



11226
5
71.

**Universidad
Nacional Autónoma de México**

CHGZcMF No. 11 Xalapa, Ver.

“ Prevalencia de Descompensación
de Diabetes Mellitus en la
CHGZMF No. 11 del
IMSS. 1984 ”.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL POST-GRADO DE:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dr. Martín Altamirano Quiroz

XALAPA, VER.

1997

~~IMSS~~

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

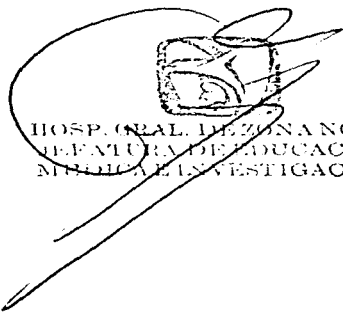
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION



HOSP. GRAL. LEZONA NO. 11
DEFATURA DE EDUCACION
MEDICA E INVESTIGACION

"PREVALENCIA DE DESCOMPENSACION DE

DIABETES MELLITUS EN LA CIGZMF No. .

11 DEL IMSS EN 1984. "

ASESOR:

DR. JOSE GARCIA LOPEZ

INDICE

I.- INTRODUCCION

II.- MATERIAL Y METODO

III.- RESULTADOS

IV.- CUADROS Y GRAFICAS

V.- CONCLUSIONES

VI.- BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

Al revisar la literatura mundial encontramos que la prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) es muy variada en diversos lugares del mundo y grupos étnicos como los indios Pima de Arizona cuya prevalencia reportada es de un 44% y en los esquimales de Alaska es de 0.03%. En Asia se han encontrado frecuencias que varían del 3.2% al 3.5%. En Hiroshima Japón la frecuencia es del 3.02%. En Pakistán Oriental es del 1.5%; en Ceilán del 3% y en Israel del 2%. En Italia la prevalencia es del 1.12%. En varios departamentos Franceses la prevalencia reportada oscila entre el 5 al 10.9% (3). El Departamento de Salud Pública de los E.U.A. estima que hay alrededor de 4.2 a 5 millones de diabéticos en ese país, 1.3 diabéticos por cada 1000 personas hasta la edad de 17 años; 17 entre las edades de 25 y 44 años; 43 en el grupo de edad entre los 45 y 64 años (4,5). En Latinoamérica las prevalencias más relevantes las encontramos en Venezuela con 7%, Uruguay con 6.9%. En Santiago de Chile se realizó en 1979 una encuesta de Prevalencia de DM según normas generales del plan Latinoamericano de Diabetes con el fin ulterior de comparar los resultados con el resto de países de América Latina encontrándose una prevalencia global de 6.5% de DM. En América Central las tasas oscilan entre el 4.1 al 5.3% (1,6).

En relación estadísticas nacionales de México, es importante mencionar las efectuadas por el IMSS; en 1980 la prevalencia de DM fue del 2.9% y en 1981 de 3.2%. En el estado de Veracruz en 1980 la

prevalencia promedio fue del 5.4% en la Delegación Veracruz Norte y Sur y en 1981 de 5.3%. En la Delegación Veracruz Norte del IMSS en 1980 la DM ocupó el 6o. lugar como causa de atención en la consulta externa y en 1981 el 7o. lugar (7,8,9,10), en 1983 el 6o. y el 3er. lugar como causa de mortalidad con 77 casos (12). En la clínica No. 11 del IMSS en 1983 la DM ocupó el 5o. lugar como causa de atención en la consulta externa y fué la primera causa de mortalidad con un total de 44 defunciones en el año (13).

En relación a las causas de descompensación del paciente diabético se incluyen según un estudio efectuado en la Ciudad de México en el año de 1975 y que concluyó en 1979 en el departamento de Endocrinología del Hospital Infantil de México; las infecciones ocuparon la primera causa de descompensación de la DM siguen de progresivamente la dieta inadecuada, factores desconocidos, inadecuado control medicamentoso, politraumatismos, stress por crisis del diario vivir y finalmente cirugía (14).

