.E., Martínez-Ramírez A. et al. Practicas nutricias en pacientes diabéticos tipo II en el primer nivel de atención. IMSS. Jalisco México.cad.saude Púb. Río de Janeiro, 12 (4):525-530 out-dez 1996.
- 15.-Cabrera-Pivaral, C.E. Centeno-López, N.M. Novoa-Menchaca, A.1991, conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en paciente diabéticos II. Salud Pública de México, 33:166-172.
- 16.- Suverza Fernández A. Salinas Deffis A., Perichart Perera O, Historia Clínica Nutriológica, Enero 2004.Universidad Iberoamericana Santa Fe Ciudad de México.

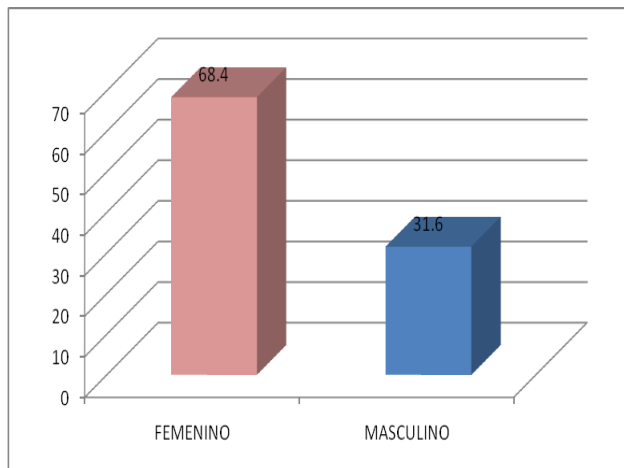
ANEXOS

Cuadro 1 Distribución porcentual según género

GENERO	
	Porcentaje
FEMENINO	68.4
MASCULINO	31.6
Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 1 Distribución porcentual según género



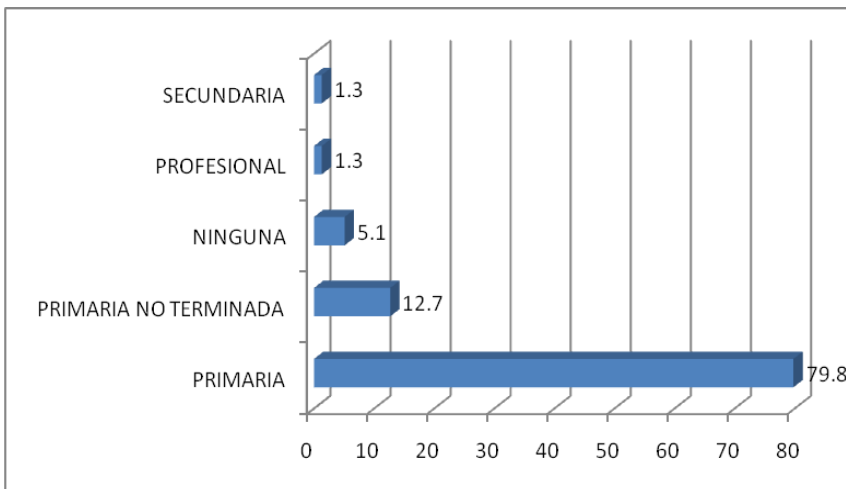
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 2 Distribución porcentual según escolaridad

ESCOLARIDAD		Porcentaje
	PRIMARIA	79.8
	PRIMARIA NO TERMINADA	12.7
	NINGUNA	5.1
	PROFESIONAL	1.3
	SECUNDARIA	1.3
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 2 Distribución porcentual según escolaridad



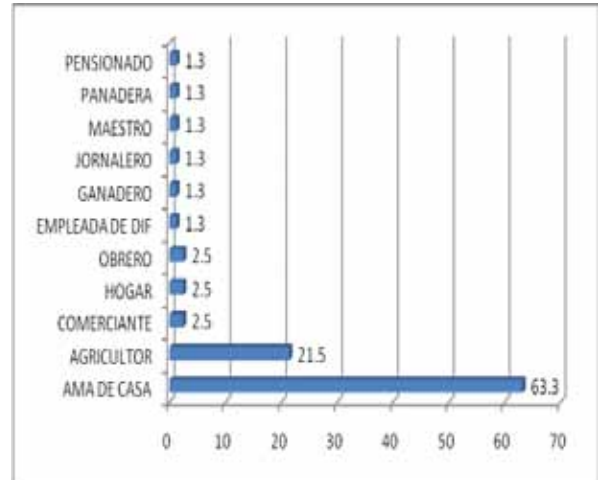
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado.

Cuadro 3. Distribución porcentual según ocupación

OCUPACION		Porcentaje
	AMA DE CASA	63.3
	AGRICULTOR	21.5
	COMERCIANTE	2.5
	HOGAR	2.5
	OBRERO	2.5
	EMPLEADA DE DIF	1.3
	GANADERO	1.3
	JORNALERO	1.3
	MAESTRO	1.3
	PANADERA	1.3
	PENSIONADO	1.3
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 3. Distribución porcentual según ocupación



n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

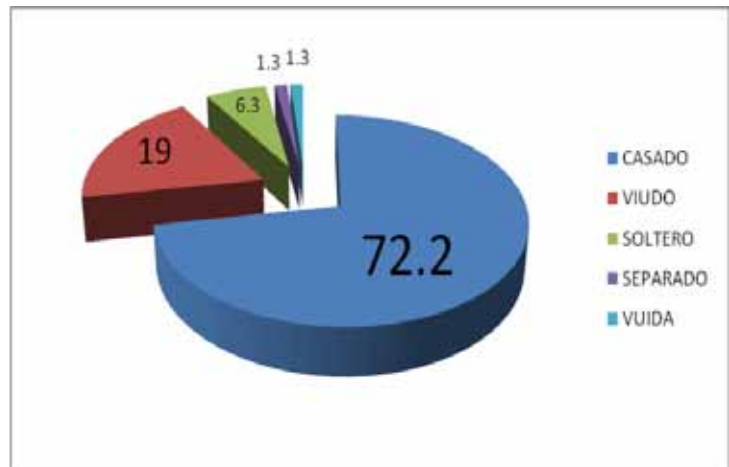
Cuadro 4

Distribución porcentual según estado civil

EDO CIVIL		Porcentaje
	CASADO	72.2
	VIUDO	19
	SOLTERO	6.3
	SEPARADO	1.3
	VUIDA	1.3
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 4 Distribución porcentual según estado civil.



