

11226
29.87.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8**

**PROGRAMA INTEGRAL DE MANEJO
DEL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS**

TESIS DE POST - GRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. OFELIA GOMEZ LANDEROS

GENERACION 1984 - 1986



IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

MEXICO, D. F.

1986

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

INDICE.

INTRODUCCION	.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	.....	15
HIPOTESIS	.....	16
OBJETIVOS	.....	17
PROGRAMA DE TRABAJO	.....	18
RESULTADOS Y ANALISIS	.....	19
CONCLUSIONES	.....	24
ANEXOS	.....	25
BIBLIOGRAFIA	.....	26

INTRODUCCION.

Es conveniente que en cada unidad de Medicina Familiar se establezcan sistemas de seguimiento de los pacientes diabéticos para que un mayor número de derechohabientes reciba el beneficio de un diagnóstico seguido del control periódico.

Si la diabetes es una enfermedad crónica en constante incremento es conveniente lograr cambio de la actitud médica y de la población, y así ofrecer a una población que incrementa su esperanza de vida, especialmente a los adultos y ancianos, una sobrevivida sin sufrimientos y dependencia.

El aumento progresivo en la demanda de atención médica por diabetes y el carácter crónico de esta enfermedad, así como complicación múltiple e invalidez que ocasiona, exige de un control médico periódico con la participación activa del paciente y el apoyo y cooperación de su núcleo familiar. Esto requiere del establecimiento de normas para lograr un control clínico mediante consultas médicas periódicas, que incluyan además del conocimiento del estado actual, el descubrimiento de lesiones silenciosas y el inicio de complicaciones e identificación de enfermedades intercurrentes.

Un sistema de atención médica de esta naturaleza, implica la dedicación de un mayor número de horas-médico; por este motivo la clínica de diabetes en las unidades médicas de primer nivel es auxiliar del médico familiar en el control de la población diabética a su cargo.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

La diabetes mellitus afecta a la población económicamente activo, siendo obvia e importante la repercusión que se -- puede presentar dentro del núcleo familiar. (1)

El complejo Diabetes/Familia/Médico Familiar es de suma im portancia para el buen control del paciente. El estudio científffico de la influencia que tiene la familia y la red social que rodea a los diabéticos muchas veces son de gran amplitud, la reacción de la familia a la presencia de una enfermedad crónica depende del tipo de familia, la base cul tural y la educación de sus miembros, la etapa de desarro-- llo familiar.

El médico que diagnostique diabetes ha de intentar compren-- der la dinámica de la adaptación familiar, para iniciar la educación de la familia. La presencia de diabetes también aumentará las presiones económicas sobre la familia, incre-- mentando las situaciones de tensión, finalmente el diabéti-- co de cualquier edad por virtud de las complicaciones o de información equivocada , pueden causar aislamiento social - de la familia.

La familia bién informada, psicológicamente intacta y gene-- ralmente fuerte de sostén, indudablemente ayudará a su miem-- bro enfermo. En el consultorio la valoración ha de ser -- igualmente amplia, y ha de conocer la información que posee la familia acerca de la diabetes mellitus y sus complicacio-- nes, el autotratamiento del paciente, el estado económico - de la familia, y finalmente, la valoración psicosocial del

paciente diabético en el ambiente familiar.

Hay que determinar la etapa de desarrollo en la que se encuentra la familia y la consecuencia que pueda tener sobre el diabético, y por último revisar el grado de cultura de la familia para establecer el modelo de tratamiento más -- adecuado. (2)(3)

Como todas las enfermedades crónicas degenerativas la diabetes mellitus no puede curarse, por lo tanto debe ser tratada en cualquier parte las 24 hrs. del día no solo por el médico u otros profesionales de la medicina sino también -- por el propio paciente, reconociendo estos cambios y la -- responsabilidad que corresponde a los pacientes tendremos que desarrollar nuevos enfoques para proporcionar un cuidado adecuado de sus necesidades cambiantes. (2)

Pocas enfermedades requieren la capacitación y disciplina -- que necesita la diabetes mellitus. En México, gran parte del cuidado médico lo proporcionan Instituciones de Seguridad Social a través del Médico Familiar, por lo que esta enseñanza requiere de una planificación cuidadosa, estudios y esfuerzos estrechamente coordinados con los médicos que se cuenta. En base a todo lo anterior, el proceso educativo empieza de manera informal al efectuarse el diagnóstico, -- por lo que el Médico Familiar ha de estinar sus conocimientos, nivel socioeconómico y educativo del paciente al efectuar la historia clínica.

La enfermedad es expresión de una triple situación etiológica: física, social y cultural. De los tres ha sido el fi-

1.

sicobiológico el que más se ha analizado esencialmente porque no se ha tomado en consideración al hombre enfermo como sujeto en funciones socioculturales o como una persona integral cuya condición biológica es solo uno de sus componentes. Así es, en el ser humano no es posible establecer estados fijos o situaciones estáticas puesto que no vive aislado, vive en sociedades específicas, donde se dan relaciones sociales, de producción (4) (5) y estilos de vida que determinan en buena medida su salud/enfermedad. Al ser un ente dinámico es necesario conceptualizar la salud/enfermedad como un proceso.

En la medida en que se logre superar el umbral de lo puramente biológico, el individuo llegará a su esencia y descubrirá su dependencia de la comunidad de la cual es miembro y, sobre todo de la cultura en la que tiene una mayor participación. Todo esto hace un diagnóstico formulado en el hombre enfermo que carezca de los aspectos sociales y culturales, un diagnóstico no integral.

Se ha demostrado que la salud del individuo y de la comunidad están directamente relacionados con el nivel y género de vida de la población, determinados principalmente por la alimentación, la vivienda, el trabajo, el ambiente y la educación (6); de ninguna manera se justifica olvidar esta realidad.

El ideal del paciente diabético tipo II, es ser tratado solamente a base de dieta, y en los casos en que no baste, el uso de hipoglucemiantes orales suele dar buenos resultados.