Probablemente no exista otra enfermedad en la historia de la Medicina que se haya estudiado tanto y continúe originando tantas controversias como la DM. Constituye un problema de Salud Pública por el gran número de enfermos que la padecen, su carácter crónico incurable de difícil control e incapacitante. Se le ha considerado como una entidad nosológica individual comprendiendo aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. Referirnos a DM no implica forzosamente hablar de diagnóstico y tratamiento, sino que en un plano de igual importancia podemos referirnos a la mitiga-

Omisión de factores que pueden propiciar la descompensación de la DM, ya sean factores familiares, psicosociales etc.

La DM descompensada como causa de atención en el servicio de urgencias es frecuente y el médico especialista en Medicina Familiar le interesa determinar los factores de riesgo de descompensación para proporcionar una atención integral al enfermo y su núcleo familiar.

El objetivo del presente trabajo es describir la frecuencia y asociación con algunos factores causales de descompensación de DM en el servicio de Urgencias en la clínica No. 11 del IMSS en Xalapa, Ver., mediante el estudio integral de todo paciente diabético descompensado que acuda a dicho servicio.

MATERIAL Y METODO

Se estudió a todo paciente con diabetes mellitus (DM) descompensada que acudió al servicio de urgencias de la clínica no. 11 del IMSS en la ciudad de Xalapa, Veracruz de julio a diciembre de 1984. Dichos pacientes reunieron los siguientes requisitos; cuadro clínico de DM descompensada comprobada por hiperglicemia o datos de cetoacidosis diabética, así como pacientes con cuadro de hipoglicemia confirmada por laboratorio.

Una vez que se atendió al cuadro agudo de descompensación se procedió al llenado de un cuestionario mediante interrogatorio directo o indirecto según el caso por el residente de Medicina Familiar que se encontraba laborando en dicho servicio de urgencias. El universo de trabajo constó de 40 pacientes; las variables que estudiaron y registraron en el cuestionario de investigación fueron; ficha de identificación, factores causales de descompensación como presencia de infecciones, transgresiones dietéticas, omisión o sobredosis de insulina o hipoglicemiantes orales, traumatismo quirúrgico reciente o crisis familiares como causas de descompensación, aspectos familiares como tipo de familia, fase familiar, estructura y funciones familiares, aspectos relacionados con la enfermedad como tipo de DM, antecedentes heredo-familiares.

Se efectuó la representación gráfica a base de barras separadas obteniendo así la frecuencia y asociación con algunos factores causales de descompensación de DM en el servicio de urgencias.

CUESTIONARIO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

**PREVALENCIA DE DECOMPENSACION DE DIABETES MELLITUS EN LA
C-11 DEL INSS.1984.**

I.- FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____ PRSO _____
 NO. DE IDENTIFICACION _____ EMO. CIVIL _____ CLINICA _____
 OCUPACION _____ DOMICILIO _____
 NO. DE INTEGRANTES DEL NUCLEO FAMILIAR: VASC. _____ FEM. _____ TOTAL _____

II.- ASPECTOS FAMILIARES:

TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR _____ EXTENSA _____ COMPLETA _____
 FASE FAMILIAR: MATRIMONIO _____ EXPANSION _____ DIFUSION _____
 INDEPENDENCIA _____ RETIRO _____
 ESTRUCTURA FAMILIAR: INTEGRADA _____ SEMI-INTEGRADA _____ DESINT _____
 FUNCIONES FAM. QUE REQUIEREN ATENCION: SOCIALIZACION _____ CUIDADO _____
 AFECTO _____ REDUCCION _____ ESTATUS _____
 INGRESO ECONOMICO: MENSUAL GLOBAL _____ MENSUAL PERCAPITA _____
 ESCOLARIDAD: DEL PACIENTE _____ DEL CONYUGE _____

III.- FACTORES CAUSALES DE DECOMPENSACION:

