

11226
16
28

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

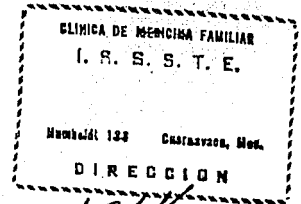
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR JOJUTLA MORELOS



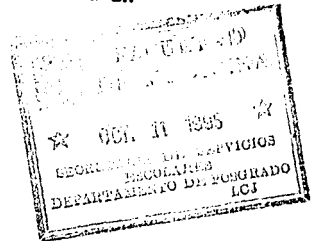
(TITULO DEL TRABAJO)
CAUSAS QUE DETERMINAN EL ABANDONO DEL
TRATAMIENTO MEDICO DE LA
DIABETES MELLITUS



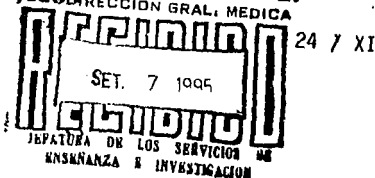
Trabajo que para obtener el diploma de especialista en
medicina familiar. Presenta :

DR. OFELIO HECTOR CABRERA ROMERO

FALLA DE ORIGEN



I. S. S. S. T. E.
MEXICO, D.F. DIRECCION GRAL. MEDICA



| | |
|--|------------|
| I. S. S. S. T. E. | |
| CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR CUERNAVACA, MORELOS | |
| REGISTRO DE CONSTANCIAS Y RECONOCIMIENTOS | |
| LIBRO NUM. _____ | HOJA _____ |
| FOLIO NUM. <u>002-95</u> | |
| FECHA DE EXPEDICION <u>5-12-94</u> <u>1995</u> | |

07 SET. 1995



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 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.

TITULO DEL TRABAJO

CAUSAS QUE DETERMINAN EL ABANDONO DEL
TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA :

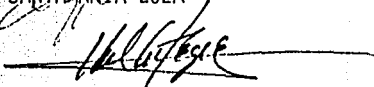
DR. OFELIO HECTOR CABRERA ROMERO

(Nombre del Médico Alumno)

AUTORIZACIONES

Profesor Titular del Curso


DR. JESUS SANTAMARÍA LOZA


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES

Jefe del Departamento de Medicina
Familiar Jefatura de Servicios de
Enseñanza. ISSSTE.

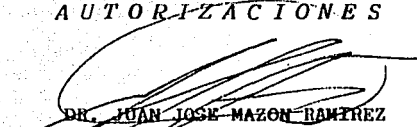
CAUSAS QUE DETERMINAN EL
ABANDONO DEL TRATAMIENTO
MEDICO DE LA DIABETES MELLITUS

(TITULO DEL TRABAJO)

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA :

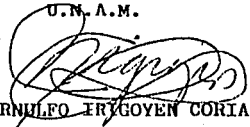
DR. OFELIO HECTOR CABRERA ROMERO

A U T O R I Z A C I O N E S



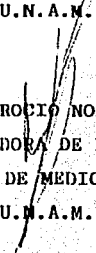
DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M.



DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

U. N. A. M.

Autorizaciones

✓ Titular: DR. JESUS SANTAMARIA LOZA.

Asesor: DR. JESUS SANTAMARIA LOZA.

Jefe de Enseñanza: DR. NICOLAS AVILES HERNANDEZ.

✓ Coordinador de Investigación del Departamento de
Medicina Familiar: DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES.

Coordinador de Docencia del Departamento de Medicina
Familiar: DRA. ROCIO NORIEGA GARIBAY.

Jefe del Departamento de Medicina Familiar:

DR. JUAN JOSE MAZON RODRIGUEZ.

**CAUSAS QUE DETERMINAN EL ABANDONO DEL
TRATAMIENTO MEDICO DE LA
DIABETES MELLITUS**

I N D I C E

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCION | 1 |
| JUSTIFICACION | 3 |
| MARCO TEORICO | 4 |
| TRATAMIENTO | 5 |
| | |
| REGIMENES TERAPEUTICOS | 6 |
| CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO CON SULFO- NILUREAS | 9 |
| | |
| OBJETIVO GENERAL | 12 |
| | |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | 13 |
| | |
| METODO | 14 |
| | |
| CRITERIOS | |
| DE INCLUSION | 16 |
| DE EXCLUSION | 17 |
| DE ELIMINACION | 17 |
| | |
| RECURSOS | 18 |

MATERIALES
HUMANOS
ECONOMICOS

| | |
|--|-----------|
| VARIABLES | 19 |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | 20 |
| CUESTIONARIOS | 21 |
| RESULTADOS | |
| CAUSAS NOTIFICADAS POR SUS- PENDER EL TRATAMIENTO | |
| (CUADRO 1) | 24 |
| REPRESENTACION GRAFICA | 25 |
| GRADO DE ESCOLARIDAD DE PACIENTES QUE ABANDONAN SU TRATAMIENTO (CUADRO 2) | |
| | 26 |
| REPRESENTACION GRAFICA | 27 |
| DISCUSION | 28 |
| INVESTIGACION DEL GRADO DE ESCOLARIDAD | |
| | 31 |
| CONCLUSIONES | 32 |

BIBLIOGRAFIA

**“CAUSAS QUE DETERMINAN EL ABANDONO DEL
TRATAMIENTO MEDICO DE LA
DIABETES MELLITUS”.**

INTRODUCCION :

Habitualmente el derechohabiente que acude a la consulta externa de la unidad de Medicina Familiar de Jojutla, Mor; portador de DIABETES MELLITUS, recibe tratamiento médico de control para un período no menor de treinta días.

Existe un grupo de pacientes diabéticos que abandonan el tratamiento, a pesar de tener suficiente medicamento en su hogar; ignorando muchas veces que esto será causa de complicaciones que afectarán su organismo y será motivo casi siempre de hospitalización.

El médico normalmente se da cuenta de la irregularidad en la asistencia a la consulta de sus pacientes, pero tal parece que no conoce la manera adecuada de concientizarlo, para que siga un tratamiento médico regular y adecuado.

Para lograr ésta regularidad en el tratamiento, debemos conocer las causas que ocasionan su abandono, pero por no haber suficiente investigación de este problema , no existe información adecuada que auxilie eficientemente al médico familiar; siendo éste el motivo o la justificación para ésta investigación.

La investigación de las causas del abandono del tratamiento médico de la Diabetes Mellitus, se realizará en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Jojutla, Mor; mediante la entrevista y encuesta de personas a las cuales se les ha diagnosticado la enfermedad Y ABANDONAN EL

TRATAMIENTO. Se practicará un estudio retrospectivo de seis meses, del mes de ABRIL de 1994 al mes de SEPTIEMBRE de 1994.

