



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION TAMAULIPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.74
TAMPICO ALTO, VERACRUZ**

**FACTORES ASOCIADOS AL DESCONTROL
GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN TAMPICO ALTO
VERACRUZ.**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR
PRESENTA**

MARIA DEL CARMEN MARES MOJARRO

CD. MANTE TAMAULIPAS 15 ABRIL 2014.



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.


**FACTORES ASOCIADOS AL DESCONTROL GLUCEMICO
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 EN TAMPICO ALTO VERACRUZ**

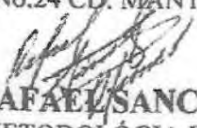
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

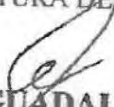
PRESENTA:


MARIA DEL CARMEN MARES MOJARRO

AUTORIZACIONES:


DRA. NIRAH BRISEÑO
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
MODALIDAD SEMIPRESENCIAL
UNIDAD MEDICA No.24 CD. MANTE, TAMAULIPAS


DR. HECTOR RAFAEL SANCHEZ NUNCIO
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
JEFATURA DE INVESTIGACION


DRA. MARIA GUADALUPE FONG JARAMILLO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
JEFATURA DE INVESTIGACION

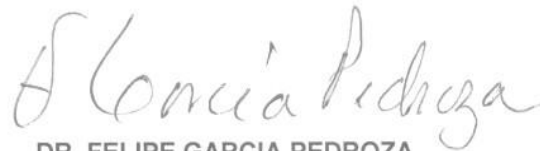

DRA. ADRIANA INFANTE SANDOVAL
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA


DR. FELIPE GUARNEROS SANCHEZ
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD

FACTORES ASOCIADOS AL DESCONTROL
GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN TAMPICO ALTO
VERACRUZ.



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.



DR. FELIPE GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

NDICE

Carta Dictamen

Página 1 de 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 2802

FECHA 28/06/2010

Estimado Carlos E. Barrientos Guerrero

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

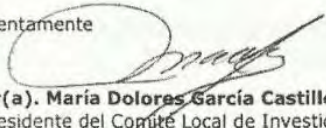
FACTORES ASOCIADOS AL DESCONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN TAMPICO ALTO VERACRUZ.

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **AUTORIZADO**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2010-2802-12

Atentamente


Dr(a). María Dolores García Castillo
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 2802

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

TITULO	1
INDICE GENERAL	5
MARCO TEORICO	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
JUSTIFICACION	18
OBJETIVOS	19
GENERAL	
ESPECIFICOS	
METODOLOGIA	20
TIPO DE ESTUDIO	
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	
INFORMACION A RECOLECTAR	
METODO O PROCEDIMIENTO	
CONSIDERACIONES ETICAS	
RESULTADOS	32
DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS	
TABLAS Y GRAFICAS	
DISCUSION	39
CONCLUSIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44
ANEXOS	47

TEORICO

ANTECEDENTE

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las principales causas de la morbilidad y defunción en México; la mortalidad por este padecimiento ha mostrado una tendencia ascendente en la segunda mitad de este siglo. A su vez, la población mexicana tiene una de las prevalencias más altas de DM, la cual ha tenido un incremento en los últimos años, probablemente como consecuencia de una mayor ocurrencia del padecimiento. (1)

La Diabetes Mellitus es un conjunto heterogéneo de síndromes de etiopatogenia multifactorial. El nexo común es el trastorno metabólico, fundamentalmente la Hiperglucemia crónica, así como la hiperlipidemia, el hiperinsulinismo y la obesidad, y aunado a éstos el estado de hipercoagulabilidad sanguínea y la hipertensión arterial. (2)

La Diabetes Mellitus Tipo 2, se presenta como un déficit relativo de insulina secundario a un trastorno (entre otros factores) de las células beta pancreática y/o una resistencia a la acción de la insulina. Lejos de existir disminución de los niveles de esta hormona, existe un incremento sustancial de la misma, debido a su acción anabólica. Los afectados tienden a ser obesos aunque puede encontrarse en sujetos con peso

normal. Por otra parte, las plaquetas y los monocitos interactúan con células endoteliales en mayor grado que en normotensos y se reduce la relajación vascular dependiente del endotelio, produciendo hipertensión arterial. (3) Generalmente, en la población la sensibilidad o la resistencia a la insulina varía de persona a persona, sin poder determinarse una distribución bimodal. Los factores genéticos son importantes en esta tendencia de la resistencia a la insulina, ya que tiende a ser similar entre familiares y dentro de grupos étnicos. Por otra parte, se presentan factores adquiridos como el estilo de vida con dietas hipercalóricas e hipergrasas y poca actividad física. (4)

La Diabetes Tipo 2 es la enfermedad endocrina más frecuente. Asimismo, es la principal causa de morbi-mortalidad en la sociedad contemporánea. En el ámbito mundial, solo se han reportado estudios de tamizaje de diabetes en poblaciones indígenas de Alaska (Indios Pima) y en Chile sobre indios Aymaras y Mapuches. En estas poblaciones indígenas se ha confirmado que aquellos individuos que siguen un estilo de vida más tradicional presentan menos obesidad, Hiperglucemia e hiperinsulinemia, que aquellos que se han “modernizado”. En este sentido, la evaluación de indígenas autóctonos tiene un especial interés ya que se encuentran en estado virgen, aislados del modernismo actual, lo que nos proporciona una descripción más precisa de los mismos, sobre esta patología en un entorno fuera de lo habitual.(5)

La Diabetes Mellitus y sus complicaciones tienen un gran impacto en la población económicamente activa y una de las principales causas de discapacidad, mortalidad prematura, malformaciones congénitas y otros problemas de salud agudos y crónicos, como cetoacidosis diabética, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular. (6)

La atención integral del diabético permite protocolizar su estudio y tratamiento, sin embargo, su aplicación está todavía limitada debido a la desafortunada desfragmentación de la atención al paciente, lo que produce la pérdida de la visión integral del ser humano y su circunstancia. (7)

Se han identificado cuatro subsistemas: el económico, el gobierno, la salud, y la educación. El modelo de atención médica, se integran en cuatro funciones básicas a ejercer. Estas funciones son: a) prevención e identificación de factores de riesgos en la población, b) atención médica integral para la población que demanda servicios médicos, c) educación y capacitación a los prestadores del servicio sobre dichos padecimientos y d) investigación médica que desarrolle proyectos cuyo objetivo consista en conocer, analizar y evaluar sus variables para proponer alternativas que disminuyan su magnitud epidemiológica. (8)

La diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) presenta una pandemia progresiva. Su prevalencia en Estados Unidos es de 5 por ciento, en México se estima en

una población de 1.2 a 2 millones de diabéticos en el período de 1980 a 1986 en el IMSS, la DM muestra un incremento desproporcionado en los egresos hospitalarios (55.1 por ciento), una letalidad cinco veces mayor y duplicación de la estancia hospitalaria y costos. (9)

Llama la atención que en muchos países la diabetes muestra aumento cada año, quizás porque se diagnostica mejor o porque los datos se captan con mayor precisión. En México, se calcula que existen entre 1.5 y 2 millones de diabéticos. (10)

El impacto de este padecimiento muestra en el IMSS un incremento de los ingresos hospitalarios en 55.31 por ciento en 7 años, al pasar de 19,768 egresos en 1980 a 30,701 en 1986; mientras que en el resto de egresos fue proporcional (11.84 por ciento). En esta misma revisión se destaca que el promedio de días estancia es de 7.4, el doble del promedio general de 4.2. La letalidad de 15.28 por ciento superó en dicho período cinco veces la mortalidad hospitalaria general de todo el sistema IMSS y tres veces la mortalidad hospitalaria por diabetes a nivel nacional. (11)

