



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

SUBDIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

SEDE: H.CARDENAS-VILLAHERMOSA, TABASCO



TITULO:

**PREVALENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA RANCHERIA "LOS
PINOS" DEL MUNICIPIO DE HUIMANGUILLO, TABASCO.**

TRABAJO PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

POR:

DR. WILLIAMS JIMENEZ CRUZ

HUIMANGUILLO TABASCO

OCTUBRE 2013



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.

“PREVALENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA RANCHERÍA “LOS PINOS” DEL MUNICIPIO DE HUIMANGUILLO, TABASCO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

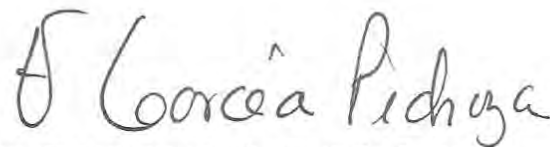
PRESENTA:

DR. WILLIAMS JIMENEZ CRUZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



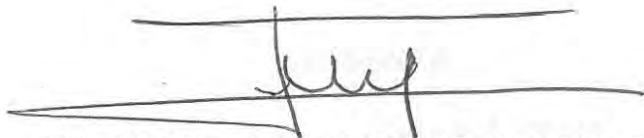
DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



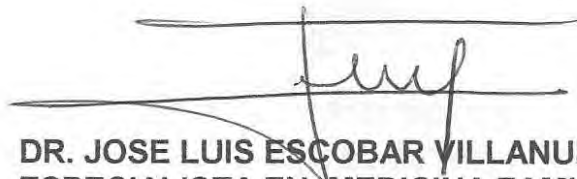
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**PREVALENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA RANCHERIA "LOS
PINOS" DEL MUNICIPIO DE HUIMANGUILLO, TABASCO.**

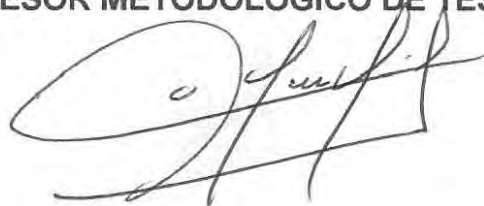
**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**



**DR. JORGE LUIS ESCOBAR VILLANUEVA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN H.CARDENAS, TABASCO**



**DR. JOSE LUIS ESCOBAR VILLANUEVA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS**



**DR. GLORIA DEL CARMEN ZEIND DOMINGUEZ
ASESORA DE TESIS**

HUIMANGUILLO, TABASCO

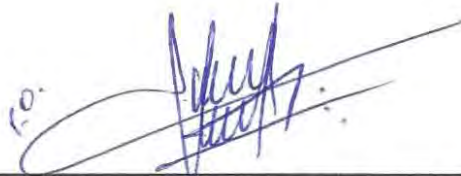
OCTUBRE 2013

**PREVALENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE LA RANCHERIA "LOS PINOS" DEL
MUNICIPIO DE HUIMANGUILLO, TABASCO**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. WILLIAMS JIMENEZ CRUZ



**DR. EZEQUIEL ALBERTO TOLEDO OCANA
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**



**SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE CALIDAD Y
EDUCACION EN SALUD**



**DR. RUBEN MARTIN ALVAREZ SOLIS
DIRECTOR DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD**

HUIMANGUILLO, TABASCO

OCTUBRE 2013

INDICE GENERAL

CAPITULOS	NUMERO DE PAGINA
PRESENTACION	1
INDICE	5
I. MARCO TEORICO	6
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
III. JUSTIFICACION	27
IV. OBJETIVOS	29
V. MATERIAL Y METODOS	30
VI. IMPLICACIONES ETICAS	34
VII. RESULTADOS	35
VIII. DISCUSION	37
IX. CONCLUSIONES	39
X. BIBLIOGRAFIA	40
XI. ANEXOS	45

MARCO TEORICO.

DIABETES MELLITUS

ANTECEDENTES:

El término diabetes, fue acuñado por un médico turco, Areteo de Capadocia, en el siglo II A.C describe que "los pacientes nunca paran de beber, padecen náuseas, inquietud, una sed ardiente y no tardan mucho tiempo en morir", de esta forma describió una enfermedad a la que llamó Diabetes: la cual tiene su origen en el griego y significa "atravesar o discurrir a través".

Aunque el término Mellitus, "sabor a miel", fue acuñado por Avicena en el siglo X, ya en documentos hindúes (siglo VI AC) se hacía constar el sabor dulce de la orina que atraía a las hormigas.

En 1775 Mathew Dobson descubrió que el sabor dulce de la orina era debido a la presencia de azúcar, concluyendo que la pérdida de peso y fuerza de los diabéticos era debido a la pérdida de material nutritivo por la orina.

En 1889, dos cirujanos, Von Mering y Minkowski provocó la aparición de diabetes al extirpar el páncreas y finalmente en 1921 Banting y Best fueron los primeros en aislar de un extracto pancreático la insulina y utilizarla en humanos, por Leonard Thomson en enero de 1922. ⁽¹⁾

DEFINICION

Enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas ⁽²⁾

Enfermedad endócrina más frecuente, se caracteriza por alteraciones metabólicas y complicaciones a largo plazo que afecta los ojos, los riñones, los nervios y los vasos sanguíneos ⁽³⁾

CLASIFICACION

En 1997 la Asociación Americana de Diabetes (ADA), propuso una clasificación que está vigente. ^(4,5)

1. DIABETES MELLITUS TIPO 1

Caracterizado por la destrucción de las células beta pancreáticas, deficiencia absoluta de insulina, tendencia a la cetoacidosis y necesidad de tratamiento con insulina para vivir (insulinodependientes), se subdivide en dos sub-grupos.

DIABETES AUTOINMUNE con marcadores positivos en un 85-95% de los casos, anticuerpos anti islotes (ICAs), antiGADs (decarboxilasa del ácido glutámico) y anti tirosina fosfatasa IA2 e IA2B, asociada también a genes HLA.

DIABETES IDIOPATICA: Con igual comportamiento metabólico, pero sin asociación con marcadores de autoinmunidad ni de HLA.

2. DIABETES MELLITUS TIPO 2

Deficiencia (no absoluta) de insulina. Es un grupo heterogéneo de pacientes la mayoría obesos y/o con distribución de la grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida (multigénica). Con niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a la dieta e hipoglucemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control, pero ella no es indispensable para preservar la vida, generalmente se acepta que la autoinmunidad no desempeña una función patogénica fundamental.

3. OTROS TIPOS ESPECÍFICOS DE DIABETES

Incluyen pacientes con defectos genéticos en la función de la célula beta como las formas llamadas MODY (maturity onset diabetes of the young); otros con defectos genéticos de la acción de la insulina; otros con patologías pancreáticas (pancreatectomía, pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, neoplasia del páncreas, hemocromatosis); endocrinopatías (Cushing, acromegalia, feocromocitoma).

También algunos fármacos o tóxicos pueden producir diabetes secundaria (corticoides, ácido nicotínico, Lasparagina, interferón alfa, pentamidina); agentes infecciosos (rubeola congénita, coxsachie B, citomegalovirus, parotiditis) y por último, algunas otras enfermedades como los Síndromes de Down, Klinefelter, Turner, enfermedad de Stiff-man y Lipoatrofias.

4. DIABETES GESTACIONAL

Son aquellas formas de diabetes que se diagnostican por primera vez en el embarazo. Se presenta en el 2-6% de las embarazadas si bien, tras ocurrir el parto, pueden volver a la normalidad. Las mujeres con

diabetes gestacional presentan un mayor riesgo de padecer Diabetes Mellitus ^(6, 11,13)

DIAGNOSTICO

Desde 1997 el Comité de Expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y un poco más tarde, el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecen tres únicos métodos diagnósticos de diabetes mellitus (DM).