A.- INFECCIONES: SI _____ NO _____
 B.- TRANSGRESION DIETETICA: SI _____ NO _____
 C.- OMISION DE MEDICAMENTOS: SI _____ NO _____
 D.- SOBREDOSIS DE MEDICAMENTOS SI _____ NO _____
 E.- TRAUMATISMOS RECIENTES: SI _____ NO _____
 F.- CIRUGIA RECIENTE: SI _____ NO _____
 G.- CRISIS FAMILIAR RECIENTE: SI _____ NO _____
 H.- OTROS FACTORES: SI _____ NO _____

IV.- ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD:

TIPO DE DIABETES _____ TIPO DE EVOLUCION _____
 ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES DE DIABETES: SI _____ NO _____
 OTROS EPISODIOS DE DECOMPENSACION: SI _____ NO _____
 PERTENENCIA A ALGUN GRUPO DE DIABETICOS: SI _____ NO _____
 FECHA DE SU ULTIMA GLICEMIA: _____
 MOTIVO DE INGRESO AL SERVICIO: _____
 EX. DE LAB. EFECTUADOS A SU INGRESO (RESULTADOS): _____
 MANEJO INICIAL DEL CUADRO _____
 OBSERVACIONES _____

RESULTADOS

En el presente trabajo de investigación de prevalencia de descompensación de DM en la CHGZMP No. 11 del IMSS en 1984 en el servicio de urgencias de Xalapa, Ver., comprendido de los meses de julio a diciembre, se atendieron un total de 40 pacientes con DM descompensada comprobada por laboratorio, de los cuales 22 fueron femeninos (55%) y 18 masculinos (45%) (ver cuadro y gráfica No.1).

Las actividades u ocupación de los pacientes fue diversa, por lo que fue necesario englobar en un primer renglón las labores domésticas representando el mayor número con 21 casos (52.5%), siguiendo personal jubilado en un número de 9 casos (22.5%), progresivamente pacientes empleados bien sean federales, estatales o particulares con 5 casos (12.5%) y actividades diversas constituyendo 5 casos (12.5%) (ver cuadro y gráfica No. 2).

En relación a antecedentes heredofamiliares 22 casos de DM descompensada fueron positivos (55%) y el resto negativo (ver cuadro y gráfica no. 3).

En el cuadro No. 4 se anotan los posibles factores causales de descompensación de DM encontrándose que las infecciones ocuparon el primer factor causal con 17 casos lo que equivale a una proporción del 42.5% del total; la dieta inadecuada ocupó el 2o. lugar como posible causa con 9 casos, en 7 casos la omisión de medicamentos y la sobredosis de fármacos en la misma cantidad de casos, los traumatismos y cirugía reciente con un caso cada uno. El stress co

respondió a una proporción del 20% equivalente a 8 casos.

La prevalencia de descompensación de DM según el tipo o clasificación fué el siguiente; el 75% correspondió a DM tipo II NID -- con 30 casos; el 25% al tipo I con 10 casos (ver cuadro No.5).

Atendiendo al tipo de familia a la que pertenecían los pacientes encontramos que a la nuclear pertenecían 18 pacientes y a la extensa en igual número lo que equivale a una proporción de un 90%, a la familia composta pertenecían el restante 10% con 4 casos (ver cuadro y gráfica No. 6).

Del total de casos estudiados el 55% de pacientes se encontraba en la fase familiar de retiro o muerte siguiendo progresivamente la fase de independencia y dispersión. Se encontró un paciente en la fase de patrimonio (ver cuadro y gráfica No. 7).

Por lo que respecta a la estructura familiar el preferido de los pacientes correspondió a la integrada con un 47.5% equivalente a 19 casos, la desintegrada y semi-integrada con 11 y 10 casos respectivamente proporcionando un 27.5% y 25% (ver cuadro no. 8).

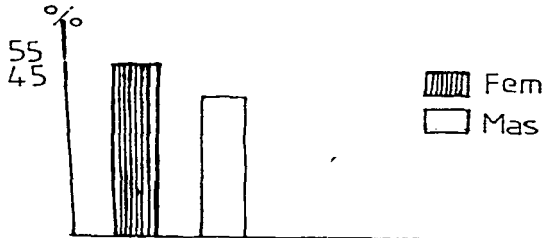
Atendiendo a las funciones familiares básicas que requieren atención encontramos que en 34 pacientes se requiere cuidado y progresivamente afecto, reproducción y socialización (ver cuadro y gráfica no. 9).