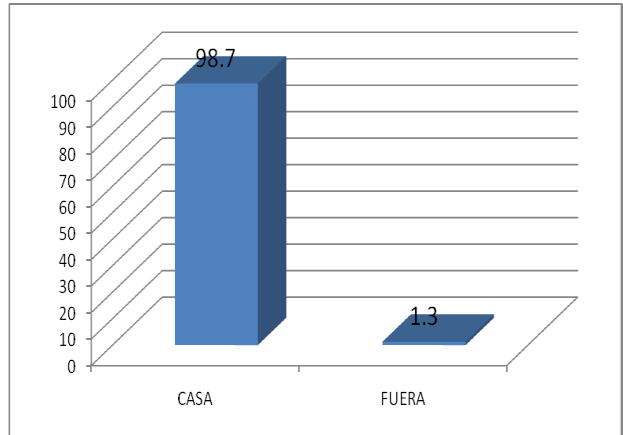
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 5
Disribución porcentual según donde comen.

DONDE COME	PORCENTAJE
CASA	98.7
FUERA	1.3
TOTAL	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado.

Gráfica 5 . Disribución porcentual según donde comen.



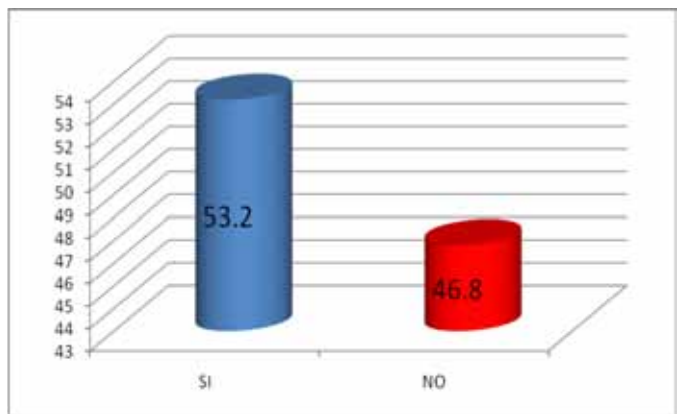
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 6
Distribución porcentual según hba1c <7%

HbA1C <7%		Porcentaje
	SI	53.2
	NO	46.8
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado.

Gráfica 6 Distribución porcentual según hba1c<7%



n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

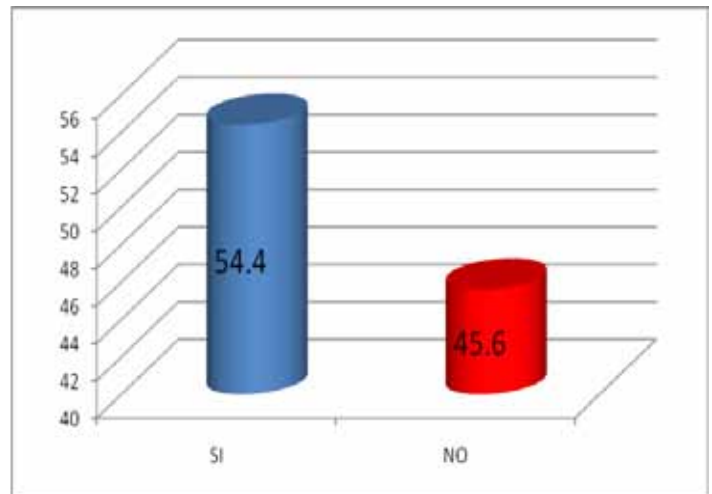
Cuadro 7

Distribución porcentual según GPA <110

GPA<110	
SI	54.4
NO	45.6
TOTAL	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 7. Distribución porcentual según GPA <110



n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

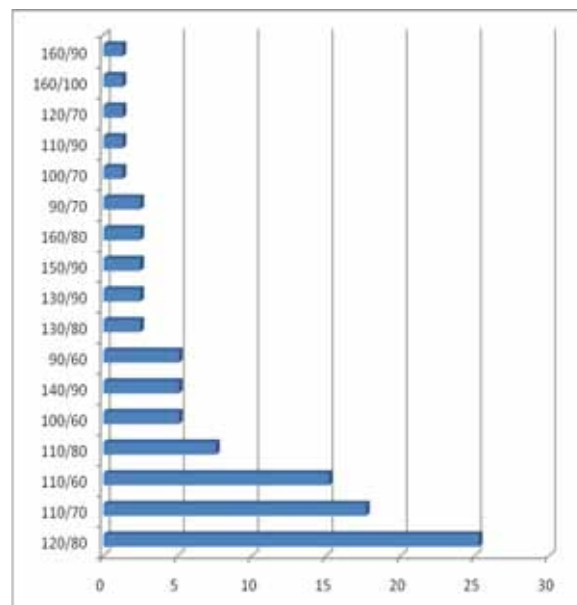
Cuadro 8

Disribución porcentual según valor TA

VALOR OBTENIDO TA			
		Porcentaje	Porcentaje acumulado
	120/80	25.3	25.3
	110/70	17.7	43.0
	110/60	15.2	58.2
	110/80	7.6	65.8
	100/60	6.1	71.9
	140/90	5.1	
	90/60	5.1	77
	130/80	2.5	
	130/90	2.5	
	150/90	2.5	
	160/80	2.5	
	90/70	2.5	79.5
	100/70	1.3	80.8
	110/90	1.3	82.1
	120/70	1.3	83.6
	160/100	1.3	
	160/90	1.3	
	Total	100	

n=78 pacientes/fuente de instrumento estandarizado

Gráfica 8.- Disribución porcentual según valor TA.