1. Glucemia basal en plasma venoso igual o superior a 126 mg/dl.
2. Glucemia en plasma venoso igual o superior a 200 mg/dl a las 2 horas tras Sobrecarga Oral de 75 gramos de Glucosa.
3. Glucemia al azar en plasma venoso igual o superior a 200 mg/dl en presencia.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE HOMEOSTASIS ALTERADA DE LA GLUCOSA

Glucemia en ayuno alterada: son aquellos casos cuyos niveles de glucemia en ayuno son inferiores a los criterios establecidos para el diagnostico de diabetes (menor 126mg/dl). Si bien, son lo suficieniente elevados para que no puedan considerarse como normales (mayor 110 mg/dl).

Tolerancia alterada a la glucosa: se diagnostica mediante la administración de una sobrecarga oral de 75 g de glucosa, son aquellos

casos que presentando una glucemia basal en plasma venoso inferior a 126 mg/dl presentan –a las 2 horas de administrada la sobrecarga oral de glucosa- una glucemia basal de plasma venoso entre 140 y 199 mg/dl (2,5,10,11,12)

PATOGENIA DE LA DIABETES MELLITUS

DIABETES MELLITUS TIPO 1

Se caracteriza por un comienzo generalmente antes de los 30 años, de manera brusca, aparece en la persona con peso normal o delgadas, a menudo asociada a cetoacidosis en su debut (cada vez menos frecuente) y requiere de forma vital e imprescindible de insulina para su tratamiento (2,6,7)

1. Componente genético: hay una cierta asociación familiar, Un familiar directo tiene un 5-10% de posibilidades de desarrollar diabetes. Y un gemelo homocigoto 30-50 % (esto implica la influencia de factores exógenos para su desarrollo) se asocia con frecuencia a determinados genes del sistema HLA: DR2, DR3, DR4, B8 Y B15. Se han descrito otras asociaciones pero sin evidencias suficientes.

2. Fenómenos de autoinmunidad:

Insulitis: en diabéticos diagnosticados recientemente hay reacción inflamatoria alrededor de las células beta del páncreas. Un diabético de larga evolución tiene carencia casi absoluta de células beta de los islotes pancreáticos.

Autoanticuerpos: anticuerpos contra las células del islote que aparecen en el 75% de los pacientes en el momento del diagnóstico y preceden años a la aparición de la diabetes. Anticuerpos anti insulina en el 50% de los

diabéticos al diagnóstico, así como otros anticuerpos relacionados. Evidencian mecanismo autoinmune y son marcadores de riesgo en un futuro para desarrollar diabetes en familiares.

3. Alteraciones de la insulino secreción: aparece insulinopenia severa que requiere tratamiento insulínico imprescindible para el control de la glucemia y para evitar la aparición de cetosis.

4. Agentes externos: podrían ser los desencadenantes de la respuesta inmune, al compartir estructuras como las células beta. Entre ellos se han implicado el virus Coxaquie B4, parotiditis y la albumina sérica bovina (efecto protector de la lactancia materna para el desarrollo de la diabetes)

DIABETES MELLITUS TIPO 2

Se caracteriza por su aparición en edades superiores, más de 40 años de forma lenta, en persona frecuentemente obesas o con sobrepeso. No tiene cetosis y pueden precisar insulina para control de la glucemia, pero no la necesitan para prevenir la cetosis como en el tipo 1 ^(2,6,8,9)

1.- alteraciones genéticas: en los gemelos homocigotos cuando uno es diabético, la posibilidad de que el otro lo sea es del 90%, Hay alteraciones descritas como anomalías de la insulina y en ciertos cromosomas como el 7, 12 y 20. Probablemente se trate de una herencia poligénica y multifactorial, uniéndose a los genes implicados factores exógenos como la dieta, el sobrepeso y el sedentarismo.

2.- insulinoresistencia: hay una menor captación de glucosa por los tejidos periféricos mediada por insulina. También la estimación para la secreción de insulina debida a la glucosa es menor. Asimismo, tras la ingesta

aumenta excesivamente la producción hepática de glucosa debido a la insulinopenia relativa que lo desbloquea.

3.- defecto de la insulinosécración. Se ha observado un déficit en la fase inicial de secreción de insulina así como su pulsatilidad. Hay un defecto cualitativo de las células beta.

4.- factores exógenos: cada vez está más claro que los elementos vitales pueden favorecer el desarrollo de la diabetes, sobre todo el exceso de peso, la dieta inadecuada y el sedentarismo

EPIDEMIOLOGIA

Según la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, refiere que alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y, cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Una proporción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años de edad, situación que debe ser evitada. Por otra parte, la mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general. (NOM-015-SSA2-1994).⁽²⁾.

En el mundo, la prevalencia va en ascenso y en Cuba, actualmente es de 19.7 por 1 000 hab., representa una mortalidad de algo más de 2 000 fallecidos por año. Desde 1998 ocupa el octavo lugar como causa de muerte, el 75 % de ellas por cardiopatía isquémica.⁽¹⁾⁽¹⁴⁾

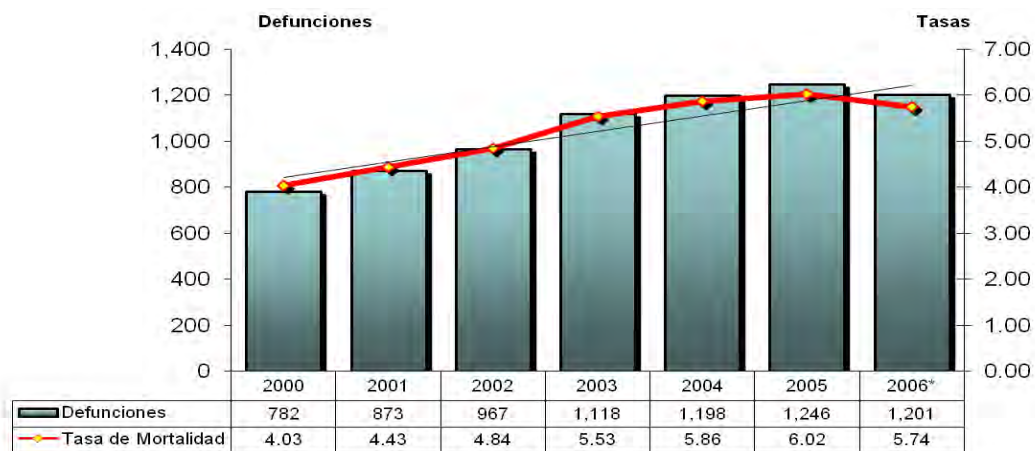
Respecto a Brasil, el Censo Nacional de Diabetes para 9 estados, concluido en 1988, muestra una prevalencia de 8.6% en edades comprendidas entre los 30 y los 69 años, llegando al 20.0% en edades superiores a los 70 años. Se estima que hay unos 5 millones de personas diabéticas, de las cuales el 90.0% son del tipo 2. Se recomiendan el control estricto y permanente de los niveles de glucemia, para disminuir el riesgo de las complicaciones asociadas. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

El cambio gradual del perfil epidemiológico que se ha dado en México a partir de la década de los cincuenta del siglo pasado, en el sentido de una lenta disminución de los padecimientos infecciosos pero un crecimiento rápido de los crónico degenerativos, ha generado nuevas prioridades de investigación e intervención de todos los profesionales de la salud. Los padecimientos crónico -degenerativos requieren especial atención, puesto que en su desarrollo y evolución se destaca la contribución de factores psicológicos y biomédicos; la gama de intervenciones profesionales oscila desde la prevención primaria y la promoción comunitaria de la salud hasta apoyar al paciente terminal para tener un final tranquilo y en paz. Tanto la cronicidad como el amplio carácter invasivo, representado por los numerosos síntomas de la enfermedad, llevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen. La Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes en México, cuya proporción aumenta a medida que se incrementa la edad, en la última década muestra una tendencia ascendente, en México es alrededor del 8.2% de la población con Diabetes Mellitus tipo 2 y alrededor del 30% desconocen que tienen la enfermedad. Representa una de las 10 principales causas de muerte en nuestro país, convirtiéndose en un problema importante para la salud pública, prioritario dada su repercusión de índole social, económica y asistencial. ^(2, 17, 18,19)