La carga personal y social de la diabetes mellitus y de sus complicaciones es enorme, con todo muchas de estas complicaciones se pueden aliviar si no previnieron por conformidad adecuada del control glicémico.¹ con las

Recomendaciones para el peso corporal ideal, dieta apropiada, ejercicio

físico, y la adherencia a los regímenes terapéuticos es esencial en controlar la hiperglucemia de la diabetes. La exploración de aspectos del modelo bio-psico-social, un elemento fundamental de la medicina de familia, puede proporcionar la penetración en los factores que influyen el comportamiento del control glicémico de pacientes con diabetes. Los factores sicosociales de comprensión tales como la opinión de la tensión y cómo el paciente hace frente a ella, un sentido del lugar geométrico del control de la salud, y la funcionalidad de la familia de pacientes con diabetes pueden ofrecer la nueva penetración en la historia natural de esta enfermedad crónica, las opciones para dirigir el actual tratamiento, y las estrategias para prevenir las complicaciones futuras. (12)

El estudio del control y de las complicaciones de la diabetes en el estudio británico prospectivo (UKPDS) de la diabetes apoya la mejora del control de la diabetes para reducir el riesgo de últimas complicaciones. Una supervisión más frecuente de glucosa en sangre se ha asociado a un mejor control glicémico en el tipo 1 y el tipo 2 de diabetes. Así, un aumento en frecuencia de supervisión es un acercamiento eficaz a mejorar control glicémico. (13)

Los comportamientos autorreguladores en vez de instrucciones fijas, parecen tener un mayor impacto en control glicémico.

La adherencia al incremento de ejercicio es comúnmente reportado como uno de los mas grandes retos enfrentados por adultos que viven con

diabetes, una percepción compartida por un matrimonio de mediana edad y adultos mayores viviendo con diabetes que participan en este estudio. Entendiendo como este reto puede ser enfrentado es relevante para la investigación y el programa. El manejo de la diabetes tipo 2 requiere adhesión a múltiples estilos de vida y comportamientos de autocuidado y chequeo médico para lograr y sostener un control glicémico óptimo, comportamientos que son no heredados y modificables. Se espera que los individuos se acoplen rápidamente a estos comportamientos, los cuales son la punta de lanza del tratamiento y comúnmente los componentes más difíciles del autocuidado. De estos cambios de vida mayores, uno de los más difíciles de adherirse es el incremento en el ejercicio. (14)

Aunque la adherencia a la medicación se haya estudiado bien, hay pocos datos sobre qué intervenciones específicas sirven para mejorar adherencia a la medicación. Los proveedores de asistencia sanitaria pueden reducir o ayudar a eliminar algunas de las barreras de la adherencia con la educación apropiada, medicamentos, reducción de costos cuando son posibles, y permitir que los pacientes expresen sus preocupaciones. (15)

Algunos estudios han demostrado intervenciones acertadas para mejorar adherencia a las pautas de la diabetes de los médicos de la atención primaria. . La no adherencia al medicamento puede reducir la eficacia de

terapias. A nuestro conocimiento, la asociación entre la no adherencia a la medicación y la mortalidad sigue siendo inexplorada fuera del contexto de ensayos clínicos. La no adherencia a la medicación es frecuente entre pacientes con diabetes mellitus y se asocia a resultados adversos. Intervenciones son necesarias para aumentar la adherencia a la medicación de modo que los pacientes puedan realizar la ventaja completa de terapias prescritas. (16)

De acuerdo a las guías de la práctica clínica nacional relacionadas con el control de la glicemia, presión sanguínea y colesterol como componentes clave para prevenir complicaciones de diabetes mellitus. A pesar de estas recomendaciones, solo 43%, 29% y 52% de los pacientes con diabetes mellitus logran los objetivos de estas guías para hemoglobina glucosilada, presión sanguínea y niveles colesterol de baja densidad, respectivamente. La no adherencia al tratamiento puede explicar el logro por debajo de lo óptimo de los objetivos terapéuticos. Un estudio encontró que menos del 50% de pacientes a los cuales se les prescribió medicamentos de estatina se adhirieron a su tratamiento 12 meses antes del inicio de este. Además, la no adhesión a los medicamentos hipoglicemicos y antihipertensivos orales se ha asociado con mayores niveles de HbA1c y presión sanguínea, respectivamente. Hasta la fecha, los estudios en práctica clínica no han evaluado la asociación entre la no adherencia al tratamiento y los resultados tales como la mortalidad, para nuestro conocimiento. (17)

Además, cuando se aplican a una población amplia, las diferencias en los sujetos en tratamiento entre los pacientes adherentes y no adherentes al medicamento pueden traducirse en reducciones significativas en morbilidad y mortalidad. (18)

La diabetes es un desorden complejo que requiere la atención constante a dieta, ejercicio, supervisión de la glucosa, y medicación para alcanzar buen control glicémico. Glasgow conceptuó la complejidad de los regímenes de la diabetes, creando un manejo modelo de vinculación de la enfermedad y resultados de la salud con interacciones entre los pacientes y sus proveedores de asistencia sanitaria. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud ha promovido el término “adherencia” para el uso en trastornos crónicos como “el grado al cual el comportamiento de una persona al tomar sus medicamentos, llevar dieta de seguimiento, y/o ejecutando cambios de la forma de vida concuerda con las recomendaciones convenidas con su proveedor de cuidado de la salud” (19)

Recientes estudios han mostrado que el estilo de vida del paciente diabético es determinante en el control glicémico mejoría en su tratamiento sobre todo en pacientes con hipoglucemiantes orales, dichos factores de riesgo se han estudiado y han mostrado que hay un mejor control y mayor adherencia en pacientes que intervienen modificando estos como son: Actividad física (ejercicio cardiovascular mínimo 3 veces por semana), dieta (consumo alto de fibra y grasas polisaturadas a saturadas, consumo

de grasas trans y un índice bajo de consumo glucémico) , tabaquismo (nunca haber fumado o haber dejado el habito durante más de 20 años), alcoholismo (consumo bajo de alcohol), control de índice de masa corporal (<25 calculado por el peso en kilogramos dividido entre su estatura al cuadrado) y circunferencia de la cintura (menor a 88cm en mujeres y 92cm en hombres). (20) Para el monitoreo de estos pacientes es recomendable realizar mediciones de control metabólico como son niveles de glucosa en ayuno y glicemia postprandial a las 2 horas. Se observo que por cada factor de riesgo acumulado aumentaba hasta un 35% la incidencia de diabetes controlada por hipoglucemiantes y 9 de cada 10 casos parecían estar atribuidos a estos 5 factores de riesgo. Incluso en pacientes de edad ya avanzada estos factores de riesgo están altamente asociados a una incidencia de diabetes controlada por hipoglucemiantes. (21)

En otro estudio de una población latina se evaluaron factores de riesgo del estilo de vida como son la alimentación, actividad física, y tabaquismo, junto con antecedentes familiares y su índice de masa corporal y circunferencia de la cintura, además de análisis de laboratorio para determinación de la glicemia, colesterol, triacilgliceridos, HDL, LDL, VLDL, acido úrico, creatinina e insulina así como glucosa postprandial, en los cuales se correlacionaron todos estos factores encontrándose que los altos índices de morbi-mortalidad eran causados en su mayoría por los hábitos sedentarios de la población, combinados con una dieta inadecuada lo cual

los lleva a desarrollar el síndrome metabólico. Se pudo evaluar que las enfermedades cardiovasculares y la diabetes estaban altamente relacionadas cuando se comparaban con los hábitos de la población, en una población contraste de indígenas en donde sus hábitos son menos sedentarios (actividades físicas diarias como la caza y la pesca con red) y su alimentación aunque mas básica es mucho mas nutritiva (carbohidratos complejos, fibra y ácidos grasos insaturados) presentaron menos riesgos a diabetes (glicemia en ayuno e insulina basal no alterada, sin resistencia a la insulina), obesidad (IMC promedio de 23.9kg/m²) y enfermedades cardiovasculares (niveles de colesterol total, LDL-C y triglicéridos en rango normal con niveles de HDL-C bajos). (22)

Las situaciones que pueden influir negativamente en la salud se conceptualizan como el término riesgo, que epidemiológicamente se define como “la probabilidad de que un hecho o circunstancia ocurra”, misma que se vera aumentada cuando dos o más riesgos coincidan en una misma persona o comunidad. Los factores de riesgo para la salud se dividen en: Modificables (De comportamiento, sociológicos, psicológicos, ambientales, relacionados con la atención médica, Culturales y educativos, políticos y económicos) y No modificables (Género, edad, grupo étnico, genéticos).

