



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACÁDEMICA UMF No. 43

GÓMEZ PALACIO, DURANGO

HÁBITOS ALIMENTICIOS Y CONTROL GLICÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR N° 33 DE PICARDÍAS, DGO.

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISAT EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ALEJANDRO OLIVARES ENCISO

Gómez Palacio, Durango.

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.

HÁBITOS ALIMENTICIOS Y CONTROL GLICÉMICO EN PACIENTES CON
DIABETES TIPO 2 EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR N° 33 DE PICARDÍAS,
DGO.

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISAT EN
MEDICINA FAMILAIR

PRESENTA:

DR. ALEJANDRO OLIVARES ENCISO

AUTORIZACIONES:

DRA. MARIA DEL SOCORRO DURAN MARISCAL

COORDINADORA DE CURSO DE MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES EN UMF No. 43
GOMEZ PALACIO DURANGO

DR. LUIS FERNANDO TORRRES CENICEROS

ASESOR METODOLOGICO
COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

DR RICARDO RAMOS MARTÍNEZ

DIRECCTOR DE UMF No 43
GÓMEZ PALACIO DURANGO

HÁBITOS ALIMENTICIOS Y CONTROL GLICÉMICO EN PACIENTES CON
DIABETES TIPO 2 EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR N° 33 DE PICARDÍAS,
DGO.

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISAT EN
MEDICINA FAMILAIR

PRESENTA:

DR. ALEJANDRO OLIVARES ENCISO

AUTORIZACIONES:

DR FRANCISCO JAVIER FLUVIO GÓMEZ CLAVELINA

SUBDIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.AM.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

SUBDIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.AM.

DR. ISAÍAS HERNANDEZ TORRES

SUBDIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.AM.

DEDICATORIA.

Esta tesis la dedico a todas las personas que estuvieron en mi camino durante todo este tiempo y que siempre creyeron en mí y me ayudaron a lograr algo más en la vida; a mis amigos y maestros que siempre estarán en mi corazón y sobre todo a:

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis Padres.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante en los momentos difíciles y que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis hijos

Por ser mi motor que me permite seguir adelante y que se que en un futuro podrán apreciaran todo el sacrificio que se a realizado por ellos.

A mi Amor:

Que fue mi inspiración, y quien me dio siempre todo su apoyo y amor, pero que desgraciadamente por nuestra naturaleza humana le falle... pero siempre estará en mi mente y mi corazón por siempre.

AGRADECIMIENTOS.

A dios y a todas las personas que nos permitieron llegar a la meta en este camino que parecía tan difícil e incierto

A los Doctores adscritos que en nuestro camino nos tuvieron paciencia y que siempre tuvieron disposición para la enseñanza, y en especial a nuestros maestros en este curso para médicos generales: El Dr. Luis Fernando Torres Ceniceros, quien me asesoro en esta tesis; a la Dra. María del Socorro Duran Mariscal, que ha sido la que nos ha llevado al final de este camino y al Dr. Manuel Antonio Carreón, que también participo en nuestra formación, a todos ellos que más que maestros yo los considero mis colegas y mis amigos, muchas gracias.

Y gracias también a la Universidad Autónoma de México y en especial a la Facultad de Medicina, por permitirme ser parte de una generación más de profesionistas triunfadores y gente productiva para el país.

Gracias a la Secretaria de la Defensa Nacional que me ha enseñado lo que es el Honor y la lealtad y en especial doy gracias al Coronel Vázquez, al Teniente Valle y a mi Comandante Vargas que como mis colegas y hermanos me apoyaron en todo el tiempo para poder ausentarme de mi deber en los momentos que debía seguir por este camino, y que solo puedo darles las gracias y mi apoyo incondicional hasta que dios me lo permita, gracias y exhorto ¡SIEMPRE LEALES!

ÍNDICE

RESUMEN	4
CAPITULO I. MARCO TEORICO	5
1.1 INTRODUCCIÓN.....	5
1.2 Diabetes mellitus.....	6
1.2.1 Clasificación.....	6
1.2.2. Diagnóstico.....	7
1.2.3. Tratamiento.....	7
1.2.3.1 Tratamiento No farmacológico.....	8
• Dieta.....	8
1.3 Características nutricionales de la dieta en el diabético.....	8
1.3.1 Densidad de nutrientes en la dieta.....	9
1.3.2 Proteínas.....	10
1.3.3 Grasas.....	10
1.3.4 Vitaminas y minerales.....	12
1.3.5 Edulcorantes.....	12
1.4 Actividad física.....	12
1.5 Tratamiento Farmacológico.....	13
1.6 Control glicémico, metas de control en pacientes diabéticos.....	14
1.7 Hábitos alimentarios.....	15
1.7.1 Relación de los hábitos alimenticios y estilos de vida con la diabetes mellitus.....	17
1.7.2 Cambio de Hábitos Alimentarios.....	18
1.8 Relación del estilo de vida, y adherencia a tratamiento en diabetes tipo 2	19
1.9 Creencias de las personas con DM2 respecto a su enfermedad.....	22
• Creencias de las personas con DM2 respecto al origen de su enfermedad... 22	
• Creencias sobre la alimentación en las personas diabéticas.....	23
• Creencias sobre las complicaciones de la DM2.....	24
1.10 Conocimiento de la última cifra de control glucémico.....	24

JUSTIFICACIÓN	32
CAPITULO II METODOLOGIA	31
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
2.2 OBJETIVOS	33
Objetivo General.	34
Objetivos Específicos.....	34
2.3 HIPÓTESIS	34
2.4 MATERIAL Y MÉTODO	34
LUGAR.....	34
UNIVERSO	34
TIEMPO	34
TIPO DE ESTUDIO	34
2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN	35
Criterios de inclusión.....	35
Criterios de exclusión.....	35
Criterios de eliminación.....	35
2.6 TAMAÑO DE MUESTRA.....	35
TIPO DE MUESTREO	36
2.7 VARIABLES	36
2.8 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	40
2.9 PROCEDIMIENTOS.....	41
2.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	43
2.11 ASPECTOS ÉTICOS.....	44
2.12 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	47
3.1 ASPECTOS GENERALES	44
3.2 ASPECTOS RELATIVOS A LA DIABETES	44
3.3 CUESTIONARIO DE HABITOS ALIMENTICIOS	44
3.4 ASPECTOS RELATIVOS A LA DIETA	44
CAPITULO IV DISCUSION	44
FORTALEZAS Y DEBILIDADES	44

CAPITULO V CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
4. ANEXOS	50
Anexo 1	51
Anexo 2	52
Anexo 3	53

RESUMEN

Título. Hábitos alimenticios y control glicémico en pacientes con diabetes tipo 2 en la Unidad Médico Familiar n° 33 de Picardías, Dgo.

Introducción. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) representa en México un asunto de preocupación en salud pública. Su impacto físico y emocional a lo largo del proceso de la cronicidad deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen. Los malos hábitos alimenticios (HA), así como el estilo de vida de los pacientes con DM2 desempeñan un papel central en el estado de salud de los pacientes, ya que en dichos hábitos alimenticios o estilos de vida, entran diversos factores de riesgo que son modificables. A su vez los HA pueden influir sobre el control glicémico, y es sabido que un buen control glicémico puede modificar el curso clínico y sobre todo el retardo de sus complicaciones. **Objetivo.** Se determinaron los hábitos alimenticios y el control glicémico en pacientes con diabetes tipo 2 en la Unidad Médico Familiar n° 33 de Picardías, Dgo. **Material y método.** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en la UMF No. 33 de Picardías, Durango, del periodo de diciembre del 2012 a enero del 2013. El tamaño de muestra fue de 100 adultos

mayores, adscritos a la UMF 33 con DM 2 ya diagnosticada y en cita de control mensual. Con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Y bajo previa aceptación y firma del consentimiento informado, los participantes proporcionarán información en base a cuestionarios: Mediciones: se aplicó una encuesta de datos generales y una encuesta sobre hábitos alimenticios. Análisis estadístico. Se realizó mediante estadística descriptiva, con cálculo de frecuencia y porcentajes para las principales variables de estudio con el Programa SPSS versión 15. **Resultados:** Se estudió un total de 100 pacientes con una edad de 56.1 ± 11.4 años. Predominó el sexo femenino (65%), el estado civil casado (83%) y la escolaridad primaria (49%). El tiempo de evolución de la diabetes fue de 8.5 ± 4.5 años. Sólo un 22% se encontró en límites de control glucémico. El 52% de los pacientes opinó que las dietas son útiles, sin embargo un 56% no llevaba dieta para diabético. Un 69% de los pacientes nunca han sido valorados por un nutriólogo. Un 64% de los pacientes opinaron que eran muy difíciles llevar dieta y que eran muy costosas.

Conclusiones: Dado el bajo control glucémico y el bajo uso de dieta para diabetes, es necesario implementar medidas educativas que favorezcan el conocimiento, empleo y apego a dietas, en conjunto con otros cambios de estilo de vida y apego a tratamiento farmacológicos.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 INTRODUCCIÓN.

En los últimos años, la diabetes ha experimentado un crecimiento entre la población mundial jamás antes conocido lo que la ha convertido en la enfermedad más pandémica del siglo XXI. En México se ha convertido en una de las primeras causa de mortalidad y ocupa el noveno lugar de diabetes en el mundo. En nuestro país aproximadamente dos millones de personas ignoran que padecen la enfermedad, pues la población diabética en México fluctúa entre los 6.5 y 10 millones de personas. (IMSS GPC, 2008)

La prevalencia nacional de la enfermedad es de 10.7 por ciento en personas entre 20 y 69 años. Para esto pueden existir factores genéticos, ambientales o de estilos de vida, pero especialmente existe un factor que suele estar presente en el desarrollo de la diabetes tipo 2. Nos referimos a la mala alimentación con su consiguiente sobrepeso. México es un país donde la población sufre sobrepeso de forma demasiado habitual y si a eso le sumamos la predisposición genética el resultado obtenido es que la diabetes y sus enfermedades derivadas por un mal control son causa de la mayoría de muertes en el país.

La dieta del mexicano ha dejado de ser una dieta tradicional, compuesta principalmente por frijol, maíz, arroz, avena, leche, frutas y verduras, para ser sustituida por productos industrializados como las frituras, los pastelillos y las galletas con grasa las cuales han tenido gran aceptación en el medio rural; ante las facilidades que dan para su conservación y consumo. Por otro lado, algunos alimentos verdaderos (maíz, frijol, huevo, avena, frutas y verduras) pueden tener un costo elevado o no estar disponibles. Esto ha provocado un aumento exagerado en el consumo de refresco y comida chatarra, sustituyendo el agua por refresco y los frijoles por sopas instantáneas o papitas, con un aumento en la obesidad y por consiguiente en la aparición de nuevos casos de diabetes mellitus y en casos ya

conocidos de diabetes la consecuencia de esto es su descontrol glicémico con el riesgo de adquirir complicaciones mas tempranamente durante el curso de su enfermedad. (FID, 2006)

1.2 DIABETES MELLITUS.

Enfermedad sistémica, crónico degenerativa de carácter heterogénea, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales y que se caracteriza por hiperglicemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y las grasas lo que se asocia en el largo plazo a daño, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. (Carrillo, 2006)

1.2.1 Clasificación.

En 1997 la Asociación Americana de Diabetes (ADA), propuso una clasificación que está vigente. Se incluyen 4 categorías de pacientes, diabéticos tipo 1, diabéticos tipo 2, diabetes gestacional y otros tipos de diabetes y un 5º grupo de individuos que tienen glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes, que son los que se catalogan como intolerantes a la glucosa o con glicemia en ayuno alterada con cifras de entre 100 y 126 mg/dl de glucosa (también tienen mayor riesgo cardiovascular): y la que ocupa un 90% de los casos vistos en la consulta de primer nivel es la del tipo 2. (ADA, 2011)

Diabetes Mellitus tipo 2:

Caracterizada por insulino-resistencia y deficiencia (no absoluta) de insulina. Es un grupo heterogéneo de pacientes, la mayoría obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida (multi-génica). Con niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a dieta e hipoglucemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control, pero ella no es indispensable para preservar la vida (insulino-requiere).