Como se mencionó anteriormente la realización del estudio tiene como finalidad conocer las causas del abandono del tratamiento médico de la Diabetes Mellitus, para combatirlas y poder reintegrar a éstos pacientes nuevamente al tratamiento, para evitar las complicaciones que causa la interrupción del tratamiento.

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades , dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud ; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y , por lo tanto , en el control de la diabetes. (2).

El reciente desarrollo de la psicología de la salud propone alternativas de atención que ayudan al paciente a conocer las diversas formas en que puede hacerse cargo de una buena parte del control de su enfermedad , basicamente mediante un entrenamiento psicológico . En primera instancia , se busca que el paciente supere el sentimiento de pérdida de su salud que , con mucha frecuencia , hace que decaiga el sentido afectivo del sujeto , produciendo una serie de cambios fisiológicos bien definidos que agravan la enfermedad . (3)

Una vez que se conozcan las causas que ocasionan el abandono del tratamiento, el médico debe identificar las que afectan en forma particular a cada paciente, evitando la proliferación de éstas causas ayudará al paciente a no abandonar su tratamiento, permitiendo al paciente conservar por más tiempo su salud, evitando el gasto de hospitalizaciones a la Institución y disminuirá consecuentemente la inasistencia a su centro de trabajo.

JUSTIFICACION.

Conocer las causas por las que los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus abandonan el tratamiento, es un estudio de investigación, que llevaré a cabo en la Unidad de Medicina Familiar de Jojutla, Mor; en el consultorio de Medicina Familiar, con todos los pacientes que tengan diagnóstico de Diabetes Mellitus, por medio de entrevistas y encuestas previamente elaboradas, que sean comprendidas fácilmente por el paciente, y no se le dificulte contestarlas.

El estudio se llevará a cabo del mes de ABRIL de 1994 al mes de SEPTIEMBRE de 1994 con los pacientes que asistan a la consulta externa, lo cual requerirá de la cooperación de los pacientes.

Conocer las causas de abandono de tratamiento médico de control de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, debe servir para comprender mejor a éstos pacientes, el análisis de cada una de ellas nos indicará cómo orientar mejor a nuestros pacientes; su conocimiento debe servir a otros médicos para orientarlos y motivarlos a continuar el estudio y análisis de éstas causas.

MARCO TEORICO.

Existe en la literatura información de la enfermedad con el nombre de DIABETES SACARINA, la cual es clasificada por los autores en dos tipos : DIABETES TIPO I, o Diabetes Sacarina Insulinodependiente (DSID); y la DIABETES TIPO II, o Diabetes Sacarina NO Insulinodependiente (DSNID).

TIPO I.- La Diabetes Sacarina Insulinodependiente (DSID) : Esta forma grave se acompaña de Cetosis en la etapa no tratada. Ocurre más comúnmente en jóvenes, pero en ocasiones en adultos, en especial no obesos y en quienes ya se encuentran en una edad avanzada cuando aparece por primera vez la hiperglucemia. Es un trastorno catabólico en el que prácticamente no hay insulina circulante, está elevado el glucagón en plasma y las células B pancreáticas no responden a los estímulos insulinógenos. En consecuencia, se requiere insulina exógena para contrarrestar el estado catabólico, evitar cetosis, reducir la hiperglucagonemia y reducir los valores elevados de la glucemia.

TIPO II.- Diabetes Sacarina NO Insulinodependiente (DSNID) : Representa un grupo Heterogéneo que comprende modos más leves de Diabetes que ocurren de preferencia en adultos, pero a veces en jóvenes. La insulina endógena circulante es suficiente para prevenir la cetoacidosis, pero es inadecuada para el aumento de necesidades debidas a insensibilidad tisular. La Diabetes tipo II se define esencialmente en términos negativos; es una manera no cetósica de diabetes, no relacionada con marcadores de Antígenos de Leucocitos Humanos (HLA) en el cromosoma 6 ; no tienen anticuerpos contra las células de los Islotes o cualquier otro componente inmunitario; y no dependen del tratamiento con insulina exógena para conservar la vida. Habiéndose denominado en consecuencia " diabetes sacarina no insulinodependiente " (DSNID) .(1)

TRATAMIENTO.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES.

La diabetes sacarina es una enfermedad crónica que requiere cuidados médicos y educación constante para prevenir enfermedades agudas y reducir el peligro de complicaciones a largo plazo.

REGIMENES TERAPEUTICOS. (1)

DIETA.- La dieta nutritiva, bien equilibrada, es aún el elemento fundamental del tratamiento. Sin embargo, en más de la mitad de los casos los diabéticos no la siguen. Cuando además del control de la diabetes se necesita reducir de peso al paciente obeso, el control debe ser más estrecho.

DIETA ADA (Asociación Estadounidense Dietética).

La dieta ADA resalta la meta principal de la restricción calórica, como medio para lograr y conservar el peso ideal. La dieta incluye reducción de la ingestión de grasa a 35 % o menos del total de calorías y sugiere que las grasas saturadas solo se disminuyan a un tercio de ésta cifra, sustituyendo el pollo, la ternera y el pescado por carnes rojas como fuente principal de proteínas.

FIBRA EN LA DIETA.

Las fibras solubles (gomas y pectinas) como las de granos de vainas, harina de avena y cáscara de manzana, retardan los índices de absorción de nutrimentos de tal modo que la absorción de glucosa es más lenta y disminuye la hiperglucemia.

EDULCORANTES ARTIFICIALES.

La Sacarina continúa utilizándose en alimentos y bebidas (apesar de su potencial carcinógeno en la vejiga, a largo plazo).

Además se utilizan el Sorbitol y Fructosa, y Aspartame (Nutrasweet).

HIPOGLUCEMIANTES ORALES.

Parece más adecuada para diabéticos leves no obesos, insulínopénicos, de inicio en la madurez, en quienes la administración aguda reestablece la fase temprana de la liberación de Insulina que es resistente a la estimulación aguda de la glucosa. Existe en el comercio la TOLBUTAMIDA (orinase) Tabletas de 250 a 500 mg. La dosis se individualiza a cada paciente de 500mgs hasta 3grs en 24 horas en 3 dosis.

CLOROPROPAMIDA. (Diabinese) Tabletas de 100 a 250mgs. una sola dosis.

Tolazamida (Tolinase). Se encuentra en tabletas de 100, 250 y 500 mgs. Su potencia es comparable a la de la cloropropamida, pero con acción más corta y sin retención de agua.

ACETOHEXAMIDA (Dymelor). se presenta en tabletas de 250 a 500mgs. Sulfonilureas de segunda generación.

GLIBURIDA (Glibenclamida, Diabeta, Micronase) : La gliburida se encuentra en tabletas de 1.25, 2.5 y 5mgs. La dosis inicial es de 2.5mg/día y la dosis promedio de sostén es de 5 a 10mg/día, en una toma matutina.