Los factores de riesgo modificables que más dañan la salud del individuo son los de comportamiento, susceptibles de cambiar, adoptando estilos de vida saludables. (23)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de la diabetes ha aumentado de manera considerable en los últimos años, al grado de tener en la actualidad 246 millones de pacientes con diabetes en el mundo, mas de 7.5 millones en México que se saben enfermos y un 35% que está enfermo y no lo sabe.

La población en México de personas con diabetes es de 12 millones (el 35% lo desconoce), la prevalencia nacional es de 10.8% en personas entre 20 y 69 años en el 2000 –ENSA. En la frontera entre México y Estados Unidos, la prevalencia es de 15%. Dos de cada tres mexicanos tienen sobrepeso u obesidad (prevalencia nacional de obesidad: 24.4%), 90% de las personas que padecen diabetes presentan el tipo 2 de la enfermedad. México ocupa el noveno lugar de diabetes en el mundo. Para 2005 se calcula que en nuestro país tuvimos una incidencia registrada sólo en ese año de 400 mil casos, es decir, 400 mil nuevos casos por año, 13 de cada 100 muertes en México son provocadas por la diabetes.

El grupo de edad con más muertes por diabetes: entre los 40 y los 55 años. En personas de 40-59 años, 1 de cada 4 muertes se debe a complicaciones de la diabetes.

En el caso de consulta externa, la diabetes: Es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas. En 2004

el IMSS destinó aproximadamente 15 mil pesos para la atención de cada uno de sus derechohabientes con diabetes. En el IMSS, promedio de 29.5 consultas diarias por consultorio, 14.9 consultas por consultorio en la Secretaría de Salud.

La diabetes de tipo 2 podría prevenirse o retrasarse por medio de un programa para eliminar o reducir los factores de riesgo – particularmente la pérdida de peso y el aumento en el ejercicio.

El tratamiento de la diabetes es un proceso constante de control y educación que incluye no sólo a la persona que tiene diabetes, sino también a los profesionales de la salud y a los miembros de la familia del paciente.

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados con el descontrol glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la UMF 74 en Tampico Alto, Veracruz?

JUSTIFICACION

En los servicios de atención primaria en salud como es la consulta externa del primer nivel de atención, se encuentran clasificadas las primeras causas de consulta de la cual la Diabetes Mellitus ocupa los primeros lugares en el paciente adulto .

Siendo la Diabetes Mellitus la patología que se asocia a mayores costos institucionales, familiares y sociales, todo ello derivado al descontrol del paciente diabético y que consume la mayor cantidad de medicamentos, por lo tanto es importante establecer criterios de seguimiento de pacientes adultos y poder intervenir en estos grupos focales.

En las Clínicas Rurales de Medicina Familiar, que se consideran el primer contacto con este tipo de pacientes es importante determinar acciones en base a estudios que determinen líneas de acción, por lo cual se pretende con este trabajo llevar a cabo la identificación de los factores de riesgo que determinan el mal control en estos pacientes.

Los factores de riesgo modificables son habitualmente impactados por la publicidad comercial que habitualmente influyen en las adicciones como: el tabaquismo, etilismo y la mala alimentación, y el ritmo de vida moderno restringe los espacios y tiempo para el ejercicio físico programado.

La promoción de los estilos de vida saludable y fomentar el autocuidado de la salud mejora la adherencia en el tratamiento del paciente diabético.

OBJETIVOS

GENERAL

Identificar los factores de riesgo asociados con el descontrol glicémico en pacientes diabéticos que acuden a consulta externa.

ESPECIFICOS

Determinar la prevalencia de descontrol glicémico de la muestra de diabéticos

Identificar el estado nutricional y su asociación con el descontrol glicémico

Analizar las diferencias de control glicémico por grupo étnico y género

Identificar los años del diagnóstico y su asociación con el descontrol glicémico

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

CLASIFICACION DEL DISEÑO DE ESTUDIO

Según manipulación del factor de estudio

OBSERVACIONAL

Según el tipo de población

DESCRIPTIVO

Según el número de mediciones

TRANSVERSAL

Según la relación cronológica entre el inicio del estudio y la observación
de las variables de interés

PROSPECTIVO

POBLACION Y MUESTRA:

POBLACION DE ESTUDIO

Se examinaron y estratificaron a todos los pacientes de una población total de 2506, de ellos 1212 acuden regularmente a consulta externa, 211 con diagnóstico de crónico degenerativos con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, de los cuales 119 son diabéticos, que acuden a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N° 74 de Tampico Alto, Veracruz, durante un periodo de 1 año.

MUESTRA

Se consideró un muestreo por conveniencia, considerándose a los 119 pacientes diabéticos como la población diana para aplicar en ellos los criterios de selección para el estudio, quedando 96 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, eliminando 23 que no asistieron a la evaluación.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión

Pacientes diabéticos tipo 2 que acudan regularmente a su cita mensual

Que tengan al menos 6 meses de atención

Que acepten participar en el estudio.

Que acudan a realizarse los exámenes de laboratorio.

Exclusión

Pacientes no diabéticos

Pacientes irregulares en sus citas

Pacientes que no cuenten con al menos 2 exámenes de laboratorio registrados

Eliminación

Pacientes que no acudan a sus citas de control

Pacientes con expediente incompleto

Pacientes con información incongruente

VARIABLES

INDEPENDIENTE

Factores Asociados al riesgo de descontrol glicemico en diabéticos

Edad

Conceptual: Intervalo transcurrido entre la fecha de nacimiento y la fecha actual expresado en años solares completos.

Operacional: Intervalo transcurrido entre la fecha de nacimiento y la fecha de la encuesta.

Escala Cuantitativa
 Años

Género

Conceptual: Característica de distinción en una especie en base a la capacidad de reproducción.

Operacional: Característica de distinción de una persona en base a la capacidad de reproducción y diferencias de sexo.

Escala Cualitativa Nominal
 Masculino
 Femenino

Tiempo de Evolución DM

Conceptual: Tiempo que transcurre desde el diagnóstico hasta la fecha actual. Operacional: Tiempo que transcurre desde el diagnóstico hasta la fecha de encuesta.

Escala Cuantitativa

 Años

Índice de Masa Corporal

Definición conceptual: Indicador ponderal para establecer parámetros de normalidad, el peso en kilogramos sobre la talla en metros al cuadrado.

Definición operacional: Indicador para establecer el grado de nutrición y sus parámetros ponderales de una persona que se considera peso y talla para la obtención de IMC y se reescalara a escala ordinal

Clasificación estadística: Cuantitativa

Escala de medición: Nominal Dicotómica

Categoría: Sin sobrepeso < 25

 Con sobrepeso 25 >

Estado civil

Definición conceptual: Situación de cada persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio que existen en el país.