1.2.2 Diagnóstico.

El diagnóstico se hace mediante la medición de glucosa plasmática y se establece si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: (ADA, 2011)

- Presencia de síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, polifagia o pérdida de peso inexplicable) y una glicemia casual de ≥ 200 mg/dl. (11.1 mmol /l)
- Glicemia plasmática en ayuno (mínimo 8hrs.) de ≥ 126 mg/dl. (7 mmol /l)
- Glicemia ≥ 200 mg/dl. (11.1 mmol /l) a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua.
- Hemoglobina glucosilada (HbA1c) $\geq 6.5\%$.

Intolerancia a la glucosa: Se diagnostica cuando el sujeto presenta una glicemia de ayuno < 126 mg/dl y a los 120 minutos post sobrecarga oral de glucosa entre 140 y 199 mg/dl.

Glicemia de ayuna alterada: Una persona tiene una glicemia de ayunas alterada si tiene valores entre 100 y 125 mg/dl. Será conveniente estudiarla con una sobrecarga oral a la glucosa.

1.2.3 Tratamiento.

El propósito es aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.

El manejo inicial del enfermo se hará mediante medidas no farmacológicas. Se recomienda que esta forma de tratamiento se aplique de manera estricta, por lo menos durante un periodo de seis meses. El manejo farmacológico se iniciará en caso de que no se alcancen las metas del tratamiento, durante el periodo antes señalado, o bien desde fases más tempranas, cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, sobre todo en presencia de hiperglucemia sintomática. (Olmo, 2008)

1.2.3.1 Tratamiento No farmacológico.

Consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física.

Dieta: La dieta en los pacientes con diabetes ha de adecuarse al estilo de vida, costumbres sociales, raza o religión si se quiere lograr una buena adherencia al tratamiento dietético. No debe olvidarse que las recomendaciones dietéticas más justificadas no son de mucha utilidad si no se conocen los hábitos alimentarios del grupo de población al que se destinan. (Olmo, 2008)

De acuerdo con las evidencias actuales, la dieta continúa siendo la primera medida, e insustituible, en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y se ha consolidado además como una efectiva intervención en la prevención de la enfermedad. Sin embargo, aún no ha sido posible definir una dieta estándar y efectiva en todos los pacientes con diabetes, ni en relación con la composición de nutrientes, ni en la frecuencia o distribución horaria de alimentos. (Carrillo, 2011)

Todos los consensos de expertos recomiendan una prescripción individualizada en función de las características clínico-metabólicas, objetivos y preferencias-hábitos del paciente, que utilice como referencia la mayor evidencia disponible hasta el momento de la prescripción. (Carrillo, 2011)

1.3 CARACTERÍSTICAS NUTRICIONALES DE LA DIETA EN EL DIABÉTICO.

Contenido calórico

El control calórico de la dieta persigue conseguir o mantener un peso corporal ideal o razonable, entendiendo por razonable un peso que pueda ser mantenido a largo plazo por un determinado individuo.

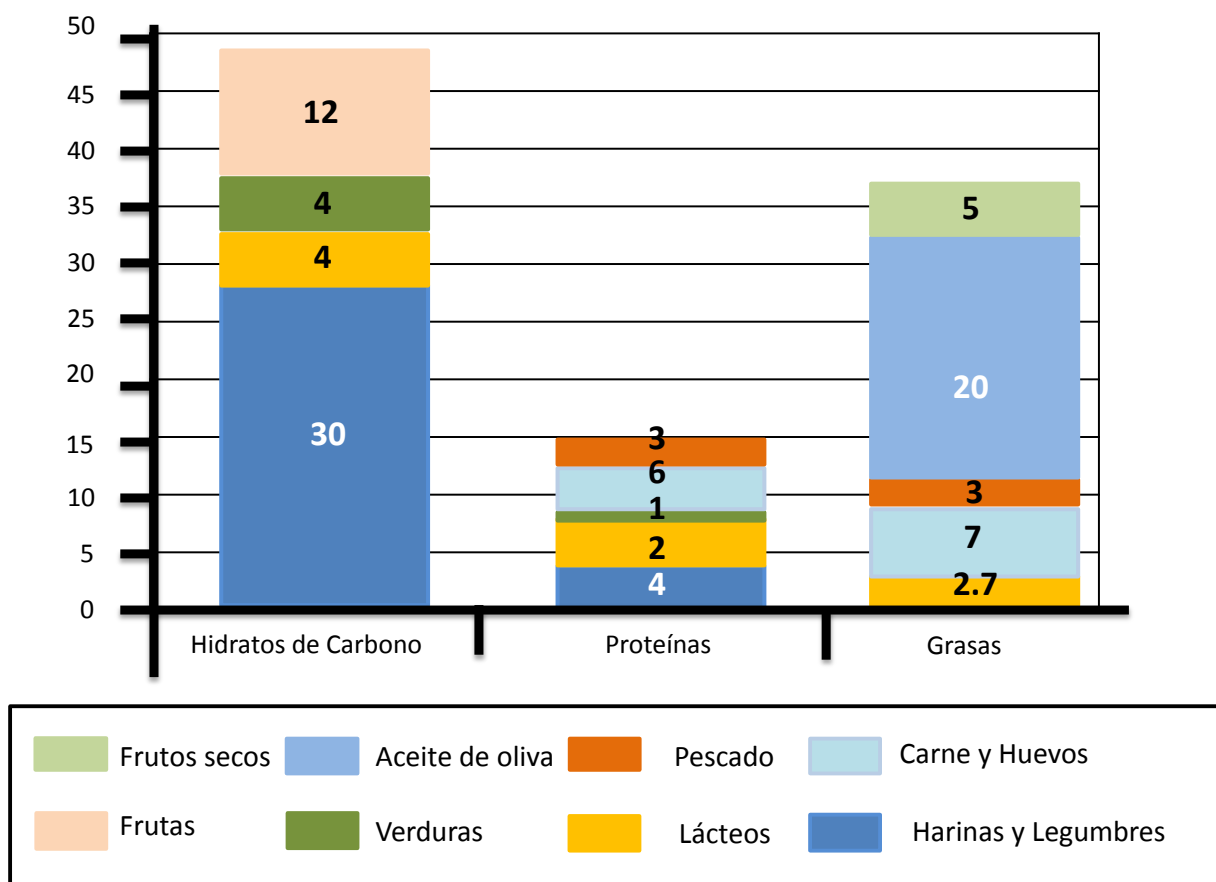
En los pacientes diabéticos que presentan bajo peso deberá incrementarse el aporte calórico, mientras que en los que presentan normo peso únicamente habrá que

realizar modificaciones en el contenido calórico en situaciones específicas que puedan requerir un aumento o disminución del aporte energético. (FID, 2006)

Una pérdida del 5 al 10% de peso en los obesos se asocia a una mejoría del metabolismo de los hidratos de carbono y de las alteraciones lipídicas más frecuentes de la DM tipo 2 (hipetrigliceridemia y colesterol HDL bajo), además de la disminución de la presión arterial y de la proteinuria. (Gabaldón, 2006)

1.3.1 Densidad de nutrientes en la dieta del diabético:

Las recomendaciones sobre la densidad de la dieta en macro nutrientes y micronutrientes para los individuos con DM son semejantes a las de la dieta saludable para la población general. En el Figura 1 se especifica el porcentaje de macro nutrientes aconsejados y su cobertura por los distintos grupos de alimentos.



1.3.2 Proteínas:

El aporte recomendado en el adulto es del 10 al 20% del aporte calórico total diario, utilizando la proteína tanto de origen animal como vegetal, como se recoge en la Figura 1. Las fuentes de proteínas animales recomendadas son las carnes magras, como el pollo, el pavo, el conejo o partes de otros animales con menor contenido en grasa (solomillo, lomo o pierna); pescados blancos y azules; huevos, y lácteos semidesnatados o desnatados. Un pequeño porcentaje de las proteínas procederán de alimentos vegetales (cereales y legumbres). Sin embargo, en los pacientes adultos con nefropatía se propone disminuir el aporte de proteínas a 0,8 g/kg/día para disminuir la progresión de la enfermedad. (Castro, 2008)

1.3.3 Grasas:

El porcentaje de grasa e hidratos de carbono en la dieta dependerá de los objetivos concretos para cada paciente en relación con el peso, el control glucémico y las alteraciones lipídicas. En los pacientes con normo peso y un perfil lipídico normal, las grasas deben aportar entre un 30 y un 35% de las calorías totales. La ingesta recomendada de colesterol debe ser inferior a 300 mg/día o menor de 100 mg/1.000 kcal/día. (Castro, 2008)

Las recomendaciones actuales fijan la ingesta de ácidos grasos saturados (AGS) entre el 7 y el 10% de las calorías totales. Estos ácidos grasos predominan en las grasas animales y en las procedentes del coco y la palma, así como en alimentos procesados industrialmente (precocinados, bollería, productos de aperitivo). En personas con colesterol LDL superior a 100 mg/dL se propone que el aporte de AGS sea inferior al 7% y la ingesta de colesterol dietético sea inferior a 200 mg/día.

La cantidad de ácidos grasos monoinsaturados (AGM) recomendada para la población diabética es un 20% de la ingesta calórica total, ya que mejoran el perfil lipídico al disminuir los valores plasmáticos de triglicéridos e incrementar el colesterol

HDL, mejoran la glucemia postprandial y no incrementan el peso si sustituyen a otra fuente de energía. La fuente principal de AGM es el aceite de oliva, aunque estos ácidos grasos también predominan en algunos frutos secos. (Castro, 2008)

En relación con la ingestión de ácidos grasos polinsaturados (AGP), la recomendación es <10% del aporte calórico total. Los AGP omega-3 disminuyen las concentraciones de triglicéridos en pacientes hipertrigliceridémicos. Además, estos ácidos grasos afectan al metabolismo plaquetario y tienen propiedades antitrombóticas. En pacientes con DM tipo 2 e hiperlipidemia, se aconseja incrementar el consumo de AGP omega-3 mediante la ingestión de pescado.