Encontramos que la primera causa de mortalidad en el estado de Tabasco en el 2006, es la Diabetes Mellitus con 1201 defunciones y una tasa de 5.74. La tasa de mortalidad de Diabetes Mellitus en el periodo comprendido 2000-2006 presenta una tendencia ascendente siendo en 2005 la tasa más alta con 6.02, con un total de 1246 defunciones, el año con menor tasa fue el 2000 con una tasa de 4.03; durante este periodo presento un incremento del 60%, el Estado se encuentra entre las cinco tasas más altas del país. (20, 21, 22)

Tendencia de la Mortalidad por Diabetes Mellitus

En el Estado de Tabasco 2000-2006



La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de la principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje de gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor de 20%) actualmente más 5 millones de personas mayores de 20 años padecen

esta enfermedad, lo que arroja una prevalencia de 8%. El porcentaje de la población que padece diabetes aumenta con la edad. Después de los 50 años de edad, la prevalencia supera el 20%. La diabetes incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebro-vascular y la insuficiencia renal. Además es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la principal causa de ceguera. En el nivel nacional, entre 2001 y 2005, la tasa estandarizada de mortalidad por esta causa paso de 79.9 a 89.9 por 100,000 habitantes en mujeres y de 73.7 a 86.1 en hombres. La diabetes se presenta por igual a toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico.⁽²³⁾

En el mundo la Diabetes Mellitus es considerada una prioridad. Se estima que para el año 2025 habrá un incremento de la prevalencia en adultos de 42% en países desarrollados –de 51 a 72 millones y de 170% en países en desarrollo –de 84 a 228 millones. Así, para el 2025, 75% de la población con Diabetes residirá en algún país subdesarrollado, en comparación de 62% en 1995. En la República Mexicana, el número de casos nuevos pasó de 18.4 por 100 000 en 1978, a 155.6 por 100 000 en 1990, según reporta la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas más reciente. En este país, 1.6 de cada 1 000 individuos percibe la enfermedad como problema de salud, siendo más alta la tasa en asegurados que no asegurados (2.7 vs 1.9 x 1,000).⁽²⁾

La diabetes Mellitus en las últimas décadas se ha tornado como un problema de salud pública internacional, que afecta a las sociedades humanas sin distinción de condiciones. Los estudios realizados en varios países con diferentes hábitos de alimentación y condiciones ambientales revelan distintas tasas de prevalencia de la Diabetes Mellitus, atribuibles a diferentes factores. Se distribuye en zonas urbanas y rurales, aparece

luego de los 40 años de edad y con mayor frecuencia en las mujeres multíparas, generalmente obesas. ⁽²⁴⁾

ALCOHOLISMO

CONCEPTO

El abuso del alcohol fue reconocido desde épocas anteriores como un problema Social, es el hábito tóxico más extendido en el mundo. En el año 1849 el sueco Magnus Hussle puso el término de alcoholismo a esta toxicomanía (Alonso F. Bases psicosociales del alcoholismo. Trabajo de inscripción en la Real Academia Nacional de Medicina, Madrid,1979: 79).

La primera definición hecha por Jellinek fue: Todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad, o a los dos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea: el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor.

El criterio tóxico del autor español Alonso Fernández se refiere al daño biológico, psicológico o social inherente a la ingestión inadecuada del tóxico.⁽²⁵⁾

Dependencia del alcohol se define como las dificultades repetidas relacionadas con el alcohol en al menos tres de siete aéreas de funcionamiento. Dichas dificultades consisten en cualquier combinación de tolerancia, abstinencia, ingestión de cantidades progresivamente mayores de alcohol en periodos más largos de lo previsible, incapacidad para usar el control, pérdida de tiempo prolongadas en el consumo de alcohol,

abandono de actividades importantes para beber y consumo continuado de alcohol a pesar de sus consecuencia físicas y psicológicas. ⁽³⁾

ANTECEDENTES

El consumo de alcohol es un proceso aprobado culturalmente en la sociedad y en distintos escenarios de las socialización del hombre, esta conducta ha estado presente en la historia de la humanidad, es un estilo de vida que se promueve en múltiples acontecimientos, sociales, laborales, religiosos y políticos. Cuando el consumo de alcohol se vuelve frecuente y excesivo, las consecuencias son múltiples como son los accidentes, las enfermedades del hígado, páncreas, enfermedades del corazón y cerebro vascular, así como la dependencia al alcohol, todos ellos general altos costos sociales, económicos y médicos que resultan de la atención de estos pacientes ⁽²⁶⁾

Se ha señalado que el alcohol tiene efectos diabetogénicos en personas con diabetes Mellitus tipo 2 que incluye aumento de la obesidad, la inducción de pancreatitis, alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos y de la glucosa presentándose periodos de hipoglicemia cuando se consume alcohol en forma excesiva y existen largos periodos de ayuno a causa de la ingesta, sin embargo puede también producir hiperglucemia cuando se consume en menores cantidades o para acompañar los alimentos ⁽²⁷⁾

Estudios en población con diabetes Mellitus tipo 2 indican que el consumo de alcohol es la causa de la resistencia a la insulina ⁽²⁸⁾. Por su parte algunos autores ⁽²⁹⁾ revelan el consumo de alcohol en personas con Diabetes Mellitus evita la recuperación de la hipoglucemia, debido a la habilidad del alcohol para suprimir la lipolisis. ⁽³⁰⁾ mencionan que el alcohol

incrementa la estimulación a la secreción de insulina reduciendo la gluconeogenesis en el hígado y causa resistencia a la insulina, produciendo tanto oxidación de la glucosa como almacenamiento, lo cual incrementa el riesgo mayor de complicaciones severas.

CLASIFICACION

Existen dos maneras de preguntar a las personas sobre su forma de consumir alcohol, A) pedir una apreciación sumaria de sus patrones actuales y B) pedir que listen todas las ocasiones recientes de consumo, la primera es la que más se sugiere aplicar en México. La cual abarca 3 patrones de consumo: **1.- consumo sensato**, es cuando el consumo es de 40 gr o más de tres veces por semana (cuatro bebidas estándar) en los varones y 20 gr. No mas de tres veces por semana (dos bebidas estándar) en las mujeres; **2.- El consumo dependiente**, es cuando se ingieren de 4 a 9 copas por ocasión en los varones y de 3 a 5 copas por ocasión en las mujeres dejando de realizar actividades por el consumo de alcohol. **3.- El consumo dañino** ocurre cuando ingieren en un día típico, 6 o mas copas las mujeres y de 10 o más los varones, además que amigos, familiares o personal de salud le hayan manifestado preocupación por su forma de beber. ⁽³²⁾

La mayor parte de estas personas bebedoras inicio el consumo de alcohol entre los 12 y 17 años 58% y de 18 a 65 años un 42%; no tenemos cifras exactas del consumo de alcohol en el sureste y en el Estado de Tabasco. ⁽³³⁾

La absorción es más rápida cuando el estomago esta vacío, y la concentración en alcohol en la bebida varía entre el 20%, aumenta los niveles de alcohol en la sangre más rápidamente que la cerveza

(concentración entre 3 y 8%) mientras que los licores (concentración de 40%) retrasan el vaciamiento del estomago e inhiben la absorción del alcohol. Los hidratos de carbono, retrasan la absorción del alcohol, con el estomago lleno, las concentraciones de alcohol en sangre pueden no alcanzar $\frac{1}{4}$ de los valores conseguidos con el estomago vacío, el alcohol se distribuye en el agua corporal, por lo que la mayoría de los tejidos del organismo -el cerebro, el corazón y los músculos- tienen la misma concentración de alcohol que la sangre. El primer paso en el metabolismo de alcohol es su transformación mediante su oxidación, inducida en el estomago por la enzima alcohol -deshidrogenasa- en acetaldehído, en presencia de otras sustancias conocidas como co-factores. Las mujeres suelen tener en el estomago niveles más bajos de alcohol deshidrogenasa que los hombres. El acetaldehído es una sustancia toxica de gran capacidad reactiva, que en las personas sanas es oxidada rápidamente para transformarse a nivel del hígado -mediante la enzima aldehído-deshidrogenasa en una sustancia inocua, el acetato. El alcohol va desapareciendo de la sangre a un ritmo de 15 miligramos por hora, la concentración de alcohol varía de acuerdo a la edad, y la estructura corporal. ⁽³⁴⁾