Definición operacional: Situación de cada persona en relación con las leyes al unirse a otra en contrato.

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Categoría: Sin pareja: Soltero o viudo
Con pareja: Casado o unión libre

Escolaridad

Definición conceptual: Grado máximo aprobado por el paciente dentro del Sistema Educativo Nacional.

Definición operacional: Grado máximo aprobado por los pacientes diabéticos dentro del Sistema Educativo Nacional. Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Categoría: Escolaridad Baja: Analfabeta Primaria
Escolaridad Medio alta: Secundaria a posgrado

Ocupación

Definición conceptual: Actividad económica desempeñada por una persona en la cual recibe una remuneración.

Definición operacional: Actividad económica de una persona al momento de la encuesta.

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Categoría: Trabaja
 Hogar

Alimentación

Definición conceptual: Características del consumo de alimentos por un individuo.. Definición operacional: Características del tipo y cantidad de alimentos consumidas por el paciente.

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Categoría: Buena de 1200 a 1800 calorías
 Mala de 1800 calorías

Sedentarismo

Definición conceptual: Actividad Física limitada a las actividades cotidianas con mínimo gasto de energía por el individuo.

Definición operacional: Actividad Física limitada a las actividades cotidianas con mínimo gasto de energía por el paciente diabético.

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Categoría: Sedentarismo
Ejercicio diario

DEPENDIENTE

Control glicémico

Conceptual: medidas que facilitan mantener los valores de glucemia dentro de los límites de la normalidad.

Operacional: medidas que facilitan mantener los valores de glucemia dentro de los límites de la normalidad en pacientes diabéticos.

Clasificación estadística: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Categoría: Buen control < 110 mg/dl
Mal control 110 mg/dl >

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala
Edad	Intervalo transcurrido entre la fecha de nacimiento y la fecha actual expresado en años solares completos.	Intervalo transcurrido entre la fecha de nacimiento y la fecha de la encuesta	Cuantitativa: Años cumplidos
Género	Característica de distinción en una especie en base a la capacidad de reproducción.	Característica de distinción de una persona en base a la capacidad de reproducción y diferencias de sexo	Cualitativa: Masculino Femenino
ÍMC	Indicador ponderal para establecer parámetros de normalidad, el peso en kilogramos sobre la talla en metros al cuadrado	Indicador para establecer el grado de nutrición y sus parámetros ponderales de una persona	Cualitativa: Sin sobrepeso < 25 Con sobrepeso 25 >
Estado civil	Situación de cada persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio que existen en el país	Situación de cada persona en relación con las leyes al unirse a otra en contrato	Cualitativa: <u>Sin pareja:</u> Soltero - viudo <u>Con pareja:</u> Casado - Unión libre
Escolaridad	Grado máximo terminado, es decir, el nivel más avanzado que se haya cursado, de acuerdo al sistema educativo del país	Nivel educativo más avanzado que se haya cursado, de acuerdo al sistema educativo del país	Cualitativa: <u>Escolaridad baja:</u> Analfabeta - Primaria <u>Escolaridad alta:</u> Secundaria - Posgrado
Ocupación	Actividad económica desempeñada por una persona en la cual recibe una remuneración	Actividad económica de una persona al momento de la encuesta	Cualitativa: Trabaja Hogar
Nivel Socioeconómico	Índice de Nivel Socio Económico que se calcula en base a indicadores de ingreso familiar	Índice de Nivel Socio Económico que se calcula en base a indicadores de ingreso familiar y nivel educacional del sostén de la familia.	Cualitativa: Bajo Medio Bajo Medio Medio alto
Sedentarismo	Actividad Física limitada a las actividades cotidianas con mínimo gasto de energía por el individuo	Actividad Física limitada a las actividades cotidianas con mínimo gasto de energía por el paciente diabético	Cualitativa: Sedentarismo Ejercicio Diario
Alimentación	Características del consumo de alimentos por un individuo. Diabético de 1200kcalorias	Características del tipo y cantidad de alimentos consumidas por el paciente diabético 1200kcalorias, 1201kcalorias, 1800kcalorias	Cualitativa: Buena 1200 a 1800 cal Mala > de 1800 cal
Tiempo evolución DM	Tiempo que transcurre desde el diagnóstico hasta la fecha actual	Tiempo que transcurre desde el diagnóstico hasta la fecha de encuesta	Cuantitativa: Años

Control glicémico	Medidas que facilitan mantener los valores de glucemia dentro de los límites de la normalidad.	Medidas que facilitan mantener los valores de glucemia dentro de los límites de la normalidad en pacientes diabéticos	Cualitativa Buen control < 110 Mal control 110 >
-------------------	--	---	--

PROCEDIMIENTO

Se encuestaran a todos los pacientes diabéticos que acudan a consulta externa del 1ero de Julio al 31 de diciembre del año 2010, se registrarán en el expediente clínico y el interrogatorio directo aplicado al paciente y se le tomaran los parámetros biofisiológicos y de laboratorio, con todos estos datos se llenaran los formatos de encuesta los cuales se diseñaran para incluir todos estos datos. Al finalizar el estudio se realizaron mediciones de los principales factores de riesgo asociados al descontrol glicemico

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizaron las medidas de estadística descriptiva como medidas de resumen de la escala cualitativa: Porcentajes y proporciones; a su vez para las medidas de resumen de la escala cuantitativa como: medidas de centralización y dispersión.

La estadística inferencial se efectuará analizando las diferencias con una significancia estadística de < 0.05 .

Se efectuarán comparaciones entre grupo de expuestos y grupo de no expuestos con estadística inferencial para las diferencias con un intervalo de confianza del 95% de los indicadores como razón de momios.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

Se diseñó el formato para la recolección de datos.

PRODUCTOS ESPERADOS

Con la presente investigación se pretende identificar los factores de riesgo asociados al control glicémico en pacientes con diabetes mellitus para poder establecer acciones específicas acordes a los resultados del estudio.

ADMINISTRACION DEL TRABAJO

RECURSOS HUMANOS

2 Asesores

1 Químico Laboratorito

1 Residente de Medicina Familiar

FISICOS Y MATERIALES

1 Consultorio de Medicina Familiar

Tiras reactivas

Computadora personal

Caja de CD's

Impresora

2 paquetes de hojas papel bond

Cartucho para impresora

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio no infringió ningún principio ético de la investigación en seres humanos establecidos por la declaración de la Asamblea Mundial del Tratado de Helsinki en Finlandia, ni en sus revisiones en Tokio, Hong Kong y Venecia. Asimismo, se apega a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de investigación para la salud y normas institucional del IMSS.