En los pacientes tratados con insulina, se debe sincronizar la ingestión de carbohidratos y la acción de la pauta insulínica para evitar situaciones de hipoglucemia o hiperglucemia. En los pacientes que utilizan programas de insulino terapia convencional con una o dos dosis de insulina intermedia, con o sin mezcla de insulina rápida, el riesgo de hipoglucemia entre las comidas es muy elevado. Para evitar la hipoglucemia preprandial es necesario fijar suplementos de hidratos de carbono (HC) entre las comidas principales. Además, como estas pautas no permiten adaptar la dosis de insulina a la dieta, la cantidad de HC a consumir debe ser constante a diario en cada una de las ingestas. (FID, 2006)

La administración de insulina de acción rápida antes de las comidas permite una flexibilidad de horarios; por el contrario, conviene evitar los suplementos entre las comidas principales o antes de acostarse, salvo que contengan una cantidad mínima de HC o se administren suplementos de insulina. También permite ajustar la dosis de insulina a la cantidad de alimento que se va a ingerir y administrar una dosis adicional para una comida extra. Los ajustes de la cantidad de insulina y la cantidad de HC se realizarán según la monitorización de las glucemias. (Castro, 2008)

1.3.4 Vitaminas y minerales:

Las recomendaciones para estos nutrientes no difieren de las realizadas para la población sana.

1.3.5 Edulcorantes:

El edulcorante natural por excelencia es el azúcar común (sacarosa). Cada gramo aporta 4 kcal. La sacarosa produce un incremento de la glucemia postprandial similar a la de la ingesta de pan, patata o arroz. Según estudios recientes, su consumo es poco relevante a efectos del control de la glucemia y de los lípidos, siempre que se contemple en el total de los hidratos de carbono para el cálculo de las unidades de insulina que se han de administrar. Se recomienda no sobrepasar el 10-15% del total de kcal diarias, al igual que en la población no diabética. Existen los edulcorantes artificiales y estos a su vez se dividen en calóricos y no calóricos. (Castro, 2008)

1.4 ACTIVIDAD FÍSICA.

Valorar la que realiza habitualmente y adaptar las recomendaciones a sus posibilidades y preferencias. Considerar los riesgos que puede suponer sobre las complicaciones (cardiopatía isquémica, neuropatía, retinopatía, hipoglucemias, etc.) Se recomienda realizar ejercicio aeróbico de intensidad moderada (50-70% de la frecuencia cardíaca máxima: 220 menos la edad en años), dependiendo de la situación basal de cada persona durante al menos 30 minutos y como mínimo 5 días a la semana.

1.5 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Los objetivos del tratamiento de los pacientes afectados de DM2 van más allá de la simple normalización de la glucemia e incluyen (Goday, 2004):

- Desaparición de los síntomas derivados de la hiperglucemia.
- Evitar las descompensaciones agudas de la enfermedad.
- Evitar o retrasar la aparición o progresión de las complicaciones crónicas:
 - a) microangiopáticas (retinopatía, nefropatía y neuropatía diabéticas)
 - b) macroangiopáticas (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica).
- Disminuir la tasa de mortalidad.
- Mantener una buena calidad de vida.

Aunque siempre se debe individualizar el tratamiento, el esquema terapéutico general propuesto por diferentes guías terapéuticas es básicamente el siguiente:

- I. El tratamiento inicial ante un paciente al que se le diagnostica la enfermedad y que no presenta criterios de insulinización inmediata consiste en una dieta adecuada a su estado ponderal (hipocalórica en caso de sobrepeso y normocalórica en caso de normopeso) y una pauta de ejercicio físico adecuada. (Matía, 2007)
- II. Cuando a pesar de estas medidas, tras un tiempo prudencial, no se consigue un control adecuado, la tendencia actual es iniciar un tratamiento farmacológico de forma relativamente temprana. Si el paciente presenta sobrepeso u obesidad y no existen contraindicaciones, la metformina es el fármaco de elección, ya que tiene claras ventajas sobre el resto de los fármacos orales al inhibir la producción hepática de glucosa, mejorar la sensibilidad a la insulina y no comportar aumento de peso. Si el control no es adecuado, puede asociarse una sulfonilurea (Glibenclámda), una Glitazona, (Rosiglitazona) un secretagogo de acción rápida (Glinida) o un inhibidor de las alfa-glucosidasas (Acarbosa).
- III. Por último, si fracasa el tratamiento con fármacos hipoglucemiantes, solos o combinados, debe pasarse al tratamiento con insulina sola o asociada a fármacos orales (Goday, 2004).

1.6 CONTROL GLICÉMICO, METAS DE CONTROL EN PACIENTES DIABÉTICOS.

La concentración de hemoglobina A glucosilada (HbA1c) ha sido descrita en varias guías clínicas como un importante marcador biológico para la supervisión de los pacientes diabéticos en tratamiento. Los niveles de HbA1c reflejan el promedio de las concentraciones de glucosa plasmática durante los 3 o 4 meses anteriores y se emplea como una medida indirecta de la calidad del control en el que se encuentra un sujeto con DM. (Narváez, 2007)

Los lineamientos internacionales recomiendan niveles menores a 7% de HbA1c como un buen control glucémico debido a que niveles debajo de esta cifra han demostrado atenuar las complicaciones microvasculares y neuropáticas de la diabetes. (Narváez, 2007)

Establecer monitoreo de glucosa estricto y ajustes con terapia más intensiva, cuando no se han logrado las metas de control. Se recomienda HbA1C en pacientes controlados 2 veces al año, y en pacientes no controlados cada 3 meses. Y se recomienda seguir los siguientes criterios para considerar que un paciente diabético se encuentra en buen control: (Narváez, 2007)

I. Metas para el control glucémico:

Glucosa en plasma en ayuno: se recomienda 90-130 mg/dl

Glucosa de 2hrs post prandial: Se recomienda < 180 mg/dl

HbA1c (Hemoglobina glucosilada): Se recomienda < 7% o < 6.5%

II. Metas para el control del perfil de lípidos:

Colesterol LDL: < 100 mg/dl

Colesterol HDL: Mujeres: > 50 mg/dl

Varones: > 40 mg/dl

Triglicéridos: < 150 mg/dl

1.7 HÁBITOS ALIMENTARIOS.

“Un hábito es algo que nos hemos acostumbrado a hacer, a fuerza de repetirlo o de mirar a alguien que suele obrar de esa forma. Son nuestras costumbres en relación con la selección, adquisición, conservación y combinación de los alimentos”. Cuando hablamos de hábitos alimentarios, estamos haciendo referencia a como nos alimentamos cada día, la forma en que lo hacemos, los alimentos que seleccionamos, su forma de preparación, combinación, donde hay diversos factores que pueden influir, como la religión, la cultura, entre otros. Los hábitos alimentarios pueden ser: (Castañeda, 2008)

- Perjudiciales: desde la perspectiva de la salud por estar asociados con el riesgo de padecer enfermedades.
- Beneficiosos: por promover un mejor estado de salud.

Es de vital importancia el medio familiar en la transmisión de los hábitos alimentarios como así también reforzar los mismos en el entorno escolar ya que se van conformando a partir de experiencias de aprendizaje adquiridas a lo largo de toda la vida. *“La formación de hábitos alimentarios se adquiere desde los primeros años de vida, ya que en esta etapa los niños imitan a las personas de su entorno tomándolas como modelos”.* Podemos mencionar algunos de los factores que influyen en el consumo de los alimentos y en la formación de hábitos alimentarios, como: Ambiente Familiar, Mensaje de los medios, Tendencias Sociales.

Ambiente familiar: la familia es la principal influencia en los hábitos alimentarios de los niños, ya que los mismos aprenden a imitar a las personas de su ambiente. Y en su vida adulta continúan con dichos hábitos, los cuales en la vida adulta repercute en el control de enfermedades del tipo metabólicas. El entorno constituye un modelo importante. (Cruz, 2004)

Mensajes de los medios: En la actualidad, el estilo de vida conlleva a que las personas pasen cada vez más horas frente al televisor o a la computadora, lo cual favorece al sedentarismo o a la inactividad física. A su vez la televisión trasmite mensajes no del todo positivo en lo que se refiere a la alimentación, promoviendo al consumo de alimentos hipergrasos e hipercalóricos.

Tendencias sociales: En los últimos tiempos, se ha modificado la composición de la familia, actualmente, la mayoría de las madres trabajan fuera del hogar y ven menos tiempo a sus hijos y pareja. Esto, a la hora de alimentarse, trae como consecuencia que se coma fuera del hogar o que se compren alimentos de rápido consumo, los cuáles no son nutricionalmente seleccionados, y por lo tanto su valor nutritivo es escaso.

Es importante comprender que los hábitos alimentarios no son estáticos, pueden ser modificados a lo largo del tiempo. A su vez son acumulativos, es decir, cuando se incorpora un nuevo hábito en una familia, el mismo es transmitido a las siguientes generaciones.

1.7.1 Relación de los hábitos alimenticios y estilos de vida con la diabetes mellitus:

Si bien el riesgo genético tiene lugar en el desarrollo de diabetes, existen otros factores que contribuyen a la presencia de esta enfermedad, como el sedentarismo, la obesidad, la mala alimentación y la nutrición, la escasa o nula realización de ejercicio físico, el acceso restringido a los servicios de salud, el rezago educativo, además de las diferencias e inequidades genéricas que surgen de los diferentes roles entre hombres y mujeres y de las relaciones de poder entre ambos, así como de las consecuencias de esas desigualdades en su vidas, su salud y su bienestar.

La aparición de la diabetes en individuos que se encuentran en riesgo de desarrollarla y la reducción de algunas de sus complicaciones podrían ser previsibles

si se impulsara e implementara medidas de intervención temprana, con controles no farmacológicos y un cambio principalmente en estilos de vida perjudiciales para la salud. (Matía, 2007)

Para favorecer el seguimiento y el apego a la dieta necesaria en el diabético, se requiere, además del control médico, el conocimiento de sus costumbres y tradiciones y creencias y practicas alimenticias con el fin de que el personal de salud le pueda recomendar a él y a sus familiares o cuidadores en, en cuanto aspectos nutricionales que respondan a sus condiciones de vida cotidiana. (Matía, 2007)

Los hábitos dietéticos se basan en costumbres que se aprenden y transmiten generacionalmente y tienen que ver con aspectos culturales, así como de creencias que se tienen sobre salud y enfermedad. (Basalto, 2007)

El control de la alimentación es necesario pero particularmente a los pacientes les resulta difícil darle continuidad a la dieta y solo lo hacen cuando se sienten en peligro o son vigilados, regañados o amenazados para dejar el consumo de alimentos que les perjudican, por lo que quitar las costumbres y hábitos alimenticios es todo un reto de educación al paciente, y un obstáculo para seguir la dieta recomendada.

A los pacientes diabéticos les desagrada seguir una dieta especial por diferentes razones: (Basalto, 2007)

- Implica dejar de comer los alimentos que más les gustan y que han consumido de manera cotidiana desde pequeños, como parte de su cultura. (Quesadillas, tacos, gorditas, refrescos, tortas, postres etc.)
- Necesitan el cambio de hábitos y costumbres aprendidas en la familia: “comía tortillas sin restricción y ahora me las niegan o me las cuentan”. “no puedo dejar de guisar con manteca, no sabe igual”, “Me gustaba servirme comida hasta llenar”, “Estaba acostumbrado a comer lo que se me antoje”.