GLIPIZIDA (Glucotrol) se encuentra en tabletas de 5 a 10mgs. La dosis recomendada es de 5mg/día , hasta 15mg/día; dosis única media hora antes del desayuno.

BIGUANIDAS. La Fenformina (DBI, Meltron-50) se discontinuaron en E.U.A. en 1977 por su relación con la presencia de Acidosis Láctica.

La METFORMINA (clorhidrato de 1,1 dimetilbiguanida) se encuentra en tabletas de 500 a 850 mgs. Su dosis varía de 500mg hasta 2.5grs diarios recomendándose la dosis eficaz más baja posible.

INSULINA.

Está indicada para diabéticos tipo I, insulino dependientes (DSID). Y para los no obesos tipo II con insulinopenia cuya hiperglucemia no responde a la dietoterapia sola ó combinada con hipoglucemiantes orales.

PREPARADOS DE INSULINA : Hay tres tipos principales de Insulina :

1.- Acción corta, con inicio rápido de acción ; 2.- Acción intermedia y 3.- Acción prolongada, con inicio lento de acción. La de acción corta (Insulina no modificada) es una insulina cinc cristalina que se proporciona en forma soluble y es transparente. Es la única que se administra por vía intravenosa.

FALLA DE ORIGEN

INSULINA REGULAR.- Es una insulina cinc cristalina soluble de acción corta cuyos efectos se presentan a los 15 minutos de su inyección SC y duran de 5 a 7 horas .

INSULINA LENTA.- Es una combinación de 30% de insulina semilenta (un precipitado amorfo de insulina con iones de cinc) con 70% de insulina ultralenta (un cristal insoluble de cinc e insulina) su acción se inicia las dos horas y dura de 18 a 24 hrs. por lo que se requiere aplicar cada 12 hrs.

INSULINA NPH (protamina neutra Hagedorn o isofánica) Es una insulina de acción intermedia cuyo inicio se retrasa combinando dos partes de cristalina cinc soluble con una de insulina cinc protamina. Su acción es comparable a la insulina lenta.

CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO CON SULFONILUREAS. (1)

TOLBUTAMIDA.- Debe tenerse precaución y vigilancia del paciente cuando se administren medicamentos como sulfonamidas antibacterianas (Sulfisoxazol) , Anticoagulantes (Dicumarol) o la Fenilbutazona para artralgias; YA QUE PROLONGAN LA HIPOGLUCEMIA.

CLOROPROPAMIDA.- Contraindicada en enfermos con insuficiencia Renal, lo que dificulta su eliminación y prolonga la Hipoglucemia. A dosis mayor de 500mg puede producir una Ictericia Colestásica. Produce rubor con la ingestión de alcohol . Produce también hiponatremia , reteniendo agua .

GLIBURIDA.- Está contraindicada en presencia de deterioro hepático, en presencia de Insuficiencia Renal, y en pacientes de edad avanzada, y en quienes pueden presentar un episodio de Hipoglucemia.

GLIPIZIDA.- Está contraindicada en pacientes con deterioro hepático Renal para evitar hipoglucemia. Es preferible a la Gliburida en pacientes de edad avanzada.

METFORMINA.- Está contraindicada en pacientes con diabetes tipo I, en Insuficiencia Renal o hepática, alcoholismo ó propensión al desarrollo de hipoxia.

BETA BLOQUEADORES.- También incrementan las concentraciones de glucosa y triglicéridos, y es posible que reduzcan las concentraciones de colesterol de lipoproteínas de alta densidad, los bloqueadores pueden enmascarar los síntomas de hipoglucemia y retardar la restauración de la glucemia. POR LO QUE EN CASOS DE DIABETES E HIPERTENSION NO SE DEBEN UTILIZAR.

TIACIDAS.- *Frecuentemente disminuyen la concentración de Potasio, ésta reducción interfiere con la secreción de Insulina y conduce a hiperglucemia. NO SE DEBE UTILIZAR COMO DIURETI-CO EN PRESENCIA DE DIABETES.*

En la Unidad de Medicina Familiar de Jojutla, Mor; se cuenta con un laboratorio clínico subrogado, para practicar pruebas de control de glucemia a los pacientes diabéticos mínimo cada 6 meses, pero cuando es necesario puede hacerse más frecuente. La clínica también detecta a pacientes sospechosos clínicamente de sintomatología diabética, y son enviados a pruebas de glucemia de control.

Considero que otra de las ventajas de la UMF de Jojutla, es que la mayoría de los pacientes NO son analfabetas, y que el 50% aproximadamente cuenta con grado académico de enseñanza media, media superior y superior, por lo que puede esperarse una mejor educación cómo diabéticos.

Una de las desventajas de la UMF de Jojutla, es que no contamos con trabajadoras sociales, que puedan visitar al paciente en su domicilio cuando detectamos que ha abandonado su tratamiento médico de control. Otra de las desventajas de la UMF de Jojutla, es que el surtido de medicamento de la Farmacia se lleva a cabo cada 2 meses, lo cual en ocasiones motiva que no exista el medicamento en la clínica, y el paciente tenga que trasladarse a Cuernavaca para surtir su medicamento, lo cual a veces no lo hace por "no tener tiempo" o por falta de recursos económicos.

Otra de las desventajas es que en ocasiones no nos enteramos de nuestros pacientes graves con descompensación diabética; ya que acuden directamente al servicio de Urgencias de Cuernavaca ó a algún otro hospital.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer las causas que determinan el abandono del tratamiento médico de control en los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, las que no se encuentran descritas en la literatura médica y que limitan el campo de acción del médico familiar, una vez conociendo éstas causas podrá practicar su prevención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Evitar complicaciones que pongan en peligro la salud del paciente.
- 2.- Evitar la saturación de consultas en la especialidad en Hospital de segundo nivel.
- 3.- Evitar la Hospitalización de pacientes a causa de complicaciones por la suspensión del tratamiento médico de control.
- 4.- Disminución de los días de INASISTENCIA laboral a causa de las complicaciones de la enfermedad, como consecuencia del abandono del tratamiento médico de control.
- 5.- Dar a conocer a los médicos los resultados de ésta investigación.

METODO.

Nuestro Universo de Estudio son todos los pacientes que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar en Jojutla. Debemos estudiar a todos nuestros pacientes, porque existen algunos que acuden a consulta por un motivo diferente, por ejemplo; la hipertensión arterial, y al interrogarlos adecuadamente nos informan que "han padecido" de Diabetes Mellitus en alguna ocasión, pero que se sienten muy bien y que el "azúcar" no les molesta actualmente. Otros pacientes acuden por infecciones bacterianas, por ejemplo; de vías respiratorias o renales, y al administrarles Sulfisoxazol pueden desencadenar crisis de hipoglucemia.