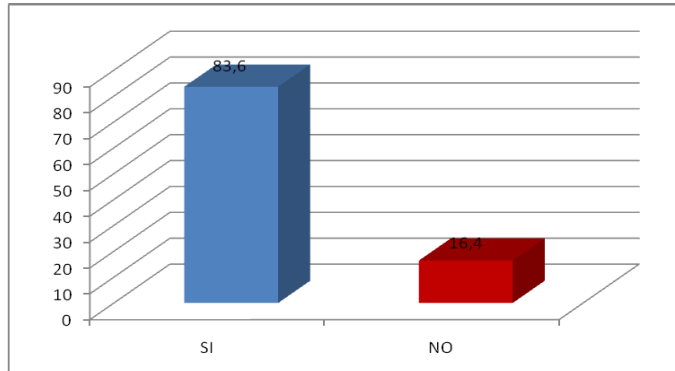


n= pacientes /fuente de Instrumento estandarizado

Cuadro 9.
Porcentaje acumulado de cifras de
TA<130/80

TA<130/80		PORCENTAJE
	SI	83.6
	NO	16.4
	TOTAL	100

Gráfica 9. Distribución porcentual según
TA<130/80



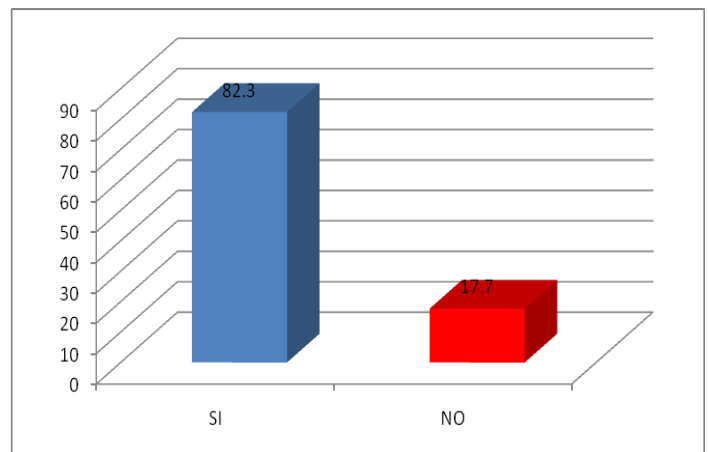
n= pacientes /fuente de Instrumento estandarizado

Cuadro 10 Distribución porcentual según IMC <25

IMC <25		Porcentaje
	NO	79.7
	SI	20.3
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 10. Distribución porcentual según IMC <25



n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

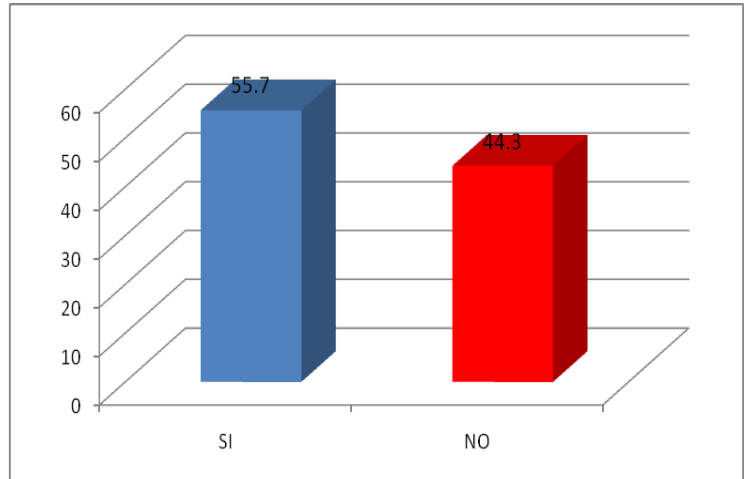
Cuadro 11

Disribución porcentual según col <200

COL <200		Porcentaje
	SI	55.7
	NO	44.3
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 11. Disribución porcentual según col <200



n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

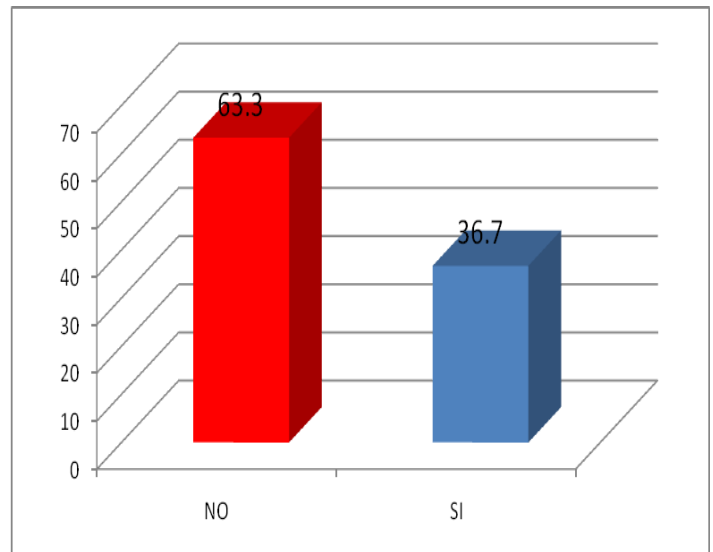
Cuadro 12

Distribución porcentual según tgc < 150

TG < 150		Porcentaje
	NO	63.3
	SI	36.7
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 12. Distribución porcentual según tgc < 150



n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 13 Análisis descriptivo de las variables cuantitativas

Estadísticos	HbA1C	VALOR GPA	IMC	COL	TG
N	78	78	78	78	78
Media	7.81	147.16	29.79	200.1	219.59
Moda	6	80	24	182	280
Desv. típ.	2.487	76.411	5.133	40.817	117.8
Mediana	6.8	110	29.14	194	188

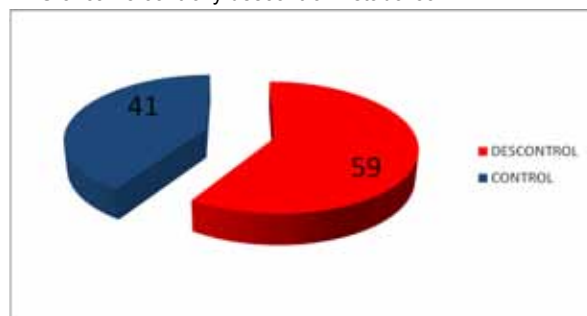
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 14
Control y descontrol metabólico

GRUPO		Porcentaje
	DESCONTROL	59
	CONTROL	41
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Grafica 13 control y descontrol metabólico



n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 15 Dieta rica en grasas de pacientes con control metabólico

CULTURA- Rica en grasas		Porcentaje
	SI	56
	NO	44
	Total	100

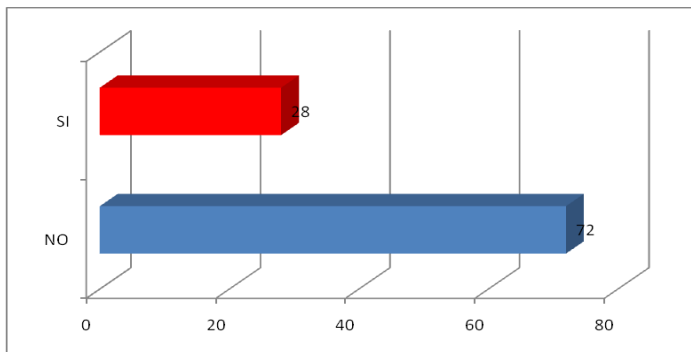
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 16 Dieta rica en carbohidratos de pacientes con control metabólico.