INTOXICACION ALCOHOLICA

Se puede considerar que existen dos tipos de intoxicación debida al consumo de alcohol intoxicación aguda e intoxicación crónica. Los efectos según la cantidad pasan por una fase prodrómica (0.25 gr/1-0.3gr/1) cuando el individuo percibe un cambio en su estado mental, también afecta la percepción de los sentidos y una disminución de los reflejos. Fase de excitación (0.3 gr/1.5 gr/1) existe perdida de la inhibición y perdida del

autocontrol con parálisis progresiva de los procesos mentales complejos. Fase de incoordinación (1.5gr 1 -3 gr/l) temblor, confusión mental, incoordinación motriz: generalmente, la persona termina durmiéndose. Coma y muerte (más de 3 gr/l) ⁽³¹⁾

FISIOPATOLOGIA DEL ALCOHOL:

METABOLISMO DEL ETANOL EN EL HIGADO:

En el hígado el etanol es oxidado principalmente por la enzima citosólica deshidrogenasa de alcohol (ADH). La ADH convierte el etanol en acetaldehído, que luego se oxida a acetato (de modo principal en las mitocondrias) por la deshidrogenasa de aldehído (ALDH) ⁽⁴¹⁾

El etanol es un depresor del sistema nervioso central (SNC) que disminuye la actividad de las neuronas, aunque las concentraciones sanguíneas bajas provocan cierta estimulación del comportamiento. El alcohol se absorbe por la mucosa bucal y esofágica (en cantidades muy pequeñas), por el estómago y el intestino grueso (en cantidades moderadas) y por la parte proximal del intestino delgado (la mayor parte) el índice de absorción aumenta con el vaciamiento gástrico rápido, la ausencia de proteínas, grasas o carbohidratos.

Entre el 2% y el 10% del etanol se excreta directamente por los pulmones, la orina o el sudor, pero la mayor parte se metaboliza a acetaldehído en el hígado. ⁽³⁾

FACTORES NUTRICIONALES.

Un gramo de etanol tiene aproximadamente 29.7 kJ (7.1 Kcal) y una copa contiene entre 293.0 y 418.6 kJ (70 a 100 kcal) de etanol y otros carbohidratos. Por ello el consumo de 8 a 10 copas puede aportar más de 4186 kJ (1000kcal) diarias que, sin embargo, carecen de elementos nutritivos. ⁽³⁾

Para el caso de los adultos mayores conforme envejecen, el cuerpo metaboliza el alcohol de manera diferente. Toma menos bebidas para intoxicarse, y los órganos pueden ser dañados por cantidades más pequeñas de alcohol. Los médicos pueden pasar por alto el alcoholismo al evaluar a los pacientes ancianos, atribuyendo equivocadamente los signos del abuso de alcohol a los efectos normales del proceso de envejecimiento. ⁽³⁸⁾

Para el caso de las mujeres, estas son más afectadas por el alcohol debido a diferencias fisiológicas, además son más susceptibles a enfermedades del hígado en un periodo más corto y con menos consumo de alcohol que los hombres. Entre los efectos benéficos del alcohol ha surgido evidencia que el consumo del alcohol tiene un efecto protector frente a enfermedades coronarias en hombres sobre cuarenta años que beben moderadamente. ⁽³⁹⁾

La pancreatitis aguda es una complicación del consumo de alcohol, lo cual puede provocar diabetes mellitus, si se repite en varias ocasiones, la neuropatía alcohólica es otra complicación, varices esofágicas sangrantes las cuales pueden llegar a provocar la muerte si no es atendido a tiempo, llega a haber degeneración cerebral cuando el paciente tiene alcoholismo es crónico, cirrosis hepática enfermedad degenerativa crónica, depresión,

son las principales complicaciones que pueden presentar las personas que presentan consumo de alcohol. ⁽⁴⁰⁾

El AUDIT Es el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, y describe cómo utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve.^{1,2} Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. Proporciona un marco de trabajo para la intervención dirigida a los bebedores de riesgo, para que puedan reducir o abandonar el consumo de alcohol y, con ello, evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. El AUDIT también ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial. Ha sido diseñado particularmente para los clínicos y para una diversidad de recursos terapéuticos, si bien con las instrucciones apropiadas puede ser auto-administrado o utilizado por profesionales no sanitarios. es un test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol y describe como utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de consumo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado para detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. La mayoría de los bebedores excesivos no están diagnosticados, a menudo, estos presentan síntomas o problemas que a menudo no se relacionan con el consumo de alcohol. El AUDIT ayuda al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol. ⁽³²⁾

El AUDIT puede ser utilizado de diversas formas para evaluar el consumo de alcohol del paciente, es importante explicar a los pacientes por qué se les está haciendo preguntas sobre el consumo de alcohol y darles la información necesaria para que responda de forma apropiada. El screening del consumo de alcohol debería ser realizado con todos los pacientes preferiblemente de forma anual. El AUDIT puede ser administrado por separado o combinándolo con otras preguntas como parte de una entrevista de salud general, un cuestionario sobre el estilo de vida o una historia clínica. El entrevistador debe ser amable, nada amenazador, el paciente no debe estar intoxicado o necesite tratamiento de urgencias en el momento de la entrevista, el objetivo del screening sea claramente enunciado en términos de su importancia para la salud del paciente, se dé la información que los pacientes necesitan para comprender las preguntas y para que se den las respuestas apropiadas y se dé la seguridad de que las respuestas de los pacientes serán confidenciales. De acuerdo a la aplicación del AUDIT ya sea como una entrevista oral o como un cuestionario escrito, se recomienda dar una explicación a los pacientes sobre el contenido de las preguntas, el motivo por el que se realizan estas y la necesidad de responderlas adecuadamente, las instrucciones para el paciente también deberían aclarar el significado de una consumición (bebida estándar). Las preguntas 2 y 3 del AUDIT se refieren a las bebidas alcohólicas consumidas, el significado de esta palabra difiere de una nación y cultura a otras. Es importante por ello citar las bebidas alcohólicas más habituales que pueden ser consumidas y cuanto de cada una de ellas constituye una consumición (aproximadamente 10 gramos de alcohol puro). Por ejemplo una botella de cerveza (330 ml al 5% alcohol), un vaso de vino (140 ml al 12% de alcohol) y una copa de destilado (40 ml al 40% de alcohol) representan una consumición de unos 13 g de alcohol. ⁽³²⁾

Para la puntuación e interpretación del AUDIT, cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. En el formato de entrevista, el entrevistador anota la puntuación correspondiente a la respuesta del paciente, dentro del cuadro que se encuentra cada pregunta. Se recomienda unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores en consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como una posible dependencia de alcohol (una puntuación de corte de 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad) debido a que los efectos del alcohol varían según el peso medio y diferencias en el metabolismo, el reducir el corte en un punto, a una puntuación igual o mayor 1 en la pregunta 2 o pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo . Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), indica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que se están experimentando daños relacionados con el alcohol. Tanto la puntuación total, el nivel de consumo, los signos de dependencia, así como el daño presente deberían tenerse en cuenta en el abordaje de un paciente. ⁽³²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En virtud de que el consumo de alcohol es elevado en población adulta, es frecuente que las personas con diabetes Mellitus tipo 2 continúen consumiendo alcohol y cuando el consumo es excesivo puede producir hipoglucemia, o si el consumo es moderado pero frecuente, puede producir hiperglucemia lo cual incrementara las complicaciones afectando su calidad de vida.

En razón de ello fue necesario conocer la prevalencia de consumo de alcohol en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en la Ranchería Pejelagartero Primera Sección, Huimanguillo, Tab. 2007

JUSTIFICACION.