En conclusión el paciente diabético, al igual que otros pacientes, requiere de una reducción en la ingesta de sus alimentos en su rutina diaria. Existen formas de organización social y cultural que marcan de manera estereotipada las funciones que deben desempeñar hombres y mujeres. Estas limitan la participación de los varones en los quehaceres domésticos como es la preparación de sus alimentos ya que ellos se encargan principalmente de ser los proveedores y, a lo mas, de dar “ordenes” sobre el abasto y preparación de la comida que consumirán, en contraste a las mujeres las llevan a dedicarse a la confección de la dieta familiar, para lograr un cambio en los hábitos relacionados con la alimentación se requiere de la modificación de ciertos estilos de vida, costumbres y tradiciones que han ido aprendiendo y transmitiendo generacionalmente. (Basalto, 2007)

I.7.2 Cambio de Hábitos Alimentarios:

Los hábitos alimentarios forman parte de nuestra identidad cultural, por lo tanto su modificación requiere de un proceso paulatino, lo cual no es una tarea sencilla. Los hábitos no se imponen, sino que son adoptados a partir de las conductas habituales de nuestras familias y del contexto en el que nos encontramos.

- *“Los hábitos alimentarios no son universales, se ven influenciados por diversos factores.*
- *Los hábitos pueden ser racionalmente modificados para mejorar el estado de salud.*
- *Se deben desarrollar actitudes positivas para incorporar nuevos alimentos y así lograr una alimentación más variada”*

1.8 RELACIÓN DEL ESTILO DE VIDA, Y ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN DIABETES.

La alimentación del adulto mexicano es a base de alimentos caracterizados por exceso de carbohidratos y por un déficit de productos proteicos (especialmente de origen animal) y vitamínicos que traen como resultados alteraciones en la masa corporal de la población. Dentro de la práctica del paciente diabético interesan la distribución y fraccionamiento de su dieta, la cantidad y calidad de nutrimentos que consume, la forma de su preparación, el apego al tratamiento dietético, la educación nutricia, la comunicación dentro de la familia y la participación grupal.

El objetivo de todos los estudios que se han realizado en varias partes de nuestro país han tenido el objetivo de relacionar las prácticas nutricias del paciente diabético tipo 2 con control metabólico y glicémico, ya que se ha demostrado ampliamente los beneficios que existen con los buenos hábitos alimenticios, y el ejercicio ya que estos son pilares del tratamiento del paciente diabético; pero sin embargo los estilos de vida y la poca información y educación en estos pacientes hacen difícil su control, y varios de estos estudios se han basado además en tratar de educar al paciente en temas claves en su enfermedad como son: ¿Qué es la diabetes?; plan alimentario y diabetes; los beneficios de la actividad física en la diabetes; el estrés y técnicas de control. (Medel, 2006)

Lo que resaltan los diversos estudios que se han realizado, en la población diabética mexicana es la existencia de una preocupación, que en algunos casos se presenta como miedo a las complicaciones de la enfermedad, pero sin que esto motive el inicio de conductas favorables para la salud de las personas sujeto de estudio. Se descubre entonces una falta de interés por auto cuidarse así como falta de apoyo familiar para modificar los estilos de vida no saludables.

La falta de apoyo por parte de la familia fue un tópico que se manifestó frecuentemente involucrando hasta cierto punto un “aislamiento” para poder cumplir

con las metas de salud que se habían fijado. Se aduce el comer a distintas horas y elaborar diferentes platillos, como coadyuvantes para el cuidado a la salud. Esto pone de manifiesto la importancia que tiene estimular el empoderamiento de las decisiones individuales para el seguimiento de un plan de cuidado de la salud. (Medel, 2006)

El tema del plan alimentario es al que con mayor frecuencia y profundidad se ha hecho referencia, y desgraciadamente la mayoría de los pacientes aún tiene la idea, de que llevar a cabo un plan alimentario significa comer menos, sin que esto signifique la incorporación de frutas, verduras o fibra en la comida. Además los hábitos alimentarios insanos, como el elevado consumo de grasas y carbohidratos, están fuertemente arraigados, a la par se está perdiendo la costumbre de comer en casa. Así mismo manifestaron el hecho de no contar con ideas para diseñar un menú de acuerdo a su presupuesto y a la disponibilidad de alimentos en la comunidad. (Medel, 2006)

La educación para la salud ha demostrado ser una herramienta que debe seguir impulsándose y perfeccionándose debido a la eficacia y bajo costo que constituye para la prevención y el control metabólico en la diabetes mellitus; pero en este trabajo ha quedado de manifiesto que este esfuerzo, poco o nada vale, sin el seguimiento correspondiente para realizar asesorías, aclaraciones, actualizaciones y reforzar la motivación necesaria para conseguir la meta de salud; y considerando que es la mujer quien tradicionalmente se hace cargo de la salud familiar, se sugiere reforzar el papel de la mujer como agente de cambio para la modificación de hábitos insanos, principalmente los relacionados a la alimentación. (Medel, 2006)

Como se ha repetido constantemente la dieta, la actividad física y el manejo farmacológico, son pilares en el tratamiento de la DM2; los dos primeros entran a una mayor dificultad y complejidad para su abordaje, al involucrar aspectos culturales y afectivos individuales y sociales, los cuales determinan la adopción de estilos de vida nocivos para la salud.

Esta situación ha originado que durante todos estos años las Instituciones de Salud, reconozcan la importancia de estos factores sobre la salud y la enfermedad. Así se explica porque en las últimas décadas, la educación para la salud forme parte fundamental de las estrategias de control y prevención de la DM2. Se espera que mediante el proceso educativo, los individuos reflexionen sobre los estilos de vida que han influido sobre su salud, reconozcan de manera temprana los signos y síntomas de la enfermedad así como la aparición de complicaciones.

No obstante que las Instituciones de Salud reportan una alta productividad en educación para la salud sobre la DM2, esta continúa siendo un problema de salud pública importante. Persiste un gran desconocimiento de la población sobre la evolución y complicaciones de la DM2, es evidente que predominan los significados culturales, tal como lo reflejan los múltiples mitos y creencias (en su mayoría erróneos) acerca de la misma. (Medel, 2006).

Resulta lógico señalar que para lograr un verdadero control de la DM es necesaria una intervención multidisciplinaria que permita abordar los diversos factores de riesgo. Por desconocer la verdadera naturaleza de su enfermedad las personas diabéticas sufren innecesariamente las complicaciones de su enfermedad, lo que los lleva a tener una mala calidad de vida o una muerte prematura. Hay evidencias que señalan a las prácticas alimenticias como fuertemente influenciadas por creencias y mitos y con un gran arraigo social. (Medel, 2006)

1.9 CREENCIAS DE LAS PERSONAS CON DM2 RESPECTO A SU ENFERMEDAD.

Perciben a la DM2 como una enfermedad peligrosa que los lleva a un destino inevitable de deterioro orgánico en el que algún día tendrán una o varias de las complicaciones de la diabetes sin poder hacer nada por evitarlas o retardar su aparición. Se refieren a la enfermedad, como un malestar crónico, algo que les limita en varios aspectos de su vida. Les causa angustia saber que padecen DM2; los investigadores percibimos en ellos un sufrimiento psíquico permanente. Los pacientes relacionan la diabetes con cambios drásticos en su estilo de vida, sin posibilidades de llevar una vida “normal”, donde una alimentación sana y el autocuidado constituye la mayor carga. (López, 2007)

Creencias de las personas con DM2 respecto al origen de su enfermedad:

Atribuyen como etiología de la DM2 a un “susto” o “espanto”. Algunos toman en cuenta los factores de riesgo como la herencia, obesidad, malos hábitos de alimentación como una posible causa, pero no perciben el carácter multifactorial del origen de la diabetes. Argumentan que la presencia de eventos profundamente estresantes -especialmente momentos de pérdida o fuerte impresión- como factores capaces de desencadenar la enfermedad. Otros refieren no tener idea alguna sobre el origen de la DM2. (López, 2007)

Creencias sobre la alimentación en las personas diabéticas:

En cuanto a las categorías referentes a la alimentación los diabéticos expresaron comer “de todo” como una falta a la indicación médica, no toman en cuenta el balance del aporte nutricional ni calórico, abocándose solamente a evitar o no consumir en exceso hidratos de carbono simples. No consideran al plan de alimentación como parte del tratamiento integral de la diabetes. (López, 2007)

El tipo de alimentación que se les recomienda es descrita como prohibitiva, restrictiva, como una dieta de los “no” y en la mayoría de los casos no existe apego a ella, por considerarla difícil de implantar y que además no es de su agrado, la consideran muy especial y de elevado costo. Debido a que este tipo de alimentación la reconoce como “extraña” se ven en la necesidad de preparar dos tipos de alimentos, uno para las personas diabéticas y otro para los demás miembros de la familia o bien se adaptan a los gustos y preferencias alimentarias de estos.

La familia no considera que las recomendaciones dietéticas para el paciente diabético sean recomendables para la población en general. Tienen la idea que al saberse con DM2, están destinados a que su alimentación se encuentre basada en verduras. El tipo de alimentación no permitida se basa en refrescos, azúcar, grasas y harinas no tomando en cuenta la importancia de una alimentación balanceada. (López, 2007)

Existen diversos hábitos relacionados con el patrón cultural, que se consideran limitante para modificar sus prácticas alimenticias. Entre ellos, destacan las reuniones familiares y/o el comer fuera de casa, en especial los fines de semana, los festejos con motivo de cumpleaños, navidad y año nuevo, en donde suele prevalecer la comida típica de la localidad o de la región, cuyas materias primas son una gran fuente de grasas, carbohidratos y azúcares”. Mencionan también que hay sentimientos de por medio que les impiden cumplir con la dieta debido a que extrañan la alimentación que llevaban antes de su enfermedad. Ellos relacionan el régimen con “sacrificio o con imposición” e incluso refieren que se sienten tristes al no poder comer sus comidas favoritas. (Alcaraz, 2009)

Un aspecto primordial, para lograr el apego de los pacientes al régimen alimenticio es sin duda el apoyo que reciban de sus familias. Es precisamente este aspecto que consideramos una tarea pendiente de los servicios de salud. Incorporar a la familia como apoyo a su familiar con diabetes es de fundamental importancia. (Alcaraz, 2009)

Creencias sobre las complicaciones de la DM2:

En general si tienen una idea clara de las complicaciones de la DM2, aunque las perciben como algo que poco o nada pueden modificar. Manifiestan mucho temor a padecerlas y en la mayoría de los casos las conocen por que las han visto en sus familiares, amistades o en ellos mismos, no informándose por otra fuente -de preferencia de origen medico. La mayoría esta consciente sobre como se pueden evitar o retardar las complicaciones. Atribuyen al tratamiento, al plan alimentario, a la actividad física y sin embargo no presentan un adecuado apego a estos. (López, 2007)

1.10 CONOCIMIENTO DE LA ÚLTIMA CIFRA DE CONTROL GLUCÉMICO:

La mayoría se encuentran con glucemias por arriba de lo que consideramos un control regular y en algunas ocasiones no recuerdan su control, como una negación a todo lo que implica la diabetes y poco interés por su autocontrol. Tienen clara conciencia que la trasgresión en la dieta, o falta de apego a las indicaciones médicas es causa descontrol glucémico, y sin embargo persisten esos hábitos. (López, 2007)

Por el tipo de alimentación es necesario orientar al paciente diabético sobre el padecimiento haciéndose énfasis sobre la alimentación como parte del tratamiento de la DM2, involucrando a la familia para que se integre a este tipo de alimentación, este tópico concuerda que los diabéticos tiene la necesidad de mantener solidaridad con la familia para poder sobrellevar la enfermedad.

