

11226
29
14

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



Causas más frecuentes de Descontrol en el Paciente Diabético
Adulto que acude al servicio de urgencias del Hospital General
de Zona con M. P. No. 1, I. M. S. S. en Morelia, Mich.

TESIS

QUE PARA ACREDITAR LA ESPECIALIDAD DE

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dra. Delia Andrade Castro

ASESOR DE TESIS:

DR. RAFAEL OSEGUERA VALLADARES

MORELIA, MICH.

FEBRERO DE 1984.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E.

CAPITULO I

INTRODUCCION..... 1

CAPITULO II

ASPECTOS HISTORICOS..... 3

CAPITULO III

JUSTIFICACION DEL TRABAJO.....11

CAPITULO IV

HIPOTESIS.....12

CAPITULO V

OBJETIVOS.....13

CAPITULO VI

MATERIAL Y METODOS.....14

CAPITULO VII

RESULTADOS.....20

CAPITULO IX

CONCLUSIONES.....39

CAPITULO X

SEGERENCIAS.....41

INTRODUCCION.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica e incurable, que se encuentra entre los tres primeros lugares de los trastornos metabólicos del hombre. Esta enfermedad disminuye el lapso calculado de vida en un tercio aproximadamente, además de ser la causa principal de los nuevos casos de ceguera; presentando éstos pacientes mayor susceptibilidad para padecer nefropatías, cardiopatías, gangrena y accidente vascular cerebral, de aquí el alto costo de sus complicaciones y la frecuente incapacidad para laborar, considerándose un grave problema de salud.

En la actualidad contamos con los métodos adecuados tanto para la detección, tratamiento y control de la diabetes, encaminados a mantener al paciente asintomático y retardar al máximo las complicaciones del padecimiento; sin embargo el control de la diabetes mellitus no es fácil y requiere de la actividad e intervención de profesionales de la salud, quienes deben informar y estimular al paciente para aceptación y conocimiento de la enfermedad y por ende aceptación y responsabilidad de su tratamiento, para lo cual debe existir básicamente un vínculo adecuado entre médico y paciente. Sin olvidar la importancia que tienen los grupos sociales en que se desarrollan, así como las relaciones familiares, fase, etapas de desarrollo, ideas que sobre salud ha adoptado la misma, así como base cultural y educación.

Lo anotado anteriormente nos ha motivado a practicar un estudio relacionado con las causas más frecuentes que originan descontrol en el paciente diabético, con su repercusión lógica en el núcleo familiar y grupo social al que pertenecen.

Con ésto pretendemos conocer los factores predisponentes que originan descontrol en el paciente diabético y tomar medidas correctivas para impedir al máximo, la presentación de complicaciones tempranas en éstos pacientes y así modificar el transcurso de la enfermedad, con su modificación en los costos en las diferentes instituciones de salud, mayor productividad del paciente, mejoras en la función de la familia y grupo social a que pertenecen.

A S P E C T O S H I S T O R I C O S .

La diabetes se conoce de la antigüedad. Los escritos chinos mencionaban un síndrome de polifagia, polidipsia y poliuria.

Arataeus (70 a.C) describió la enfermedad y le dió su nombre que en griego significa "correr a través".

El estudio químico de la orina diabética fué iniciado por Paracelso en el siglo XVI. Pero fué necesario el transcurso de un siglo para que Thomas Willis señalara que la orina de los diabéticos tenía un sabor dulzón " como si estuviera impregnada de miel " (mellitus), Dobson comprobó que se trataba de azúcar; 29 años después Rollo dió lugar a un enfoque dietético racional. Morton (1686) hizo notar el carácter hereditario de la enfermedad. En 1855, Claudio Bernard demostró el contenido elevado de glucosa en sangre diabética y reconoció a la hiperglucemia como un signo cardinal de la enfermedad. En 1869, Langerhans describió los islotes celulares del páncreas que actualmente llevan su nombre. En 1874, Kassmaul describió la respiración y la necesidad de aire del paciente en coma diabético. Boucharday, Naunyn, Von Noorden, Allen y Joslin obtuvieron considerable éxito en base a la dieta. Von Mering y Minkowski (1889) centraron su atención en el páncreas y los islotes de Langerhans como el sitio del defecto. Banting y Best demostraron que la inyección de extracto pancreático corregía el curso morboso de la diabetes florida. En 1939, Hagerdon introdujo la primera insulina de acción prolongada, Sanger en 1953 determina la estructura química de la insulina de buey; Smith y Micol determinaron la estructura de la insulina humana en 1960. En 1964 Katsoyannis y Zahu sintetizaron las cadenas A y B de la insulina y pudieron combinarlas con material biológicamente activo. En 1967 Steiner descri

bió la "proinsulina" que es convertida por acción enzimática activa. En 1955 con el descubrimiento del efecto hipoglucemiante de la Carbutamida por Franke y Fuchs, se marca el inicio del empleo de agentes hipoglucemiantes bucales del tipo de la sulfonilurea. (1-2)

Las investigaciones realizadas en las últimas décadas han proporcionado importantes conocimientos de la etiopatología de la diabetes y se han desarrollado promisorios recursos terapéuticos para tratar de lograr un estado metabólico lo más cercano a lo normal, es decir se ha tratado de igualar el patrón fisiológico normal de secreción de insulina, por medio de dispositivos infusores de ésta sustancia y el trasplante de páncreas y de células beta. (4)

En 1978 el Grupo Nacional de Diabetes del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos de Norteamérica, con participación de la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes y otras categorías de intolerancia a la glucosa según los conocimientos contemporáneos los clasifica de la siguiente forma:

CLASES:

- A. Diabetes Mellitus.
- B. Alteración de la intolerancia a la glucosa.
- C. Diabetes gestacional.

ESTADIOS:

- D. Alteración previa en la intolerancia a la glucosa.
- E. Anormalidad potencial en la tolerancia a la glucosa.

DIABETES MELLITUS:

Esta clase se divide en los siguientes tipos:

- Tipo I: IDDM (Diabetes dependiente de insulina).
- Tipo II: NIDDM (Diabetes no dependiente de insulina).
 - a) Con obesidad.
 - b) Sin obesidad.

Tipo III. Otros tipos (por otras causas).

- 1.- Causas páncreaticas.
- 2.- Por enfermedades endócrinas.
- 3.- Por medicamentos.
- 4.- Alteraciones del receptor.
- 5.- Acompañados de desnutrición. (5)

Walter B. Cannon de la Universidad de Harvard fué el primero en proporcionar la tesis de que bajo intenso stress emocional la adrenalina es secretada de la médula suprarrenal. La adrenalina ha sido considerada como un estimulante de la glucogenólisis, llevando a una elevación el nivel sanguíneo de glucosa. Muchos estudios bien controlados han demostrado que el stress emocional en algunos diabéticos que requieren insulina los lleva a niveles más bajos de glucosa sanguínea y a menos requerimientos de insulina, mientras que en otros se observa un incremento en la glucocemia. Uno tiene que de finir si éstos cambios representan o no un efecto directo del stress emocional en los mecanismos neurohumorales, los cuales alteran el metabolismo intermedio; o si los pacientes por si mismos han condicionado inconscientemente éstos cambios en relación con el ejercicio diario, la dieta o el regimen de insulina en respuesta a el stress. (7)

De los errores de los pacientes, médicos y personal paramédico, resulta una pobre respuesta terapéutica que puede ser prevenida por la atención cuidadosa de los detalles en el manejo del diabético. Cuando la administración de insulina o una sulfonilurea es acompañada por una dieta excesiva en calorías, hay aumento en la conversión de glucosa en grasa, incremento de la obesidad y disminución en la sensibilidad a la insulina. La pérdida de peso debida a descontrol de la diabetes es frecuentemente bien recibida por pacientes obesos pero puede resultar en neuropatía periférica.