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes en México, cuya proporción aumenta a medida que se incrementa la edad, en la última década muestra una tendencia ascendente, en México es alrededor del 8.2% de la población con Diabetes Mellitus tipo 2 y alrededor del 30% desconocen que tienen la enfermedad. Representa una de las 10 principales causas de muerte en nuestro país, convirtiéndose en un problema importante para la salud pública, prioritario dada su repercusión de índole social, económica y asistencial. En el Estado de Tabasco la tendencia de la mortalidad de la Diabetes es ascendente presentando en el 2006 la primera causa, con una tasa de 5.74 por 10 000 hab. La cual se encuentra dentro de las cinco más altas del país.^(2, 3, 4 y 5) tesis gloria 2, 345 Dr. Jesús

En la actualidad la edad de inicio del consumo de alcohol está entre 12 y 36 años. Esta enfermedad ocupa el lugar número 20 entre las causas de mortalidad general, el número 17 entre las de mortalidad en hombres y el octavo en las del grupo de hombre entre 35 y 44 años. Según la Encuesta Nacional de Adicciones del 2002 ENA (2002), existen en el país 32'315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y 12'938,679 consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta. El volumen total de etanol reportado por esta población alcanzó 3.484 litros cuando se considera a población entre 18 y 65 años ya 7.129 litros cuando solo se refiere a los varones, por lo tanto se considera según esta encuesta un promedio de 2-1 con respecto a las mujeres, en la población urbana existen 13'581,107 hombres (72.2% de la población urbana masculina) y 10'314,325 (42.7%) mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los doce meses previos a este estudio, en la población rural hay 543,197 bebedores mas, 357,775 (18.9%)

varones y 185,422 (9.9%) mujeres, el 44.4% de la población urbana y el 62.7% de la población rural reportaron ser abstemios, es decir no consumieron alcohol en los doce meses previos al estudio, con una razón de dos mujeres por cada varón, en cuanto a la cantidad modal de consumo para las mujeres es de una o dos copas por ocasión de consumo en tanto que para los varones urbanos es de 3 a 4 copas y para los rurales 5 a 7 copas.

Las complicaciones crónicas de los diabéticos pueden aumentar en aquellos que consumen alcohol, por ello es importante la cantidad de pacientes con alcoholismo y diabetes en mi área de trabajo, por lo tanto este estudio nos ayudara a tener conocimiento sobre las complicaciones que se pueden presentar en el paciente diabético y así tratar de prevenirlas y también tratar de tener un control adecuado en lo valores de la glucosa de los pacientes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar el consumo de alcohol (sensato, dependiente y dañino) en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en la Ranchería Pejelagartero 1ª. Secc., Huimanguillo. Tabasco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la edad de los pacientes con Diabetes Mellitus.
- Conocer el género de los pacientes con Diabetes Mellitus.
- Identificar el estado civil de los pacientes con Diabetes Mellitus.
- Conocer la religión de los pacientes con Diabetes Mellitus.
- Identificar la ocupación de los pacientes con Diabetes Mellitus.
- Conocer el grado de escolaridad de los pacientes con Diabetes Mellitus.
- Determinar el nivel socioeconómico de los pacientes con Diabetes Mellitus.

MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo de corte transversal.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Pacientes con diagnostico de Diabetes Mellitus tipo 2,

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La presente investigación se realizo en 53 pacientes con diagnostico de Diabetes Mellitus Tipo 2, en control en el Centro de Salud Pejelagarero 1ª. Secc. Huimanguillo, Tabasco, en 2007, a quienes se entrevistaron y a los que se aplico un cuestionario que contempla las variables de investigación para la identificación de variables sociodemográficas, (ANEXO 1), de presencia de alcoholismo, presentes en la población de estudio. (AUDIT). (Anexo 2) El tipo de muestreo fue probabilístico por conveniencia.

UNIVERSO.

Se incluyeron a 53 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en control en el Centro de Salud Pejelagarero 1ª. Secc. Huimanguillo, Tabasco,

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes Diabéticos Tipo 2, mayores de 20 años que lleven control en el área de responsabilidad del centro de salud Pejelagartero 1ª. Sección los pinos, Municipio de Huimanguillo, Tabasco.

Pacientes Diabéticos Tipo 2, mayores de 20 años que lleven control, que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes Diabéticos Tipo 2, que residan fuera del área de responsabilidad del centro de salud Pejelagartero 1ª. Sección los pinos, Municipio de Huimanguillo, Tabasco.

Pacientes Diabéticos Tipo 2, en control que no acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes diabéticos tipo 2 que fallezcan o abandonen el ejido Pejelagartero 1ª sección los pinos, municipio de Huimanguillo, Tabasco.

VARIABLES

DEPENDIENTE:

Paciente con Diagnostico de Diabetes Mellitus Tipo 2: toda persona con diagnóstico médico previo con toma de medicamentos hipoglucemiantes.

INDEPENDIENTE:

Sociodemográficas.

Edad: Numero de años cumplidos. CUANTITATIVA ORDINAL.

Género: Condición por la que se diferencian los hombres de las mujeres. CUALITATIVA NOMINAL.

Estado civil: Condición jurídica de la relación de pareja. CUALITATIVA NOMINAL.

Religión: Condición de creencias que practican los pacientes: CUALITATIVA NOMINAL.

Ocupación: Actividad a la que se dedica el paciente. CUALITATIVA NOMINAL.

Grado de escolaridad: Grados de estudios cursados. CUANTITATIVA ORDINAL.

Nivel socioeconómico: Grado de economía en base a los salarios mínimos diarios que alcanzan ciertas entidades sociales. CUALITATIVA ORDINAL.

IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL.

AUDIT: cuestionario de identificación de Trastornos por Uso de Alcohol. Cuantitativa ordinal.

El AUDIT está compuesto por 10 reactivos. Las tres primeras preguntas se refieren a la frecuencia y a la cantidad del consumo de alcohol

y exploran el área de lo que podría considerarse consumo excesivo. Los reactivos 4,5 y 6, exploran la posibilidad de que haya dependencia al alcohol, y, finalmente, los reactivos 7 a 10 se refieren a un consumo dañino de alcohol. La evaluación del AUDIT es la siguiente forma, si la persona califica del los reactivos de 1 al 3, de 8 a más tiene problema en su forma de beber, si califica de uno o más puntos en uno de todos los reactivos del cuatro a seis se considera que tiene signos de dependencia, una puntuación de uno o más de las preguntas de la 7 a la 10 en ausencia de síntomas de dependencia indica que la persona tiene un patrón dañino de bebida. El cuestionario mide desordenes en el consumo de alcohol y tiene un valor máximo de 40 puntos y un valor mínimo de 0 puntos, a mayor puntaje más consumo de alcohol dependencia y daño.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizó revisión de tarjetero de pacientes en control de diabetes, a los que se entrevistó y aplicó cuestionario, AUDIT.

Procesamiento, análisis de los resultados y presentación.

Se procederá a elaborar una base de datos en el programa Microsoft Excel 2003 con las variables estudiadas, para su análisis se utilizará el programa SPSS 2006, realizándose medidas de tendencia central y estadística descriptiva, la presentación de esta información se presentara mediante gráficas a fin de objetivizar la misma.

IMPLICACIONES ÉTICAS

El estudio se apegará al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia [SSA], 1987). De acuerdo al título II, Capítulo I, artículo 14, fracción VII, se solicitará la aprobación de las autoridades de salud de la Jurisdicción No.8. de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Como lo dispone el artículo 13 para brindar respeto a la dignidad humana y protección de los derechos y bienestar del participante, al aplicar los cuestionarios se cuidará la forma en que se realizará la pregunta, no juzgando la conducta de los pacientes y se cuidará la privacidad de los mismos, al no identificar a la persona por su nombre. Artículo 14, Fracción V, se mostrará al participante el consentimiento informado el cual firmara aceptando su participación en el estudio. (ANEXO 3).

Para dar cumplimiento al artículo 16 la privacidad y el anonimato de los participantes, se aclarara que la información obtenida será dada a conocer sólo de forma grupal y nunca individual y el autor del estudio guardará las encuestas en un lugar seguro al cual solo él tendrá acceso.