El régimen dietético constituye un componente importantísimo en el control del diabético, las normas básicas de la nutrición y de la dietología constituyen actualmente un arma de primer orden en el tratamiento de la mayor parte de las enfermedades. (1)(7)

Actualmente el criterio general coincide en considerar al diabético como una persona que tiene necesidades de todos los nutrientes que proporcionan las dietas balanceadas del individuo no diabético. En la modalidad "Nutrición Orientada" se permite a los enfermos utilizar la dieta familiar habitual con pequeñas modificaciones aconsejadas por el Médico, no obstante, ésto obliga al paciente a consultar frecuentemente para recibir consejos del Médico, la Dietista, la Enfermera Especialista, la Trabajadora Social o de la sociedad de diabéticos constituida para ese efecto. (1)(7)(8)

BASES TECNICAS SOBRE LA DIABETES PARA FUNDAMENTAR EL CONTENIDO EDUCATIVO.

La diabetes es una enfermedad que se transmite de padres a hijos. Los hijos de ambos padres diabéticos tienen posibilidad de más del 90% de desarrollar la enfermedad; si solo uno de los padres es diabético la posibilidad es de 22%, esto es, uno de cada cuatro hijos desarrollará diabetes.

La diabetes es una enfermedad frecuente, que se presenta a cualquier edad, pero principalmente después de los 40 años. Su frecuencia es mayor en la mujer que en el hombre ya que esta situación es favorecida por los embarazos.

Las personas con mayor riesgo de desarrollar diabetes son:

Los hijos de padres diabéticos, aquellos con hábitos de vida que lleva a ser obesos por ingerir grandes cantidades - de azúcares y grasas; los que llevan vida sedentaria y por lo tanto realizan escaso ejercicio en forma cotidiana; las personas sometidas a grandes tensiones emocionales, y desde luego aquellas que combinan la obesidad con la vida -- quieta y mullida y viven en frecuente tensión emotiva. Se incluyen también las mujeres con embarazos múltiples, con productos macrosómicos y aquellas que combinan estas condiciones con la obesidad y los antecedentes familiares de la enfermedad. Forman parte del grupo de personas con factores de riesgo, aquellas que son sometidas a terapéutica -- con corticoesteroides, anovulatorios o bien a intervenciones quirúrgicas importantes y las que permitan problemas - infecciosos graves.

La diabetes se presenta en niños y adolescentes denominándosele " DIABETES TIPO JUVENIL, DIABETES INSULINODEPENDIENTE, DIABETES INESTABLE O DIABETES TIPO I " la cual requiere de cuidados especiales ya que su gravedad es mayor. La iniciación de la diabetes en la edad adulta se denomina " DIABETES DEL ADULTO, DIABETES NO INSULINO DEPENDIENTE, DIABETES ESTABLE O DIABETES TIPO II ".

La diabetes es una enfermedad crónica, que habitualmente -- tiene manifestaciones de diversa índole. Su presentación suele ser progresiva, o bien iniciarse intempestivamente -- después de infecciones severas, embarazos complicados o situaciones de stress intenso.

La principal alteración de la diabetes es la incapacidad para metabolizar los hidratos de carbono, debido a insuficiencia de las células beta del páncreas para producir insulina.

La diabetes se ha dividido en cuatro períodos o estadios: prediabetes, diabetes subclínica, diabetes latente y diabetes clínica. En la primera solo existen antecedentes en familiares consanguíneos (padres, hermanos, tíos, abuelos). Se denomina diabetes química la presencia de alteraciones en las pruebas de laboratorio en ausencia de signos o síntomas de la enfermedad. La diabetes clínica es aquella en donde están presentes los signos y síntomas de la enfermedad más las alteraciones en las pruebas de laboratorio.

Los síntomas principales de la diabetes son: poliuria, polidipsia, polifagia y cambio de peso. Esto se asocia habitualmente a signos y síntomas en diversos órganos, como son trastornos oculares, problemas vasculares periféricos, hipertensión arterial, angina de pecho, impotencia sexual, trastornos neuromusculares, dermatológicos, dentales, urinarios etc.. los que en mayor o menor proporción originan incapacidades e invalidez.

El embarazo tiene un efecto diabetogénico y en las diabéticas origina mayor gravedad de la enfermedad. El embarazo suele complicarse con hipertensión, albuminuria, aborto, óbitos, macrosómicos, infecciones agregadas, etc.

Las complicaciones más frecuentes de la diabetes son: infarto agudo del miocardio, enfermedad vascular periférica, ---

nefropatía, glaucoma, gangrena de extremidades, neuropatías, infecciones agudas, coma diabético, etc.

El tratamiento de los enfermos diabéticos incluye: medicamentos hipoglucemiantes o bien insulina, cuyo tipo y dosis debe establecerlo el médico de acuerdo a las condiciones de cada enfermo, el ejercicio físico, que estará determinado también por las condiciones fisiopatológicas de cada enfermo, y el régimen alimenticio que debe calcularse en razón al peso ideal de cada persona, su aporte calórico necesario y el cambio de actividad física. Lo anterior deberá complementarse con cuidados higiénicos personales.

Mediante la orientación y el consejo genético oportuno debe evitarse la unión de personas diabéticas, o entre aquellas cuyos padres son diabéticos. En los matrimonios de diabéticos la orientación debe ir dirigida a limitar el número de hijos a través de los métodos de planificación familiar. De este modo se podrá reducir el número de personas con carga genética.

Los familiares consanguíneos de diabéticos, y más especialmente los hijos de uno o ambos padres diabéticos, deben evitar la vida sedentaria y la alimentación hipercalórica, para conservar su peso dentro de los límites normales.

Igualmente en ellos debe evitarse la exposición a estrés intenso y en las mujeres, principalmente obesas, los embarazos frecuentes. Como ya se dijo las personas antes señaladas forman parte del grupo de alto riesgo para el desarrollo de la diabetes.

En mujeres con antecedentes familiares de diabétes, debe evitarse la planificación familiar mediante anticonceptivos hormonales, ya que estos suelen acentuar las lesiones vasculares preexistentes.

Recuérdese que el tabaco acentúa la microangiopatía del diabético y de las personas con antecedentes familiares diabéticos (obesos, cardiópatas, etc.), por lo que debe distinguirse e incluso eliminarse.(9)

LINEAMIENTOS PARA EL LLENADO DE LA FORMA: REGISTRO DEL PACIENTE DIABETICO (ANEXOS 1 y 2). (10)(11)(12)

- 1.- La forma fué llenada por el Médico Familiar.
- 2.- La forma se integró al expediente clínico y su utilización posterior se normará al reglamento del manejo del expediente clínico.
- 3.- La forma Registro del Paciente Diabético (anexo 1) cuenta con 6 apartados.