En cuanto al ejercicio nuestros resultados concuerdan que los pacientes están de acuerdo en los beneficios del ejercicio físico, sin embargo no lo efectúan, ya sea porque no adquieren el hábito o por presencia de enfermedades concomitantes como osteoartritis que les impide realizarlo.

Los pacientes están conscientes de que una de las causas más importantes de la hiperglucemia es la constante transgresión dietética o falta de apego al tratamiento, como si existiera un duelo no resuelto debido a la pérdida de la salud. Como consecuencia de la fase de negación y donde no interesa el autocuidado, es necesario enfocar además de la educación como piedra angular en el buen control de a diabetes involucrarse en el estado afectivo del paciente diabético, pues se ha comprobado que el paciente con DM2 que recibe terapia psicológica lleva mejor control glucémico; a diferencia de los que solo reciben educación. Trabajos como estos se han realizado para abrir líneas de investigación con técnicas metodológicas que profundicen en las creencias que los pacientes tienen de sus enfermedades. Ya que la información es una herramienta de comunicación, y un factor fundamental en la atención integral en la salud.

En la atención de los pacientes es necesario tomar en cuenta todos los puntos de vista acerca de su realidad. Hay que dirigir la atención hacia sus creencias y prácticas, pues son ellos quienes viven la enfermedad y en pocas ocasiones se les toma en cuenta para buscar alternativas de solución a sus problemas. Ahora que esta tan de moda la “medicina basa en evidencia”, se hace cada vez más necesario tener la “evidencia” de los actos y rutinas de condicionan la calidad de vida de las personas y explicar en gran medida el origen de las enfermedades y dar las claves para una intervención más adecuada.

Además la dieta como un ideal es casi imposible de realizar, y se le conoce como “dieta rigurosa” y se le identifica como “la lista, hoja o papel de la nutrióloga”, esto en referencia al plan nutricional estandarizado (despersonalizado) que los pacientes reciben por escrito luego de la consulta de nutrición. “El plan de alimentación de los diabéticos debe tomar en consideración los tipos de alimentos que agradan al paciente, su estilo de vida, la hora en que normalmente comen y los antecedentes étnicos y culturales”.

En la actualidad se considera que en lugar de hacer énfasis en el porcentaje calórico que debe obtenerse de nutrimentos específicos, hay que enfocarse en los alimentos que consume el paciente, los cambios que pudieran ser benéficos y los cambios que esté dispuesto o sea capaz de lograr, puesto que al final es la persona quien decide que alimentos consumir.

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de Diabetes Mellitus en México fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (prevalencia nacional de 10.7% en personas entre 20 y 69 años). Y se espera aumente en un 17 a 20% en este 2012. De este gran total, 2 millones de personas no han sido diagnosticadas. (Conrado, 2011). Se sabe que por las encuestas nacionales de salud que solo el 16.5% se encuentran en buen control, lo que nos indica que el descontrol en pacientes diabéticos es muy alto lo que a la larga nos lleva a diversas complicaciones ya mencionadas. Hay que recordar que la diabetes puede prevenirse si se llevan a cabo ajustes en el estilo de vida.

Uno de los factores asociados al descontrol es el tipo de dieta, ligado a malos hábitos o estilo de vida y se sabe que los pacientes diabetes no llevan correctamente su dieta en más de un 50% de los casos. (Conrado, 2011) Hay diversos factores implicados en que el paciente no lleve a cabo su dieta correctamente: siendo uno de ellos la falta de información o educación dietética. Se sabe que los paciente que llevan correctamente su dieta les ayuda en un de sobremanera a su control glicémico. En nuestro medio no existen estudios al respecto por lo que es importante conocer como se encuentra la situación o problemática en nuestro medio. Por lo que es de mucha utilidad el estudio en dicha comunidad.

II. METODOLOGÍA.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Al representar la diabetes mellitus uno de los problemas de salud con mayor incidencia y prevalencia en nuestro país, es relevante mencionar algunos datos del efecto que tiene hoy en día. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que ya en 1985 había 30 millones de personas con diabetes, y que en 1955, diez años después, el número de personas acreció a 135 millones, y a 176 millones en el año 2000. Dentro de las expectativas que se tienen en todo el mundo el, estimado es que para el año 2030 el número de enfermos de diabetes alcanzara la cifra de 300 millones, pues cada año se diagnostican alrededor de 100 mil nuevos casos por día. (Samaniego, 2007).

De acuerdo a lo anterior se sabe que la diabetes mellitus es un problema de salud muy común y que va creciendo día con día, y del cual un aspecto muy importante es el del control de la glicemia el cual va muy ligado al estilo de vida, y alimentación diaria del paciente diabético, por lo que se planteó el siguiente cuestionamiento:

¿Cuáles son los hábitos alimenticios y el control glicémico en pacientes con diabetes tipo 2 en la Unidad Médico Familiar n° 33 de Picardías, Dgo?

2.2 OBJETIVOS

Objetivo General. Determinar los hábitos alimenticios y el control glicémico en pacientes con diabetes tipo 2 en la Unidad Médico Familiar n° 33 de Picardías, Dgo.

Objetivos Específicos.

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes en el estudio.
- Determinar la relación entre el control glicémico y las características sociodemográficas.

2.3 HIPÓTESIS

No es necesario realizar hipótesis por el tipo de estudio.

2.4 MATERIAL Y MÉTODO

Lugar:

El estudio se realizó en la clínica UMF # 33 de Picardías, Durango.

Universo:

Se incluyó a la población de adultos de sexo indistinto de la U.M.F. N° 33 que acudieron a consulta externa de dicha unidad, en turno vespertino.

Tiempo:

En el período comprendido de Diciembre del 2012 a Enero del 2013

Tipo De Estudio:

Prospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- 1) Adultos mayores de 18 años de edad con DM2.
- 2) Sexo indistinto.
- 3) Adscritos a la UMF No. 33 en Picardías, Durango.
- 4) Que acudan a consulta médica, en turno vespertino.
- 5) Con capacidad de dialogar por sí mismo.
- 6) Que sepan leer y escribir
- 7) Con autorización del consentimiento informado para su participación.

Criterios de exclusión:

- 1) Pacientes que no tengan cuenta con una medición de glucosa capilar o sérica en ayuno, durante el tiempo del estudio.

Criterios de eliminación:

- 1) Encuestas incompletas o con respuestas confusas.

2.6 TAMAÑO DE MUESTRA

En nuestro país, la diabetes ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente 400,000 casos nuevos al año. En nuestro país, la prevalencia fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (prevalencia nacional de 10.7% en personas entre 20 y 69 años). Y este año aumentó en un 20%. Ocupando en Durango el primer lugar en diabetes mellitus.

Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

n = Tamaño de la muestra. (100).

p = Frecuencia esperada del factor a estudiar.

(Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población en referencia; $p=15\%$, con una proporción de 0.15).

$q = 1 - p$ (probabilidad de que no aparezca el factor).

(Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio; $q = 85\%$, con una proporción de 0.85).

$Z^2 =$ Nivel de confianza $(1.96)^2 =$

$d^2 =$ Precisión o intervalo admitido. Precisión absoluta $(0.07)^2 = 0.49$

Tipo De Muestreo:

Muestreo no probabilístico por conveniencia

2.7 VARIABLES

Principales:

Hábitos alimenticios:

Tipo de Variable: compleja, cualitativa y nominal

Definición Conceptual: Se define como “conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación”. Incluye desde la manera de como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que los consumen o los sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos.

Definición operacional: Se empleó un cuestionario sobre hábitos alimenticios, calificándose en porcentaje de forma individual cada una de las respuestas de acuerdo al tipo de respuesta otorgada.

Control glicémico:

Tipo de variable: simple, cualitativa y nominal

Definición conceptual: se entiende como aquellas cifras o valores establecidos por la OMS y que se asocian a menor índice o número de complicaciones

Definición operacional: en base a la última cifra de glicemia capilar o sérica reportada durante el tiempo de estudio, los pacientes con cifras igual de 70 a 130 mg se consideraron controlados (IMSS GPC, 2006 y ADA, 2011)

**HÁBITOS ALIMENTICIOS Y CONTROL GLICÉMICO EN PACIENTES CON
DIABETES TIPO 2 EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR N° 33 DE PICARDÍAS,
DGO.**

INTERVINIENTES:	Indicadores.	Categorías.	Calificación/ Clasificación.
SEXO.	Características físicas que diferencian al hombre y mujer.	Femenino. Masculino.	Cualitativa nominal.
EDAD.	Es el tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento.	Número de años.	Cuantitativa continua.
ESTADO CIVIL.	Es la situación legal de pareja, referida por los sujetos.	Soltero/a. Casado/a. Viudo/a. Unión libre.	Cualitativa nominal.
GRADO DE ESCOLARIDAD.	Número de años de estudio referido por los sujetos.	Primaria. Secundaria. Preparatoria. Técnica. Licenciatura.	Cualitativa ordinal.
ESTADO LABORAL.	Es el tiempo de dedicación al trabajo.	Desocupado. Trabajador. Pensionado.	Cualitativa ordinal.
PESO	Medida ponderal de una persona	Cantidad en kilogramos	Cuantitativa continua
TALLA	Es la altura de una persona expresada con el sistema métrico	En centímetros	Cuantitativa continua
ALCOHOLISMO	Es el hábito, en diferente medida al consumo de bebidas alcohólicas	Presente. Ausente.	Cualitativa nominal dicotómica.
TABAQUISMO	Es el hábito, en diferente medida al consumo de	Presente. Ausente.	Cualitativa nominal

	tabaco		dicotómica.
ENFERMEDADES QUE PADECE.	Es toda alteración del equilibrio físico, mental y/o social de los individuos. Se preguntará que enfermedades padece y se le pedirá que las mencione.	Mencionar las enfermedades que padece, escribirlas literalmente.	Cualitativa nominal Policotómica.
FÁRMACOS	Son los medicamentos usados para el control y tratamiento de dicho padecimiento.	Medicamentos usados para el control de la diabetes: orales o inyectables	Cualitativa nominal.
ADHERENCIA	Es el apego de los pacientes a las recomendaciones medicas que benefician a la salud	Si la hay o no la hay	Cualitativa ordinal.
EJERCICIO	Se refiere a las veces que se realiza ejercicio en la semana por un periodo de 30 min como mínimo	Veces que realiza ejercicio por semana	Cuantitativa continua
EDUCACION EN SALUD	Se refiere al conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad	Siempre, casi siempre, regularmente, casi nunca, nunca.	Cualitativa ordinal.
APOYO FAMILIAR	Si el paciente percibe si realmente recibe ayuda con su enfermedad en cuanto cuidados y	Siempre, casi siempre, regularmente,	Cualitativa ordinal.

	adherencia a tratamientos por parte de su familia	casi nunca, nunca.	
APOYO MEDICO	Se refiere a si existe una ayuda activa, en cuanto a educación de salud por parte de su médico, lo cual le ayudara a un mejor cuidado y control de su enfermedad	Siempre, casi siempre, regularmente, casi nunca, nunca.	Cualitativa ordinal.