También asisten pacientes que acuden a la consulta por otros motivos y que ignoran ser portadores de Diabetes Mellitus, siendo obligación nuestra interrogar y examinar cuidadosamente a éstos pacientes para evitar el riesgo de complicaciones con los diversos tratamientos que utilizamos en la práctica diaria; y a los que resulten positivos a la Diabetes iniciarles su tratamiento de control.

Se realizaran entrevistas personales y encuestas individuales a todos los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar con diagnóstico de Diabetes Mellitus. (Anexo 1).

Las entrevistas son dirigidas, y las encuestas previamente elaboradas, en ellas los pacientes diabéticos deben escribir las respuestas a las preguntas elaboradas. Si refieren no saber escribir, me las dirán verbalmente y yo las anotaré. Si en el anexo 1 refiere no haber abandonado su tratamiento médico de control se excluirá del estudio.

Si por el contrario refiere haber abandonado su tratamiento médico de control por lo menos en una ocasión, entonces procederá a contestar el Anexo 2.

Posteriormente se analizarán todas las causas que refieran los pacientes cómo motivo por el que abandonaron su tratamiento médico de control y se clasificarán para conocerlas y observar cuales son las más frecuentes.

También se estudiará en los pacientes que acepten, su grado de escolaridad, para conocer estadísticamente que pacientes abandonan más frecuentemente el tratamiento, los analfabetas ó los escolarizados.

Se procederá a la cuantificación,, análisis y graficación de resultados en promedios y porcentajes, y finalmente la Discusión de los resultados.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- *Se estudiarán todos los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acudan a la consulta en la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Jojutla, Mor. en el periodo del 1 de abril de 1994 al 30 de septiembre de 1994.*
- 2.- *Se incluirán todos los pacientes que son diabéticos y que reconozcan haber abandonado su tratamiento médico de control, por lo menos en una ocasión .*
- 3.- *Se incluirán a todos los pacientes que en una ocasión hayan abandonado su tratamiento médico y que acepten cooperar para esta investigación .*
- 4.- *Se incluirán a todos los pacientes diabéticos , que acudan a la consulta por otro motivo, y que hayan abandonado su tratamiento médico de control de diabetes mellitus ; por sentirse "Ya curados"*
- 5.- *Se incluirán los pacientes diabéticos que sigan un control con medicamentos naturistas u otro tipo .*

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- *Se excluyen todos los pacientes que no tengan diagnóstico de diabetes mellitus.*
- 2.- *Se excluye a todos los pacientes que nunca han abandonado su tratamiento médico de control.*
- 3.- *Se excluye a los pacientes que refieren haber "olvidado" tomar una sola dosis de su medicamento, pero sin abandonar su tratamiento.*

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- 1.- *Se eliminan todos los pacientes que acuden a la clínica por tratamiento de control y que al ser detectados no acepten contestar la encuesta.*
- 2.- *Se elimina a todos aquellos pacientes que no acepten cooperar para este estudio.*
- 3.- *Se elimina a todos los pacientes que ignoraban ser portadores de diabetes mellitus y que al ser detectados, se les inicia su tratamiento médico de control.*

RECURSOS.

El estudio de investigación se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Jojutla, Mor.

RECURSOS MATERIALES:

Una clínica de Medicina Familiar.

Expedientes clínicos de los pacientes existentes en el archivo.

Cédula de selección de pacientes diabéticos que han abandonado su tratamiento de control por lo menos en una ocasión.

Cédula de detección de causas referidas por los pacientes diabéticos como motivo de abandono del tratamiento de control.

Laboratorio clínico subrogado, para muestras de control cuando sea necesario.

RECURSOS HUMANOS :

Un medico general.

Una enfermera general.

Derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Jojutla.

ECONOMICOS:

No se incluyen costos económicos ya que el estudio se realizará en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Jojutla, lo cual no implica desembolsos económicos; ya que se realizará con los pacientes que acudan a la consulta normal, del 1 de Abril de 1994 al 30 de Septiembre de 1994.

FALLA DE ORIGEN

VARIABLES.

Se analizarán todas las respuestas positivas o negativas a la cédula de detección de causas de abandono del tratamiento médico de control de la diabetes mellitus. (Anexo 2).

- 1.- ¿ Ha interrumpido en alguna ocasión el tratamiento médico indicado ?
- 2.- ¿ Ha sido por falta de mejoría ?
- 3.- ¿ Ha sido por disminución de sus molestias ?
- 4.- ¿ Ha sido por alguna complicación con el medicamento ?
- 5.- ¿ Ha sido por falta de orientación médica respecto a su padecimiento ?
- 6.- ¿ Ha sido por lo ilegible de las indicaciones en la receta ?
- 7.- ¿ Ha sido por influencia de alguna persona ?
- 8.- ¿ Que tipo de persona, familiar, amigo, vecino, etc. ?
- 9.- ¿ Ha sido por falta de medicamento en la farmacia de esta unidad ?
- 10 ¿ Ha sido por problemas para justificar su asistencia en su centro de trabajo ?
- 11.- ¿ Que grado de escolaridad tiene usted ?
- 12.- MENCIONE SI EXISTE OTRO MOTIVO NO CONSIDERADO EN ESTA ENCUESTA :

FALLA DE ORIGEN

ENERO 1994 - a - NOVIEMBRE 1994

| ACTIVIDAD | ENERO | FEBRE-RO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEP-TIEM-BRE. | OCTÜ-BRE | NO-VIEM-BRE |
|-------------------------------------|-------|----------|-------|-------|------|-------|-------|--------|---------------|----------|-------------|
| 1.- TEMA DE LA INVESTIGACION | X | | | | | | | | | | |
| 2.- PROTOCOLO | | X | X | X | | | | | | | |
| 3.-ELABORACION DE INSTRUMENTOS | | | X | | | | | | | | |
| 4.-EJECUCION. RECOLECTAR LOS DATOS. | | | | X | X | X | X | X | X | | |
| 5.- PROCESAR LOS DATOS | | | | | | | | | | X | |
| 6.- ANALISIS Y DISCUSION. | | | | | | | | | | X | |
| 7.- INFORME FINAL DE RESULTADOS | | | | | | | | | | | X |

C R O N O G R A M A D E A C T I V I D A D E S

FALLA DE ORIGEN

- ANEXO 1 -

ENTREVISTA REALIZADA A 50 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN JOJUTLA, MOR.

1.- ¿ Desde cuando es usted Diabético ?

2.- ¿ Ha interrumpido en alguna ocasión el tratamiento médico indicado ?

si () no ()

3.- ¿ Recuerda el motivo o motivos por el cual interrumpió el tratamiento ?

si () no ()

4.- Si los recuerda por favor menciónelos ó escríbalos. (si no sabe escribir, menciónelos para que yo los anote).

- ANEXO 2 -.