La sulfonilurea es efectiva en muchos diabéticos no cetósicos si la dosis es ajustada individualmente en pacientes que llevan una dieta; durante enfermedades intercurrentes es con frecuencia necesario el uso de insulina en lugar de los agentes hipoglucemiantes orales. En el diabético insulino dependiente, la dosis de insulina debe ser ajustada bajo condiciones estándar de dieta, ejercicio y stress en cada paciente, y su dosis debe ser cambiada cuando uno de éstos factores cambia.

Usando una jeringa marcada para insulina U-80 en un lado y U-40 en otro, frecuentemente causa errores en la dosis de insulina; cuando la potencia de la insulina es cambiada, el paciente debería ser adiestrado cuidadosamente para medir la dosis. A causa de que la insulina se absorbe más rápido en las piernas que en los brazos, el alternar entre éstos puede causar fluctuación en la glucosa sanguínea. La inserción de la aguja en un ángulo agudo puede resultar en una inyección intracutánea y retardo en el inicio de la acción.

Todos los diabéticos necesitan una individual y cuidadosa explicación de su prescripción dietética. El paciente que requiere insulina debe tener un adecuado aporte de carbohidratos para balancear el efecto hipoglucemiante de la insulina y el ejercicio. El médico debería especificar el número total de calorías, tanto como de carbohidratos, proteínas y grasas.

Pruebas falsas negativas para glucosuria pueden ser obtenidas si está deteriorado el reactivo o si las tabletas de Clinitest o Clinistix son usadas sin seguir las direcciones recomendadas.

La falla en la educación del nuevo diabético es la principal causa de resultados pobres. La mayoría de los pacientes aprendan acerca de la diabetes por medio de anuncios y propaganda distribuida por las farmacias. Algunos tienen cla-

ses formales o leen uno o dos libros detallados. (8)

Una estrecha y mutua relación de credibilidad entre el paciente y su clínico es esencial para su tratamiento adecuado; los objetivos terapéuticos deben ser claramente entendidos por ambas partes. El paciente debe enseñarse a conocer cualquier alteración, encontrar un control adecuado de su diabetes y de ser enseñado a reconocer las intercorrientes agudas que afectan su salud, asimismo debe recibir instrucción en la sintomatología de hiperglucemia, manifestaciones de acidosis y también síntomas, prevención, tratamiento y otros efectos de hipoglucemia.

Los pacientes y los miembros de sus familias involucrados en el cuidado de los diabéticos requieren educación y deberían entender completamente la naturaleza y principios utilizados en el control de la enfermedad, para incorporar a su manejo el total de la forma de vida de la familia e incrementar la aceptación de su condición, además del equipo médico.

Los diabéticos y sus familiares deben conocer los siguientes aspectos sobre la diabetes:

- 1.- La importancia del paciente y los roles familiares en el manejo médico de la enfermedad.
- 2.- Los conceptos básicos de la diabetes y su control.
- 3.- Los principios del manejo dietético.
- 4.- Pruebas de orina: importancia e interpretación.
- 5.- Complicaciones agudas.
- 6.- Complicaciones crónicas.
- 7.- Higiene personal.
- 8.- Ejercicio.
- 9.- Importancia de continuar el cuidado y educación.
- 10.- Identificación médica. (8)

En 1971 el llamado programa de grupos Universitarios sobre diabetes publicó los resultados de la primera fase de -

un estudio multicentrico, y concluyó que la dieta sola podía ser más eficaz para prolongar la vida del diabético. Los principios generales de la dietoterapia están encaminados a dotar al paciente diabético de un ingreso calórico dependiendo del peso deseado, edad, sexo, actividades, estado climatológico, presencia de embarazo y tipo de hipoglucemiante que usa el paciente. (2)

En el tratamiento de la diabetes mellitus el objetivo principal es lograr cifras de normoglucemia en las 24 hrs. del día. Más del 60 por ciento de los diabéticos estables pudieron controlarse, al menos durante los primeros años, con una dieta adecuada que sirviera de base para uso de hipoglucemiantes orales o insulina. Comunicaciones recientes nos informan de cifras notorias en cuanto a la adaptación a una dieta. Una investigación de The National Health Survey en 1968, señala que el 22 por ciento tenía indicaciones pero no las seguían y sólo el 53 por ciento trataban de adaptarse a una dieta.

Con objeto de valorar la adaptación del paciente diabético a una dieta, se efectuó un estudio acerca de la ingesta calórica en un grupo de población adscrita a dos médicos familiares del IMSS en Guadalajara Jal. El cálculo calórico se hizo conforme a los valores proporcionados por el manual de dietas de la Clínica Mayo. El material consistió en 36 adultos con diabetes mellitus, 27 pacientes en quienes se detectó diabetes mellitus en una campaña de investigación y 20 personas sanas como control; a todas se les calculó peso ideal según las tablas de The Metropolitan Life Insurance Company. La cantidad de calorías/día ingeridas por los pacientes con diabetes mellitus conocidos, fué menor con relación en el grupo de diabéticos descubiertos en la encuesta, como con el grupo de personas para control de la manera siguiente: en el grupo de pacientes diabéticos conocidos, -

la ingesta promedio fué de 1,607 calorías/día con una proporción de 62.2 por ciento de carbohidratos; en el grupo de diabéticos descubiertos fué de 2,050 calorías/día con una proporción de 77 por ciento de carbohidratos y el grupo para control fué de 2,118 calorías/día con 71 por ciento de carbohidratos.

En relación con el peso se encontró: grupo con diabetes mellitus conocido (33%), 12 pacientes con peso normal; 5 (14%) con peso subnormal y 19 (55%) con sobrepeso. En diabéticos descubiertos, dos pacientes (7.4%) con peso normal; tres (11.5%) con peso subnormal y 22 (81.4%) con sobrepeso. En el grupo control, once personas con peso normal; (55%). Una (5%) con peso subnormal y ocho (40%) con sobrepeso.

Los resultados encontrados sugieren que la población diabética en el IMSS intenta llevar una dieta desde el punto de vista cuantitativo en calorías pero no así en la proporción de nutrientes aconsejables en éstos casos. Muchos factores influyen al respecto, pero es notoria la importancia de una instrucción adecuada y motivación más activa en el tratamiento dietético de la diabetes mellitus. (3)

En un estudio practicado en 1983 sobre la incidencia de diabetes mellitus en la población de derechohabientes del IMSS en cuatro hospitales generales de zona con medicina familiar en el estado de Michoacán se obtuvieron los siguientes datos: en el año de 1980 se reportaron 834 casos de diabetes mellitus de primera vez, siendo el grupo más afectado el correspondiente a 45-64 años de edad, que correspondió al 55.63%. La incidencia durante éste año fué de 498.75 por 100 000 derechohabientes en total. Esta patología predominó en el sexo femenino en un 55.15% respecto al masculino. En 1981 los casos reportados de primera vez fueron de 1,073 lo que indica un aumento en la incidencia de 28.05% siendo el mismo grupo de edad el afectado; la incidencia se vio incre

mentada en 585.87, dando una diferencia de tasa de 7.12 llegando a la conclusión de que la incidencia de la diabetes mellitus se va incrementando paulatinamente por lo que se debe conciderar como un verdadero problema de salud a cualquier nivel. La diabetes es más frecuente a la edad de 45 a 64 años y afecta principalmente a el sexo femenino en una proporción de 5:4 con relación a los individuos del sexo masculino. (6)

J U S T I F I C A C I O N D E L T R A B A J O:

Como se mencionó anteriormente la diabetes mellitus se encuentra entre los tres primeros trastornos metabólicos que presenta el hombre, de aquí que ocupe el segundo lugar en la consulta externa así como en defunciones en el H.G.Z.C.M.F. en Morelia, Mich. (datos obtenidos de las estadísticas elaboradas en el servicio de medicina preventiva de la unidad).