3.1 FICHA DE IDENTIFICACION.

con el objeto de ubicar a los pacientes:

- 3.1.1 Por número de afiliación
- 3.1.2 Sexo
- 3.1.3 Ocupación
- 3.1.4 Médico al cual esta adscrito, consultorio y clínica
- 3.1.5 Edad
- 3.1.6 Peso
- 3.1.7 Talla

Todo esto para tratamiento estadístico.

3.2 CARACTERISTICAS DE LA DIABETES ASI MISMO REFIRIENDO ENFERMEDADES ASOCIADAS.

3.3 ANTECEDENTES FAMILIARES.

Con el fin de analizar la frecuencia de problemas comunmente asociados a la diabetes y su posible prevención tanto en el paciente objeto - del estudio, como en el resto de la familia.

Aquí se registrarán y en caso de ser negativos

se marcarán con el número cero y si el antecedente es positivo se especificará en el tipo de familiar, esta presente:

con el número (1) padre o madre

(2) hermanos

(3) hijos

(4) abuelos

(5) tíos

3.4 CLASIFICACION DE LA FAMILIA

Clasificar a las familias, permitirá al Médico hacer un diagnóstico de las familias que atiende desde diferentes puntos de vista social y - posiblemente generar acciones que tengan como objetivo la salud o sea el bienestar bio-psico social.

3.4.1 COMPOSICION: (1) Nuclear.- constituida por padres e hijos.

(2) Extensa.- padres, hijos y -- otras personas consanguíneas.

(3) Extensa Compuesta.- igual que la anterior pero incluye --- otras personas no consanguíneas.

3.4.2 INTEGRACION: (1) Integrada.- los conyuges viven y cumplen sus funciones.

(2) Semi-integrada.- los conyuges viven pero no cumplen adecuadamente.

mente sus funciones.

- (3) Desintegrada.- es aquella en la cual falta uno de los conyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

3.4.3 TIPOLOGIA: según características ocupacionales

- (1) Campesina
- (2) Obrera
- (3) Profesional

3.4.4 MEDIO:

- (1) Urbano
- (2) Rural.- es aquella que esta ubicada en poblados de menos de 2500 habitantes.

3.5 ANTECEDENTES DE FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES DIVERSAS.

Debido a la frecuente asociación de la diabetes con otros problemas metabólicos, degenerativos y sociales que influyen tanto en la evolución como en el pronóstico de la enfermedad, como son:

- 3.5.1 Patología Vascular Cerebral
- 3.5.2 Patología Cardiovascular
- 3.5.3 Enfermedad Vascular Periférica
- 3.5.4 Obesidad
- 3.5.5 Hipertensión Arterial
- 3.5.6 Hiperuricemia
- 3.5.7 Dislipidemia

- 3.5.8 Tabaquismo
- 3.5.9 Alcoholismo
- 3.5.10 Tipo de actividad
- 3.5.11 Antecedentes Obstétricos
- 3.6 ANTECEDENTES DE MANIFESTACIONES TARDIAS DE LA DIABETES MELLITUS.

Con el objeto de efectuar un diagnóstico (detección de complicaciones) y evitar en lo posible progresión al analizar continuamente los siguientes parámetros:

- 3.6.1 Alteraciones en la agudeza visual (secundarias a la Diabetes Mellitus)
- 3.6.2 Microangiopatías
- 3.6.3 Macroangiopatías
- 3.6.4 Neuropatía Periférica
- 3.6.5 Neuropatía visceral

4.- La forma Registro del Paciente Diabético (anexo 2)

Cuenta con un cuadrículado en el que se podrá imprimir el contenido de los 9 apartados:

- (1) Número de consultas efectuadas por mes
- (2) Terapia hipoglucemifante así como medicamentos que se requiera utilizar a largo plazo
- (3) Dieta que requiere el paciente partiendo de un -- calculo aproximado de 25 cal/Kg de peso/día
- (4) Interconsultas según lo requiera
- (5) Síntomas y Signos en el momento de la consulta médica

- (6) Reporte del peso ideal así como el real
- (7) Glicemia previa a la consulta reportada por el laboratorio clínico
- (8) Otros exámenes de laboratorio complementarios
- (9) Apoyo familiar si es que se cuenta con el así como el reporte de crisis familiar.

Todo lo anterior (contenido anexo 1 y 2) se hizo con el fin de obtener un registro sencillo y claro que permitió integrar los diversos aspectos que influyeron en la evolución de la diabetes mellitus y que al tabular los antecedentes y fenómenos acompañantes de la enfermedad permitieron un análisis crítico de la evolución del paciente y del resultado de los programas de prevención y tratamiento de esta enfermedad en especial, de este modo se trató de normar conducta y mejorar la atención que se proporcionó en la consulta externa de MEDICINA FAMILIAR.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Diabetes representa la primera causa de deseso; el cuarto motivo de consulta en las unidades de Medicina Familiar y el quinto lugar en las unidades de especialidades. Por otra parte da lugar a ausentismo laboral por sus múltiples complicaciones, ocasionando baja en la productividad y daño en la economía familiar; origina incapacidades temporales y permanentes, por consiguiente pago económico por estas causas.

Hay factores que influyen en el estado de salud del individuo, los cuales ameritan una búsqueda sistemática para su descubrimiento oportuno, tratamiento controlado y prevención de sus complicaciones en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Lo anterior, debe llamar la atención a los Médicos Familiares para valorar la carga patogénica en su población derechohabiente y establecer acciones específicas de prevención en los asintomáticos y de control en los sintomáticos.

HIPOTESIS.

Ho . - El manejo sistematizado del paciente diabético no ofrece un control integral ni adecuado.

H1 . - El manejo sistematizado del paciente diabético ofrece un control integral adecuado.

OBJETIVOS.

- 1.- Conocer el comportamiento epidemiológico de la diabetes en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 2.- Contribuir en la valoración clínica del enfermo diabético.
- 3.- Contribuir a facilitar en el control médico preventivo de los derechohabientes diabéticos al Médico Familiar.
- 4.- Coadyuvar en la reducción de la frecuencia de las complicaciones por diabetes en la población derechohabiente.
- 5.- El Médico Familiar deberá valorar los datos obtenidos - en la hoja de registro del paciente diabético y mediante la evaluación de la misma determinará las acciones a seguir de acuerdo a su criterio y experiencia como son: continuación del tratamiento, cambios del mismo, nuevos exámenes, interconsultas con especialistas.
- 6.- Proporcionar un método que permita tabular parámetros - diversos y que sirvan tanto para mejorar el control individual de la diabetes como ser una fuente de información para el desarrollo de la investigación clínica y supervisión de - la atención médica.