En base al artículo 21 y 22, los sujetos de la investigación contaron con la información suficiente sobre el estudio a través del consentimiento informado, su participación en el estudio será voluntaria y conforme a la fracción VII el participante tendrá la libertad de retirar su participación en el momento que lo desearan.

RESULTADOS.

Las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus en el Centro de Salud de Pejelagartero 1°. Secc., Huimanguillo, Tabasco en el periodo 2007 fue de 53 casos, con respecto a las condiciones sociodemograficas se observo que la edad promedio de pacientes con diabetes es de 51 años, distribuidos por grupo de edad se cuestionaron pacientes menores de 30 años un 2%, de 30 a 39 años un 6%, pacientes de 40 a 49 años con 35%, de 60 a 69 años con un 25%, de 50 a 59 años con un 23%, de 70 años de edad con 9%. (Gráfica 1)

Con respecto al género de los pacientes diabéticos se encontró que el 72% corresponde al sexo femenino y el 28% al sexo masculino. (Gráfica 2)

En cuanto al estado civil de los diabéticos en control, se encontró que el 62% son casados, el 19 % son viudos, el 13% son solteros y el 6% son divorciados. (Gráfica 3)

Con respecto a la religión o culto que practican, encontramos la católica cuenta con un 28%, los ateos cuentan con un 17%, los presbiterianos con un 15%, el apostólico con un 13%, en cuanto a la religión bautista 11%, Pentecostés un 8%, adventistas un 6% y los del 7º Día el 2%. (Gráfica 4)

En cuanto a la ocupación laboral de los sujetos en estudio obtuvimos que un 69% es ama de casa, con un 21 % se registro el oficio de campesino, otros oficios un 6% y un 4% las personas que no laboran. (Gráfica 5)

La escolaridad que se encontró es del 77% el nivel básico, el 17% es analfabeta, el 6% el nivel medio superior. (Gráfica 6)

El nivel socioeconómico de los sujetos participantes se clasificó según ingreso salarial, de 1 a 2 salarios mínimos 94 % y más de 2 salarios mínimos 6% (Gráfica 7)

Para dar respuesta al objetivo general de esta investigación que señala identificar el tipo de consumo de alcohol (de acuerdo al AUDIT) en personas con diabetes Mellitus tipo 2, se destaca que el 40% reportó consumo de tipo sensato de alcohol, ([21 pacientes] Gráfica 8), con respecto a los síntomas de dependencia encontramos un 43 % señala que presenta un tipo de consumo dependiente de alcohol ([23 pacientes] Gráfica 9) y el 15% reportó un consumo dañino o perjudicial de alcohol. ([6 pacientes] Gráfica 10)

DISCUSION

El presente estudio permitió aplicar los conceptos de prevalencia de consumo de alcohol y la conducta de consumo de alcohol en la muestra de 53 pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2, que acudieron al centro de salud con 2 núcleos básicos “Los Pinos”.

Con relación al perfil sociodemográficas de los participantes se encontraron mayor proporción de mujeres que hombres, las cuales en su mayoría estaban casados, con una edad promedio de 51 años. Este perfil es coincidente con el reporte de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas ⁽³⁵⁾ donde se indica que la edad más frecuente del diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2 es por encima de 40 años.

La ocupación que mayor rango obtuvo en nuestro estudio fue la de ama de casa ya que por lo regular las mujeres en la zona rural proceden de familia tradicional, el nivel socioeconómico bajo, obtuvo un gran porcentaje, ya que las personas encuestadas refieren que solo ganan diariamente de 1 a 2 salarios mínimos.

En cuanto a la religión de los pacientes encuestados el 28% es católico y el resto es de otra religión.

En este estudio obtuvimos que la frecuencia en la cual ingieren bebidas alcohólicas los diabéticos, 75% dijo que nunca, el resto nos respondió que 1 vez al mes o menos.

Documentamos que un 71% consumen de 1 a 2 bebidas alcohólicas diarias, 26% nos dijo que tres a cuatro bebidas y solo 3% contestó que cinco a seis bebidas, en estudios realizados por encuesta nacional de adicciones nos refiere una media de 4 copas en cada ocasión de bebidas alcohólicas.

Se les cuestiono también en cuanto a la frecuencia con que toman 6 o más copas en una misma ocasión a lo cual respondió el 72% que nunca, el 28% que más de una vez al mes y el 2% mensual, en otros estudios realizados se dice que el consumo dependiente es cuando se ingieren de 4-9 copas.

En relación a esto se encontró que la mayor prevalencia del consumo de alcohol fue de tipo sensato con un 40%, seguido del consumo dependiente 43%, y del consumo dañino es del 17%. Probablemente el tipo de consumo de alcohol (dañino y dependiente) que tiene los participantes del estudio tengan varias explicaciones como, el hecho de que el consumo es una práctica social arraigada, además es probablemente que estas personas tenían un consumo excesivo de alcohol antes de ser diagnosticadas con diabetes Mellitus y no han iniciado un cambio de conducta, probablemente por la dependencia física y psicológica que tiene la sustancia o no han recibido orientación sistemática por parte de los servicios de salud que les permita reducir o eliminar el consumo de alcohol, lo cual tendrá un impacto negativo a corto plazo. ⁽²⁶⁻²⁸⁾

Adicionalmente se encontró diferencia significativas del consumo de alcohol por sexo, donde los varones presentaron más alto consumo de alcohol que las mujeres, esto hallazgos coinciden con algunos estudios realizados anteriormente ^(35,36). Probablemente se deban a las sugerencias socioculturales, donde el consumo de alcohol en la mujer es sancionado por la sociedad en razón de esto el consumo femenino tiende a ser menor que en el varón ⁽³⁷⁾ además el consumo masculino tiene a fomentarse y aceptarse socialmente en el transcurso de la vida.

CONCLUSIONES

En el estudio realizado a los 53 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el 40% en alguna ocasión a ingerido bebidas alcohólicas, desde el inicio de su enfermedad, un 43% presento consumo dependiente, un 17% presento consumo dañino de alcohol, se busco además en investigación de campo y con sus familiares la autenticidad de la información recabada.

Se encontraron diferencias significativas en el consumo de alcohol por sexo, donde participantes varones reportan más alto consumo que las mujeres, se documento relación negativa y significativa de la edad y la cantidad de consumo que ingiere en un día típico lo participantes en el estudio.

Basándonos en los resultados de este estudio es conveniente en un futuro próximo desarrollar programas de prevención primaria especialmente en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 para reducir el riesgo del consumo dependiente y dañino de alcohol.

Se recomienda realizar platicas referentes a todas las consecuencias de la enfermedad con las personas que tienen consumo perjudicial de alcohol, hacerles saber las complicaciones y daños que esta adicción produce y hacer que su familia le brinde la atención y lo rescate si es el caso del abandono social, también formaremos grupos de autoayuda para el fortalecimiento de sus valores.

BIBLIOGRAFIA.