A causa del difícil control de éste padecimiento por múltiples factores, frecuentemente éstos pacientes presentan descontrol, originando la presencia de complicaciones propias del padecimiento, trayendo con ésto la incapacidad frecuente así como la invalidez, el aumento del gasto en las instituciones de salud, la inproductividad del paciente, la disfunción familiar y alteraciones sociales.

Todo lo anterior nos ha motivado a tratar de revisar las causas que originaron el descontrol en un grupo de pacientes que acudieron al servicio de urgencias durante cuatro meses a causa de descontrol metabólico, para lo que realizamos un estudio sincrónico.

H I P O T E S I S:

Las causas de descontrol del paciente diabético adulto, en el 40% están originadas por el propio paciente.

OBJETIVOS:

Los objetivos de la investigación, son los de revisar los factores predisponentes que originan el descontrol del paciente diabético, para tratar de evitar al máximo las complicaciones incapacitantes, así como la invalidez de éstos pacientes, las alteraciones familiares y la repercusión social.

M A T E R I A L Y M E T O D O S:

Se hizo un estudio sincronico que comprendió, el periodo -- del primero de junio al día treinta de septiembre de 1983, -- do los pacientes diabéticos adultos que acudieron a causa de descontrol de su padecimiento, independientemente del tipo -- del mismo, al servicio de urgencias en el H.G.Z.C.M.P. en Mo-- relia, Mich. y que ameritaron observación y/u hospitalización en dicho servicio, excluyendose del estudio aquellos pacien-- tes que radican fuera de la ciudad y a los pacientes pedia-- tricos.

Para llevar a efecto el estudio se practicarón tres cues-- tionarios que ocuparon un tiempo de 30 a 60 minutos cada uno, obteniendose inicialmente la identificación del paciente y los datos generales que a continuación se señalan:

- Nombre.
- Cédula.
- No. de consultorio.
- Edad.
- Sexo.
- Ocupación.
- Escolaridad.
- Peso.
- Estatura.
- Tiempo de evolución del padecimiento.

A continuación se muestran los cuestionarios practicados a cada uno de los pacientes.

CUESTIONARIO No. 1.

Se practicó directamente al paciente en el area de observa-- ción u hospitalización.

- 1.- Alguna de sus familiares es o fué diabético?
 - a) Cuantos?
 - b) Qué familiares?

- 2.- Qué medicamentos usa para el control de su diabetes?
 - a) Qué dosis.
- 3.- Há estado hospitalizado por descontrol de su diabetes anteriormente?
 - a) Cuántas ocasiones?
 - b) Qué tipo de descontrol?
- 4.- Consulta periódicamente a su médico?
 - a) Por iniciativa propia?
 - b) Por indicación médica?
- 5.- Tiene otras actividades a su trabajo o quehaceres domésticos?
 - a)Cuál?
 - b) Qué tiempo?
- 6.- Usa algún reactivo para practicar glucocetonurias en su domicilio?
 - a) Por qué?
 - b) Con qué frecuencia?
- 7.- Há recibido usted información sobre su padecimiento?
 - a) De qué fuente?
 - b) Adecuada o inadecuada?
- 8.- Ha recibido usted información sobre su dieta?
 - a) Fuente?
 - b) Adecuada o inadecuada?
- 9.- Há recibido información sobre los cuidados generales que debe tener?
 - a) De que fuente?
 - b) Correcta o incorrecta.
- 10.- Sabé usted que existen grupos de diabeticos que se reúnen periódicamente?
 - a) Pertenece a alguno de ellos?
 - b) Por qué?
- 11.- Cuando le quedan dudas de las indicaciones del médico le pide que se las repita?
 - a) Por qué?

- 12.- Queda satisfecho de las respuestas a las preguntas planteadas a su médico?
- a) Por qué?
- 13.- Han cambiado las relaciones con los miembros de su familia desde que es usted diabético?
- a) Por qué?
- 14.- En los últimos días ha dejado de tomar sus medicamentos?
- a) Cuanto tiempo?
- b) Por que?
- 15.- Há disminuido los medicamentos o los ha aumentado?
- a) Por que?
- 16.- Lleva una dieta adecuada?
- a) Por qué?
- 17.- Fuma, toma o usa alguna droga?
- a) Cuál?
- b) Desde cuando?
- 19.- Há tenido alguna emoción importante en los últimos días?
- a) Cuál.
- 20.- Necesita usted de algun familiar para tomar o aplicarse los medicamentos?
- a) Por qué?

QUESTIONARIO No. 2

Se practicó al expediente, el cual se buscó de acuerdo al número de consultorio y cédula.

- 1.- Tipo de diabetes de que se trata y tipo de descontrol actual.
- 2.- Tipo de hipoglucemiente oral o insulina indicada por el médico tratante y dosis de la misma.
- 3.- Frecuencia de consultas. Por iniciativa del paciente o por indicación médica.
- 4.- Frecuencia de estudios de laboratorio, para control.
- 5.- Suspensión, disminución o aumento del medicamento indicado.

- do por el médico.
- 6.- Antagonismo de medicamentos.
 - 7.- Tipo de información del médico sobre el padecimiento, -
tratamiento y otros cuidados generales?
 - 8.- Información sobre la existencia de grupos específicos.
 - 9.- Presencia de padecimientos intercurrentes.
 - a) Agudos.
 - b) Crónicos.
 - c) Tipo.
 - 10.- Presencia de embarazo.
 - 11.- Presencia de complicaciones propias del padecimiento.
 - 12.- Cifra de glucosa en el cuadro actual detectada por el -
laboratorio a su ingreso.
 - 13.- Cifra de glucosa por medio de dextrostix.
 - 14.- Cifra de cetonuria.
 - 15.- Dias de hospitalización.

QUESTIONARIO No. 3

Se practicó a los familiares del paciente en su domicilio.

- 1.- Tienen información sobre lo que es la diabetes?
 - a) Por qué?
 - b) Fuente?
 - c) Adecuada o inadecuada?
- 2.- Conocen el tratamiento indicado por el médico?
 - a) Por qué?
- 3.- Conocen la dieta que debe llevar el paciente?
 - a) Por qué?
- 4.- Conocen los cuidados generales que debe tener todo pacien
te diabético?
 - a) Por qué?
- 5.- Necesita el paciente de la ayuda de ustedes para llevar
su tratamiento adecuadamente?
 - a) Por qué?