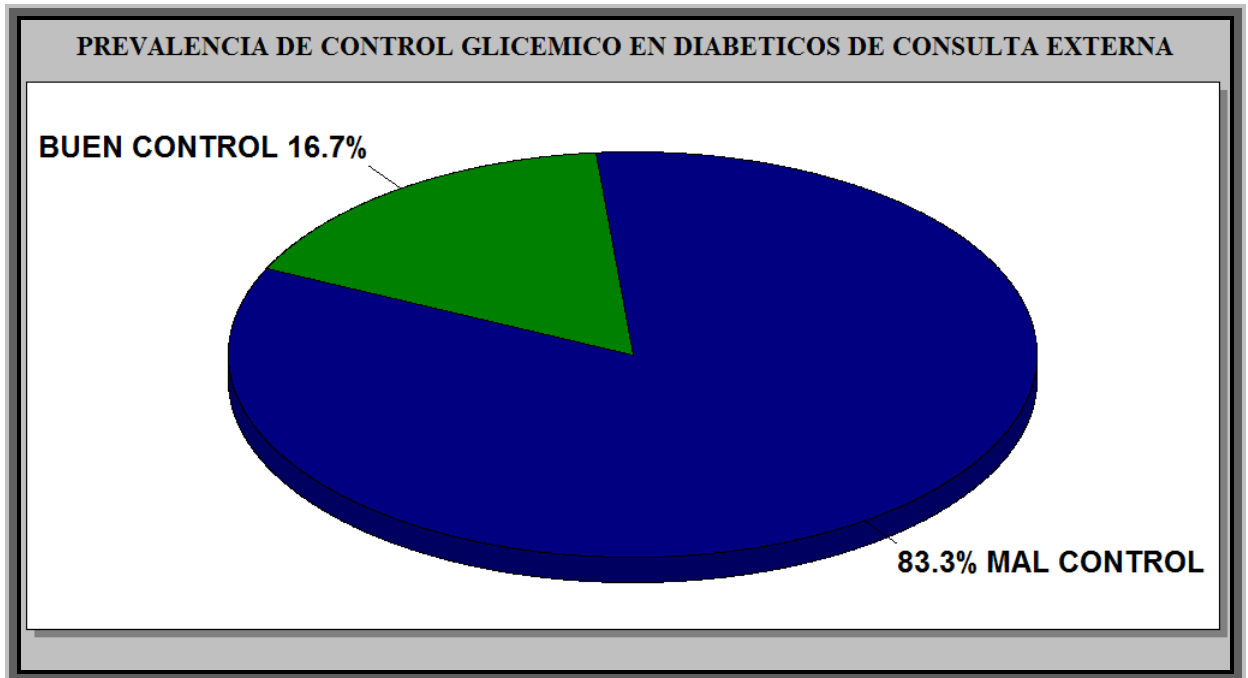
La información se maneja en forma confidencial, no se dió a conocer la identidad de las personas que participaron en el estudio.

Se recolectaron a través del consentimiento informado, la aprobación para participar en el estudio.

La información recabada del interrogatorio, datos de laboratorio y expedientes clínicos del paciente será manejada respetándose la confidencialidad de acuerdo a los criterios de la declaración de Helsinki y de acuerdo a la ley general de salud.

RESULTADOS

La población de estudio comprendió de 96 pacientes diabéticos encuestados que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio, de los cuales 67 fueron femeninos y 29 masculinos y 138 no reportaron tal condición. Con un rango de edad de 16 a 39 años al momento que se aplicó la encuesta

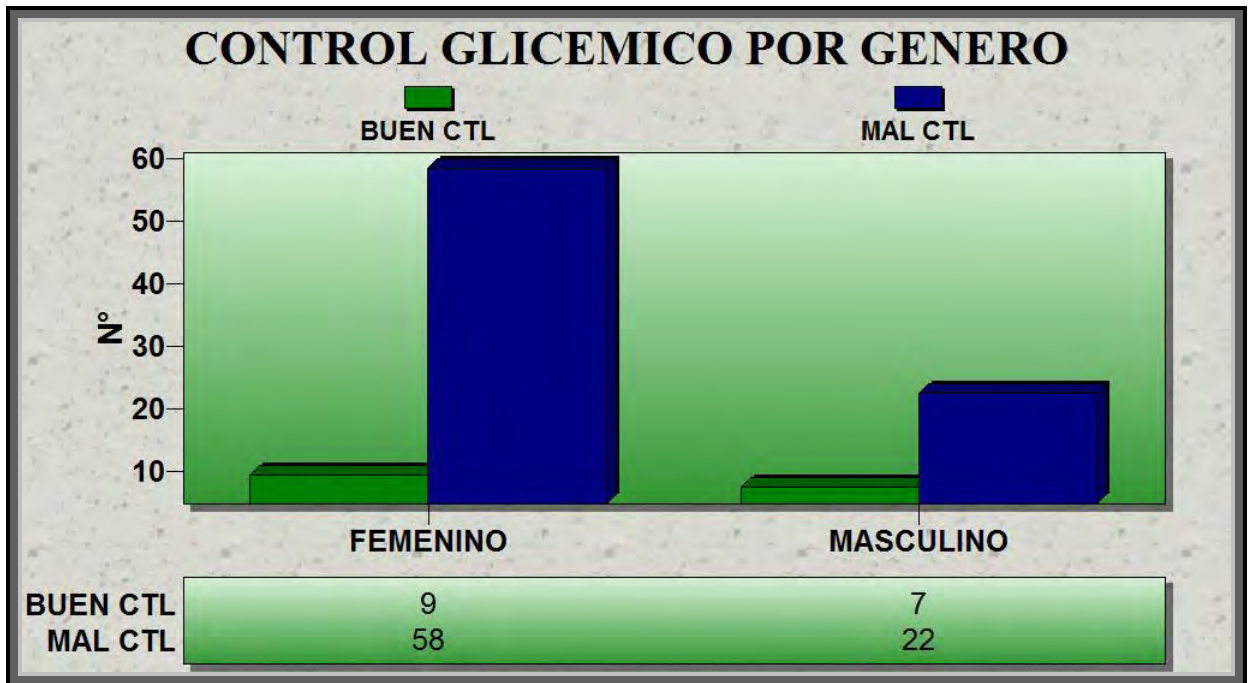


Gráfica N° 1. Control glicémico de diabéticos en consulta externa de la UMF 74 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Tampico Alto, Ver.

Fuente: Encuesta “Descontrol glicémico en diabéticos”

Prevalencia de descontrol glicémico

La prevalencia de mal control en el paciente diabético fue que solo uno de cada 5 pacientes en la atención del primer nivel de atención reportó un buen control y cuatro quintas partes reportan un control deficiente de sus niveles de glucemia. Solo 16 pacientes (16.7% con un I.C. 95% de 9.8% – 25.6%) reportaron un buen control glicemico, por lo cual se reporto que 80 pacientes (83.3% con un I.C 95% de 74.4% – 90.2%) no logró su objetivo terapéutico.



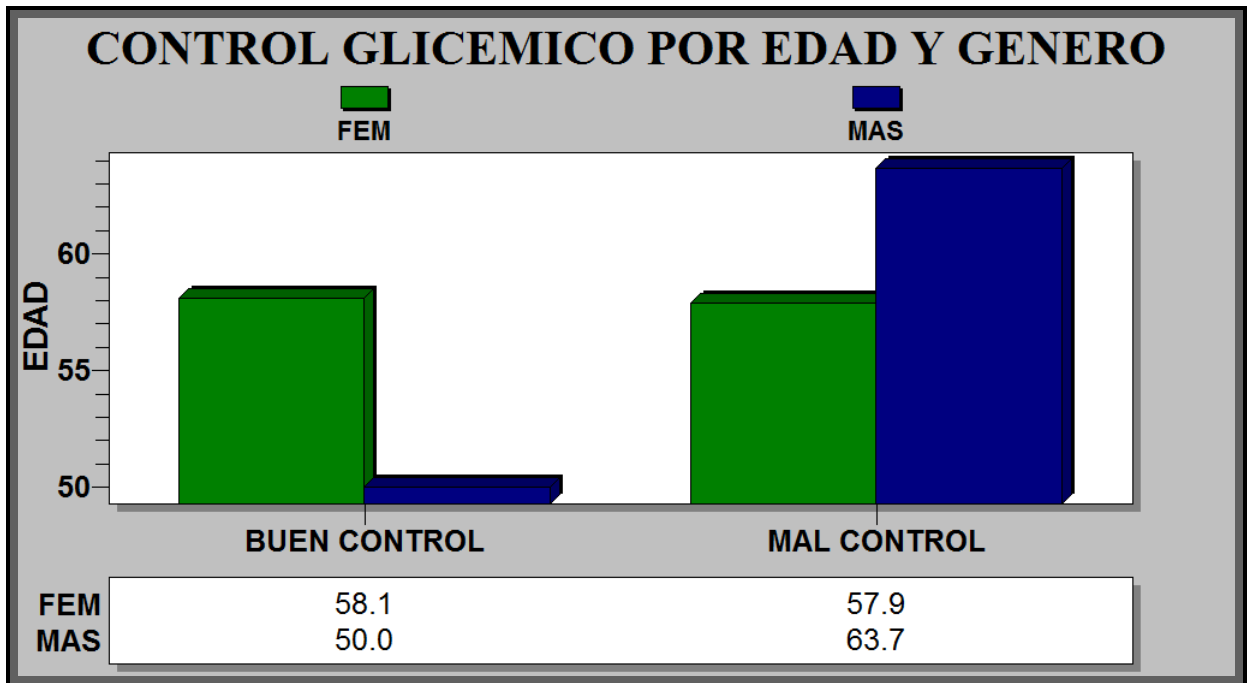
Gráfica N° 2. Control glicémico por género en diabéticos de la UMF 74 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Tampico Alto, Ver.