OBJETIVO TERMINAL.

Establecer un programa sistematizado de estudio integral para control y tratamiento del paciente diabético a nivel de - la consulta externa de Medicina Familiar.

MATERIAL Y METODOS.

Es un estudio de dos cohortes (prospectivo, longitudinal y comparativo).

La selección de la muestra fué al azar simple y se escogieron 30 pacientes del horario A/C, que acuden a consulta externa de Medicina Familiar de los 14 consultorios de la -- Unidad de Medicina Familiar No. 8 del Instituto Mexicano -- del Seguro Social.

De los 30 pacientes previamente seleccionados el 50% fué manejado durante 6 meses tomando como patrón la forma REGISTRO DEL PACIENTE DIABETICO previamente elaborada. Dicho -- seguimiento se llevó a cabo por el Médico Familiar tratante y el 50% restante de la muestra fué evaluado por medio de -- la misma forma pero obteniendo únicamente la información -- del expediente clínico así como la evolución clínica del paciente, la cual fué vertida por el Médico Familiar tratante. Esta información fué valorada por el Médico Investigador y sus colaboradores. La evaluación fué mensual para ambos -- grupos, y a los 6 meses se hizo la concentración y análisis de la información previamente recolectada.

MANEJO DE LA INFORMACION.

La recolección de la información se hizo en formatos anexos (1 y 2) y la representación para su análisis en cuadros y -- gráficas, el proceso estadístico fué descriptivo.

RESULTADOS.

PARTE I.- CARACTERISTICAS DE LAS PERSONAS INVESTIGADAS.

Fueron investigados 30 pacientes, 15 con registro y 15 sin registro durante 6 meses de acuerdo con lo planeado en la metodología en el Servicio de Medicina Familiar.

La distribución que se observó por sexo se muestra en la gráfica (1), correspondieron al sexo masculino el 33% y al sexo femenino 67% para el grupo con registro, siendo los mismos porcentajes para el grupo sin registro.

De la variedad de diabetes de los 15 pacientes con registro 14 casos pertenecían al tipo II, y 1 caso al tipo I. Del grupo sin registro 11 pacientes pertenecían al tipo II, y 1 al tipo I, ignorándose en 3 pacientes el tipo de diabetes ya que no estaba consignado en el expediente. cuadro (1)

El promedio en cuanto a la evolución en años para el grupo con registro fue de 16.6 y de 13.30 en 12 de los pacientes sin registro y en los 3 restantes de este grupo no aparecía consignado el tiempo de evolución.

Con respecto a los antecedentes de descompensación de los pacientes con registro en 4 de ellos se refería la cetoacidosis y en el resto había negatividad de descompensación, ignorándose este antecedente en el 100% de los casos del grupo sin registro.

Del interrogatorio para conocer los antecedentes consanguíneos de Diabetes y Obesidad, se observó que el 19.8% refería diabetes en uno de los padres, 26.4% en sus hermanos y 6.6% en los tíos. Para el grupo sin registro el 19.8% fue para

uno de los padres y el 19.8% para los hermanos. cuadro (2)

La obesidad en familiares consanguíneos se reportó con mayor frecuencia en los hijos en el 39.6%, en los hermanos - 26.4% y en menor frecuencia en los padres en un 13.2% para el grupo con registro. Del grupo sin registro se ignoran estos datos ya que no están consignados en el expediente. gráfica (2)

De acuerdo a la clasificación de la familia el porcentaje de composición se muestra en la gráfica(3), observándose que la mayor frecuencia corresponde a la nuclear el 67% para el grupo con registro y del 6.6% para el grupo sin registro, ignorándose en el 93.4% de los casos de este grupo la composición familiar por no estar consignada en el expediente.

Se observó que el 80.2% de las familias presentaban integración, 13.2% semi-integración y el 6.6% desintegración familiar en el grupo con registro, y para el grupo sin registro se refiere: 13.2% de integración, y en el 86.8% de las familias se ignora este dato por no estar consignado. gráfica(4)

La tipología fue obrera y el medio urbano en el 100% de las familias con registro, ignorándose en el 100% de las familias sin registro este dato.

De los factores de riesgo y de las enfermedades diversas se describe el total de casos con positividad en el cuadro (3) para el grupo con registro y en el cuadro (4) para el grupo sin registro.

Con respecto a las manifestaciones tardías de la Diabetes el

total de casos con positividad en este aspecto se reporta en el cuadro(5) para el grupo con registro y en el cuadro (6) para el grupo sin registro.

De los antecedentes obstétricos la mayor frecuencia se observó en la multiparidad en un 40.2% para el grupo con registro y del 20.1% para el grupo sin registro. gráfica(5)

PARTE II.- CARACTERISTICAS DEL SEGUIMIENTO.

Para el grupo con registro de la terapia hipoglucemiante - que más se utilizó fué la tolbutamida en un 53.4% de los pacientes de los cuales la mitad se manejó hasta con 3 tabletas al día y en el resto se empleaban de 4 a 6 tabletas al día, el medicamento que menos se utilizó fué la clorpropamida, así mismo se observó que el 6.7% no requirió terapia hipoglucemiante.

Para el grupo sin registro el medicamento hipoglucemiante - más usado fué la tolbutamida en un 39.9% y el menos usado - fué la insulina en el 6.7%, en el 20.2% de los pacientes de este grupo no se especifica el manejo hipoglucemiante ya -- que no está consignado en todo el expediente a pesar de saberse que este se administra. gráfica(6)

El total de consultas realizadas para cada grupo se consig- nan en el cuadro (7) observandose que la mayor incidencia es por parte de las mujeres del grupo con registro.

Los pases a otras especialidades se reportan en el cuadro(8) en forma comparativa para ambos grupos, observandose la ra- yor frecuencia de la solicitud al servicio de Oftalmología - para ambos grupos.

Con respecto a las manifestaciones clínicas propias de la diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia) el 73.4% se refirió asintomático y el 26.6% sintomático durante los 6 meses de seguimiento para el grupo con registro. Y del grupo sin registro el 13.2% se refiere sintomático ignorándose en el 86.8% el estado clínico del paciente en el momento de la consulta.