CULTURA- Rica en carbohidratos		
		Porcentaje
	SI	28
	NO	72
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 14 Dieta rica en carbohidratos de pacientes con control metabólico



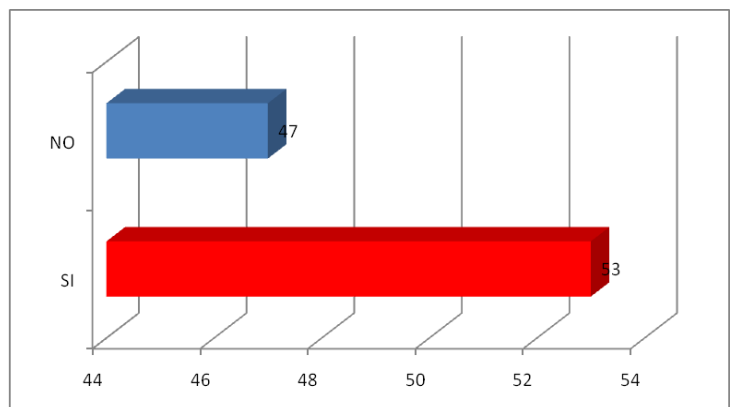
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 17 Dieta rica en chatarra en pacientes Con control metabólico

CULTURA- Rica en CHATARRA		
		Porcentaje
	SI	53
	NO	47
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 15 Cultura alimentaria de dieta abundante en pacientes con control metabólico



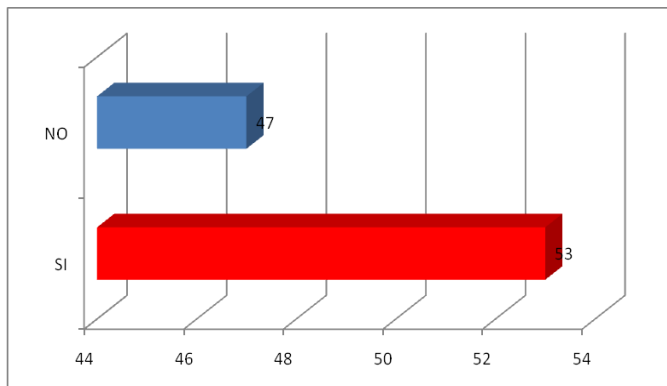
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 18 Cultura alimentaria de dieta abundante en pacientes con control metabólico

Cultura abundante		PORCENTAJE
	SI	53
	NO	47
	TOTAL	100

n = 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 16 Cultura alimentaria de dieta abundante de pacientes con control metabólico



n = 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro No.19 Dieta con déficit de proteína en grupo de control metabólico

CULTURA- DEFICIT DE PROTEINAS	
	Porcentaje
NO	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

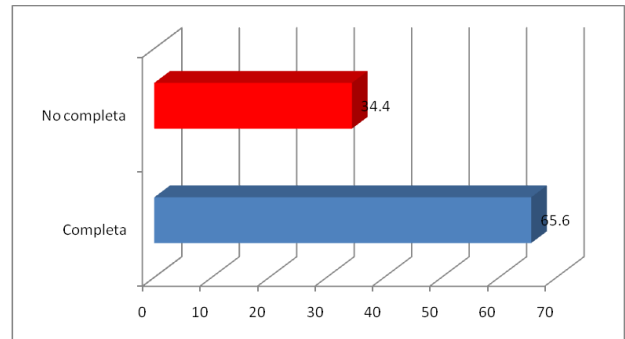
Cuadro 20 Dieta de pacientes con control metabólico

Dieta TIPO		Porcentaje
	Completa	65.6
	No completa	34.4
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 17. Distribución porcentual según

Dieta tipo con control metabólico.



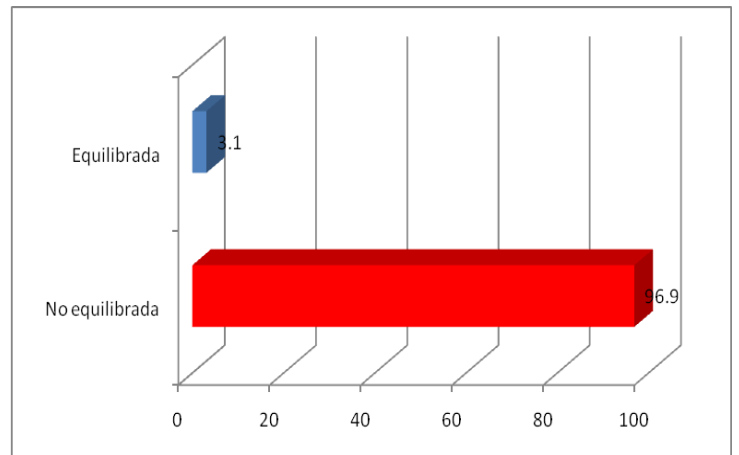
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 21 Dieta equilibrada en pacientes con control metabólico.

Dieta ESTADO		Porcentaje
	No equilibrada	96.9
	Equilibrada	3.1
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 18 Dieta equilibrada en pacientes con control metabólico.



n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

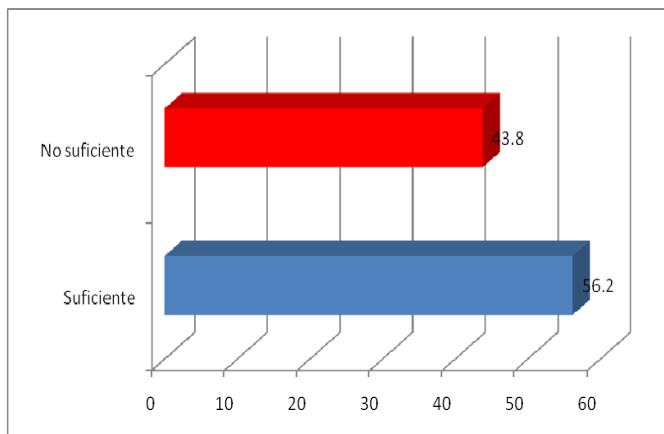
Cuadro 22 Dieta suficiente en pacientes con

Control metabólico

Dieta CANTIDAD		Porcentaje
	Suficiente	56.2
	No suficiente	43.8
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 19 Dieta suficiente en pacientes con Control metabólico



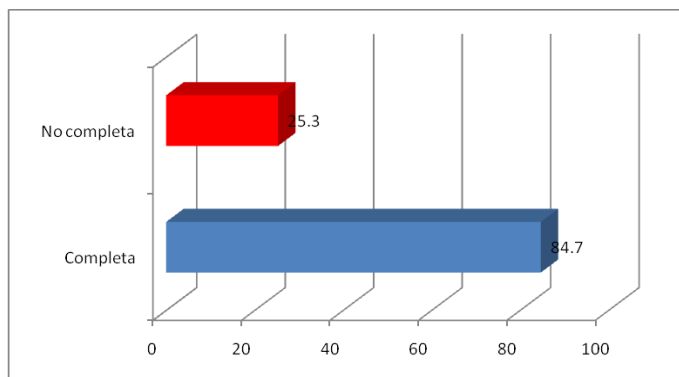
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 23 Dieta de pacientes con descontrol metabólico