- 6.- Contribuye alguno de ustedes para que el paciente tome o se aplique adecuadamente sus medicamentos?
 - a) Por qué?
- 7.- Contribuye alguno de ustedes para que el paciente lleve adecuadamente su dieta?
 - a) Por qué?
- 8.- Algunas ocasiones lo invita alguno de ustedes a tomar algún alimento que no esté dentro de su dieta, para complacerlo?
 - a) Con que frecuencia?
- 9.- Contribuye alguno de ustedes para que el paciente tenga disgustos?
 - a) Por qué?
- 10.- Cuidan de que se practique algún estudio por medio de reactivos, aquí en su domicilio?
 - a) Por qué?
- 11.- Han cambiado sus relaciones para con él desde que es diabético?
 - a) Por qué?
- 12.- Cuidan de que acuda con su médico periódicamente?
 - a) Por qué?
- 13.- El paciente toma sus medicamentos adecuadamente?
 - a) Por qué?
- 14.- El paciente lleva su dieta adecuadamente?
 - a) Por qué?

Las causas de descontrol se dividieron, en dos tipos; causa que originó directamente el descontrol por el cual, el paciente se presentó al servicio de urgencias y causas que pueden originar un descontrol potencial, para lo cual las preguntas de los tres cuestionarios se clasificaron de la forma:

-- Las preguntas que correspondieron a las causas atribuibles al paciente fueron la 4, 5, 6, 10, 11, 13, 14, 15 del cues-

tionario No. 1. La pregunta 15, 16 y 17 del No. 2 y del número 3 la pregunta 13 y 14.

- Las preguntas que correspondieron a las causas atribuibles al médico tratante, fueron las siguientes: del cuestionario No. 1 la 7, 8, 9 y 12. Del cuestionario No. 2 la pregunta 3, 4, 5, 6, 7 y 8. Del cuestionario No. 3 ninguna.
- Al núcleo familiar correspondieron las siguientes preguntas del cuestionario No. 1, la pregunta 20; del No. 3 la pregunta 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12. Del cuestionario No. 2 ninguna.

A cada pregunta atribuible al paciente se le dió una calificación de 1.033. De las preguntas atribuibles al médico tratante correspondió una calificación de 1.3 a cada una; de las atribuibles al núcleo familiar tuvieron un valor de uno.

El total de preguntas es de 35 y se calificó de acuerdo a las respuestas en forma negativa, así pues el mayor valor, será al que corresponde el probable descontrol potencial.

RESULTADOS:

Se estudiaron un total de treinta pacientes, correspondiendo quince al sexo femenino y quince pacientes al sexo masculino, de los cuales se muestra la distribución por grupos de edad y porcentajes en el cuadro número uno.

CUADRO No.1

NUMERO Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES DIABETICOS ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.						
EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL C.	% TOTAL	% M	% H.
15-19	0	1	1	3.33	0	6.66
20-24	0	1	1	3.33	0	6.66
25-29	0	0	0	0	0	0
30-34	0	0	0	0	0	0
35-39	0	2	2	6.66	0	13.33
40-44	0	0	0	0	0	0
45-49	1	0	1	3.33	6.66	0
50-54	2	2	4	13.33	13.33	13.33
55-59	2	4	6	20.00	13.33	26.66
+ 60	10	5	15	50.00	66.66	33.33

De los treinta pacientes estudiados, con descontrol metabólico, tres pacientes presentaron diabetes mellitus Tipo I correspondiendo a un 10% y veinte y siete pacientes presentaron diabetes mellitus Tipo II, correspondiendo a un 90% del total.

En relación a los antecedentes familiares del padecimiento se encontraron los resultados que se muestran en el cuadro número dos.

El cuadro número tres presenta los datos obtenidos, de los pacientes diabéticos que se presentaron en el servicio de urgencias de acuerdo a su educación formal así como porcentajes.

CUADRO No. 2

ANTECEDENTES DIABETICOS FAMILIARES ENCONTRADOS EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.				
ANTECEDENTE	No. PACIENTES.	% TOTAL	MUJERES	HOMBRES
MATERNOS .	8	26.66	3	5
PATERNOS.	4	13.33	2	2
NEGADOS.	14	46.66	8	6
HERMANOS Y/O HIJOS.	2	6.66	1	1
MATERNOS Y PATERNOS.	2	6.66	1	1

En cuanto al tipo de tratamiento hipoglucemiante a que fueron sometidos los pacientes diabéticos estudiados, se encontró que 7 pacientes, 23.33% usan insulina para su control, - 22 pacientes usan hipoglucemiantes orales que corresponden a un 73.33%, de los cuales 15 toman tolbutamida, 6 glibenclamida y un paciente dimetilbuguanida. Una paciente no usa hipoglucemiante ya que fué detectada como diabética en la actual hospitalización.

CUADRO No. 3

NUMERO Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES DIABETICOS ESTUDIADOS POR DESCONTROL DE ACUERDO A EDUCACION FORMAL.		
ESCOLARIDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE.
PRIMARIA INCOMPLETA	11	36.66%
PRIMARIA COMPLETA	5	16.66%
SECUNDARIA	6	20.00%
BACHILLERATO	1	3.33%
PROFESIONAL.	3	10.00%
ANALFABETA.	4	13.33%

De acuerdo al tiempo de evolución se encontró que 2 pacientes del sexo femenino, tenían un tiempo de evolución menor a un año; de uno a cinco años encontramos, un paciente del sexo femenino y 5 del masculino; de seis a diez años de evolución encontramos 2 pacientes del sexo femenino y 3 del masculino; de once a quince años, 6 pacientes del sexo femenino y 3 del masculino; de diez y seis a veinte años de evolución - con diabetes mellitus, encontramos 4 pacientes del sexo masculino y de más de veinte años de evolución encontramos a 4 pacientes del sexo femenino.

De los pacientes diabéticos estudiados, se encontró que - las complicaciones más frecuentes anotadas en el expediente fueron las siguientes:

- Neuropatía visceral y periférica en 26 pacientes, que corresponde a un 86.66%
- Retinopatía, amaurosis y catarata metabólica 24 pacientes que corresponde a un 80% .
- Cardiopatía izquémica en 10 pacientes, correspondiendo a un 33%.
- Nefropatía en 7 pacientes, igual a 23.33%
- Dermatopatía en 1 paciente, igual a 3.33%

La presencia de descontrol anterior al actual, en los pacientes diabéticos estudiados en el servicio de urgencias, - así como porcentajes se muestran en el cuadro número cuatro. Diez y nueve de los pacientes presentaron anteriormente algún tipo de descontrol y once negaron antecedentes de descontrol.

En el estudio realizado, encontramos que 26 de los pacientes, (86.66%) presentaron hiperglucemia, 2 pacientes presentaron hipoglucemia (6.66%) y dos de los treinta pacientes estudiados se presentaron en el servicio de urgencias con coma cetoacidótico, correspondiendo a 6.66%.

De los cifras de glucosa encontradas en los pacientes comprendidos en el estudio se encontraron los siguientes resul-

tados:

- 2 pacientes con menos de 100 mg. de glucosa por 100 ml.
- 3 pacientes con menos de 200 mg. de glucosa por 100 ml.
- 10 con glucosa de 200 a 400 mg. por 100 ml.
- 8 pacientes con glucosa de 400 a 600 mg. por 100 ml.
- 3 pacientes con glucosa de 600 a 800 mg. por 100 ml.
- 2 con glucosa de 800 a 1.000 mg. por 100 ml.
- 2 pacientes con glucosa mayor de 1000 mg. por 100 ml.