Fuente: Encuesta “Descontrol glicémico en diabéticos”

Control glicémico por género

Al analizar por grado de control glicémico y sus diferencias de género, se observó que, los hombres reportan un mejor control glicémico que las mujeres (24.1% Int Conf 95% 10.3% - 43% vs 13.4% Int Conf 6.3% - 24.0%) con una Razón de momios de 2.1 (I.C. 95% 0.6 – 7.0).

Por lo cual el mal control glicémico predomina en ambos géneros siendo mayor en las mujeres en comparación con los hombres (86.6% Int Conf 76.0% - 93.7% vs 75.9% Int Conf 56.5% - 89.7%)

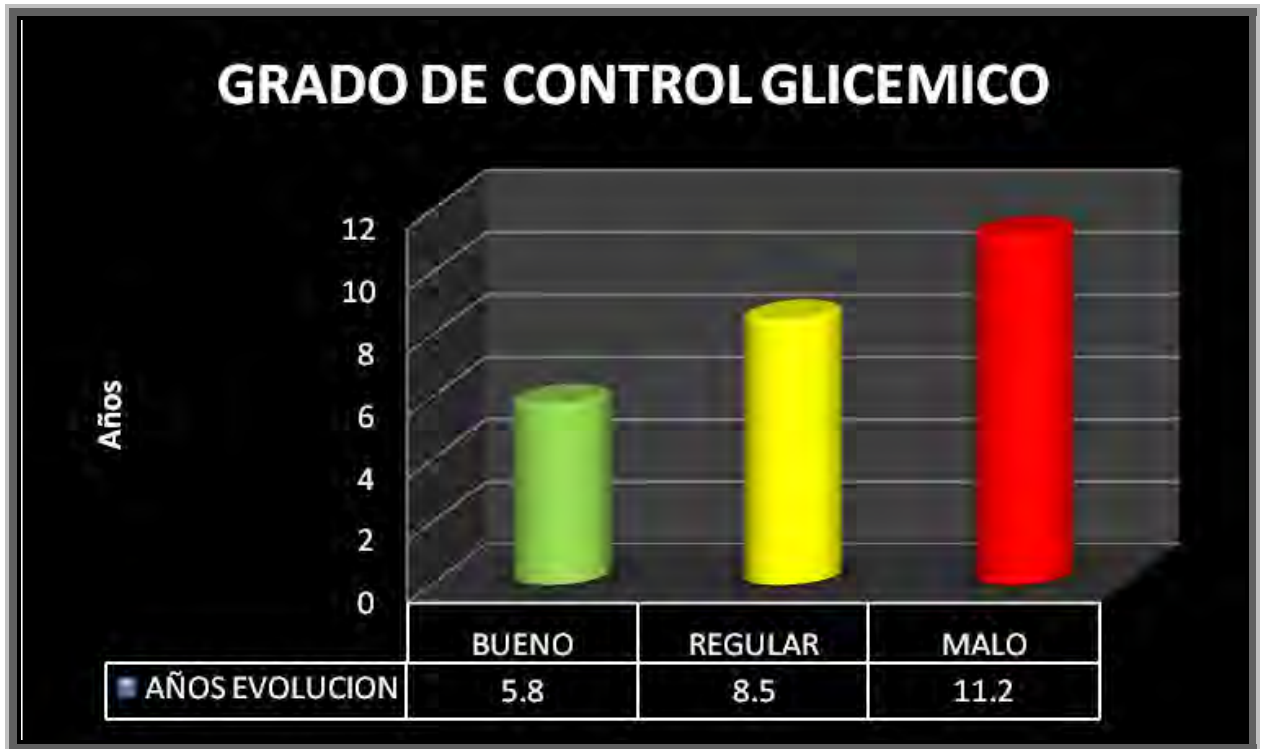


Gráfica N° 3. Control glicémico por edad y género de diabéticos en consulta externa de la UMF 74 Tampico Alto, Veracruz.

Fuente: Encuesta “Descontrol glicémico en diabéticos”

Control glicemico por edad

Las diferencias de control glicemico por edad marcan diferencias entre el género femenino y masculino, donde el buen control glicemico se reporta en hombres más jóvenes (50.0 ± 16.0 con un rango de 20.0 a 64.0 años) en comparación con las mujeres (58.1 ± 15.8 con un rango de 39.0 a 85.0 años), con una diferencia estadísticamente significativa $p \leq 0.01$

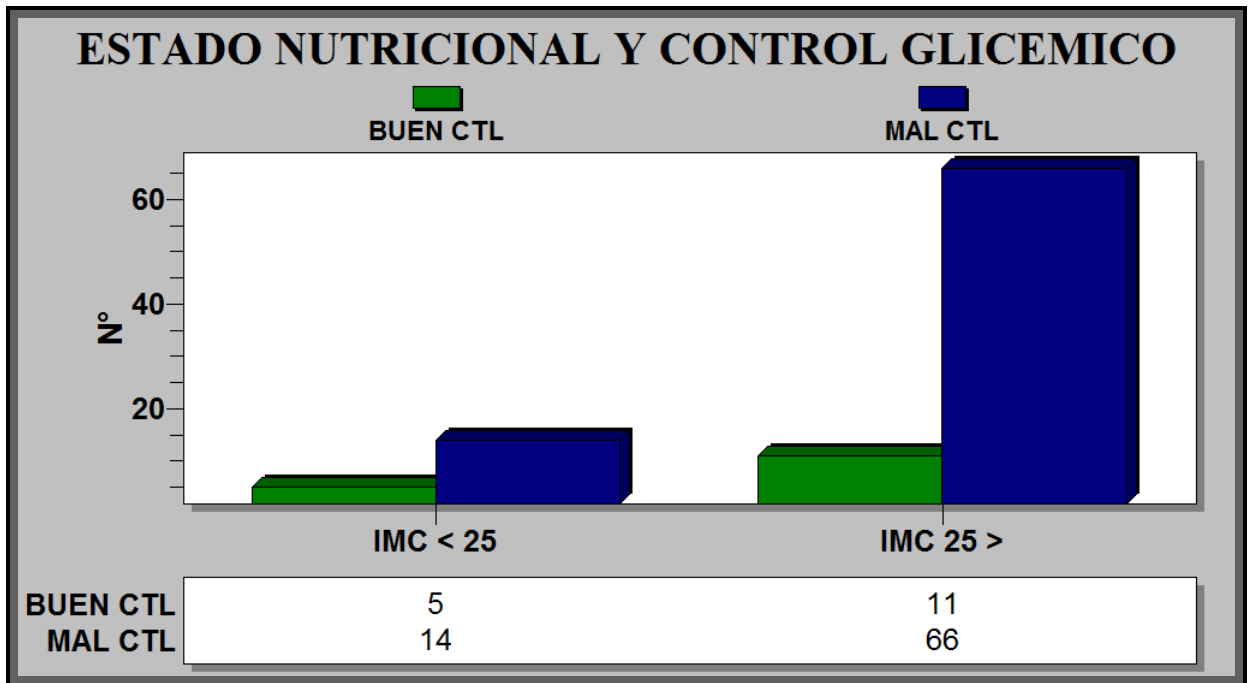


Gráfica N° 4. Grado de control glicémico por años de evolución a partir del diagnóstico en diabéticos de la consulta externa en la UMF 74 Tampico Alto, Veracruz.