El apoyo familiar se refiere positivo en el 46.2% y negativo en el 53.8% para el grupo con registro, y se ignora en el 100% de los casos para el grupo sin registro ya que no está anotado en el expediente.

El promedio de las glicemias registradas durante los 6 meses, en los pacientes con registro para los hombres fué de 172.8 y para las mujeres 181.1. En el grupo sin registro para hombres 164.6 y 156.1 para las mujeres.

El promedio en las cifras de colesterol para el grupo con registro fué de 221.25 y de 225 para el grupo sin registro. Con respecto a la urea el promedio para el grupo con registro fué de 38.7 y para el grupo sin registro de 36.1 .

ANÁLISIS.

Se estudiaron 30 pacientes, divididos en dos grupos durante 6 meses, en los cuales predominó el sexo femenino y el tipo II de la diabetes. El promedio de evolución mínimo fué de 13.30 y máximo de 16.60 confirmandose así la cronicidad del padecimiento.

Como manifestación tardía la más frecuente fué la alteración en la agudeza visual, por probable retinopatía diabética y por consiguiente el servicio más consultado fué Oftalmología.

En cuanto al tratamiento por el tipo de diabetes fué manejado con hipoglucemiantes orales del tipo de las sulfonilureas (tolbutamida) la mayoría del grupo y otra proporción menor con insulina intermedia.

Los parámetros de laboratorio en esta revisión no son de utilidad por la deficiente información con que se cuenta y por que la glicemia por sí sola no es sinónimo de control clínico de la Diabetes Mellitus.

La mayor composición familiar encontrada fué la nuclear que es la que predomina en la población adscrita a esta unidad, facilitandose así la integración de las mismas, siendo estas obreros y pertenecientes al medio urbano por haberse realizado en el Valle de México el estudio.

El apoyo familiar en algunas personas no se consiguió por carecer estas de familiares consanguíneos.

CONCLUSIONES.

- 1.- Mediante el Registro del paciente Diabético es posible conocer el comportamiento individual de la Diabetes y así mejorar directamente la calidad de vida en pacientes con Diabetes tipo I y II ya que de esta manera es posible detectar las complicaciones agudas y/o crónicas oportunamente, para limitar el daño y en otros casos para prevenirlo, ya que este registro permite un seguimiento adecuado del paciente, mejor relación médico-paciente, enseñar y aumentar el interés por su propia enfermedad al paciente como al resto de su núcleo familiar que se integrará, de esta manera se obtendrán mejores resultados.
- 2.- Es conveniente incluir dentro del expediente clínico de Medicina Familiar la forma de registro del paciente Diabético, ya que en esta revisión la gran mayoría de expedientes no se encontró consignado el ínfimo indispensable de información con la cual se pueda conocer al enfermo y brindar un diagnóstico precoz, manejo adecuado y medidas preventivas específicas.
- 3.- El uso sistemático de la forma de registro de datos proporcionará información valiosa epidemiológica, de enseñanza e investigación. Con lo cual se trata de prevenir complicaciones en el paciente como también el incremento de las interconsultas, hospitalizaciones, medicamentos por lo que podría reducirse el costo del manejo de estos pacientes.

PROGRAMA INTEGRAL
DE MANEJO
DEL PACIENTE
CON
DIABETES MELLITUS
(ANEXOS)

CUADROS Y GRAFICAS

REGISTRO DEL PACIENTE DIABETICOFICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre _____ No. de Afiliación _____
 Domicilio _____ Fel. casa _____ Oficina _____
 Ocupación _____ Fecha de Ingreso al estudio _____
 Médico _____ Consultorio _____ Clínica _____ Localidad _____
 01.=No. de Disco _____ 02.=No. de Libreta _____
 03.=Sexo _____ 04.=Edad _____
 05.=Peso (Kg) _____ 06.=Talla (cm) _____

CARACTERISTICAS DE LA DIABETES:

07.=Fecha de Diagnóstico de la Diabetes _____
 08.=Tipo de Diabetes: 1=I, 2=II _____
 09.=Descompensación con tendencia: 1=cetoacidosis, 2=coma hiperosmolar _____
 10.=Enfermedades asociadas _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

11.=Cardiopatía isquémica: 0=No, 1=padre o madre, 2=hermanos, 3=hijos
 4=abuelos, 5=tíos. _____
 12.=Diabetes: 0=No, 1=padre o madre, 2=hermanos, 3=hijos, 4=abuelos, 5=tíos. _____
 13.=HTA: 0=No, 1=padre o madre, 2=hermanos, 3=hijos, 4=abuelos, 5=tíos. _____
 14.=Hiperuricemia: 0=No, 1=padre o madre, 2=hermanos, 3=hijos, 4=abuelos,
 5=tíos. _____
 15.=Obesidad: 0=No, 1=padre o madre, 2=hermanos, 3=hijos, 4=abuelos, 5=tíos. _____

CLASIFICACION DE LA FAMILIA:

16.=Composición: 1=nuclear, 2=extensa, 3=extensa compuesta. _____
 17.=Integración: 1=integrada, 2=semi-integrada, 3=desintegrada. _____
 18.=Tipología: 1=campesina, 2=obrera, 3=profesional. _____
 19.=Medio: 1=urbano, 2=rural. _____

FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES DIVERSAS:

20.=Patología Vascular Cerebral (0=NO, 1=SI) _____
 21.=Patolog. Cardiovasc.: 0=No, 1=Insuf. Card., 2=isquemia, 3=miocardiopatía _____
 22.=Enf. Vasc. Perif.: 0=NO, 1=arterial, 2=venosa, 3=mixta. _____
 23.=Obesidad: 0=NO, 1=I, 2=II, 3=III grado _____
 24.=Hipertensión Arterial (0=NO, 1=SI) _____
 25.=Hiperuricemia (0=NO, 1=SI) _____
 26.=Dislipidemias: 0=NO, 1=I, 2=IIA, 3=IIB, 4=III, 5=IV, 6=V _____
 27.=Tabaquismo: 0=NO, 1=10/24hr, 2=11a20/24, 3=21 o más/24hr.
 1=por -3a, 2=(3a5), 3=(5a10), 4=(10a20), 5= +20
 1=continua, 2=susp.hace -3a, 3=(5a10), 4=susp.10a o +
 28.=Alcoholismo (0=NO, 1=SI) _____
 29.=Tipo de Actividad: 1=sedentaria, 2=ejercicio _____
 30.=Antecedentes Obstétricos: 1=múltiplos, 2=marzoemia, 3=obito,
 4=malformaciones. _____