2.8 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

Anexo 1. Encuesta de datos generales:

Encuesta basada en 15 ítems, de datos generales, a través de los cuales se pretende obtener información general respecto al perfil socio demográfico de nuestros pacientes seleccionados, entre los datos a obtener, se encuentran los siguientes: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, peso, talla, alcoholismo, tiempo de conocerse diabético, terapéutica usada para el control de la diabetes, búsqueda de información sobre diabetes por el paciente, apoyo de su familia en la enfermedad, orientación del médico sobre diabetes.

Anexo 2. Cuestionario de Evaluación de Hábitos alimenticios y estilos de vida en diabéticos:

Este cuestionario consta de 23 ítems sencillos con respuestas de opción múltiple, dichas preguntas tienen el fin de establecer que tipo hábitos alimenticios y estilo de vida cotidiano de nuestra población adscrita a la UMF 33 de Picardías, Dgo. De estos 23 ítems, los que están comprendidos del numero 1 al 12 se centran en el tipo de alimentación de los pacientes, y nos da idea de si un paciente tiene buenos o malos hábitos alimenticios, y la frecuencia con la que consume dichos alimentos mencionados en la encuesta, por ejemplo las veces que consume frutas, verduras, pan, tortillas, comida chatarra o con mucha grasa, azucares y la frecuencia con que come en la calle.

Posteriormente los ítems del numero 13 al 17 son preguntas están diseñadas para conocer si el paciente realiza algún tipo de dieta especifica, como coadyuvante en el tratamiento de la diabetes, y nos permite conocer si la dieta es adecuada y con que frecuencia la lleva y si el paciente está convencido de que la dieta es algo muy importante en su tratamiento.

De los ítems del número 18 al 20 abordan las creencias mas comunes de los pacientes o los motivos por los cuales se realiza o no se realiza correctamente una dieta.

Del ítem 21 a 23, tratan sobre el conocimiento general que poseen los pacientes sobre su enfermedad, y sobre los beneficios de la dieta para diabético.

La última pregunta la número 23 trata de reflejar el apoyo que los pacientes tienen en su familia. La mayoría de los ítems cuentan con respuestas de opción múltiple como ya se había mencionado, con respuestas en su mayoría de siempre, casi siempre, regularmente, casi nunca y nunca

2.9 PROCEDIMIENTOS.

En los meses de Noviembre y Diciembre de 2012, previa autorización y consentimiento del comité de investigación, así como el de las autoridades de la U.M.F. No.33 del IMSS de Picardías, Durango; con la aceptación del Dr. Jesús de la Hoya, Coordinador de micro zona, se realizó la investigación correspondiente a este protocolo, el investigador y autor del presente estudio, se le pidió a los pacientes con diagnostico DM2, que acudieron a consulta externa de dicha unidad, con el objetivo general que participaran en la investigación, explicándole la importancia de lo que engloban los hábitos alimenticios en el control glicémico, se les informó que su aportación en la investigación será de forma individual, confidencial y respetuosa; previa aceptación y firma del consentimiento informado, proporcionaron información fidedigna para contestar un cuestionarios y determinar como el tipo de alimentación y estilo de vida impacta ya sea de manera positiva o negativa sobre el control glicémico.

Dichos pacientes se les indicó que pasen con la enfermera asignada al área de medicina preventiva, para que les tome su peso y estatura para que posteriormente acudan con el investigador, al consultorio del área de medicina preventiva (consultorio médico destinado para platicas y acciones preventivas, el cual se

encuentra ubicado en las instalaciones de la U.M.F. No. 33), donde en un tiempo no mayor a 10 minutos, y con ayuda del médico pasante de servicio social, en un horario aproximado de 18:00 hrs. a 20:00 hrs. (horario en que está libre dicho consultorio), se le aplicó un cuestionario el cual está descrito en los anexos 1 y 2. Los cuestionarios fueron nuevamente revisados y analizados, en el mes siguiente para posteriormente vaciar la información a un programa de Excel para su análisis en el programa SPSS.

2.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los datos obtenidos de las encuestas se vaciaron hoja de datos Excel 2010 y el análisis estadístico se realizó el programa SPSS versión 15.

Para variables cualitativas nominales se realizaron frecuencias y porcentajes, mientras que para las variables cualitativas ordinales se utilizaron frecuencias, porcentajes y porcentajes acumulados.

Para las variables cuantitativas se realizaron medidas de tendencia central (mediana, media y moda) y medidas de dispersión (desviación estándar, mínima y máxima).

Las variables cualitativas se presentaron mediante tablas y/o gráficas (de barra y/o pastel).

2.11 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio consideró los aspectos éticos en la declaración de Helsinki, en su última modificación por la 48 asamblea Médica mundial en el año 2000. Así como los aspectos de normatividad de la Ley General de Salud en sus capítulos I, II y III, y los estatutos de IMSS que en materia de investigación establecen.

Titulo segundo. De los aspectos éticos de investigación en seres humanos: capítulo I, artículos 13, 14, 16 y 17.

ARTÍCULO 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará los principios científicos y éticos que la justifiquen.

III. Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo. IV.

Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predichos.

V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala.

VI. Deberá ser realizado por profesionales de la salud a que refiere el artículo 114 de este reglamento con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención de salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias, competentes y que cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII. Contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y la bioseguridad.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso, de la secretaria, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71 y 88 del reglamento.

ARTÍCULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17. Se considera como riesgo la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría:

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de conducta.

II.- De investigación en comunidades: Artículos 28, 29, 30, 31 y 32.

ARTÍCULO 28. Las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades serán admisibles cuando el beneficio esperado para esta sea razonablemente asegurado y cuando los estudios efectuados en pequeña escala no hayan producido resultados concluyentes.

ARTÍCULO 29. En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 21 y 22 de este reglamento.

ARTICULO 30. Cuando los individuos que conforman una comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación ,la comisión de ética de la institución a la que pertenece el investigador principal, podrá autorizar o no que el escrito de consentimiento informado de los sujetos sea obtenida a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad. En caso de no autorizase por la comisión, la investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria y cada uno estará en libertad de abstenerse o dejar de participar en cualquier estudio.

2.12 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Los recursos humano constaron de 3 personas: el autor, encuestador, codificador, y capturista de la investigación: Dr. Alejandro Olivares Enciso; así como el tutor responsable de asesorar este protocolo: Dr. Luis Fernando Torres Ceniceros / Médico especialista en Medicina Familiar y profesor adjunto de la especialidad de Medicina Familiar y como auxiliar en las encuestas a la Dra. Paulina medico pasante de servicio social.

Se utilizó como material de apoyo: el consultorio de medicina preventiva de la UMF 33, para poder aplicar los instrumentos de medición, un escritorio, dos sillas, con un tiempo establecido de 1 a 2 horas diarias por dos meses, en aproximadamente 27 días hábiles; 574 hojas de papel (fotocopias de los instrumentos), una fotocopidora, una grapadora, una caja de grapas, 5 lápices, un sacapuntas y una caja y/o archivero, para poder guardar los instrumentos que vayan siendo llenados. Posteriormente una computadora personal con programas de office básicos y SPSS, así como una impresora para poder analizar, graficar e imprimir los documentos finales.

III. RESULTADOS.

3.1 ASPECTOS GENERALES.

Se estudio un total de 100 pacientes con una edad de 56.1 ± 11.4 años, con predominio del sexo femenino en un 65% (65). El estado civil más común (tabla 1) fue el casado con un 83% (83) y la principal ocupación (tabla 2) fue la de personas dedicadas al hogar con un 50% (50). El nivel de escolaridad primaria (tabla 3) se presentó en un 49% (49). El tabaquismo se presentó en un 35% (35) mientras que el alcoholismo en un 25 % (25). Respecto a la realización de ejercicio (tabla 4) un 67% refirió casi nunca realizarlo. El estado nutricional más común (tabla 5) fue el de obesidad, con un 65% (65).

Tabla 1. Estado civil de los paciente con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	2	2.0
CASADO	83	83.0
DIVORCIADO	4	4.0
UNION LIBRE	4	4.0
VIUDO	7	7.0
Total	100	100.0

Tabla 2. Ocupación de los pacientes con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
HOGAR	50	50.0
TRAB ACTIVO	43	43.0
PENSIONADO	7	7.0
Total	100	100.0

Tabla 3. Escolaridad de los pacientes con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
SIN ESTUDIO	28	28.0
PRIMARIA	49	49.0
SECUNDARIA	18	18.0
BACHILLERATO	2	2.0
LICENCIATURA	3	3.0
Total	100	100.0

Tabla 4. Ejercicio realizado por semana en pacientes con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
3 O MAS VECES AL DIA	7	7.0
1-2 VECES AL DIA	26	26.0
CASI NUNCA	67	67.0
Total	100	100.0

Tabla 5. Estado de nutrición en pacientes con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	9	9.0
SOBREPESO	26	26.0
OBESIDAD	65	65.0
Total	100	100.0

3.2 ASPECTOS RELATIVOS A LA DIABETES.

El tiempo de evolución desde el diagnóstico de la enfermedad fue de 8.5 ± 4.5 años. El principal tratamiento utilizado por los pacientes (tabla 6) fue el uso de pastillas, con un 65% (65). Un 65% (65) de los pacientes, refirió interesarse regularmente en obtener información adicional sobre su diabetes (tabla 7). El apoyo familiar (tabla 8) se percibió como regular en un 35% (35) en tanto que el apoyo médico (tabla 9) se percibió como casi siempre en un 53% (53) en cuanto a orientar al paciente en su enfermedad. En cuanto al nivel de glucosa el promedio fue de 176.8 ± 51.8 mg. Sólo un 22.5% (22) se encontró en límites de control glucémico.