1. Díaz Nieto L. Galán-Cuevas S. Fernández-Pardo G. Grupo de autocuidado de diabetes Mellitus tipo 2 Rev Salud Pub Mex Marzo-Abril 199:35.
2. Modificación a la Norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control con la diabetes mellitus en la atención primaria, para quedar como Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
3. Harrison, Fauci, Braunwald, Isselbacher, Wilson et.al, Principios de medicina Interna 1998. editorial mc grawhill, vol 2 14ª edición, pp2341
4. Islas-Andrade S, Revilla-Monsalve C, Gonzalez-Villalpando C, Mendez –S J, Sánchez De La Peña S, Diabetes Mellitus. Ventajas de la Nueva Clasificación, Rev Méd IMSS (Méx) 1997;35(4):319-323
5. Report of the expert committee in the diagnosis and classification of diabetes Mellitus.- diabetes care. 1998; supplement 1:S5
6. Fernandez-Fernandez. Monografías. Diabetes tipo 2. Tratamiento Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMF y C). Escuela Andaluza de Salud Pública. España. Año 1999 (15)
7. Diabetes Association: Clinical Practice.- Diabetes care. Volume 23 supplement 1, January 2000 American. Recommendations 2000.
8. Alpizar-Salazar M., Sotomayor-Gallardo A., Castro-Ramos MA., Zárate-Aguilar A., Madrazo-Navarro M. Acciones anticipadas ante la Diabetes Mellitus. Rev Méd IMSS 1998:36 (1):3-5

9. Díaz-Batista M, Hernández-Zamora NE, Salazar-Díaz MG. Estudio sobre la prevalencia de la Diabetes Mellitus en la Ciudad de Coatepéc, Veracruz
10. M-karl D, C-Riddle M. Nuevas opciones para el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Revista Diabetes Self-Management. 8/3/99 Universidad de Ciencia de la Salud en Oregón, USA.
11. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes care 1997;20:1183-1197
12. Aschner P. Guías ALAD 2000 para el diagnóstico y manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2 con Medicina basada en Evidencia.
13. Report of the Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes Mellitus.- diabetes care volume 25:S5-S20,2002
14. Ríos CJ, Barrios SP, Ávila RT. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos-con nefropatía. Rev Med IMSS 2004; 42(5):379-385
15. López CJ, Rodríguez MR. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con Diabetes Mellitus tipo 2. Salud pública de México /48.3. 2006.
16. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. SEED. Estado de Tabasco. México. 2006.
17. Rios CJ Barrios SP, Ávila RT, Alteraciones emocionales en Pacientes diabéticos con nefropatía. Rev Med IMSS 2004;42(5):379-385.
18. López CJ, Rodríguez MR. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes en 39 pacientes mexicanos con Diabetes Mellitus tipo 2. Salud Publica de México/48.3.2006.
19. secretaria de salud. Departamento de Epidemiología. Programa de salud del adulto y del anciano. Estado de Tabasco. México. 2002.

20. Secretaria de Salud del Estado de Tabasco. SEED. Estado de Tabasco México. 2006.
21. Secretaria de Salud. Departamento de epidemiología. SUIVE 1 2000. Estado de Tabasco. México 2006.
22. Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI) 2005.
23. Villa CL, Frati MA, Ponce MH, Hernández RS, Becerra PA. Acerca de la prescripción de ejercicio en el paciente diabético. *Gac Med Mex.* 136:6,2000
24. Nivel de información de la Diabetes y complicaciones crónicas en pacientes controlados en el hospital 1. Lagunillas, Mérida. Monografias.com.
25. BOLET ASTOVIZA M. y SOCARRAS SUAREZ, M. (2003). Alcoholismo, consecuencias y prevención. *revista cubana investigación biomédica*, 22(1),25-31.
26. Tapia CR. Las adicciones, dimensión impacto y perspectivas. Manual Moderno. 2.ed. México, D.F.; 2001.K
27. Kao WHL, Puddey IB, Boland LL, Watson RL, Brancati FL. Alcohol Consumption and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus. *Am J Epidemiol* 2001;154 (8):748-53.
28. Avogaro B. Consumo de alcohol, perjudica la contra regulación de glucosa durante hipoglucemia aguda en pacientes con diabetes mellitus. *Rev Diabetes* 1993; 42:1626-34.
29. Boden G, Chen X, Desantis R, White J, Mozzoli M. Effects of ethanol on carbohydrate metabolism in the elderly. *Diabetes*, 1993;42(1):28-34
30. Hernández PF, Órnelas BL, Ingesta aguda de alcohol ¿Factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones agudas de diabetes? *Rev Médica IMSS*; 2002;40(4):293-9

31. Rodríguez L, Wilkins A, Olvera R, Silva R, Panorama epidemiológico de las intoxicaciones en México, Medicina interna, 2005. Nieto editores
32. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999. Prevención, tratamiento y control de las adicciones
33. De la cruz J, Fernández I, Turron H, Escobedo J, Zarate A (2002), Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del seguro social, México 2002, pp113-121. Salud Publica de México/vol. 44, no. 2, marzo-abril 2002
34. Encuesta nacional de adicción 2002. Tabaco alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo
35. Vargas MJ, Moreno ES, Alonso CMM, Patrones de consumo de alcohol en trabajador industriales mexicanos. Int J Psychol Psychol Ther. 2005;5(2):113-24.
36. Harding AH, Sargeant LA, Khaw KT, Welch A, Oakes S, Luben RN, Bingham S, Day NE, Wareham NJ, Correlación sectorial entre los niveles totales y tipo de consume y el nivel de hemoglobina glucosilada. Nature 2002; 882-8.
37. Alonso M. Hacia la construcción de un modo explicativo de Factores de riesgo y Consumo de Alcohol en mujeres adultas (Tesis de Doctorado) Monterrey, N.L. México Universidad Autónoma de Nuevo León;2008
38. GuzmánCM, El pie diabético. Rev. Cubana Invest Biomed 1999, 18 (3):231-5
39. Selli L. Kauffmann PL, Nazareth MS, Zapico TJ. Tecnicas educacionales en el tratamiento de la diabetes. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 2005, 21 (5): 1366-1372

40. Canovas B, Koning M, Muñoz C. Vázquez C. Nutrición equilibrada en el paciente diabético con nefropatía. Rev Med IMSS 2004; 42(5):397-38
41. Grendell H. James, McQuaid R. Kenneth, Friedman L. Scott. Diagnóstico y Tratamiento en Gastroenterología, Manual Moderno, 2000. Pp. 662
42. Alonso F. Bases Psicosociales del Alcoholismo. Trabajo de Inscripción en la Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 1979:79.

ANEXOS

ANEXO 1

CEDULA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS (CDSD)

EDAD _____

GENERO _____

RELIGION _____

OCUPACION _____

ESTADO CIVIL _____

GRADO ESCOLARIDAD _____

SALARIO MINIMOS: 1 A 2 _____ DE 3 Y MAS _____

ANEXO 2

CUESTIONARIO AUDIT

PRUEBA PARA IDENTIFICAR TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

1. ¿Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas?

0= nunca 1=una vez al mes o menos 2= dos o cuatro veces al año
3=dos o tres veces por semana 4=cuatro o más veces por semana

2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico que bebe?

0= 1 o 2 1= 3 o 4 2= 5 o 6 3=7 a 9 4= 10 o mas

3. ¿Qué tan frecuentemente toma seis o más copas en la misma ocasión?

0= nunca 1= más de una vez al mes 2= mensualmente
3= semanalmente 4= diario o casi diario

4. Durante el último año ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?

0= nunca 1= menos de una vez al mes 2=mensualmente

9. ¿se ha lastimado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol?

0= no 2= si, pero no en el último año 4= si, en el último año

10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje?

0= No 2= si, pero no en el ultimo año 4= sí, en el último año

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El Dr. Williams Jiménez Cruz ha solicitado mi consentimiento para participar en su proyecto de investigación, para identificar el patrón de consumo de alcohol de los pacientes diabéticos tipo 2, de la rancharía Pejelagartero 1ª. Sección los pinos, municipio de Huimanguillo, Tabasco.

También este estudio es un requisito, para obtener el grado de la especialidad del curso de especialización en medicina familiar.

Además se me informó que los datos que yo le proporcione serán confidenciales y estará respetada mi identidad, acuerdo al título II, Capítulo I, artículo 14, fracción VII, de la ley general de salud y que tengo la libertad de retirarme en cualquier momento de la entrevista.

Así mismo me informó que las encuestas no tienen ningún riesgo y que mi salud no se verá afectada.

Paciente

Testigo

ANEXO 4.

GRAFICO 1.

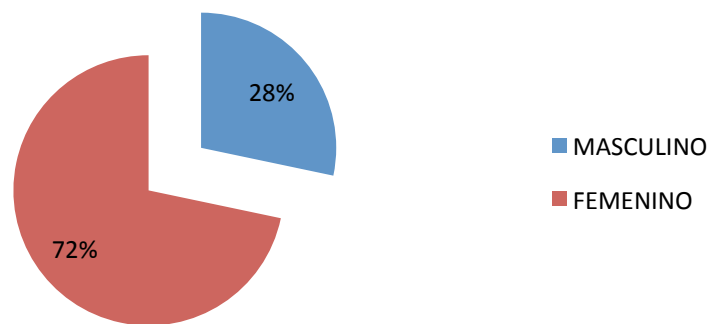
DISTRIBUCION DE EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

GRAFICO 2.