Dieta TIPO		Porcentaje
	Completa	84.7
	No completa	25.3
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 20. Dieta de pacientes en descontrol metabólico



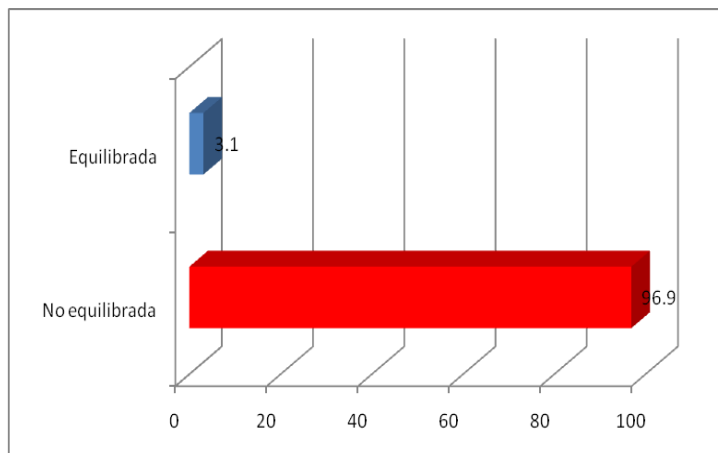
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 24 Dieta equilibrada en pacientes con descontrol metabólico.

Dieta ESTADO		Porcentaje
	No equilibrada	97.9
	Equilibrada	2.1
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 21 Dieta equilibrada en pacientes con descontrol metabólico.



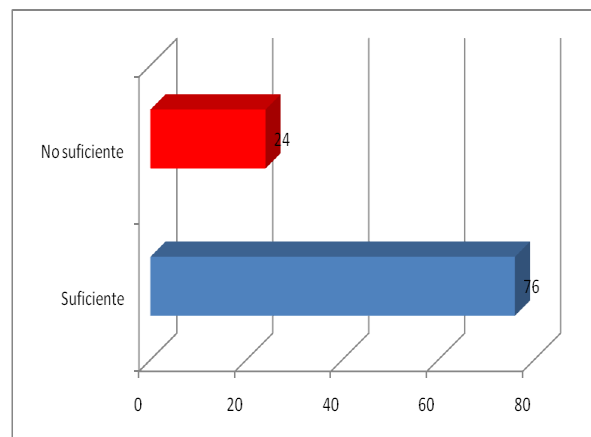
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 25 Dieta suficiente en paciente con descontrol metabólico

Dieta CANTIDAD		Porcentaje
	Suficiente	76
	No suficiente	24
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 22 Dieta suficiente en pacientes con descontrol



n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

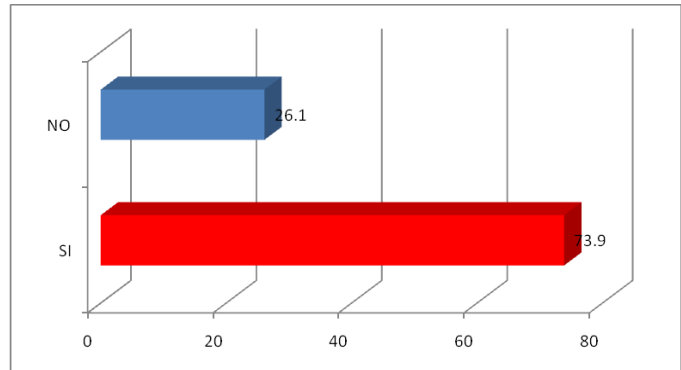
Cuadro 26 Dieta rica en grasas de pacientes con descontrol metabólico.

CULTURA- Rica en grasas		
		Porcentaje
	SI	73.9
	NO	26.1
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 23

Dieta rica en grasas de pacientes con descontrol metabólico.

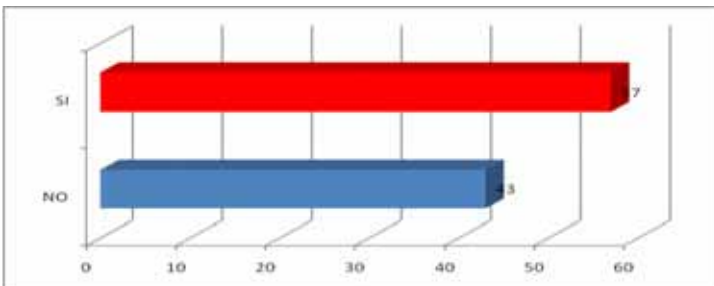


n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 27 Dieta rica en carbohidratos con descontrol metabólico.

CULTURA- Rica en carbohidratos		
		Porcentaje
	SI	43
	NO	57
	Total	100

Gráfica 24 Dieta rica en grasas de pacientes con descontrol metabólico



n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 28 Dieta con déficit de proteínas en grupo con descontrol metabólico

CULTURA- DEFICIT DE PROTEINAS		
		Porcentaje
	NO	100

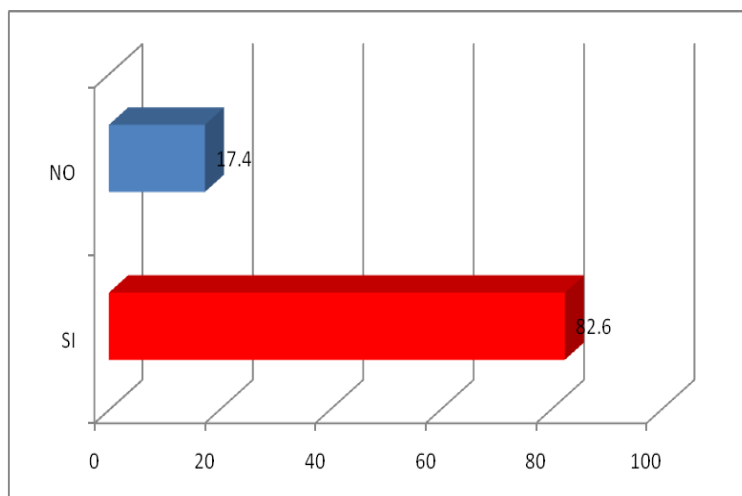
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro 29 Dieta rica en chatarra en pacientes con descontrol metabólico.