ENTREVISTA REALIZADA A 22 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS QUE ACEPTARON HABER SUSPENDIDO SU TRATAMIENTO MEDICO POR LO MENOS EN UNA OCASION.

1.- ¿ Ha interrumpido en alguna ocasión el tratamiento médico indicado ?

si () no ()

2.- ¿ Ha sido por falta de mejoría ?

si () no ()

3.- ¿ Ha sido por disminución de sus molestias ?

si () no ()

4.- ¿ Ha sido por alguna complicación con el medicamento ?

si () no ()

5.- ¿ Ha sido por falta de orientación médica respecto a su padecimiento ?

si () no ()

6.- ¿ Ha sido por lo ilegible de las indicaciones en la receta ?

si () no ()

7.- ¿ Ha sido por influencia de alguna persona ?

si () no ()

8.- ¿ Que tipo de personas, familiar, amigo, vecino, etc. ?

9.- ¿ Ha sido por falta de medicamento en la farmacia de ésta unidad ?

si () no ()

10.- ¿ Ha sido por problemas para justificar su asistencia en su centro de trabajo ?

si () no ()

11.- ¿ Que grado de escolaridad tiene usted ?

FALLA DE ORIGEN

12.- MENCIONE SI EXISTE OTRO MOTIVO NO CONSIDERADO EN ESTA ENCUESTA :

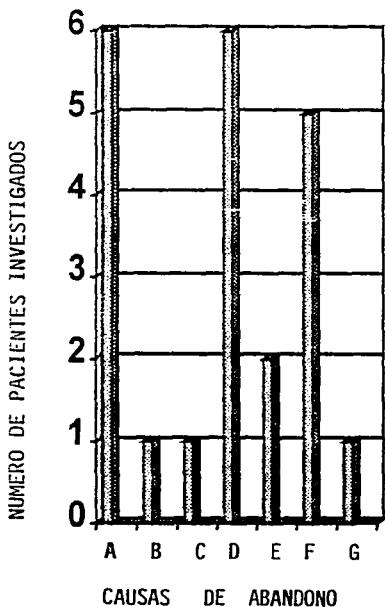
RESULTADOS :

Las causas notificadas por suspender el tratamiento por el enfermo se mencionan en el cuadro No 1 .

CUADRO 1

| CAUSAS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS. | | |
|--|-----------------|------------|
| CAUSAS DEL ABANDONO | No DE PACIENTES | POR CIENTO |
| 1.- DISMINUCION DE LA SINTOMATOLOGIA. | 6 | 12 % |
| 2.- INFLUENCIA DE OTRAS PERSONAS . | 1 | 2 % |
| 3.- FALTA DE ORIENTACION MEDICA . | 1 | 2 % |
| 4.- SUSTITUIR POR TERAPEUTICA NATURISTA | 6 | 12 % |
| 5.- FALTA DE MEDICAMENTO EN LA FARMACIA DE LA | 2 | 4 % |
| 6.- POR DESIDIA . | 5 | 10 % |
| 7.- POR CAMBIO DE DOMICILIO . | 1 | 2 % |
| TOTALES : | <u>22</u> | 44 % |

CAUSAS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO MEDICO DE CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS, EN 22 PACIENTES .



- A) DISMINUCION DE LA SINTOMATOLOGIA . (6)
- B) INFLUENCIA DE OTRAS PERSONAS (1)
- C) FALTA DE ORIENTACION MEDICA. (1)
- D) SUSTITUCION POR TERAPEUTICA NATURISTA . (6)
- E) FALTA DE MEDICAMENTO EN LA FARMACIA DE LA UMF. (2)
- F) POR DESIDIA. (5)
- G) POR CAMBIO DE DOMICILIO (1)

* TOTAL 22 PACIENTES

→ = UN PACIENTE

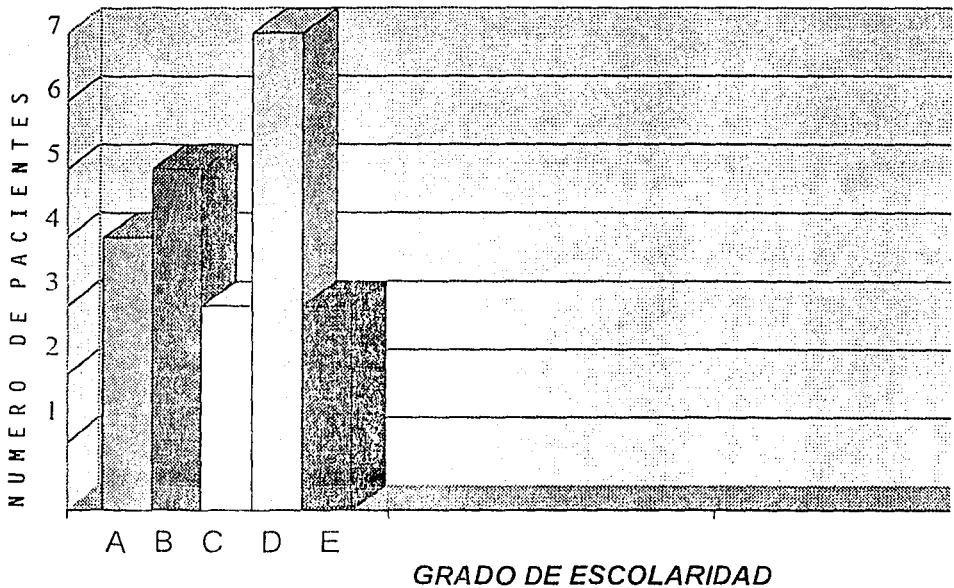
GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS QUE ABANDONARON SU TRATAMIENTO MEDICO POR LO MENOS EN UNA OCASION .

CUADRO 2.

| GRADO DE ESCOLARIDAD . | Nº DE PACIENTES | POR CIENTO. |
|-------------------------------------|-----------------|-------------|
| 1.- LICENCIATURA O EQUIVALENTE | 4 | 8 % |
| 2.- BACHILLERATO O EQUIVALENTE. | 5 | 10 % |
| 3.- SECUNDARIA O EQUIVALENTE . | 3 | 6 % |
| 4.- PRIMARIA Y PRIMARIA INCOMPLETA. | 7 | 14 % |
| 5.- ANALFABETAS . | 3 | 6 % |
| TOTALES : | 22 | 44% |

FALLA DE ORIGEN

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS QUE ABANDONARON SU TRATAMIENTO MEDICO DE CONTROL POR LO MENOS EN UNA OCASION .



- A) .- LICENCIATURA O EQUIVALENTE . (4)
- B) .- BACHILLERATO O EQUIVALENTE . (5)
- C) .- SECUNDARIA O EQUIVALENTE . (3)
- D) .- PRIMARIA Y PRIMARIA INCOMPLETA . (7)
- E) .- ANALFABETAS . (3)

TOTAL= 22 PACIENTES ——— = UN PACIENTE

FALLA DE ORIGEN

FALLA DE ORIGEN

DISCUSION.