Fuente: Encuesta “Descontrol glicémico en diabéticos”

Control glicémico por años de evolución

Conforme aumentan los años de evolución de la diabetes mellitus tipo 2 se observó que aumenta el grado de descontrol glicemico en donde el buen control se reporta en los primeros cinco a seis años (5.8 ± 5.2 con un rango de 1 a 18 años de evolución), el control regular pasando los 8 años (8.5 ± 7.9 con un rango de 1 a 23 años de evolución), y el mal control rebasando los 11 años (11.2 ± 1 a 30 años de evolución) con una diferencia estadísticamente significativa $p \leq 0.01$



Gráfica N° 5. Control glicémico por estado nutricional en diabéticos de consulta externa de la UMF 74 Tampico Alto, Veracruz.

Fuente: Encuesta “Descontrol glicémico en diabéticos”

Control glicemico por estado nutricional

Al analizar por grado de control glicemico y estado nutricional, considerando el punto de corte de 25 de Índice de Masa Corporal (IMC), donde mayores de 25 representan obesidad: Se observó que, los obesos reportan una mayor prevalencia de mal control glicemico en comparación con los no obesos (85.7% Int Conf 95% de 75.9% - 92.6% vs 73.7% Int Conf 95% de 48.8% - 90.9%) con una Razón de momios de 2.1 (I.C. 95% 0.5 – 8.2).

CONTROL FINAL	BUEN CONTROL	MAL CONTROL	RM I.C 95%
Femenino	9	58	2.05 (0.60 – 7.02)
Sedentarismo	8	36	1.22 (0.37 – 4.05)
Sobrepeso Si > 25	11	66	2.14 (0.54 – 8.21)
Insulina Si	10	56	1.40 (0.40 – 4.84)
No Trabaja	10	53	1.18 (0.34 – 4.04)
Baja Escolaridad	13	71	1.82 (0.34 – 8.91)
Sin Pareja	3	19	1.35 (0.31 – 6.70)
Estrato Medio-Alto	12	61	1.07 (0.26 – 4.20)

Gráfica N° 6. Factores de riesgo de control glicémico en diabéticos de consulta externa de la UMF 74 Tampico Alto, Veracruz.

Fuente: Encuesta “Descontrol glicémico en diabéticos”

Factores de riesgo de mal control glicémico

Al analizar comparativamente los factores de riesgo de los pacientes encuestados se observó que el sobrepeso y obesidad son el principal factor de riesgo de descontrol glicémico, y en segundo lugar las mujeres con más de dos veces con respecto a los hombres, ubicándose en tercer lugar la baja escolaridad de los pacientes con casi el doble de riesgo comparándolos con grado de estudio medio y superior.

DISCUSION

La prevalencia de descontrol glicémico es mayor que la reportada por Mejía Medina y col ²⁴ donde ellos reportan que la prevalencia es de 56% y nuestros resultados alcanzaron el 83.3% de descontrol glicémico; y al analizar los resultados de la presente investigación y comparándolo con otras realizados con respecto a la obesidad y el descontrol de la diabetes mellitus tipo 2 coincidimos con lo reportado por Gáster y Col ³, donde se menciona que el estado nutricional repercute en el control glicemico mejorando con la disminución del Índice de Masa Corporal en pacientes obesos con una mala alimentación y sedentarios, asimismo mejora su tensión arterial sistémica.

La edad es determinante en el control de la diabetes mellitus 2, por ende también de la presentación de complicaciones, por lo cual coincidimos con Schwartz y Col ⁷, donde menciona que la edad es importante con el grado de control glicemico sobre todo en la tercera edad que forman parte de la población dependiente, donde el género femenino reporta un mejor control en comparación con los hombres, aun cuando la mayoría de ellos desempeñan actividades físicas, y ellas labores del hogar.

Con respecto a los años de diagnóstico se observó que el descontrol glicémico aumenta conforme pasan los años y esto es determinante

para involucrar a todos los profesionales de la salud y reforzar el seguimiento a mediano y largo plazo, puesto que existen las guías clínicas para enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2.⁸

Las limitaciones del estudio con respecto a la generalización de estos resultados a la población general nos determinan que una población suburbana como la que hemos analizado tiene ventajas y desventajas: siendo las primeras el ser una población cautiva y la personalización de la atención; y de las segundas que una población urbana tiene una mayor escolaridad, alimentación industrializada y el sedentarismo de su desplazamiento en el transporte con poca movilidad física. Por lo cual podemos considerar este un estudio piloto para poder planificar intervenciones dirigidas a esta población diana.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de descontrol glicémico en pacientes diabéticos de la consulta externa fue de 83.3%, lo cual representa 80 diabéticos de los 96 encuestados.
2. La diferencia en el descontrol de la glicemia por género se observó mayor en las mujeres
3. Los hombre más jóvenes reportaron un mejor control glicémico con una diferencia de 8 años en comparación con las mujeres (50.0 vs 58.1 años)
4. A mayor tiempo de evolución de la diabetes se observó un mayor grado de descontrol glicémico bueno, regular y malo (5.8, 8.5 y 11.2 años de evolución)
5. Los pacientes diabéticos con obesidad o sobrepeso reportaron una mayor prevalencia de mal control glicémico, en comparación con los < 25 de IMC (85.7% vs 73.7%)

Las variables más relacionadas con el descontrol glicémico fueron tener un índice de masa corporal mayor de 25, el ser mujer y la baja escolaridad, que al agregarse a no tener actividad económica nos determina el perfil de la población de estudio de una población suburbana con estas características.

Marcando una diferencia las variables de sedentarismo y pertenecer a un estrato medio-alto, que aunque el riesgo reportado es menor que las anteriores mencionadas están relacionadas entre sí. Llamando la atención

que el no tener pareja aumenta el riesgo de descontrol glicémico, por lo cual se consideraría a la pareja como cuidador primario del paciente de acuerdo a este reporte.

El control de estos factores de riesgo incide directamente en la morbi-mortalidad de la diabetes mellitus; sin embargo, en la actualidad no existen estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento integral para intervenir en los factores de riesgo modificables de la mayoría de los casos. Por estas razones, la diabetes mellitus se ha convertido en un serio problema de salud pública en los países occidentalizados.

La obesidad como principal factor de riesgo identificado puede considerarse como el problema de salud pública principal al cual se enfrenta México en la actualidad dada su gran prevalencia y las repercusiones del control glicémico en el paciente diabético, sus consecuencias y su asociación con las principales causas de mortalidad.