Tabla 6. Tratamiento de los pacientes con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
SOLO DIETA	1	1.0
PASTILLAS	65	65.0
PASTILLAS Y DIETA	9	9.0
INSULINA	1	1.0
PASTILLAS E INSULINA	23	23.0
PASTILLAS, INSULINA Y DIETA	1	1.0
Total	100	100.0

Tabla 7. Interés del paciente sobre su diabetes

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	2	2.0
CASI SIEMPRE	14	14.0
REGULARMENTE	37	37.0
CASI NUNCA	36	36.0
NUNCA	11	11.0
Total	100	100.0

Tabla 8. Apoyo familiar para los pacientes con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	18	18.0
CASI SIEMPRE	23	23.0
REGULARMENTE	35	35.0
CASI NUNCA	17	17.0
NUNCA	7	7.0
Total	100	100.0

Tabla 9. Apoyo médico para los pacientes con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	35	35.0
CASI SIEMPRE	53	53.0
REGULARMENTE	7	7.0
CASI NUNCA	4	4.0
NUNCA	1	1.0
Total	100	100.0

3.3 CUESTIONARIO DE HÁBITOS DIETÉTICOS.

A la pregunta de frecuencia con la cual los pacientes consumen verdura se encontró que la respuesta con mayor frecuencia fue la de casi nunca (tabla 9) con un 45% (45). Y la mayoría de los pacientes respondieron que regularmente consumen frutas (tabla 10) con un 45% (45). Con respecto con el consumo de pan y tortilla (tabla 11 y 12) respondieron la mayoría 59% (59) que consumen 2 piezas de pan promedio al día y de 4 a 6 tortillas al día el 37 % (37) respectivamente. Los pacientes regularmente agregan azúcar a sus bebidas o alimentos (Tabla 13) con un 50%, pero refiriendo que casi nunca consumen golosinas (tabla 14) en un 35% (35), en cuanto al consumo de grasa (tabla 15) los encuestados respondieron que lo hacen regularmente con un 49 % (49). Y agregando sal a sus alimentos (tabla 16) de una manera regular en un 38% (38), todo esto con respecto al tipo de alimentos consumidos. En cuanto a la frecuencia con la que los pacientes comen alimentos entre comidas (tabla 17) refieren que regularmente lo hacen con un 44% (44). Y 32% (32) respondieron que casi siempre solicitan más comida después de consumir su ración normal de alimentos (tabla 18). En cuanto a la frecuencia con las que los pacientes preparan sus alimentos (tabla 19) respondieron siempre la mayoría con un 45 % (45) y casi nunca 39% (39) respondieron con respecto a la frecuencia de consumo de alimentos fuera de casa (tabla 20).

Tabla 9. Frecuencia con la cual consumen verduras los pacientes con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	11	11.0
CASI SIEMPRE	13	13.0
REGULARMENTE	24	24.0
CASI NUNCA	45	45.0
NUNCA	7	7.0
Total	100	100.0

Tabla I0. Frecuencia con la cual consumen frutas los pacientes con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	7	7.0
CASI SIEMPRE	19	19.0
REGULARMENTE	45	45.0
CASI NUNCA	29	29.0
Total	100	100.0

Tabla II. Número de piezas de pan come al día el paciente con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
DE 0-1	40	40.0
2 X DÍA	59	59.0
3 O MAS X DÍA	1	1.0
Total	100	100.0

Tabla I2. Total de tortillas que come al día el paciente con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
DE 0 A 3 X DIA	34	34.0
DE 4-6 X DIA	37	37.0
7 O MAS X DIA	29	29.0
Total	100	100.0

Tabla I3. Cantidad de azúcar que agrega a los alimentos o bebidas los pacientes con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	2	2.0
CASI SIEMPRE	12	12.0
REGULARMENTE	50	50.0
CASI NUNCA	23	23.0
NUNCA	13	13.0
Total	100	100.0

Tabla I4. Frecuencia de consumo de golosinas o comida chatarra los pacientes con DM2.

	Frecuencia	Porcentaje
CASI SIEMPRE	11	11.0
REGULARMENTE	33	33.0
CASI NUNCA	35	35.0
NUNCA	21	21.0
Total	100	100.0

Tabla I5. Frecuencia del consumo de grasas en los alimentos en pacientes con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
CASI SIEMPRE	24	24.0
REGULARMENTE	49	49.0
CASI NUNCA	22	22.0
NUNCA	5	5.0
Total	100	100.0

Tabla I6. Frecuencia con la que se agrega más sal a la comida el paciente con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	2	2.0
CASI SIEMPRE	24	24.0
REGULARMENTE	38	38.0
CASI NUNCA	27	27.0
NUNCA	9	9.0
Total	100	100.0

Tabla I7. Frecuencia con la que come alimentos entre comidas los pacientes con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
CASI SIEMPRE	20	20.0
REGULARMENTE	44	44.0
CASI NUNCA	29	29.0
NUNCA	7	7.0
Total	100	100.0

Tabla I8. Frecuencia con la que al terminar de comer solicita más comida el paciente con DM2.

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	3	3.0
CASI SIEMPRE	32	32.0
REGULARMENTE	26	26.0
CASI NUNCA	29	29.0
NUNCA	10	10.0
Total	100	100.0

Tabla 19. Frecuencia con la que el paciente con DM se prepara sus alimentos.

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	45	45.0
CASI SIEMPRE	8	8.0
REGULARMENTE	6	6.0
CASI NUNCA	9	9.0
NUNCA	32	32.0
Total	100	100.0

Tabla 20. Frecuencia con la que come alimentos fuera de casa el paciente con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	2	2.0
CASI SIEMPRE	9	9.0
REGULARMENTE	30	30.0
CASI NUNCA	39	39.0
NUNCA	20	20.0
Total	100	100.0

3.4 ASPECTOS RELATIVOS A LAS DIETAS

A la pregunta de con qué frecuencia los pacientes llevan algún tipo de dieta (tabla 21) el 79 % (79) respondió que no llevan dieta. Solo 13% (13) llevaron una dieta realizada por un profesional (tabla 22). La frecuencia con la que se llevó una dieta adecuada para un paciente diabético (tabla 23), la respuesta de mayor predominio fue nunca con un 56 % (56), la frecuencia con la que los pacientes han sido valorados por un nutriólogo (tabla 24), 69% (69) respondieron nunca, al igual que el 44% (44) que respondió no seguir las recomendaciones del médico o de nutriólogo (tabla 25). Con respecto con las creencias de los pacientes en cuanto la utilidad de las dietas (tabla 26). Respondieron que si son útiles el 52 % (52), y el 64% (64) respondió que les es muy difícil hacer una dieta (tabla 27), y sobre el costo de las dietas (tabla 28), opinaron el 64 % (64) que son muy costosas.

A los pacientes también se le preguntó la frecuencia con la que su médico se toma tiempo para orientarlo con respecto a su dieta (tabla 53) y respondieron que casi siempre 53 (53) el médico se toma tiempo para orientar al paciente y el 52 % (52) respondió que casi siempre el médico pregunta en la consulta si es que se lleva la dieta (tabla 30). Y al final se preguntó sobre el apoyo familiar a la dieta, preguntando la frecuencia con la que se prepara comida para diabético en casa (tabla 31) a lo que respondieron nunca en el 46 % (46).

Tabla 21. Frecuencia con la que el paciente con DM2 lleva algún tipo de dieta, aunque no sea para diabético

	Frecuencia	Porcentaje
SI	21	21.0
NO	79	79.0
Total	100	100.0

Tabla 22. Lugar de donde obtuvo la dieta que lleva el paciente con DM2.

	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNO	78	78.0
DE UN PROFESIONAL	13	13.0
DE UNA REVISTA	5	5.0
UN LIBRO	1	1.0
INTERNET	2	2.0
TELEVISION	1	1.0
Total	100	100.0

Tabla 23. Frecuencia con la que utiliza una dieta para diabético.

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	7	7.0
CASI SIEMPRE	7	7.0
REGULARMENTE	8	8.0
CASI NUNCA	22	22.0
NUNCA	56	56.0
Total	100	100.0

Tabla 24. Frecuencia con la que han sido valorado por un nutriólogo los pacientes con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
ALGUNA VEZ CADA AÑO	22	22.0
	9	9.0
NUNCA	69	69.0
Total	100	100.0

Tabla 25. Frecuencia con la que siguen las recomendaciones de dieta de su médico o nutriólogo los pacientes con DM2

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	7	7.0
CASI SIEMPRE	8	8.0
REGULARMENTE	10	10.0
CASI NUNCA	31	31.0
NUNCA	44	44.0
Total	100	100.0

Tabla 26. Frecuencia con la que los pacientes con DM2 creen que son útiles las dietas en los diabéticos.

	Frecuencia	Porcentaje
SIN SON UTILES	52	52.0
NO ESTA SEGURO	31	31.0
NO SON UTILES	17	17.0
Total	100	100.0

Tabla 27. Frecuencia con la que a los pacientes con DM2 les es difícil poder llevar su dieta.

	Frecuencia	Porcentaje
NADA DIFICIL	2	2.0
POCO DIFICIL	9	9.0
REGULARMENTE DIFICIL	8	8.0
ALGO DIFICIL	17	17.0
MUY DIFICIL	64	64.0
Total	100	100.0

Tabla 28. Lo que opinan los pacientes con DM2, respecto al costo de llevar una dieta para diabético.

	Frecuencia	Porcentaje
NO ES CARA	3	3.0
POCO CARA	7	7.0
REGULARMENTE CARA	7	7.0
ALGO CARA	19	19.0
MUY COSTOSAS	64	64.0
Total	100	100.0

Tabla 29. Frecuencia con la que su médico se toma tiempo en su consulta para orientarlo con respecto a su dieta.

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	36	36.0
CASI SIEMPRE	53	53.0
REGULARMENTE	6	6.0
CASI NUNCA	5	5.0
Total	100	100.0

Tabla 30. Frecuencia con la que el médico le pregunta al paciente si lleva su dieta.

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	33	33.0
CASI SIEMPRE	52	52.0
REGULARMENTE	8	8.0
CASI NUNCA	5	5.0
NUNCA	2	2.0
Total	100	100.0

Tabla 31. Frecuencia con la que en su casa le preparan comida de diabético especialmente para los pacientes con DM2.

	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	9	9.0
CASI SIEMPRE	9	9.0
REGULARMENTE	13	13.0
CASI NUNCA	23	23.0
NUNCA	46	46.0
Total	100	100.0

IV. DISCUSIÓN.

El objetivo de nuestro estudio fue el determinar los hábitos alimenticios y el control glicémico en pacientes con diabetes tipo 2 en la Unidad Médico Familiar n° 33 de Picardías, Dgo.

La diabetes representa un problema de alta relevancia en nuestro país por sus diversas implicaciones de morbimortalidad y como también económicas, debido a lo cual existe gran interés por poder encontrar las mejores estrategias para el tratamiento de esta enfermedad. Una de las metas clave en el manejo de esta patología el logra el mejor control glucémico posible. Para ello existe una alta importancia tanto el tratamiento farmacológico como el no farmacológico. Respecto al tratamiento no farmacológico, el ejercicio tanto la dieta son estilos de vida altamente recomendables en el manejo d esta enfermedad. Sabemos que la cultura alimentaria en nuestro país es deficiente, lo que se manifiesta por los altos índices de obesidad, por lo que el lograr apego en la dieta constituye un pilar en el manejo de la diabetes. Cuestión que no es del todo fácil llevar a cabo.

En nuestro estudio encontramos un porcentaje de control glucémico de 22%. El cual es algo similar a un estudio realizado en el año 2005, en zonas rurales y urbanas de siete estados de la República mexicana, los resultados refieren una cifra alta de descontrol la cual fue de un 70% (Hernández 2011) La medición ideal es a través de la Hemoglobina glucosilada, aunque en nuestro estudio lo medimos a través de la glucosa central. Esto puede explicar en parte las bajas cifras de control encontrada, aunque también es una realidad que muchos pacientes tienen bajo nivel de control.