MANIFESTACIONES TARDIAS:

31.=Alteraciones en la Agudeza Visual: (0=NO, 1=SI) _____
 32.=Microangiopatía: 1=úlceras en extremidades, 2=infec. agregada, 3=gangre
 33.=Macroangiopatía: 1=claudicación intermitente, 2=arterioesclerosis. _____
 34.=Neuropatía perif.: 1=polineuropatía distal/simétrica, 2=mononeuropatía _____
 35.=Neuropatía visc.: 1=impotencia, 2=vejiga neurogénica, 3=diarrea
 4=hipotensión ortostática, 5=inhib. reflejo nauseoso _____

TIPO DE DIABETES EN LOS PACIENTES INVESTIGADOS

TIPO	GRUPO			
	CON REGISTRO		SIN REGISTRO	
	NUM.	%	NUM.	%
I	1	6.7	1	6.7
II	14	93.3	11	73.3
SE IGNORA	—	—	3	20
TOTAL	15	100 %	15	100 %

CUADRO N° 1

PERSONAS CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES

CONSANGUINEOS	GRUPO			
	CON REGISTRO		SIN REGISTRO	
	NUM.	%	NUM.	%
PADRE O MADRE	3	19.6	3	19.8
HERMANOS	4	26.4	3	19.8
HIJOS	—	—	SE IGNORA	SE IGNORA
TIOS	1	6.6	SE IGNORA	SE IGNORA

CUADRO N° 2

**POSITIVIDAD DE FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES
DIVERSAS DE LOS PACIENTES CON REGISTRO**

PATOLOGIA VASC. CEREBRAL		2 Casos
PATOLOGIA CARDIO VASC.	Isquemica	3 ''
	Insuficiencia	1 ''
HIPERTENSION ARTERIAL		5 ''
ENF. VASC. PERIFERICA	Venosa	6 ''
	Mixta	2 ''
OBESIDAD -- Grados --	I	3 ''
	II	2 ''
DISLIPIDEMIAS -- Tipo --	I	1 ''
	II	1 ''
TABAQUISMO		5 ''
ALCOHOLISMO		4 ''

CUADRO N.º 3

**POSITIVIDAD DE FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES
DIVERSAS DE LOS PACIENTES SIN REGISTRO**

		CONOCIDOS	SE IGNORAN*
PATOLOGIA CARDIO VASC.	Insuficiencia	1 Caso	13 Casos
	Isquemica	1 ''	
HIPERTENSION ARTERIAL		5 Casos	10 ''
ENF. VASC. PERIFERICA	Insuficiencia Venosa	2 ''	13 ''
TABAQUISMO		1 Caso	14 ''
ALCOHOLISMO		2 Casos	13 ''

* No consignado en el expediente.

CUADRO N° 4

POSITIVIDAD EN LAS MANIFESTACIONES TARDIAS DE LA DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON REGISTRO

ALTERACIONES EN LA AGUDEZA VISUAL			13 Casos
MICROANGIOPATIA	Gangrena		1 Caso
	Ulceras		1 ''
MACROANGIOPATIA	Claudicación Intermitente		1 ''
	Arterioesclerosis		2 Casos
NEUROPATIA	Periferica	Polineuropatia distal/simetrica	1 Caso
		Mononeuropatia	2 Casos
	Visceral	Hipertensión ortostatica	1 Caso

POSITIVIDAD EN LAS MANIFESTACIONES TARDIAS DE LA
DIABETES MELLITUS EN PACIENTES SIN REGISTRO

		SE IGNORA ²⁵	
ALTERACIONES EN LA AGUDEZA VISUAL		2 Casos	13 Casos
MICROANGIOPATIA	Gangrena	1 Caso	14 ''
NEUROPATIA PERIFERICA	Polineuropatia distal/simetrica	2 Casos	13 ''

* No consignados en el expediente.

CUADRO N° 6

PROMEDIO DE CONSULTAS REALIZADAS POR
LOS PACIENTES INVESTIGADOS

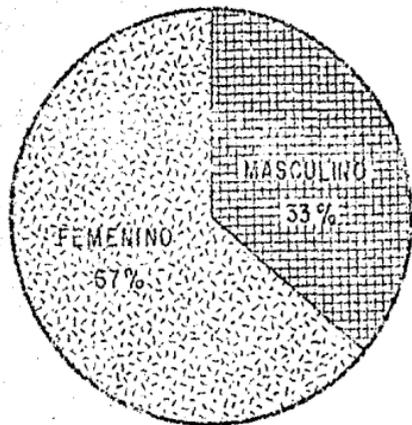
SEXO	GRUPO			
	CON REGISTRO		SIN REGISTRO	
	NUM.	\bar{X}	NUM.	\bar{X}
HOMBRES	21	4.2	23	4.6
MUJERES	48	4.8	29	2.9

CUADRO N° 7

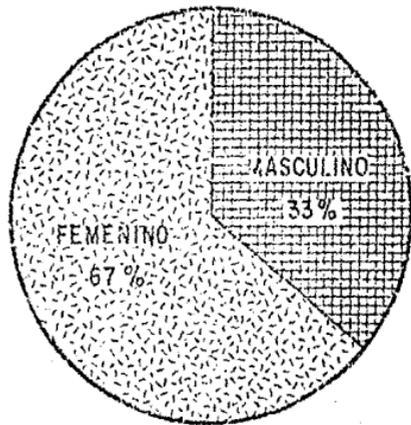
NUMERO DE INTERCONSULTAS REALIZADAS A ESPECIALIDADES
POR LOS PACIENTES INVESTIGADOS

ESPECIALIDAD	GRUPO	
	CON REGISTRO	SIN REGISTRO
OFTALMOLOGIA	7	4
ENDOCRINOLOGIA	2	SE IGNORA
ONCOLOGIA	1	2
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1
CARDIOLOGIA	2	SE IGNORA
URGENCIAS	2	1
DENTAL	3	SE IGNORA