DISTRIBUCION POR SEXO.

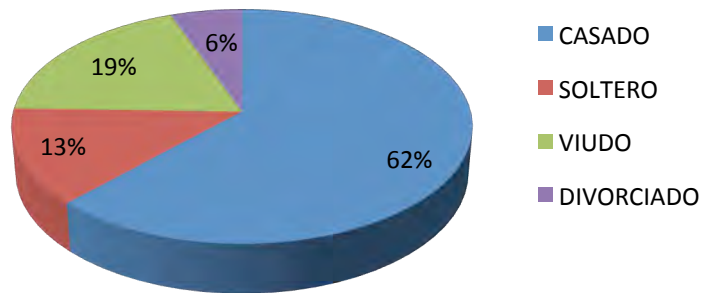
□



Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

GRAFICO 3.
DISTRIBUCION ESTADO CIVIL.

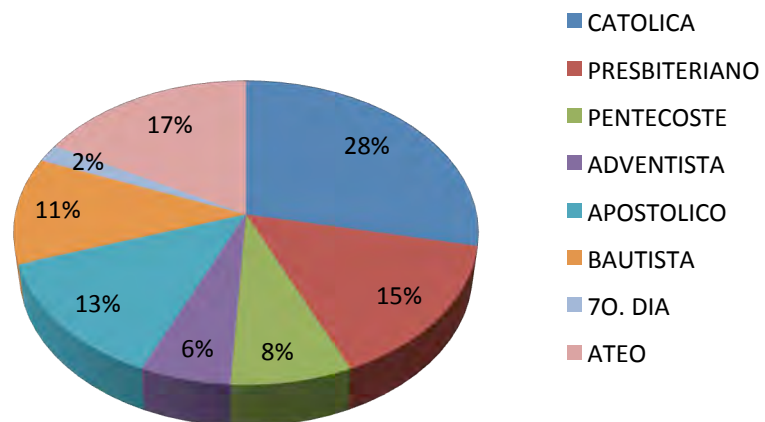
□



Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

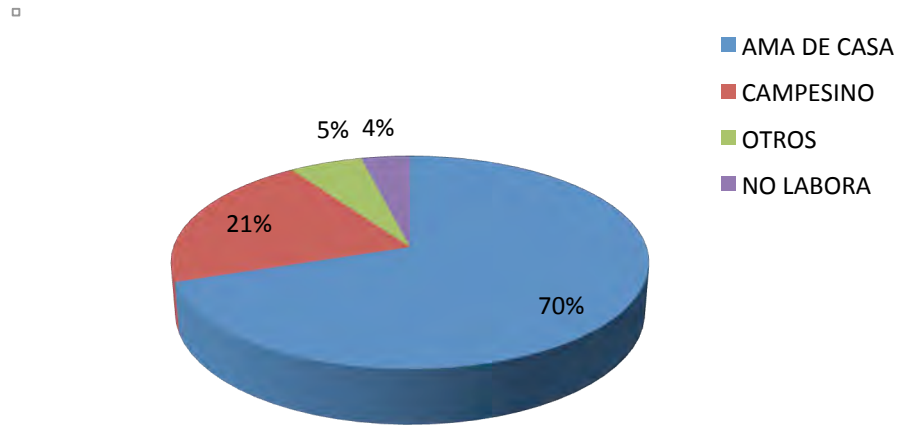
GRAFICO 4.
DISTRIBUCION POR RELIGION.

□



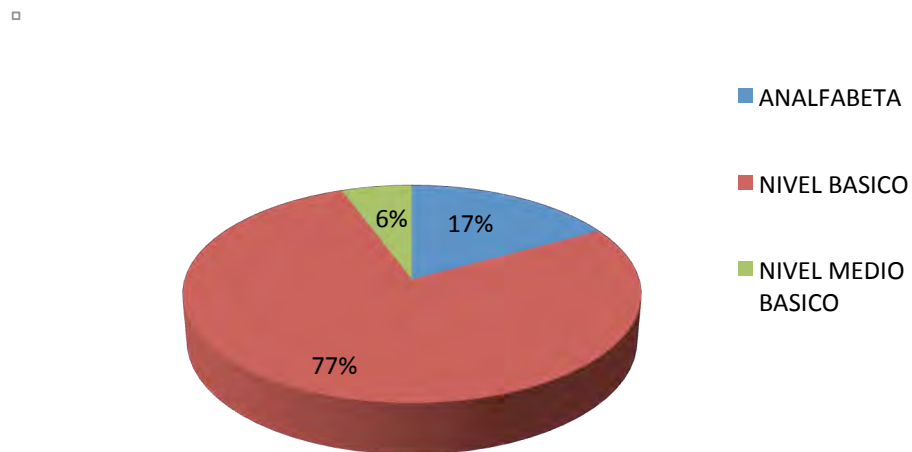
Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

GRAFICO 5.
DISTRIBUCION POR OCUPACION.



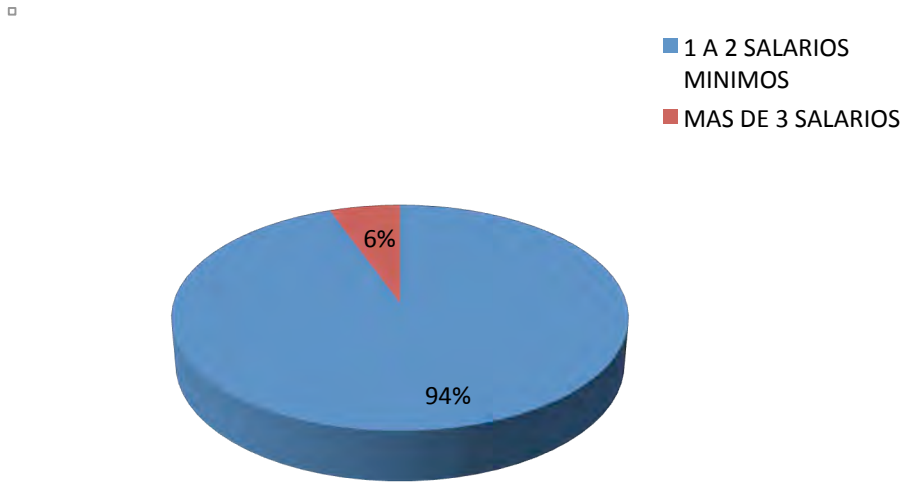
Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

GRAFICO 6.
DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD.



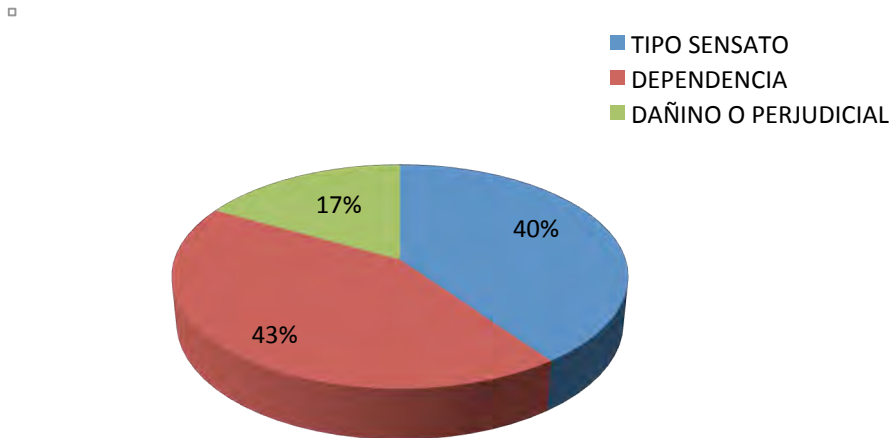
Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

GRAFICO 7.
DISTRIBUCION NIVEL SOCIOECONOMICO.



Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

GRAFICO 8.
CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAS CON DM2



Fuente Cuestionario AUDIT.