CUADRO No. 4

NUMERO DE PACIENTES Y PORCENTAJE DE LOS MISMOS QUE HAN PRESENTADO DE UNO A MAS DE DIEZ CUADROS DE DESCONTROL ANTERIOR AL ACTUAL.		
No DE DESCONTROL.	No. PACIENTES	PORCENTAJE.
UNO	8	26.66%
DOS	6	20.00%
TRES	2	6.66%
CUATRO	1	3.33%
CINCO A DIEZ	1	3.33%
MAS DE DIEZ	1	3.33%
TOTAL	19	63.33%
NUNCA	11	33.33%

De los pacientes estudiados por descontrol de diabetes, en contramos a un paciente con peso normal, (3.33%). Doce pacientes con sobrepeso, (40%). Diez y seis pacientes con bajo peso, (53.33%); desconociéndose el peso de uno de los pacientes a causa de que no fué posible pesarlo, nó encontrándose éste dato en el expediente.

El tiempo de hospitalización de los pacientes diabéticos en descontrol estudiados, fué de uno a treinta y ocho días, obteniéndose un promedio de diez días de estancia hospitalaria - por paciente.

El origen del descontrol por el cual se presentaría en el-

servicio de urgencias, los pacientes diabéticos estudiados - se muestra en el cuadro número cinco, así como porcentajes y relación con el sexo. Además de presentar a continuación la grafica número uno correspondiente a éste cuadro.

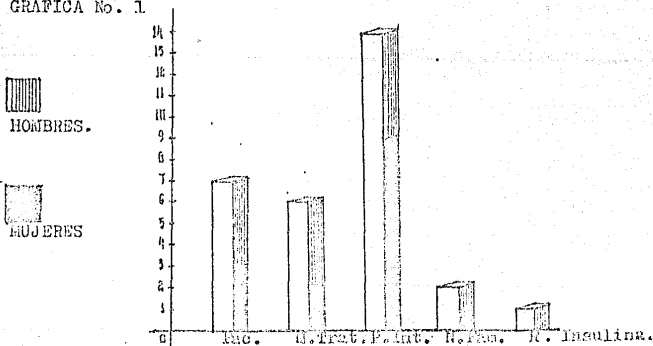
CUADRO No. 5

ORIGEN DEL DESCONTROL ACTUAL Y PORCENTAJES DE LOS PACIENTES DIABETICOS ESTUDIADOS Y RELACION CON EL SEXO.

ORIGEN	No. TOTAL	MUJERES	HOMBRES	PORCENTAJE
Paciente.	7	3	4	23.33%
Médico tratante.	6	2	4	20.00%
P. Intercurrente.	14	9	5	46.66%
S. Emocional.	0	0	0	0
Embarazo.	0	0	0	0
Antagonismo medic.	0	0	0	0
Núcleo familiar.	2	1	1	6.66%
Resistencia a la insulina.	1	0	1	3.33%

Datos obtenidos de los cuestionarios practicados al paciente, expediente y núcleo familiar de los pacientes diabéticos.

GRAFICA No. 1



Como causas de descontrol del paciente, atribuibles a él en la hospitalización actual, encontramos como se vió en el cuadro número cinco a siete pacientes con las siguientes variables:

I.- Abandono de la dieta en 5 pacientes; 71.42%.

I-1.- Falta de recursos economicos en un paciente, - correspondiendo al 20%.

I-2.- Por el tipo de trabajo en un paciente, igual a 20%.

I-3.- Por rechazo a la enfermedad en tres pacientes correspondiendo a un 60%.

II.- Abandono del tratamiento en 2 pacientes; 28.57%.

II-1.- Inicio de otro tratamiento no relacionado con diabetes mellitus en un paciente; 50%.

II-2.- Rechazo de la enfermedad en un paciente, correspondiendo al 50%.

De los treinta pacientes estudiados, se encontró a un paciente alcohólico, en el cual el descontrol actual es originado por ésta causa y potencialmente puede presentar otro descontrol por la misma causa; tres de los pacientes presentan tabaquismo crónico importante; de éstos cuatro pacientes el 50% presenta abandono parcial de su dieta y el 50% restante abandono total de la misma.

Ninguno de los pacientes estudiados refieren la práctica de ejercicios físicos como medida terapéutica, generalmente no hacen otra actividad independiente a su trabajo. Encontrándose que nueve de los pacientes son invalidos, correspondiendo a un 30%, con las siguientes variables:

- 2 pacientes con Cardiopatía mixta, (22.22%).

- 2 pacientes con amaurosis, (22.22%).

- 2 pacientes con secuelas de AVC, (22.22%).

- 1 paciente con artrodesis de columna vertebral, (11.11%).

- 1 paciente con insuficiencia vascular cerebral, (11.11%).

- 1 paciente con epilepsia; (11.11%).

En el estudio realizado se encontró que ocho de los pacientes no acuden a su médico periódicamente por:

- Rechazo a la enfermedad en 5 pacientes.
- Invalidez y descuido familiar en un paciente.
- Falta de indicación en la frecuencia de citas por el médico tratante, en un paciente.
- Detección de diabetes en una paciente en la hospitalización actual y fué sometida a intervención quirúrgica.

De los treinta pacientes estudiados con diabetes mellitus descontrolada, diez y seis (53.33%), no usan reactivos para conocer glucosurias en su domicilio, con las siguientes variables:

- 5 pacientes los conocen pero no han sido indicados por el médico.
- 4 pacientes no los conocen y no han sido indicados.
- 3 pacientes no los usan por falta de recursos económicos.
- 2 pacientes los conocen y han sido indicados, no los usan por rechazo a la enfermedad.
- 1 paciente no los usa por reciente detección.

En relación a la pertenencia a grupos específicos se encontró que 27 de los pacientes no pertenecen a grupos específicos; 19 niegan información sobre la existencia de los mismos 7 tienen información pero no acuden a las reuniones por diversas causas (rechazo a la enfermedad); un paciente no acude a causa de invalidez; únicamente tres pacientes acuden a grupos específicos.

Entre las causas de descontrol en el cuadro actual atribuidas al médico tratante encontramos las siguientes:

I.- Suspensión total del tratamiento en 3 pacientes, (50%)

I-1.- Hasta nueva valoración por especialista.

I-2.- Para iniciar tratamiento no relacionado con la diabetes.

I-3.- Un paciente se etiquetó como neurótico.

II.- Cambió de tratamiento en un paciente, (16.66%).

II-1.- Cambió de insulina a hipoglucemiante oral, sin anotarse causa.

III.- Disminución del tratamiento en 2 pacientes, (33.33%).

III-1.- Disminución de 8 U de insulina a la dosis habitual sin anotarse causa.

III-2.- Disminución de hipoglucemiante oral, sin anotación en el expediente.

Nó se encontró en ninguno de los pacientes indicación de medicamentos antagonistas de los hipoglucemiantes.

En cuanto a la información sobre la dieta, del médico al paciente obtuvimos los siguientes datos:

- Recibieron información adecuada, 17 pacientes, (56.66%).
- Información moderadamente adecuada en 11 pacientes, (36.66%)
- No recibieron información dos pacientes, (6.66%).

El tipo de información del médico sobre el padecimiento, tratamiento y otros cuidados fué la siguiente:

- Moderadamente adecuada en 15 pacientes, (50%).
- Adecuada en 5 pacientes, (16.66%).
- Inadecuada en un paciente, (3.33%).
- Sin información en un paciente, (3.33%).
- En ocho de los pacientes no se encontró ninguna indicación anotada en el expediente, pero el paciente refiere haber sido moderadamente adecuada, (26.66%).