RECOMENDACIONES

Este estudio de una población cautiva suburbana sirve como modelo para que el médico de primer contacto pueda identificar las áreas de oportunidad para una intervención eficaz y dirigida específicamente a un grupo de gran impacto económico para una institución de salud como el IMSS, mediante la integración de equipos profesionales multidisciplinarios para su manejo integral en los diversos aspectos psicológicos, nutricionales y adoptando estilos de vida saludable.

Es de gran importancia que el paciente diabético reciba una información educacional completa sobre el tratamiento no farmacológico y que lo determina un estilo de vida saludable y que evita las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus.

Asimismo reforzar el apoyo de una Institución de salud a este grupo focal para llevar un buen control y mejorar el apego al tratamiento en estos grupos de pacientes apoyándose en programas ya diseñados como el DIABETIMSS. Adecuándolo a cada población en particular.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Schmitt-Koopmann I, Schwenkglens M, Spinass G.A, Szucs T.D. *Direct Medical Costs Of Type 2 Diabetes And Its Complications In Switzerland*. European Journal of Public Health Vol. 14 2004 No. 1.
2. Sabag-Ruiz E, Álvarez-Félix A, Celiz-Zepeda S. *Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina familiar*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (5):415-422
3. Gaster B, Hirsch I.B. *The Effects of Improved Glycemic Control On Complications In Type 2 Diabetes*. Arch Intern Med/Vol 158, Jan 26, 1998.
4. Stern M.P. *The Effect of Glycemic Control On The Incidence Of Macrovascular Complications Of Type 2 Diabetes*. Arch Fam Med/Vol 7, Mar/Apr 1998.
5. Skyler J.S. *Effects of Glycemic Control On Diabetes Complications And On The Prevention Of Diabetes*. Clinical Diabetes, Volume 22, Number 4, 2004
6. Membreño MJP, Zonana NA. *Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. Causas, complicaciones y mortalidad*. Rev Med IMSS 2005; 43 (2): 97-102.
7. Schwartz A.V., Vittinghoff E. *Diabetes-Related Complications, Glycemic Control, and Falls in Older Adults*. Diabetes Care, Volume 31, Number 3, March 2008
8. Oviedo MMA, Espinosa LF, Reyes MH, *Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2*, Rev Med IMSS 2003; 41 (Supl 1):27-46
9. Arturo M Terrés-Speziale. *Evaluación de tres estudios internacionales multicéntricos prospectivos en el estudio y manejo de la diabetes mellitus*. Rev Mex Patol Clin 2006; 53 (2): 104-113.
10. Koenen JC, Summerson JH, Dignan MB, Family Function, Stress, and Locus of Control Relationships to Glycemia in Adults With Diabetes Mellitus Arch Fam Med. 1993; 2:393-402
11. Moreland EC, Volkering LK, Lawlor MT, Use of a Blood Glucose Monitoring Manual to Enhance Monitoring Adherence in Adults With Diabetes. A Randomized Controlled Trial, Arch Intern Med. 2006; 166:689-695

12. Stewart SM, Lee PWH, Waller D, A Follow-Up Study of Adherence and Glycemic Control Among Hong Kong Youths With Diabetes *Journal of Pediatric Psychology*, Vol 28 No1. pp. 67-69
13. Beverly EA, Wray LA, The role of collective efficacy in exercise adherence a qualitative study of spousal support and Type 2 diabetes management *Health Education Research* June, 2008 pp. 11- 13
14. Kocurek B, Promoting Medication Adherence in Older Adults and the Rest of Us *Diabetes Spectrum* Volume 22, Number 2, 2009
15. Lipton R, Drum M, Burnet D, Self-reported Social Class, Self-management Behaviors, and the Effect of Diabetes Mellitus in Urban, Minority Young People and Their Families, *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003; 157:919-925
16. Kirkman M, Williams S, Caffrey H, Impact of a Program to Improve Adherence to Diabetes Guidelines by Primary Care Physicians, *Diabetes Care* 25:1946–1951, 2002
17. Weinger K, Butler H, Welch G, Measuring Diabetes Self-Care, *Diabetes Care* 28:1346–1352, 2005.
18. Ho M, Rumsfeld J, Masoudi F, Effect of Medication Nonadherence on Hospitalization and Mortality Among Patients With Diabetes Mellitus, *Arch Intern Med.* 2006;166:1836-1841
19. Cramer J, A Systematic Review of Adherence with Medications for Diabetes, *Diabetes Care* 27:1218–1224, 2004
20. Gross R, Tabenkin H, Porath A. The relationship between primary care physicians' adherence to guidelines for the treatment of diabetes and patient satisfaction: findings from a pilot study, *Family Practice* Vol. 20, No. 5 Oxford University Press 2003.
21. Mozaffarian D, Kamineni A, Carnethon M, Lifestyle Risk Factors and New-Onset Diabetes Mellitus in Older Adults, *Arch Intern Med.* 2009;169(8):798-807.
22. Case C, Palma A. Factores De Riesgo Asociados A Diabetes Mellitus Tipo 2 En Indios Waraos Del Delta Amacuro, Venezuela. *Interciencia*, abril, año/vol. 31, número 004.
23. Tapia-Conyer R. *El Manual de Salud Pública*. Editorial Intersistemas 2ª Ed. 121-125 2006

24. Mejía Medina JI, Hernández Torres I, Moreno Aguilera F, Bazán Castro M. Asociación de factores de riesgo con el descontrol metabólico de Diabetes Mellitus, en pacientes de la clínica oriente del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2007; 1225-30.

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE EDUC. E INVEST. EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No24
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE
DE
MEDICINA FAMILIAR EN PARTICIPACION VOLUNTARIA Y SIN NINGUN
BENEFICIO
EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION

NOMBRE _____
NUM. DE AFILIACION _____
LUGAR Y FECHA _____

DECLARO QUE ME HAN BRINDADO INFORMACION AMPLIA, PRECISA Y CON LENGUAJE ENTENDIBLE. ASI COMO ACLARANDOME TODAS LAS DUDAS SOBRE EL TRABAJO DE INVESTIGACION QUE SE EFECTUARA DURANTE LA ENTREVISTA CLINICA QUE SE ME REALIZARA EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIA DE ESTA UNIDAD, POR LO QUE HE COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES SIGUIENTES:

1.- DURANTE LA ENTREVISTA (CONSULTA MEDICA), SE REALIZARA UNA ENCUESTA

2.- QUE LOS EVALUADORES DE DICHA ENCUESTA SON PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y SOLO SE UTILIZARA CON ESE FIN.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

FACTORES ASOCIADOS AL DESCONTROL GLICEMICO

Folio ()

N° Afiliación ()

Nombre _____

Ocupación _____ Peso()K Estatura ()m IMC ()

Sexo Femenino Masculino Edad () años Años evolución DM2 _____

Estado civil Soltero Casado Viudo Unión Libre Divorciado

Escolaridad Primaria Secundaria Preparatorio Profesional Postgrado

Frecuencia de ejercicio al menos caminar 30 minutos al día.

Diario 2-3 veces semana 1 vez por semana Rara vez Nunca

Nivel Socioeconómico: A Medio Bajo

Alimentación: Buena Ideal Excedente en 1er nivel Excedente en 2do nivel

Excedente en 3er nivel Excedente en 4to nivel Excedente en 5to nivel

Comorbilidades

Dislipidemia. Tiempo de Evolución _____ Medicamentos _____

Hipertensión Arterial. Tiempo de Evolución _____ Medicamentos _____

Cardiopatía. Tiempo de Evolución _____ Medicamentos _____

Artritis. Tiempo de Evolución _____ Medicamentos _____

Otra _____

N° de Medicamentos que toma ()