Llama la atención en este estudio la poca cantidad de pacientes que consumen la fibra dietética que contienen las verduras, ya que en el estudio el 45% de los pacientes refirieron que casi nunca consumían estos alimentos en contraste de los pacientes que consumen alto contenido de grasas saturadas, el cual fue de un 49%,

por lo que el papel como médicos es el de orientar al paciente a los buenos estilos de vida ya como se hace referencia en diversos artículos en los que se menciona el papel que juega la dieta tanto en el tratamiento de la diabetes como de otras patologías y que es vital, por lo que se recomienda un consumo adecuado de fibra en la ingesta diaria para obtener los beneficios de la misma. Para esto debe aumentarse la ingesta de frutas, vegetales, legumbres y cereales integrales como el trigo, el centeno y el arroz, sin necesidad de utilizar suplementos de fibra purificados. (Navarro, 2012)

Con respecto a las razones de por qué los paciente no llevan una dieta va ligada a cuestiones culturales y de falta de educación a la salud como lo marca el estudio.

Los mayoría de los pacientes están conscientes de que es útil como parte de su tratamiento la dieta, ya que así lo refieren el 52% de ellos, pero un 56 % refiere no llevarla dieta, siendo diferentes factores lo que hace no un paciente no lleve su dieta, y en un 64% de los pacientes refieren que es muy difícil llevarlas a cabo, y que son muy costosas a su apreciación, y este estudio no engloba todas las causas pero en algunos artículos hechos también en el país se pueden referir también diversas causas pero el común denominador es siempre la cultura, y el desconocimiento muchas veces de información por deficiencias en la educación, en donde nuestro papel como médicos es de tratar de prevenir y educar a la población con respecto a los beneficios de la dieta. (William, 2010)

Fortalezas Y Debilidades.

Una de las fortalezas de nuestro estudio es abordar en nuestra comunidad y en nuestra unidad este tipo de problemática, ya que no existe estudio locales al respecto sobre el comportamiento o ideas que se tiene sobre el apego dietético.

Una de las debilidades de nuestro estudio es el tipo de muestreo ya que no fue de tipo probabilístico. Otra debilidad lo constituye el instrumento en si, ya que no utilizados un instrumento previamente validado. Ambas circunstancias mencionadas tienen el sesgo inherente a dichas situaciones.

Recomendaciones.

Para mejorar este tipo e estudio sería adecuado utilizar instrumentos ya validado y mejorar el tipo de muestreo. Otra situación para mejorar el estudio podría ser un estudio de intervención con un programa educativo, para ver de qué forma mejora sus resultados en este tipo e encuestas, así como ver la influencia sobre su control glucémico.

Para nuestra práctica es importante a los pacientes de la consulta interrogarles de forma breve y dirigida sobre sus ideas o percepciones sobre hábitos alimenticios, lo cual no generaría mucho gasto de tiempo y sería de gran utilidad en el manejo de esto pacientes., sobre todo cuando no responden a la terapéutica farmacológica y persiste el descontrol glicémico.

A nivel institucional sería adecuado el eso de campañas intensivas sobre el mejoramiento del conocimiento sobre la dieta y la formación de grupos de diabéticos en todas las unidades y el seguimiento intensivo de los resultados en base a este enfoque.

V. CONCLUSIONES

Concluimos que son diversos los factores que influyen nuestros pacientes no lleven un buen control glucémico en nuestra comunidad pero que seguramente, no es el caso solo de esta comunidad sino de todos los países en desarrollo, y en ello influye el tiempo de evolución de la enfermedad, el desconocimiento que tienen los pacientes acerca de la diabetes, la obesidad la cual es muy marcada, así como la falta de ejercicio, y sobre todo el poco apego a la dieta, que este último es la base de nuestro estudio ya que en los resultados es muy palpable el hecho de que son pocos los pacientes que llevan en forma una dieta y el resultado es el que estos pacientes son la minoría que esta adecuadamente controlados en cuestión a su glicemia basal, en contraste a la gran mayoría de la población en la consulta que no se encuentra en buen control de su diabetes por todos los factores que fueron mencionados en el estudio pero principalmente la falta de apego a una dieta y los malos estilos de vida son los que llaman la principalmente la atención.

También cabe mencionar que con respecto a la apreciación del paciente en cuanto a la falta de apoyo familiar, fue alta, y así como también la falta de derivación por parte del equipo médico a valoraciones nutricionales, lo que nos obliga a tener que actuar de manera más preventiva, educando a los pacientes con respecto a su diabetes, y su dieta y sobre todo el tomar el papel del médico familiar, tratando de mejorar en entorno del núcleo familiar, ya que el conocimiento preventivo no solo debe de ser del paciente sino también se debe difundir en la familia para tratar de cambiar la cultura en cuanto estilos de vida saludable ya que como bien lo sabemos este tipo de enfermedad crónico degenerativa es un factor de riesgo hereditario, para los integrantes más jóvenes y a futuro si se siguen fomentando los malos hábitos alimenticios, la falta de ejercicio y obesidad, seguirán siendo determinantes para el curso de esta enfermedad, y se continuara sin poder alcanzar las metas del programa de control de la diabetes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADA; American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes 2011. Diabetes Care. 2011; 34 (suppl 1):S11-S61. (ADA, 2011)

Alcaraz MN, Chávez AAM, Amador FG: Influencia del patrón cultural dietético del paciente diabético en el apego al régimen alimenticio; Universidad de Colima, Programa Cultura de los Cuidados. Universidad de Colima (UDC), Gaceta Universidad Colima; México 2009; Año XIII- N° 25. (Alcaraz, 2009).

Basalto CD, Sapién LI: Experiencias y significados de la dieta en diabéticos y sus familiares; Revista de especialidades medico-quirúrgicas, vol. 12, núm. 1, enero-abril, 2007, pp. 27-35 (Basalto 2007).

Cabrera PCE, Martínez, Vega LMG, González PG, Muñoz DTA: Prácticas nutricias en pacientes diabéticos tipo II en el primer nivel de atención. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 12(4):525-530, out-dez, 1996 (Cabrera 1996).

Carrillo ER; Sánchez ZMJ; Elizondo AS: Síndrome metabólico; Revista de la Facultad de Medicina; UNAM Vol.49 No.3 Mayo-Junio, 2006. (Carrillo, 2006)

Carrillo FL, (2011): Dieta y diabetes; del Grupo de Trabajo de Alimentación y nutrición saludable; Nutrición y dieta Vol. 2. 2011, pp. 45-56. (Carrillo 2011).

Castañeda 2008 SO, RDJC, Ramos AM: "Evaluación de los hábitos alimentarios y estado nutricional en adolescentes de Sonora, México"; Archivos de Medicina Familiar, México. Vol. 10 (1). pp. 7-9; 2008 (Castañeda 2008).

Castro TG; Díez PJM; López RP; López RMJ; Guzmán ME: Manual de educación diabetológica avanzada de pacientes adultos; Hospital de Móstoles; Salud Madrid; Laboratorios Lilly. (Castro, 2008)

Conrado AS, Calderón, MGM: Metas terapéuticas en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2; Servicio de consulta externa de medicina interna del hospital regional 1ero de octubre; Revista de Especialidades medico-quirúrgicas 2011;16(1):18-26 (Conrado 2011).

Cruz G, Baguinsky J: “Síndrome Metabólico... ¿enfermedad metabólica? Una mirada abierta desde la clínica”; Asociación Civil de Investigación y Desarrollo en Salud 2006 (ACINDES). Bs. As: Editorial Médica A.W.W.E. (cruz 2006).

FID; Federación Internacional de Diabetes; Guía para el control de la glucosa postprandial; (FID, 2006)

Gabaldón MJ, Montesinos E: Metodología y cálculo de raciones de hidratos de carbono dietoterapia en la diabetes tipo 1 y tipo 2. Generalidades; Seminarios de diabetes; Hospital Clínico Universitario. Universidad de Valencia. Av Diabetol. 2006; 22(4): 255-261 (Gabaldón 2006).

Goday AG, Franch NJ, Mata CM: Guía de diagnóstico y tratamiento; Criterios de control y pautas de tratamiento combinado en la diabetes tipo 2; España; Actualización 2004 (Goday 2004).

Hernández AC, Elnecavé A: Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México; Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(1):34-39 (Hernández 2011)

IMSS GPC, 2011: Guía de Práctica Clínica; Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la Diabetes Mellitus Tipo 2, en el primer nivel de atención; Evidencias y Recomendaciones; SSA-093-08

López AKH, Ocampo BP: Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos; Especialistas en Medicina Familiar (UMF) No. 94, Instituto Mexicano del Seguro Social. México; Revista de Medicina Familiar; Vol.9 (2) 80-86 (López2007).

Manzanares JM, Guillen N: La alimentación del diabético: diabetes tipo 1 y tipo 2: Curso de Dietética Aplicado a la Diabetes; Barcelona: Bayer; Diabetes Service; 2006. p. 26-8. (Manzanares 2006).

Márquez SF, Bulló M, Vizmanos B, Casas AP: Un patrón de alimentación saludable: la dieta mediterránea tradicional; Unidad de Nutrición Humana, Departamento de Bioquímica y Biotecnología, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat Rovira i Virgili, Reus, España. Revista de Nutrición, Antropo; Vol. 16, pp 11-22; 2008, www.didac.ehu.es/antropo (Márquez 2008).

Matía MP; Edurne LP; Calle PA: Nutrición y síndrome metabólico; Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Revista Española de Salud Pública; v.81 n.5 Madrid sep.-oct. 2007 (Matía, 2007)

Mendel RBC, González JL: Estilos de vida. Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus; UNAM, México Especialidad en Salud Pública; Gaceta de Enfermería Vol.15 Num.52-53; 2006; <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000100004>; México D.F (Medel 2006).

Narváez I, Haddock L, Allende VMZ, : Guía para el manejo y control de la diabetes tipo 2 en adultos; Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico Departamento de salud 2007 (Narváez 2007)

Olmo GE; Carrillo PM; Aguilera GS: Actualización del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2; EAP Castillo de Uclés. Centro de Salud "Gandhi". Área IV Atención Primaria de Madrid; Sistema Nacional de Salud. Volumen 32, N° 1/2008 (Olmo, 2008)

Powell K, Holt SHA, Brand MJC, : Foster-Powell, International tables of glyceimic index and glyceimic load values; 2002. ; Amer. J. Clinical Nutrition, 62 (supp) 871-93. (Powell 2009).

Ríos CJL, Sánchez SP, Barrios SV, Guerrero S; Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2; Revista Médica del IMSS Número 2; volumen 42, Marzo - Abril 2004; pp 109- 116. (Ríos, 2004)

Samaniego GRA, Álvarez BJ: Tipo de Alimentación en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2: una muestra de monterrey (México); Psicología y Salud, Vol. 17. Núm. 2; 277-281, julio. Diciembre del 2007 (Samaniego 2007).