De los treinta y tres pacientes comprendidos en el estudio, que 17 acuden a cita médica por indicación de su médico de la siguiente forma:

- Con una frecuencia menor a un mes, un paciente.
- Cada mes, seis pacientes.
- Cada dos meses, seis pacientes.
- Cada tres meses un paciente.
- Cada cuatro a seis meses, un paciente.
- Dos de los pacientes acuden frecuentemente al servicio de urgencias a causa de cardiopatía isquémica.

La frecuencia de estudios solicitados por el médico tratante para control del paciente, sia incluir a la paciente con reciente detección, fué la siguiente:

- Cada mes a 7 pacientes, (23.33%).
- Cada dos meses a 8 pacientes, (26.66%).
- Cada tres meses a 6 pacientes, (20.00%).
- Cada dos a cuatro meses a 2 pacientes, (6.66%).
- Cada cuatro a seis meses a 2 pacientes, (6.66%).
- Cada seis a doce meses a una paciente, (3.33%).
- Hace un año a 2 pacientes, (6.66%).
- No se piden estudios en un paciente, (3.33%).

Entre las causas atribuibles el descontrol actual, al núcleo familiar encontramos que a uno de los pacientes se les suspendió alimentación por la familia a causa de no contar con sonda nasogástrica y presentar secuelas de AVC. Una paciente presenta invalidez a causa de insuficiencia vascular cerebral, por lo que no puede acudir a la consulta y los familiares no se preocupan por pedir la misma a domicilio.

Entre las causas que originaron descontrol del paciente atribuible a padecimientos intercurrentes se encontraron a 14 pacientes, mostrándose ésta información en el cuadro número seis.

GUADRO No. 6

PADECIMIENTOS INTERCURRENTES QUE ORIGINARON DESCONTROL EN LOS PACIENTES DIABETICOS ESTUDIADOS.				
PADECIMIENTO.	No. CASOS	MUJERES	HOMBRES	%
Cardiovascular.	3	3	0	21.66
Gastroenteritis I o M.	4	2	2	28.57
Proceso infeccioso de miembro pelvico.	4	1	3	28.57
Crisis hipertensiva.	1	1	0	7.85
Urosepsis.	1	1	0	7.85
Stress quirurgico.	1	1	0	7.85

Como se anotó anteriormente, se clasificaron las causas de descontrol en: causas del descontrol actual y causas de descontrol potencial, para lo que se clasificaron y calificaron las preguntas de los cuestionarios en la forma ya indicada. En el cuadro número siete se muestran los resultados.

CUADRO No. 7

RELACION ENTRE DESCONTROL ACTUAL, DESCONTROL POTENCIAL Y ORIGEN DEL DESCONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS.				
No. P	A.P.	MT	NF	DA
1	1.083	2.60	1	P
2	2.816	2.25	8	M.T
3	2.166	.65	0	Resistencia insulina.
4	5.415	4.55	2	P
5	.541	2.6	0	PI
6	5.415	3.25	.5	P
7	3.790	9.00	1.5	MT
8	1.083	1.3	5	PI
9	0	3.9	5	NT
10	2.816	0	1	PI
11	1.083	.65	1	P
12	1.624	.65	.5	PI
13	3.248	2.6	1	P
14	0	2.6	1	PI
15	0	3.9	2	PI
16	3.790	4.55	3	MT
17	0	3.90	3	PI
18	1.083	1.3	1.5	PI
19	2.166	1.95	2.0	PI
20	1.624	3.251	0	PI
21	2.707	5.85	0	P
22	1.083	0	0	PI
23	1.083	2.6	1	MT
24	1.083	4.2	4	NF
25	1.083	4.2	4	PI
26	1.083	0	1.5	MT
27	.541	0	0	PI
28	3.791	4.2	3	P
29	4.332	7.8	3	MT
30	0	1.3	1	PI

Donde:

- No. P igual a número progresivo que ocupa el paciente en el estudio.
- A.P, descontrol potencial atribuible al paciente.
- A.M.T, descontrol potencial atribuible al médico tratante.
- A.N.F, descontrol potencial atribuible al núcleo familiar.
- P igual a paciente.
- M.T, médico tratante.
- N.F, núcleo familiar.
- P.I, padecimiento intercurrente.

Como resultados tenemos los siguientes:

- En 10 pacientes, (33.33%) potencialmente puede originarse descontrol a causa del propio paciente.
- En 15 pacientes, (50%) potencialmente puede originarse descontrol atribuible al médico tratante.
- En 5 pacientes, (16.66%) potencialmente puede originarse descontrol a causa del núcleo familiar.

De la relación entre el descontrol actual y potencial de acuerdo a su origen, encontramos:

- En 8 pacientes, (26.66%) la causa del descontrol actual corresponde a la de descontrol potencial.
- En 3 de los pacientes el descontrol actual y potencial corresponde al propio paciente, (10%).
- En 4 pacientes el descontrol actual y potencial es atribuible al médico tratante, (13.33%)
- En un paciente el descontrol actual fué originado por el núcleo familiar y corresponde a el descontrol potencial.

De los treinta pacientes estudiados con descontrol de diabetes, encontramos que 12 pacientes no llevan dieta, (40%); de los cuales encontramos las siguientes variables:

- 6 pacientes abandonan la dieta por rechazo a la enfermedad
- 5 pacientes por falta de recursos económicos.
- 1 paciente a causa de disfunción familiar.

De los pacientes que abandonan la dieta por rechazo a la -

enfermedad, dos son profesionistas, dos cuentan con secundaria, uno con primaria incompleta y uno con primaria completa lo que nos hace llegar a la conclusión de que no influye el grado de escolaridad para el abandono de la dieta. Entre éstos doce pacientes se encuentran seis de los siete pacientes que abandonan o disminuyen el hipoglucemiante.

La relación entre el descontrol actual y el potencial así como el abandono de la dieta se muestra en el cuadro número - ocho.

CUADRO No. 8

RELACION ENTRE DESCONTROL ACTUAL, DESCONTROL POTENCIAL Y PACIENTES QUE ABANDONAN DIETA Y TRATAMIENTO.			
No. PACIENTE			
CON ABANDONO DE DIETA	D.A.	D.P.	ABANDONO DE TRATAMIENTO.
1	P	M.F	NO
3	Resist.insulina.	P	NO
4	P	P	SI
6	P	P	SI
7	M.T	M.T	SI
8	P.I	N.F	NO
10	P.I	P	SI
11	P	P	NO
16	M.T	M.T	NO
19	P.I	P	SI
28	P	M.F	SI
29	M.T	M.T	NO

En el estudio realizado, cinco de los pacientes se quedan con dudas a las indicaciones dadas por el médico y prefieren no preguntar por las siguientes causas:

- El paciente No. 2 y 29 por que el médico no tiene tiempo.
- El No. 7 por que el médico se enoja.
- El No. 28 por que tiene IQ bajo.
- El paciente número 21 al igual que los dos primeros a causa de que el médico no tiene tiempo.

De éstos pacientes el descontrol potencial en tres, es atribuible al médico tratante, uno al paciente y otro al núcleo familiar. En el descontrol actual el origen en tres pacientes es por el médico tratante y en dos por el propio paciente.

En el cuadro número nueve se muestra la relación entre las causas de abandono o disminución del tratamiento, descontrol actual y potencial así como escolaridad con la que cuentan los pacientes.