En la investigación practicada a 50 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, se encontró que 28 pacientes equivalente al 56% negaron haber abandonado el tratamiento médico de control. En tanto que 22 pacientes equivalente al 44% aceptaron haber abandonado su tratamiento médico de control por lo menos en una ó más ocasiones. Estos veintidos pacientes reportaron siete causas por las que abandonaron su tratamiento médico : 1.- Por disminución de la sintomatología 2.- Por influencia de otras personas 3.- Falta de orientación médica 4.- Sustituir por terapéutica naturista 5.- Falta de medicamento en la farmacia de la Unidad de Medicina Familiar 6.- Por desidia 7.- Por cambio de domicilio.

De todas éstas causas las más frecuentes fueron tres .

1.- Por disminución de la sintomatología, notificada por 6 pacientes equivalente al 12% del total. Aquí los pacientes en la entrevista personal nos indicaron que al sentirse bien, consideraron que podían descansar del tratamiento médico de control, ya que no tenían ninguna sintomatología. Pero al poco tiempo de haber abandonado su tratamiento comenzaron a sentir molestias igual que al inicio de su enfermedad, por lo que; inmediatamente reiniciaron su tratamiento.

2.- Sustituir por terapéutica naturista, notificada por 6 pacientes equivalente al 12% del total. Los pacientes nos comunicaron que por tener notificaciones por medio de libros y revistas, así como la prensa, radio y televisión, del avance de la Medicina Naturista, optaron por cambiar su tratamiento médico de control por un medicamento naturista. Refiriendo que por un tiempo no especificado y variable en cada paciente, se sintieron muy bien, pero posteriormente comenzaron a presentar molestias compatibles con los síntomas de la enfermedad, acudiendo a su

médico, el cual les diagnosticó Diabetes Mellitus Descompensada, por lo que tuvieron que reiniciar su tratamiento médico de control inicial.

3.- Por DESIDIA. Cinco pacientes aceptaron haber suspendido el tratamiento médico sin causa justificada, es decir; por desidia. Refieren que les daba pereza acudir al servicio aún cuando tenían tiempo para hacerlo, incluso algunos refieren haber suspendido el tratamiento teniendo medicamento en su casa, y que sin saber por qué, no se tomaban su medicamento, es decir únicamente por no querer. También refieren que en cuanto presentaron síntomas de la descompensación de la enfermedad acudieron nuevamente al servicio. Incluso algunos presentaron complicaciones que ameritaron su hospitalización.

Las otras cuatro causas que notificaron los pacientes que fueron motivo de abandonar el tratamiento médico de control son las siguientes:

1.- Falta de medicamento en la Unidad de Medicina Familiar de Jojutla. Únicamente dos pacientes aceptaron haber suspendido su tratamiento médico de control por falta de medicamento en la farmacia de ésta unidad, es decir; se les elabora una receta por medicamento para ser surtida en la farmacia del ISSSTE en Cuernavaca, Mor; indicando los pacientes que no tenían dinero para trasladarse a la Ciudad de Cuernavaca por lo que preferían suspender el tratamiento, hasta que hubiera medicamento en ésta unidad.

2.- Influencia de otras personas. Un solo paciente aceptó que suspendió el tratamiento por influencia de otras personas, las cuales le dijeron que nunca se curaría, que no le convenía guardar su dieta, que mejor tomara vino hasta emborracharse y que de algo tenía que morir. También éste paciente refiere que tuvo complicaciones que ameritaron su atención en Urgencias y que tuvo que ser hospitalizado.

3.- Por cambio de domicilio. También únicamente un paciente refiere que suspendió su tratamiento médico de control al tener que cambiar su lugar de residencia de un estado a otro, lo que le produjo elevación de su

glicemia en un análisis de control practicado en laboratorio particular, por lo que incluso compró su medicamento en una farmacia particular y reinició su tratamiento antes de acudir a su nueva clínica para continuar su control.

4.- Falta de orientación médica. Un solo paciente notificó haber abandonado su tratamiento de control porque su médico no le indicó que tenía que seguir su dieta y su tratamiento de control no debería suspenderlo, nunca le indicó que corría el riesgo de sufrir complicaciones al abandonar su tratamiento, es más nunca le indicó que su enfermedad la tendría toda la vida, por lo cual nunca debería suspender su tratamiento de control. Al tener sintomatología de la descompensación nuevamente acudió a consulta, refiriendo que el médico se disculpó por no haberle dado indicaciones precisas de su enfermedad.

INVESTIGACION DEL GRADO DE ESCOLARIDAD.

Al investigar el grado de escolaridad de los pacientes que abandonaron su tratamiento médico de control de la Diabetes Mellitus, se encontraron resultados muy interesantes, ya que lo mismo abandonaron el tratamiento pacientes con educación media y media superior, que pacientes con educación Primaria, con primaria incompleta y analfabetas casi en el mismo porcentaje. 18 % con educación media superior y superior, contra 20% con primaria, primaria incompleta y analfabetas. Ahora, si consideramos la educación secundaria (no se pudo investigar si estaba terminada o incompleta) como educación media, la balanza se inclinaria hacia un mayor porcentaje de pacientes que abandonaron su tratamiento entre los que tienen un grado académico aceptable : 24% contra 20%. Aún cuando parece increíble y contra toda lógica, en el ejercicio de mi profesión, he comprobado que las personas con un grado académico aceptable, son fácilmente sugestionables, y aceptan fácilmente los tratamientos naturistas, las "limpias" y otras charlatanerías.

Si analizamos los porcentajes encontramos que las personas con educación primaria y primaria incompleta que aceptaron haber abandonado su tratamiento de control fueron 7, lo que equivale al 14% del total. Las que le siguieron en frecuencia fueron las personas con bachillerato o equivalente con 5 personas, lo cual es igual al 10% del total.

Las personas que abandonaron su tratamiento médico de control, que tenían Licenciatura ó equivalente (Normal Superior) fueron 4 pacientes igual al 8% del total. Las personas con secundaria ó equivalente fueron 3 pacientes lo que equivale al 6% del total. Finalmente, las personas analfabetas fueron únicamente 3 pacientes lo que es igual al 6% del total del grupo estudiado que abandonaron su tratamiento médico de control.

Es importante hacer notar que los pacientes que acuden al ISSSTE pertenecen a la clase burócrata, o sea que existen personas con un grado académico aceptable, y muy pocos analfabetas.

CONCLUSIONES.

FALLA DE ORIGEN

Nuestra investigación nos mostró datos de sumo interés, entre los que encontramos cómo causas más frecuentes de abandono de tratamiento médico de control de la diabetes mellitus la disminución de la sintomatología, la sustitución por terapéutica naturista y la desidia.