Prevalencia de descompensacion
de DM por sexo en el HGZcMF11
XalaPaVer Julio-Dbre 1984

Cuadro 1

SEXO	No DE CASOS	%
Masc.	18	45%
Fem	22	55%
Total	40	100%

Grafica 1



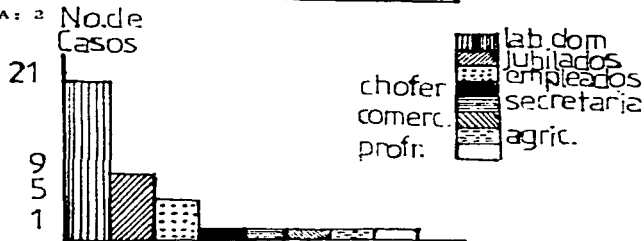
Fuente: formularios

CUADRO: 2

Prevalencia de descompensacion de DM segun actividad en el HGZ c MF 11. Xalapa Ver., Julio-Dubre 1984

Ocupacion	No casos	%
Lab.dom.	21	52.5
Jubilados	9	22.5
Empleado	5	12.5
Chofer	1	2.5
Secretaria	1	2.5
Comercio	1	2.5
Agricult.	1	2.5
Profer.	1	2.5
TOTAL	40	100.

GRAFICA: 2



Fuente: formularios

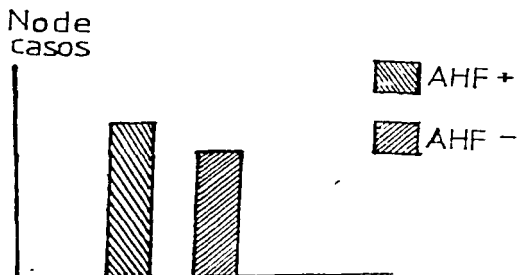
AHF en pacientes con DM descompensada
en el HGZ y MF n.º 11. Xalapa, Ver.

Julio-Dbre. 1983

CUADRO: 3

A H F	Node casos	%
Positivos	22	55
Negativos	18	45
TOTAL	40	100

GRAFICA: 3



Fuente: formularios

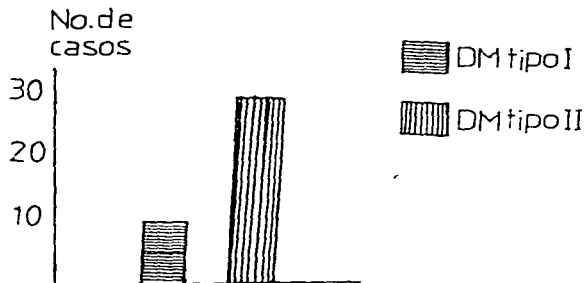
CUADRO: 5

Prevalencia de descompensacion de DM
segun tipo o clasificacion en el HGZ y
MF no 11. Xalapa, Ver., Julio-dbre 1983-84

ESTADO DE GUERRERO
SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y PESQUERÍA
SECRETARÍA DE TURISMO, CULTURA Y FOLKLORE
SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO
SECRETARÍA DE INDUSTRIA Y COMERCIO
SECRETARÍA DE VIVIENDA Y OBRAS PÚBLICAS
SECRETARÍA DE ENERGÍA Y SERVICIOS PÚBLICOS
SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN
SECRETARÍA DE ASISTENCIA SOCIAL
SECRETARÍA DE DEFENSA Y FUERZAS ARMADAS
SECRETARÍA DE INTERIORES
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y FALSA
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y ECONOMÍA
SECRETARÍA DE POLÍTICA Y ADMINISTRACIÓN
SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES
SECRETARÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS
SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE TURISMO, CULTURA Y FOLKLORE
SECRETARÍA DE VIVIENDA Y OBRAS PÚBLICAS
SECRETARÍA DE ENERGÍA Y SERVICIOS PÚBLICOS
SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN
SECRETARÍA DE ASISTENCIA SOCIAL
SECRETARÍA DE DEFENSA Y FUERZAS ARMADAS
SECRETARÍA DE INTERIORES
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y FALSA
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y ECONOMÍA
SECRETARÍA DE POLÍTICA Y ADMINISTRACIÓN
SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES
SECRETARÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS

TIPO DE DIABETES	No. CASOS	%
I ID	10	25
II NID	30	75
TOTAL	40	100

GRAFICA: 5



Fuente: formularios

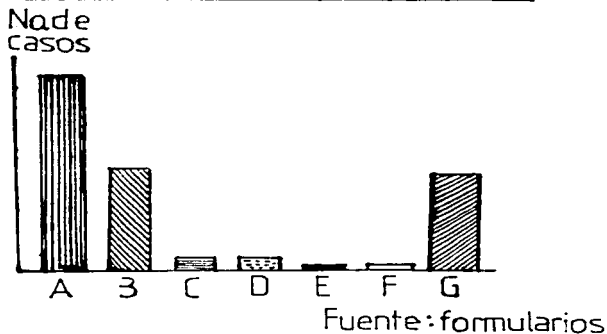
Prevalencia de descompensación de DM y posibles factores causales en el HGZcMF no 11, Xalapa, Ver.

JULIO-DESE 1984

CUADRO No. 4

Posibles factores causales	no de casos	%	
Infecciones	17	42.5	A
Dieta inadecuada	9	22.5	B
Omision de med.	2	5.0	C
Sobredosis de med.	2	5.0	D
Traumatismos	1	2.5	E
Cirugia reciente	1	2.5	F
Stress	3	7.5	G
TOTAL	40	100.0	

GRAFICA No. 4

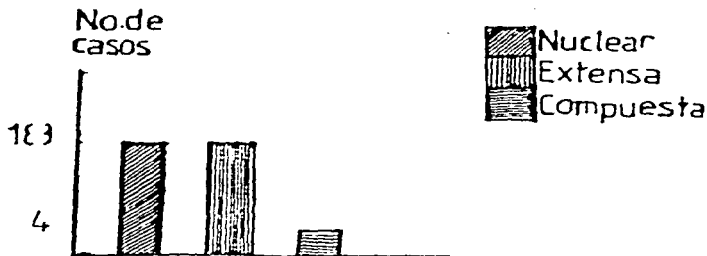


CUADRO: 6

Prevalencia de descompensacion
de DM segun tipo de familia en el
HGZcMF no 11, XalaPaVer.
Julio-Dbre.1983

TIPO DE FAMILIA	No. casos	%
Nuclear	18.3	45.0
Extensa	18.3	45.0
Compuesta	4	10.0
TOTAL	40	100.0

GRAFICA: 6



Fuente: formularios

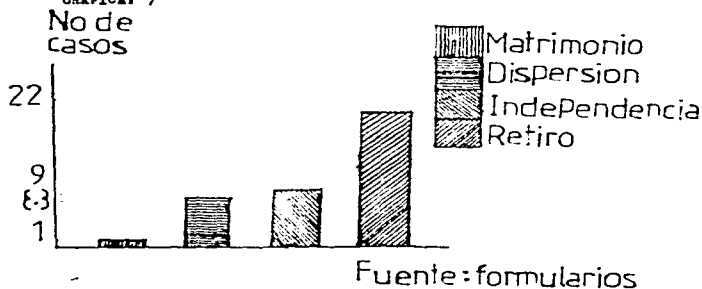
Prevalencia de descompensacion
de DM segun fase familiar en el
HGZcMFno11. Xalapa, Ver.

Julio-Dbre. 1984

CUADRO: 7

FASE FAMILIAR	No. casos	%
Matrimonio	1	2.5
Expansion	0	.0
Dispersion	3	20.0
Independencia	9	22.5
Retiro	22	55.0
TOTAL	40	100.