CUADRO No. 9

RELACION ENTRE LA CAUSA DE ABANDONO O DISMINUCION DEL TRATAMIENTO, DESCONTROL ACTUAL, POTENCIAL Y EDUCACION FORMAL.					
No. PACIENTE	CAUSA DE ABANDONO	DA	DP	ESCOLARIDAD	
4	Alcoholismo.	P	P	Secundaria.	
6	Disminución alimentación.	P	P	P. Completa.	
7	Rechazo a la enf.	MT	MT	P. Completa.	
10	Rechazo a la enf.	PI	P	Profesional.	
13	Rechazo a la enf.	P	P	P. Incomp.	
19	Rechazo a la enf.	PI	P	P. Incomp.	
28	Rechazo a la enf.	P	MT	P. Incomp.	

De los treinta pacientes diabéticos estudiados, 13 pacientes, (43.33%) necesitan de alguna persona para la toma o aplicación de hipoglucemiante, con las siguientes variables:

- Por invalidez, 8 pacientes.
- Tres pacientes por rechazo a la enfermedad, no han aprendido de la técnica para la aplicación de la insulina.
- Dos pacientes por rechazo a la enfermedad y sobreprotección familiar.

Al investigar al núcleo familiar sobre la información con que cuenta, del padecimiento se encontraron los siguientes datos:

- 11 núcleos familiares no tienen información sobre el padecimiento, (36.66%).
- 19 núcleos tienen información sobre el padecimiento.

En relación a la información del núcleo familiar, sobre el tratamiento, dieta y cuidados generales tenemos que:

- 28 conocen el tratamiento del paciente, (93.33%).
- 29 conocen la dieta del paciente, (96.66%).
- 23 conocen los cuidados generales que debe llevar el paciente, (76.66%).

En relación a la ayuda que los familiares prestan a los pacientes para llevar el tratamiento, se obtuvieron los siguientes datos:

- 13 familias no prestan ayuda, por que no es necesario.
- 17 familias sí prestan ayuda, por las siguientes causas:
 - 9 por invalidez del paciente.
 - 5 por rechazo de la enfermedad por parte del paciente.
 - 3 por sobreprotección al paciente.
- 25 de los núcleos familiares contribuyen a que el paciente lleve su dieta.
- 5 de los núcleos familiares invitan al paciente a tomar alimentos no comprendidos en la dieta, para complacerlos.

En tres de las familias encontramos que alguno de los hijos producen frecuentemente disgustos al paciente.

La relación que la familia tiene para la práctica de glucosurias en el domicilio se encontró la siguiente información:

- En 18 familias no se practicau, encontrando las siguientes variables:

- No conocer los reactivos. (3)
- Falta de recursos económicos. (3)
- No indicación por el médico. (4)
- Descuido familiar. (8)

De acuerdo en los cambios en las relaciones familiares, 17 familias expresaron no existir cambios en sus relaciones, - (56.66%), en 13 si se manifestaron cambios, (43.33%). Encontrandose las siguientes variables:

- En 9 familias por requerir el paciente más cuidado.
- En 3 por irritabilidad del paciente.
- En 1 por sobreprotección de la familia.
- En 1 por cambios en la actividad sexual.

D I S C U S I O N :

En el estudio sincrónico que se practicó a los pacientes -- diabéticos, que acudieron al servicio de Urgencias del H.G.-Z.C.M.F. en Morelia, Mich. por descontrol de su padecimiento, en el periodo comprendido del día primero de junio al treinta de septiembre de 1983, se incluyeron 30 pacientes, de los cuales el 50% perteneció a cada uno de los sexos, es decir -- no se presentó prevalencia en ningún sexo. Se observó que la presencia de descontrol es más frecuente en pacientes mayores de 50 años comprendiendo un 83.33% de los casos estudiados, (25 pacientes).

Con respecto a los antecedentes familiares, se encontró -- que 14 pacientes negaron antecedentes y en 16 pacientes -- 53.34% manifestaron antecedentes en alguna de las ramas, dijimos que éste porcentaje es desafortunadamente bajo para lo que esperamos encontrar; de los pacientes estudiados se encontró descontrol por hiperglucemia en 26 pacientes, (86.66%), por hipoglucemia en dos de los pacientes, (6.66%), dos pacientes presentaron coma cetoacidótico, éstos datos están en relación con las estadísticas de éste padecimiento, así como las cifras encontradas de los pacientes con diabetes Tipo I y II -- encontrándose una relación de 9:1, predominando el tipo II.

La educación formal de los pacientes estudiados varió del analfabetismo al grado profesional, encontrándose una moda -- de primaria incompleta en 11 pacientes, que nos hace concluir que el grado de escolaridad no influye para que el paciente -- presente o no descontrol de su padecimiento. La moda en el tiempo de evolución fué de 11 a 15 años, en 9 pacientes predominando en el sexo femenino con una relación de 2:1. En -- cuanto al tipo de tratamiento a que están sometidos los pacientes encontramos que 22 pacientes, (73.33%) son tratados con hipoglucemiantes orales y 8 pacientes, (26.66%) con insulina, lo que nos informa que en ésta unidad es mayor el --

porcentaje de pacientes tratados con insulina al que nos reportan las estadísticas generales, respecto a el tratamiento.

La estancia hospitalaria promedio fué de diez días, alta en relación a otros hospitales. La meda en las cifras de glicosa encontrada en el estudio fué de 200 a 400 mgs, con un promedio de 442 mg.

Las complicaciones más frecuentes propias del padecimiento estan en relación a las referidas en la literatura.

De los pacientes comprendidos en el estudio, se encontro que el 63.33%, 19 pacientes habian presentado en alguna ocasión descontrol anterior al actual, los resultados fuerón los esperados al respecto.

En el estudio se dividieron las causas del descontrol en; causas que originaron el descontrol actual y causas que pueden originar un descontrol, (potencial), encontrandose que el descontrol actual fue originado por padecimientos intercurrentes en 14 pacientes, (46.66%). En 7 pacientes la causa fué atribuible al propio paciente, por rechazo a la enfermedad, (23.33%). En 6 pacientes el origen se encontró en el médico tratante, (20%). Atribuyendose al núcleo familiar en 2 pacientes, (6.66%). En relación al descontrol potencial, en 10 pacientes fué atribuido al propio paciente, (33.33%), en 15 pacientes al médico tratante, (50%) y en 5 pacientes al núcleo familiar, (16.66%). Estos resultados nos rechazan la hipótesis de trabajo, aceptandose la alterna.

En 6 pacientes, (20%) se encontró que la causa de descontrol actual fué atribuible al médico tratante predominando en el sexo masculino en una relación de 2:1 con respecto al femenino, posiblemente la causa del predominio en éste sexo se deba a que frecuentemente es difícil establecer una relación adecuada con éstos pacientes y el médico.

En relación a las causas de descontrol originadas por el paciente basicamente son por rechazo a la enfermedad, las atribuibles al médico familiar son por falta de instrucción del

paciente y las atribuibles al núcleo familiar están basadas en el rechazo al paciente. Los padecimientos intercurrentes son fundamentalmente procesos infecciosos, estando de acuerdo a lo referido en la literatura. Así como la relación entre el peso esperado en los pacientes, observándose que predomina el bajo peso en 16 pacientes, (53.33%).

El estudio mostró que el 90% no pertenecen a grupos específicos, encontrándose como moda el desconocimiento de éstos grupos en 19 pacientes.

La información del médico al paciente sobre el padecimiento dieta y cuidados generales así como tratamiento fué moderadamente adecuada en 50% de los pacientes.

La frecuencia de estudios de laboratorio, para control del paciente, varió de un mes a más de un año, siendo el promedio en la frecuencia de estudios, cada dos meses, periodo que aconsejan los expertos para un buen control.