Considero que la educación del paciente diabético es el elemento más importante y efectivo para evitar el abandono de tratamiento por éstas tres causas, ya que si convencemos al paciente, de que; la disminución de la sintomatología es un dato de mejoría pero que de ninguna manera tiene curación total, ya que la diabetes es una enfermedad de control durante toda su vida, y el abandono del tratamiento puede ocasionar complicaciones muy graves para su salud.

La sustitución por terapéutica naturista (Nopal, Huizache, Sábila) no ha sido estudiada adecuadamente, y en caso de practicarla debe efectuarse análisis de control todos los días, para detectar a tiempo una descompensación que complique su estado de salud, por lo que la comprensión de su enfermedad evitará la sustitución de la terapéutica alópata.

La desidia es un factor frecuente en el paciente diabético, eduquemos pues a nuestro paciente, para que comprenda que una conducta desidiosa complicará siempre su estado de salud.

Cómo médicos, debemos tener conciencia; que debemos dedicar un tiempo adecuado a cada paciente, eduquémonos, para que interroguemos adecuadamente y examinemos adecuadamente a nuestro paciente. Diez minutos de nuestro tiempo pueden evitar complicaciones a nuestros pacientes, e incluso salvar su vida conservando su estado de salud.

¿ A que pacientes debemos educar ? A todos. La investigación nos muestra que lo mismo abandonan el tratamiento las personas con grado

académico elevado, con educación media y superior, que los pacientes analfabetas o con educación primaria.

Por todo lo anterior concluimos que para evitar que el paciente abandone su tratamiento médico de control de la Diabetes Mellitus debemos practicar lo siguiente :

1.- CONCIENTIZACION DEL MEDICO GENERAL, FAMILIAR O INTERNISTA; PARA EXAMINAR EN FORMA METODICA Y ADECUADA A SU PACIENTE.

2.- CONCIENTIZAR A NUESTRO PACIENTE DE QUE DEBE AMARSE A SI MISMO, LUCHANDO POR CONSERVAR SU SALUD.

3.- EDUCAR A NUESTRO PACIENTE SIN IMPORTAR SU GRADO ACADEMICO DE ESCOLARIDAD, SU CULTURA Y SU CONDICION SOCIAL. YA QUE SEGUN MUESTRA LA INVESTIGACION REALIZADA, CUALQUIER PACIENTE ES SUSCEPTIBLE DE ABANDONAR EL TRATAMIENTO DE CONTROL.

4.- IMPARTIR CONFERENCIAS, O SIMPLEMENTE PLATICAS A NUESTROS PACIENTES, SOBRE LA ETIOLOGIA Y CONTROL DE SU ENFERMEDAD.

5.- EDUCAR A LA FAMILIA DEL PACIENTE PARA QUE AYUDE A QUE NO ABANDONE SU TRATAMIENTO DE CONTROL.

6.- CREAR UN REGISTRO DE TODOS NUESTROS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS PARA CONTROLAR SU ASISTENCIA A NUESTRAS CITAS, PARA CUANDO NO ASISTA EL PACIENTE VISITARLO INMEDIATAMENTE EN SU DOMICILIO POR MEDIO DEL

TRABAJO SOCIAL, O POR MEDIO DE UNA LLAMADA TELEFONICA SI ES POSIBLE.

7.- UTILIZAR LA EXPERIENCIA DE GRUPOS DE ALCOHOLICOS ANONIMOS Y FORMAR GRUPOS DE DIABETICOS ANONIMOS, PARA QUE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO AYUDE A NUESTROS PACIENTES PARA CONSERVAR SU SALUD.

8.- CONTINUAR CON LAS CAMPAÑAS DE DETECCION DE DIABETES MELLITUS ENTRE TODA LA POBLACION, LO CUAL NOS AYUDA A DETECTAR A PACIENTES NUEVOS Y A PACIENTES QUE HAN ABANDONADO SU TRATAMIENTO MEDIO DE CONTROL.

BIBLIOGRAFIA

1.- Lawrence M. Tierney, Jr. *DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO. Manual Moderno. 29a. edición. 1994. p.p. 967-990*

2.- Isabel de la A. Valdez- Figueroa M.E.S. *INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO TIPO II. Salud Pública de México. 1993; 35: p.p. 464-470.*

3.- Laura Diaz- Nietol, Galán Cuevas, Fernández- Pardo G. *GRUPO DE AUTOCUIDADO DE DIABETES MELLITUS TIPO II, Salud Pública de México 1993; 35: p.p. 169-176*

4.- Stephanie A AMIEL. *DIABETIC CONTROL AND COMPLICATIONS BMJ. London. Octubre 1993; 307: p.p. 881-882.*

5.- Mike Pringle, Carol Stewart-Evans, Carol Cowpland. *Influences on control in diabetes mellitus: patient, doctor, practice, or delivery of care ? . BMJL London March 1993; 306 : p.p. 306, 630-634.*

6.- Aquiles Ayala. *Director de investigación y enseñanza Nuevo Hospital Juárez de México, s.s. México D.F. DIABETES MELLITUS Y CIRUGIA.- revista IMSS. "practica diaria". p.p. 29-165*

FALLA DE ORIGEN

7.- Alberto C. Frati Munari, Fernando A. Reyes Marin, C. Raúl Ariza Andraca, Manuel Bañales HAM. Departamento de medicina interna del hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza IMSS. EFICACIA DE LA COMBINACION INSULINA-GLIBENCLAMIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II.- Revista IMSS- " practica diaria" 27 de Marzo de 1992. Rev. Med. IMSS. 1992. p.p. 30-269.

8.- Grupo de Estudios sobre Diabetes Mellitus. IMSS. LOS ANTIHIPERTENSIVOS EN LA DIABETES MELLITUS. ESTADO ACTUAL. Revista IMSS. Artículos Editoriales. Septiembre de 1992. p.p. 30-247.

9.- Maria Antonieta Rivera Rueda, Antonio Barranco Jaubert, Laura Mas- Muñoz, Arturo Cardona Pérez , Enrique Udaeta Mora. División de Neonatología, Departamento de Endocrinología, Instituto Nacional de Perinatología, México D.F. México. HIJO DE MADRE DIABETICA INSULINO DEPENDIENTE. REPERCUSIONES NEONATALES. Volumen medico hospital infantil de México. Volumen 50- Número 5 de Mayo de 1993.

10.- Grupo de estudios sobre Diabetes Mellitus. IMSS. DIABETES Y EMBARAZO. IMPORTANCIA DIAGNOSTICA. Revista Medica IMSS. (Méx) 1992. p.p. 30-35. Practica Diaria.