FRECUENCIA DE DIABETICOS INVESTIGADOS POR SEXO



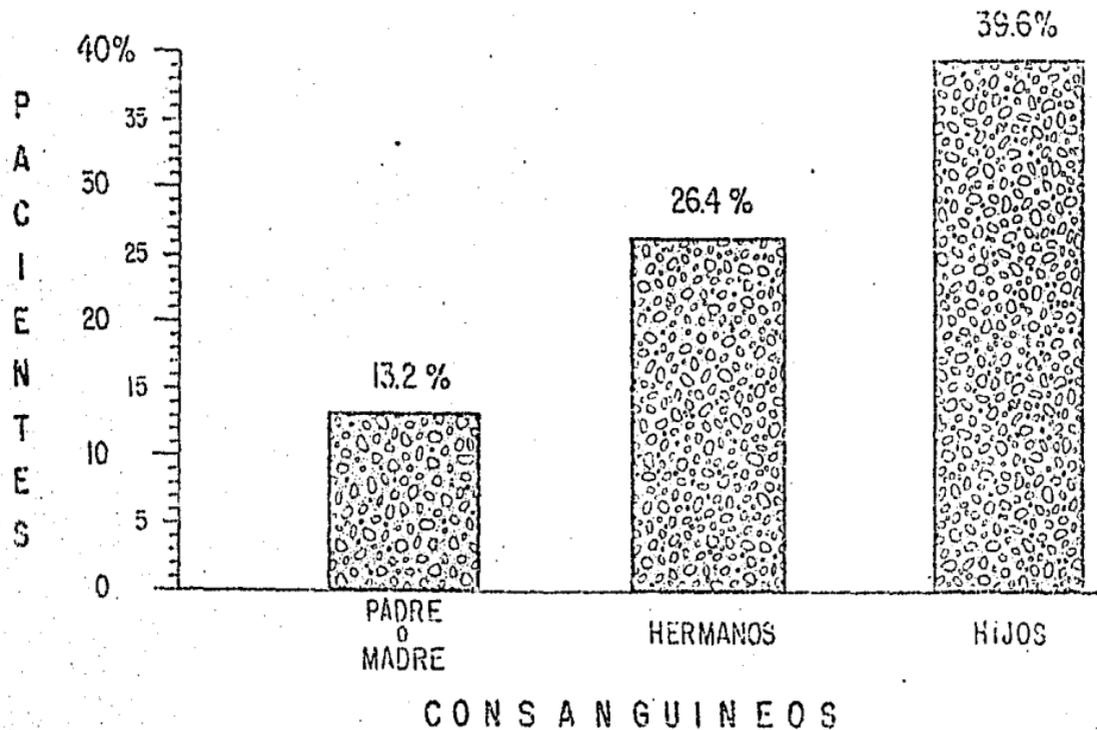
CON REGISTRO



SIN REGISTRO

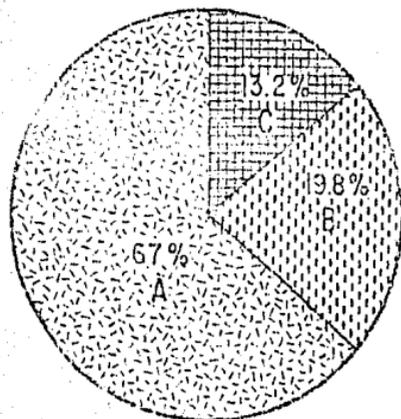
GRAFICA Nº 1

ANTECEDENTES FAMILIARES DE OBESIDAD EN PACIENTES INVESTIGADOS CON REGISTRO

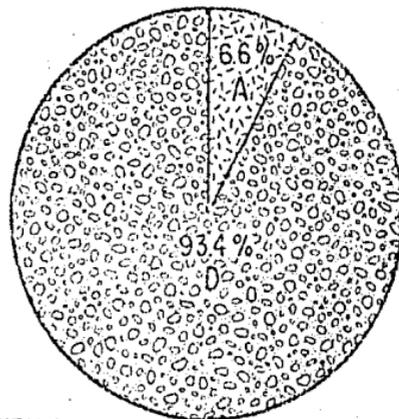


GRAFICA Nº 2

COMPOSICION FAMILIAR



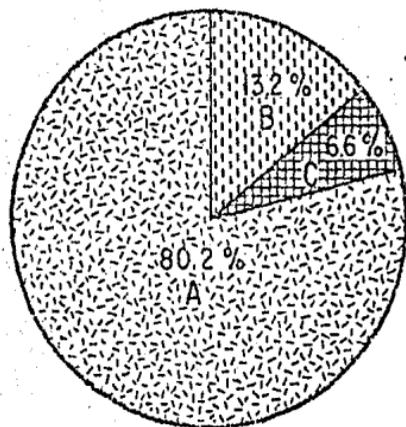
CON REGISTRO



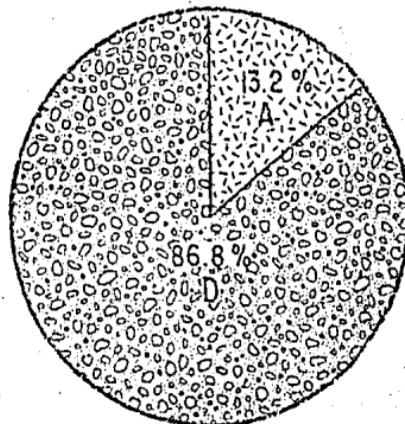
SIN REGISTRO

- A NUCLEAR
- B EXTENSA
- C EXTENSA COMPUESTA
- D SE IGNORA

INTEGRACION FAMILIAR



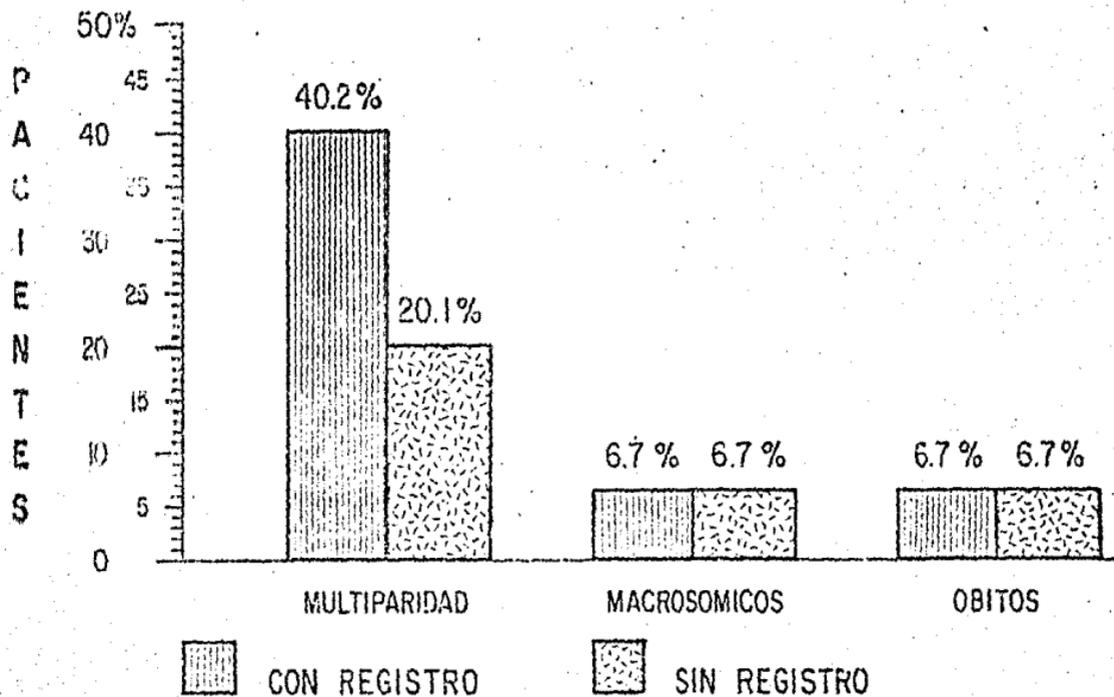
CON REGISTRO



SIN REGISTRO

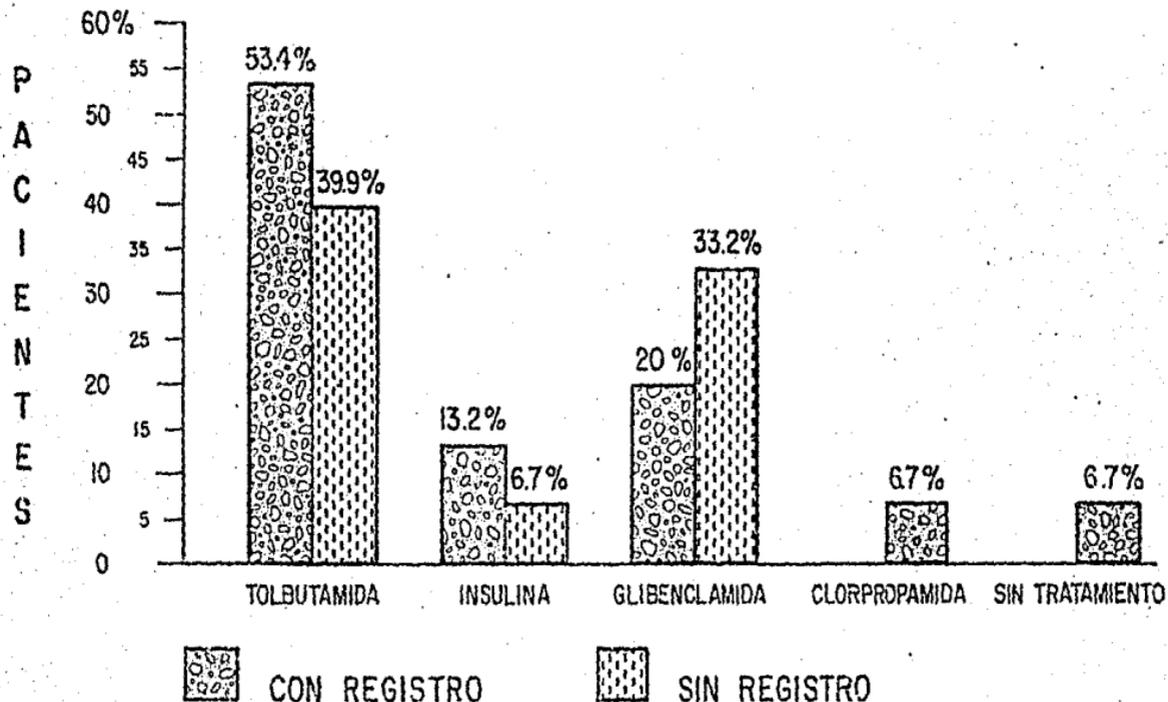
- A INTEGRADA
- B SEMI-INTEGRADA
- C DESINTEGRADA
- D SE IGNORA

ANTECEDENTES OBSTETRICOS



GRAFICA Nº 5

TERAPIA HIPOGLUCEMIANTE DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS



GRAFICA Nº 6

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Prado.V.R. Historia Natural de la Diabetes Mellitus
Revista de la Facultad de Medicina Mex.XXIV; 16,1981
- 2.- Etzwiler J. Educación of the Diabetic Clinical
Genetic 1980 (537 - 547).
- 3.- Wishner.J.W.O'Brien. Diabetes y Familia
Clinicas Medicas de Norteamerica Julio.62 (4)
869 - 875. 1978.
- 4.- Marco conceptual del proceso Salud/Enfermedad. Necesida