Al acudir a la consulta médica, 7 de los 30 pacientes quedan con dudas en el momento de las indicaciones dadas por el médico, encontrándose que la moda en la causa de ésta variable fué: el médico no tiene tiempo para dar más explicaciones, lo que nos muestra una relación inadecuada entre médico paciente, siendo fundamental para el control de éstos pacientes una adecuada transferencia y contratransferencia.

Los pacientes que necesitan ayuda por parte de alguno de sus familiares es básicamente por la presencia de invalidez, (61.53%), así como rechazo del paciente a la enfermedad.

Al observar los resultados en las encuestas a los núcleos familiares, podemos deducir que aproximadamente el 50 a 60% tienen información moderadamente adecuada del padecimiento, dieta, tratamiento y cuidados generales que el paciente debe llevar para el control del trastorno metabólico.

En 13 de los núcleos familiares se expreso cambios en sus relaciones, siendo la moda del cambio, el requerir el pacien

to de más cuidado y la irritabilidad del mismo.

CONCLUSIONES:

- 1.- Aproximadamente 7.5 pacientes fueron atendidos por descontrol de diabetes al servicio de urgencias, sin predominio en el sexo.
- 2.- El promedio de la estancia hospitalaria es de 10 días.
- 3.- El descontrol es más frecuente en pacientes mayores de 50 años, predominando entre éstos en el sexo femenino.
- 4.- El 53.34% de éstos pacientes, tienen antecedentes familiares.
- 5.- La relación entre los pacientes que presentaron descontrol, portadores de diabetes tipo I y tipo II, está en relación con la población general de diabéticos.
- 6.- La escolaridad del paciente y tiempo de evolución del padecimiento, no influye para que los pacientes presenten o no descontrol.
- 7.- El promedio de las cifras de glucosa en sangre, encontradas fué de 441 mg. lo que nos indica que el descontrol más frecuente fué por hiperglucemia.
- 8.- Las complicaciones encontradas más frecuentes fueron: -- Neuropatía visceral y periférica, retinopatía y cardiopatía isquémica.
- 9.- El 63.33% alguna vez había presentado descontrol anteriormente.
- 10.- Las principales causas de descontrol por el que se presentaron los pacientes al servicio de urgencias fueron:
 - a) Padecimientos intercurrentes en 14 pacientes, (46.66%)
 - b) Abandono de dieta o tratamiento en 7 pacientes, que correspondió a un 23.33%. (atribuible al paciente).
 - c) Suspensión, cambio o disminución del tratamiento, indicado por el médico tratante en 6 pacientes, (20%).
 - d) Rechazo al paciente por el núcleo familiar en dos pacientes, (6.66%).

- c) Resistencia a la insulina en un paciente, (3.33%).
- 11.- Las principales causas del origen del descontrol potencial, que pudiera presentar al paciente serían las siguientes:
- a) A causa del paciente en 10 casos, (33.33%).
 - b) A causa del médico tratante en 15 casos, (50%).
 - c) A causa del núcleo familiar en 5 casos, (16.66%).
- 12.- Por lo anterior, la hipótesis de trabajo se rechaza y se acepta la hipótesis alterna.
- 13.- Excluyéndose a los pacientes en que el descontrol actual fué por padecimiento intercurrente, encontramos que el 50% presenta descontrol actual del mismo origen al descontrol potencial.
- 14.- Es notoria la influencia de la falta de instrucción del paciente en la presencia de descontrol.
- 15.- Predominó el bajo peso en los pacientes estudiados en un 53.33%.
- 16.- El 30% de los pacientes cursan con invalidez, originado por complicaciones del padecimiento.
- 17.- La información del médico al paciente sobre el padecimiento, tratamiento, dieta y cuidados generales, fué moderadamente adecuada en el 50% de los pacientes.
- 18.- Aproximadamente el 60% de los núcleos familiares tienen información moderadamente adecuada sobre el padecimiento, tratamiento, dieta y cuidados generales del paciente.
- 19.- El 43.33% de los núcleos familiares expresó cambios en la dinámica familiar.

SUGERENCIAS :

I.- EN CUANTO AL MEDICO.

- 1.- Mejorar su preparación, información y atención en cuanto al padecimiento que nos ocupa.
- 2.- Estudio integral del paciente para evitar todo tipo de complicaciones, en una forma periódica y a corto plazo, incluyendo estudios paraclínicos.
- 3.- Aumento en la participación para la formación de grupos específicos y motivación para la asistencia a los ya formados.
- 4.- Mejorar el adiestramiento al paciente, para el conocimiento, aceptación y responsabilidad de su padecimiento.
- 5.- Adecuada transferencia y contratransferencia entre médico y paciente.
- 6.- Orientación al núcleo familiar y sociedad en general del problema.

II.- EN CUANTO AL PACIENTE.

- 1.- Asistencia regular a las citas de revisión.
- 2.- Conocimiento adecuado de su padecimiento, dieta, tratamiento y medidas generales que debe llevar de por vida.
- 3.- La importancia de acudir a grupos específicos.
- 4.- Importancia del uso de reactivos periódicamente.
- 5.- Importancia de llevar una dieta y tratamiento adecuados.
- 6.- Importancia de la instrucción continua y detallada.
- 7.- Conocimiento sobre la sintomatología en cualquier tipo de descontrol.
- 8.- Uso de una placa de identificación como diabetico.
- 9.- La importancia de efectuar ejercicios como medida terapéutica.

B I B L I O G R A F I A.

- 1.- Harrison y Col. Medicina Interna. Diabetes mellitus.
La prensa médica mexicana. S.A. 1961 Tomo I
Cap. 95. pag. 657
- 2.- Alberti K. Diabetes sacarina.
Clinicas de Norteamérica. 4:243-673 1968.
- 3.- Rios J. y Col. La dieta en el paciente diabético.
Boletín medico del IMSS 18:145 1976.
- 4.- Poréz P. Revista médica del IMSS. Nuevos conceptos de
diabetes mellitus tipo I. 4:145 1981
- 5.- Vázquez Ch. Diabetes mellitus. Progresos recientes en el
conocimiento de su etiopatogenia y en su clasificacion.
Revista médica del IMSS 21:97 1983
- 6.- Estrada G. Incidencia de diabetes mellitus en la pobla-
ción derechohabiente del IMSS en cuatro hospitales gene-
rales de zona con medicina familiar en el estado de Mi-
choacán.
Tesis para obtener el titulo de Médico Familiar en el -
IMSS, 1983.
- 7.- Allen I. y Col. Diabetes mellitus.
American Diabetes Asociation. 1975
Caps. 10 y 16 pag. 72, 119.
- 8.- Aiello L. y Col. Diabetes mellitus, diagnostico y trata-
miento.
American Diabetes Asociation. III:181-185

III.- AL NUCLEO FAMILIAR:

- 1.- Conocimiento del padecimiento, dieta, tratamiento y cuidados generales que debe llevar el paciente.
- 2.- Conocimiento sobre las complicaciones propias del padecimiento, así como la presentación temprana de las mismas con el abandono de la dieta y tratamiento.
- 3.- Importancia de acompañar a los pacientes a las reuniones de grupos específicos, así como acudir con determinada frecuencia a la consulta con el paciente.
- 4.- Importancia de los cuidados minuciosos en los pacientes diabéticos inválidos, así como el solicitar consultas a domicilio en caso de difícil transporte del paciente.
- 5.- La importancia de las relaciones familiares en el paciente diabético y su control.