11.- J. Alberto Carrillo Rojas, Alberto Frati Munari Y manuel Bañales Ham. Departamento de medicina Interna del Hospital de

especialidades del centro médico la Raza IMSS. EFECTO DEL NAPROXEN Y DE LA INDOMETACINA EN LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA. *Rev. Méd. IMSS (Méx) 1990. p.p. 28-243*

12.- Arturo Zárte, Salvador Villalpando. Unidad de investigación de Endocrinología IMSS. MEX. LA UTILIDAD DIAGNOSTICA DE LA PRUEBA ORAL DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA. *Rev. Méd. IMSS (Méx) 1988. p.p. 26-325. Practica Diaria.*

13.- Jorge Manuel Corral Valles, Manuel Gómez Gómez. Dpto. Neonatología, Centro Médico la Raza IMSS. MEX. RECIEN NACIDO DE MADRE DIABETICA. *Boletin Méd. Hosp. Infantil Méx. Volumen 48 Número 2. Febrero 1991.*

14.- Yudkin-JS. HOW CAN WE BEST PROLOG LIFE? BENEFITS OF CORONARY RISK FACTOR REDUCCTION IN NON-DIABETIC AND DIABETIC SUBJETS. *BMJ. 1993 May -15: 306 (6888): 1313-8.*

15.- Provoski-SP, Fenoglio-Preiser-CM, Sayers-HJ, Mc Cullough-PJ; Zhou-W, Bell-RH Jr. EFFECT OF STREPTOZOTOCIN DIABETES ON DEVELOPMENT OF NITROSAMINE- INDUCED PANCREATIC CARCINOMA WHEN DIABETES INDUCCTION OCCURS AFTER NITROSAMINE EXPOSURE. *Carcinogenesis. 1993 May: 14(5): 961-7*

FALLA DE ORIGEN

16.-Woerner-MG, Saltz-BI; Kane-JM, Liberman- JA, Alvir-
JM.DIABETES AND DEVELOPMENT OF TARDIVE
DYSKINESIA. *Am-J-Psychiatry*. 1993 Jun; 150 (6): 966-8.

17.- Aucott-JN; Cooper-GS; Bloom-AD; Aron-DC.MANAGEMENT
OF GALLSTONES IN DIABETIC PATIENTS., *Arch-Intern-Med*.
1993 May 10; 153(9): 1053-8.

18.- Weidmann-P; Boehelen-LM, de-Courten-M. PATHOGENESIS
AND TREATMENT OF HYPERTENSION ASSOCIATED WITH
DIABETES MELLITUS. *Am-Heart-J*.1993 May; 125 (5Pt 2):
1498-513.

19.- Mongensen-CE, Damsgaard-EM; Froland-A; Nielsen-S, define
Olivarius-N, Schmitz-A.MICROALBUMINURIA IN NON-INSULIN-
DEPENDENT DIABETES. *Clin-Nephrol*. 1992; 38 Suppl 1: s28-
39.

20.- Cecil.Loeb. Beeson Mc Dermott. TRATADO DE MEDICINA
INTERNA. Editorial Interamericana. Decimotercera edición. Tomo
II. p.p.1:715-1736.

21.- James S: Bonner.Jo Jaeger Bonner. MANUAL PRACTICO
DE NEUROLOGIA. Segunda edición Editorial Mosby-year Book.
Wolfe Publishing. 1992. p.p. 253-254.

FALLA DE ORIGEN

22.- Stanley G. Clayton. John R. Newton. *MANUAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA*. Editorial. Manual Moderno. 11a. edición 1991. p.p. 84-85.

23.- Emil A. Tanagho Jack W. Mc Aninch. *UROLOGIA GENERAL DE SMITH*. 9a. edición. Editorial Manual Moderno. 1989. p.p. 440-447-482-468-609.

24.- José Baez Villaseñor. Jose Luis Bravo. *TEMAS PARA EL EXAMEN PROFESIONAL DEL MEDICO CIRUJANO*. De. Mendez Oteo. p.p. 291- 355.

25.- Juan Carlos Sienra Pérez del Inst. Nal. Cardiología "Ignacio Chávez". Guillermo Cardoso Saldaña Del Inst. Nal. Cardiología "Ignacio Chávez". Departamento de Endocrinología. *DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTE E HIPERLIPOPROTEINEMIA EN PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA*. Arch. Inst. Cardiol. Méx. Vol.59 p.p. 35-42. 1989.

26.- Raymond-NR; D8 Eramo Melkus-C. *NON. INSULIN-DEPENDENT DIABETES AND OBESITY IN THE BLACK AND HISPANIC POPULATION: CULTURALLY SENSITIVE MANAGEMENT*. Diabetes-Educ. 1993 Jul- Aug; 19(4); 313-7.

27.- Franck-HJ; Levin -ER; HU-RM; Pedram-A. *INSULIN STIMULATES ENDOTHELIN BIRDING AND ACTION ON CULTURED VASCULAR SMOOTH MUSCLE CELLS*. Endocrinology. 1993 Sep; 133(3): 1092-7.

28.- Ferguson-R; Morrissey-E. RISK FACTORS FOR END-STAGE RENAL DISEASE AMONG MINORITIES. *Transplant-proc.* 1993 Aug; 25(4) 2415-20-

29.- Eggertsen-R; Kalm-H; Blohme-G. THE VALUE OF SCREENING FOR RETINOPATHY AND MICROALBUMINURIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES IN PRIMARY HEALTH CARE. *Scand-J-Prim-Health-Care.* 1993 Jun; 11 (2): 135-40.

30.- Burchfiel-CM; Reed-DM; Marcus- EB; Strong, Hayashhi-T. ASSOCIATION OF DIABETES "MELLITUS WITH CORONARY ATHEROSCLEROSIS AND MYICARDIAL LESIONS. AN AUTOPSY STUDY FROM THE HONOLULU HEARTH PROGRAM. *Am-J-Epidemiol.* 1993 jun 15; 137 (12): 1328-40.

31.- Mulec-H; Johnsen- SA; Wiklund- O; Bjorck-S. CHOLESTEROL: A RENAL RISK FACTOR IN DIABETIC NEPHROPATHY?. *Am-j-Kidney-Dis.* 1993 Jul; 22(1): p.p. 196-201.

32.- Walker-WG. HYPERTENSION-RELATED RENAL INJURY: A MAJOR CONTRIBUTOR TO-END-STAGE RENAL DISEASE. *am-J-Kidney-Dis.* 1993 Jul; 22(1) 164-73.

33.- Jeste-DV; Caligiuri-MP. TARDIVE DYSKINESIA. *Jeste-DV; Caligiuri-MP.*

FALLA DE ORIGEN

34.- Borch-Johnsen-K. EPIDEMIOLOGY OF MICROANGIOPATHY
IN TYPE I DIABETES MELLITUS. A REVIEW. DIABETE-
mETAB. 1993; 19(1 pt 2): 133-7.

FALLA DE ORIGEN