CULTURA- Rica en CHATARRA		
		Porcentaje
	SI	82.6
	NO	17.4
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 25 Dieta rica en chatarra en pacientes con descontrol metabólico



n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

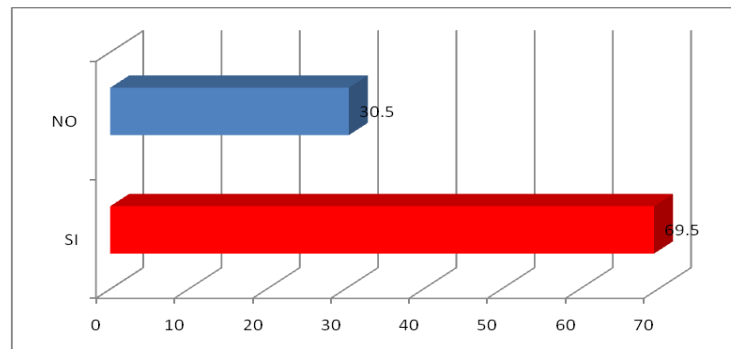
Cuadro 30

Cultura alimentaria de dieta abundante en pacientes de descontrol metabólico

CULTURA- abundante		Porcentaje
	SI	69.5
	NO	30.5
	Total	100

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 26 Cultura alimentaria de dieta abundante en pacientes de descontrol metabólico



n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro No.31 Cruces significativos mediante prueba de hipótesis para medias a un 95% de confiabilidad aplicada las variables cuantitativas según grupo

Ind. Bioq.	GRUPO		Valor de p
	CONTROL	DESCONTROL	
	Media	Media	
HbA1C	6	9	< 0.0001
VALOR GPA	87	188	< 0.0001
COL	186	210	0.0095
TG	170	253	0.0017

Nota.- Valores en negrita indican superioridad estadísticamente significativa

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro No.32 Cruces significativos mediante prueba de hipótesis para proporciones a un 95% de confiabilidad aplicada las variables cuantitativas según grupo.

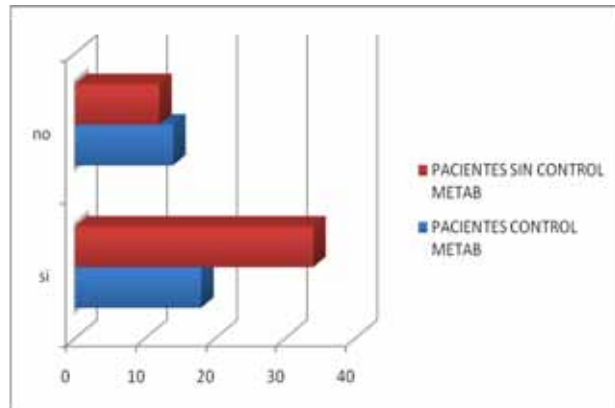
Variables	GRUPO		Valor de p
	CONTROL	DESCONTROL	
	Frecuencia	Frecuencia	
GPA <110	31	12	< 0.0001
COL <200	24	20	0.0087
TG <SI50	20	9	0.0002
CULTURA- RICA EN CHATARRA	18	39	0.0190

Nota.- Valores en negrita indican superioridad estadísticamente significativa
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Grafica 27

Cuadro No.33	ALIMENTO RICO GRASA	
	si	no
PACIENTES CONTROL METAB	18	14
PACIENTES SIN CONTROL METAB	34	12
	X2 1.914	
	p 0.1665	

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado



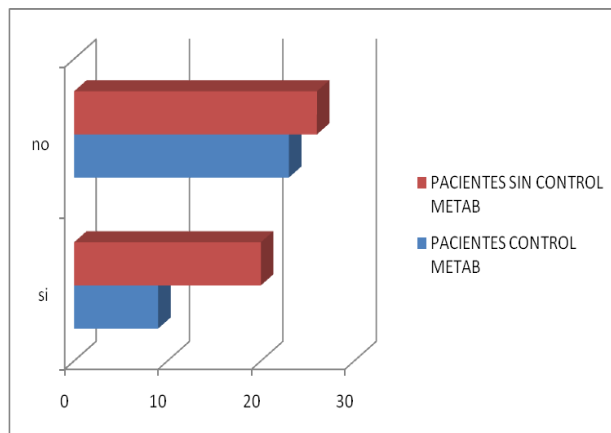
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro No.34

	RICO EN CARBOHIDRATOS	
	si	no
PACIENTES CONTROL METAB	9	23
PACIENTES SIN CONTROL METAB	20	26
	X2	1.304
	p	0.2535

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Grafica 28



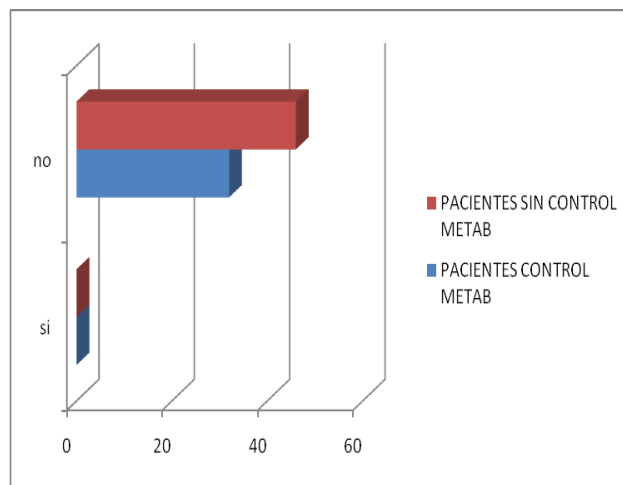
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro No.35

	DEFICIT PROTEINAS	
	si	no
PACIENTES CONTROL METAB	0	32
PACIENTES SIN CONTROL METAB	0	46
	X2	2.167
	p	0.141

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 29



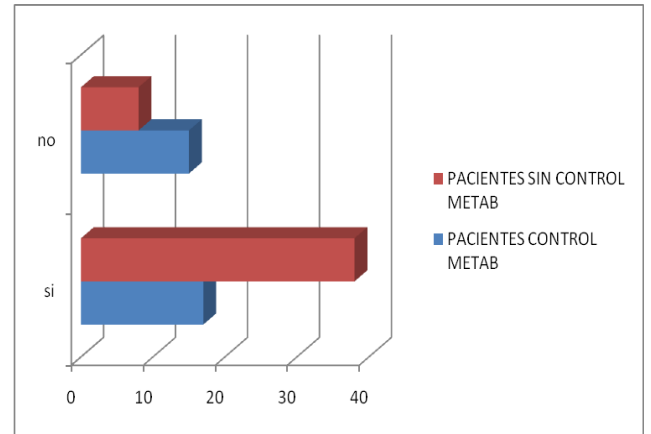
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro No.36