des esenciales en México. COPLAMAR Ed. XXI - 1982.
- 5.- Timio.H: Clases Sociales y Enfermedades 3a. Ed.
Nueva Imagen 1981. 11-29 México.
- 6.- Quezada,O.F. La patologia de la pobreza en el tercer
mundo Med. Moderno Vol. XXI (11): 9,1983.
- 7.- Programa y Memorias XL Curso panamericano para gradua-
dos. Diabetes Mellitus en Medicina General. Unidad de
Congresos del Centro Médico Nacional del IMSS, abril
1980.
- 8.- Curso Monográfico de Actualización sobre Diabetes.
Centro de Investigación y estudios Superiores del -
Instituto Mexicano del Seguro Social. 1983.
- 9.- Investigación de Factores de Riesgo y Diabetes (en po-
blación asistente a las unidades medicas de Medicina Fa-
miliar del IMSS). DR. Enrique Verduzco G. Enero 1983

TESIS:

- 1.- La Familia en el control del paciente con Diabetes Mellitus tipo II. DR. Javier A. Guadarrama Hijeros.
1984 Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 2.- Diabetes Mellitus. Estudio Clínico y Complicaciones.
DRA. Angelica Nava Terán . 1984 Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 3.- Influencia de los Factores Socioeconómicos en los pacientes Diabéticos. DR. Lucio Reyes Ortiz.
1984 Instituto Mexicano del Seguro Social.