	CHATARRA	
	si	no
PACIENTES CONTROL METAB	17	15
PACIENTES SIN CONTROL METAB	38	8
	X2	6.536
	p	0.0106

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Grafica 30



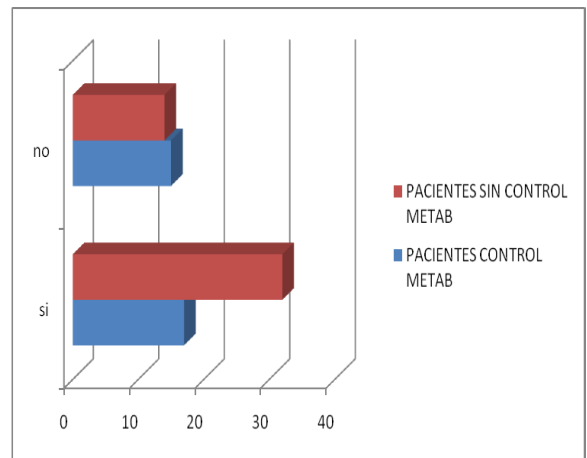
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro No.37

	ABUNDANTE	
	si	no
PACIENTES CONTROL METAB	17	15
PACIENTES SIN CONTROL METAB	32	14
	X2	1.537
	p	0.2151

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado estandarizado

Grafica 31



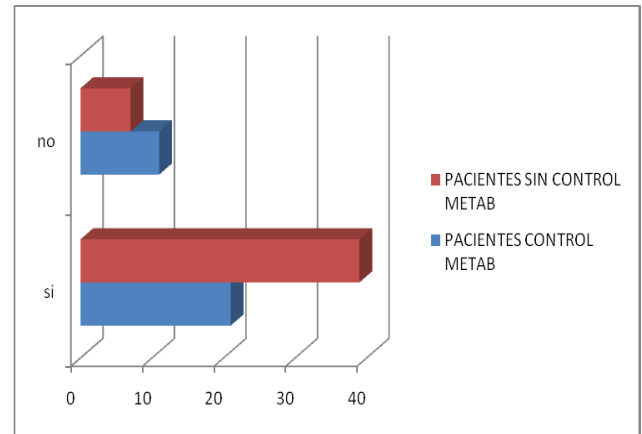
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento

Cuadro No. 38

	DIETA COMPLETA	
	si	No
PACIENTES CONTROL METAB	21	11
PACIENTES SIN CONTROL METAB	39	7
	X2	2.897
	p	0.0887

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 32



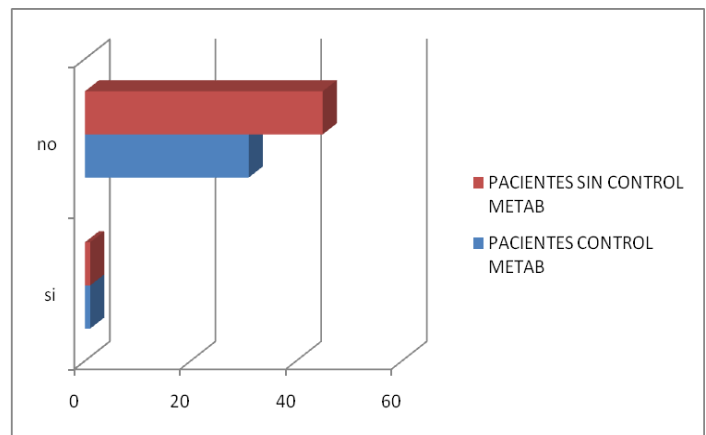
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro No.39

	DIETA EQUILIBRADA	
	si	No
PACIENTES CONTROL METAB	1	31
PACIENTES SIN CONTROL METAB	1	45
	X2	0.218
	p	0.6407

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 33



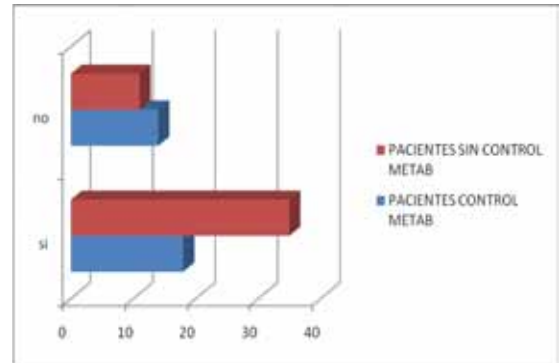
n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Cuadro No.40

	DIETA SUFICIENTE	
	si	no
PACIENTES CONTROL METAB	18	14
PACIENTES SIN CONTROL METAB	35	11
	X2	2.56
	p	0.1096

n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

Gráfica 34



n= 78 pacientes / Fuente: Instrumento estandarizado

HISTORIA CLÍNICO-NUTRIOLÓGICA

Fecha: _____ Expediente: _____

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

INDICADORES CLINICOS

ANTECEDENTES SALUD /ENFERMEDAD

PROBLEMAS ACTUALES

DIARREA _____ ESTREÑIMIENTO _____ GASTRITIS _____

ULCERA _____ NAUSEA _____

PIROSIS _____ VOMITO _____ COLITIS _____ HIPERTENSION

ARTERIAL _____ CONOCE SU PRESION ARTERIAL SI ___NO___ CUAL ES

___OTROS_____

OBSERVACIONES _____

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA _____

HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE _____

LE HAN PRACTICADO ALGUNA CIRUGIA _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

OBESIDAD _____ DIABETES _____ HIPERTENSION ARTERIAL _____ CANCER _____

HIPERCOLESTEROLEMIA _____ HIPETRIGLICERIDEMIA _____

INDICADORES BIOQUÍMICOS

Datos bioquímicos relevantes _____

Se solicitaron análisis Si ___ No ___ Cuáles _____

Colesterol _____ Triglicéridos _____ Hemoglobina glucosilada _____ Glucosa Ayunas _____

INDICADORES DIETETICOS

Cuántas comidas hace al día: _____

	COMIDAS EN CASA	COMIDAS FUERA	HORARIO DE COMIDAS
ENTRE SEMANA			
FIN DE SEMANA			

Quién prepara sus alimentos _____

Come entre comidas _____ Qué _____

Ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses (trabajo, estudio, o actividad)

SI _ NO _ Porqué _____ Cómo _____

Apetito: Bueno: _____ Malo: _____ Regular: _____

A qué hora tiene más hambre _____

Alimentos _____ preferidos:

Alimentos que no le agradan / no acostumbra:

Alimentos que le causan malestar (especificar): _____

Es alérgico o intolerante a algún alimento: SI _ NO _

Toma algún suplemento / complemento:

SI _ NO _ Cuál _____ Dosis _____ Porqué _____

Su consumo varía cuando está triste, nervioso o ansioso: SI _ NO _ Cómo _____

Agrega sal a la comida ya preparada: SI _ NO _

Qué grasa utilizan en casa para preparar su comida:

Margarina__ Aceite vegeta__l Manteca__ Mantequilla__ Otros__

Ha llevado alguna dieta especial _____
Cuántas _____

Qué tipo de dieta _____
cuánto _____

Hace

Por cuánto tiempo _____ Por qué
razón _____

Qué tanto se apegó a ella _____

Obtuvo los resultados esperados _____

Ha utilizado medicamentos para bajar de peso SI _ NO _

Cuáles _____

DIETA HABITUAL

Desayuno	
Colación	
Comida	
Colación	
Cena	
Colación	

Vasos de agua natural al día: _____

Vasos de bebidas al día (leche, jugo, café) _____

Cambios _____ en _____ fin _____ de
semana _____

—

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS:

ALIMENTO	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual	Ocasional	No
A.- Leche descremada o yogur descremado						
B.- Leche semidescremada o yogur						
C.- Leche entera o yogur natural						
D.- Leche con chocolate o vainilla o leche malteada						
A.- Pechuga de pollo sin piel						
Atún en agua						
Queso cottage						
Ternera.						
B.- Muslo o pierna, hígado de pollo.						
Barbacoa (maciza)						
Carne de cerdo sin grasa.						
Pescado						
Queso panela						
Embutidos de pavo						
Res magra (cuete, filete, falda, aguayón)						
C.- Pollo con piel						
Queso oaxaca						
Huevo entero						
D.- Mariscos						
Embutidos de cerdo						
Queso fuertes						
Cortes de carne con grasa						

(arrachera, cortes tipo americano como: rib eye, t bone, etc.)						
Arroz al vapor						
Arroz al vapor						
Cereal industrializado						
Elote						
Papa						
Pastas cocidas						
Galletas Marias o saladas						
Palomitas naturales						
Pan de centeno						
Pan de caja: Pan integral						
Pan de caja: Pan blanco						
Tortilla de maíz						
Tortilla de harina						
Arroz a la mexicana						
Pasta preparada (con crema, mantequilla, margarina, aceite)						
Pan dulce						
Hot cakes o waffles						
Frituras						
Tamal						
Pastelillos industrializados						
Verduras: crudas/ ensaladas/ cocidas/ precocidos						
Verduras enlatadas						
Jugo de verduras (V8, Licuado de nopal)						

Sopa caldosa						
Sopa de crema						

Alimento	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual	Ocasional	No
Frutas crudas						
Frutas congeladas/ enlatadas						
Jugo de frutas natural						
LEGUMINOSAS						
Frijol, alubia, habas, lentejas, soya, garbanzo						
	ACIDOS GRASOS SATURADOS					
Mantequilla						
Manteca						
Chicharrón						
Sustituto de crema						
Chorizo						
Tocino						
Crema						
Mayonesa						
Aderezo cremoso para ensaladas						
Chocolates						
	ACIDOS GRASOS POLINSATURADOS					
Aceites de maíz						
Ajonjolí girasol						
Vinagreta						
	ACIDOS GRASOS MONOINSATURADOS					
Oleaginosas						
Aceite de oliva						
Aceite canola						
Aguacate						
	ACIDOS GRASOS TRANS					
Margarina						
Agua preparada de sabor						
Polvo para beber de sabor						
Azúcar						
Cajeta						
Mermelada						
Miel						
Caramelo						

¿Cuántos vasos de agua (240 ml) consumió ayer?

¿Dicho consumo de alimentos / bebidas es habitual? Si ___ No ___

Es más ó menos ¿Por qué? _____

Es diferente ¿Por qué? _____

Clínica de Nutrición UIA. Santa Fé

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS.

MEDICIÓN (unidad)	DATO
Peso actual (Kg.)	
Estatura (m)	
IMC	

INTERPRETACIÓN DE DATOS

Indicadores Clínicos

PADECIMIENTO Y SÍNTOMAS:	IMPLICACIONES NUTRICIAS:
MEDICAMENTOS/SUPLEMENTOS	IMPLICACIONES NUTRICIAS

Indicadores Dietéticos

Necesidades energéticas y nutrimentales.

a) Para peso teórico.

GET = TMR _____ ETA _____ AF _____ TOTAL _____

NUTRIMENTO	GRAMOS	KILOCALORIAS	% DEL GET
Hidratos de carbono			
Proteínas			
Lípidos			

b) Para el peso actual.

GET = TMR _____ ETA _____ AF _____ TOTAL _____

NUTRIMENTO	GRAMOS	KILOCALORIAS	% DEL GET
Hidratos de carbono			
Proteínas			
Lípidos			

Análisis de Para Valorar Factores de la Cultura Alimentaría

Consumo actual: Kilocalorías _____ Hidratos de carbono _____g

Proteínas _____g Lípidos _____g

Distribución energética del consumo actual:

NUTRIMENTO	GRAMOS	KILOCALORIAS	% DEL GET
Hidratos de carbono			
Proteínas			
Lípidos			

Consumo actual (Recordatorio de 24 horas) y % de adecuación.

	Kilocalorías	Hidratos de carbono	Proteínas Lípidos
Consumo (rec 24 horas)			
% A para peso teórico			
% A para peso actual			
Alimentación Abundante			
Alimentación Chatarra			
Alimentos con déficit de proteína			
Alimentación Rica en Carbohidratos			

Análisis de Dieta: **Adecuada para Valorar Apego a la Dieta.**

CARACTERÍSTICA	EVALUACIÓN
Completa	
Equilibrada	
Suficiente	

Indicadores Bioquímicos: **Para Valorar Control Metabólico**

MEDICIÓN DE	FECHA	VALOR	VALOR DE REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
GLUCOSA PLASMÁTICA PREPRANDIAL			80-110	
HEMOGLOBINA GLUCOSILADA(HBA1C)			< 7%	
COLESTEROL TOTAL			< 200 mg/dl.	
TRIGLICÉRIDOS EN AYUNAS			< 150 mg/dl.	

Diagnóstico nutricional final

Indicadores Bioquímicos: **Para Valorar Control Metabólico**

MEDICIÓN DE	FECHA	VALOR	VALOR DE REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
GLUCOSA PLASMÁTICA PREPRANDIAL			80-110	
HEMOGLOBINA GLUCOSILADA(HBA1C)			< 7%	
COLESTEROL TOTAL			< 200 mg/dl.	
TRIGLICÉRIDOS EN AYUNAS			< 150 mg/dl.	

Diagnóstico nutricional final