GRAFICA: 7

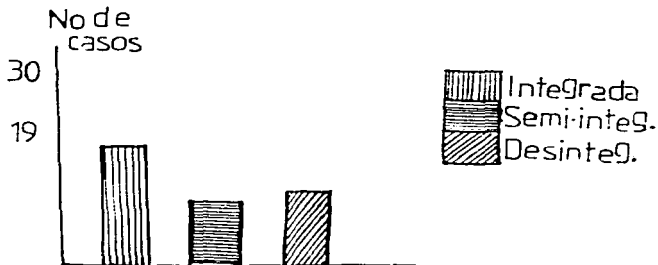


CUADRO: 8

Prevalencia de descompensación de DM según estructura familiar en el HGZCMF no.11 Xalapa, Ver.
Julio-Dbre. 1983-84

Estructura familiar	No. casos	%
Integrada	19	47.5
Semi-integrada	10	25
Desintegrada	11	27.5
TOTAL	40	100.0

GRAFICA: 8



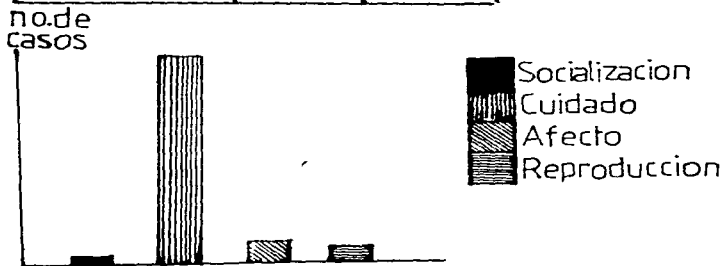
Fuente: formularios

CUADRO: •

Prevalencia de descompensacion de DM atendiendo a las funciones familiares que requieren atencion

Funciones familiares	No. de casos	%
Socializacion	1	3
Cuidado	34	83.5
Afecto	3	7
Reproduccion	2	5
Status	0	0
TOTAL	40	100

GRAFICA: •



CONCLUSIONES

„Tomando en cuenta los antecedentes científicos y los resultados obtenidos en el presente trabajo podemos concluir lo siguiente:

„Se presentaron 40 casos de DM descompensada en el servicio de urgencias en un lapso de 6 meses, lo que nos habla de la importancia de la frecuencia de los mismos, se encontró una incidencia ligeramente mayor en el sexo femenino, constituyendo los antecedentes heredofamiliares sumamente importantes.

„En relación a los factores causales de descompensación de la DM concluimos que las infecciones continúan siendo la primera causa de descompensación, siguiendo en orden de frecuencia la dieta inadecuada, lo que concuerda con lo reportado en la literatura; el stress y las crisis del diario vivir la tercera causa de descompensación como quedo demostrado en el presente trabajo, siendo la omisión de medicamentos, finalmente traumatismos y cirugía reciente.

„La DM tipo II no insulino dependiente continúa siendo la más frecuente en relación a la del tipo I insulino dependiente.

„Atendiendo a aspectos familiares, los pacientes en su mayoría pertenecían a familias nucleares extensas y por su edad se encontraban en la última fase familiar, careciendo de cuidado como función biológica familiar.

-Por todo lo expuesto anteriormente el médico familiar que a todo paciente diabético que está a su cuidado elabore un familiarograma de estudio y ponga especial énfasis a pacientes con características antes mencionadas para disminuir así el índice de descompensación ya que en la realidad se carece de un programa médico-preventivo a este tipo de pacientes con alto riesgo de descompensación", así mismo la relación médico paciente será más adecuada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Hella I., García de los R.W. Prevalencia de la Diabetes Mellitus Boletín de la Ofna. San. Pan. 1983 Feb. (94)2- 157-64 p.
- 2.- Keen H. Jarret, R.J. y Alberti, K.G.W.W. Diabetes Mellitus; a new look at diagnostic criteria. Diabetol 1979 16; 263.
- 3.- Hdez. F.G. Investigación Epidemiológica de la Diabetes Mellitus en la población del IMSS. Tesis Profesional. 1982.
- 4.- Steinke J. y Soelner J.S. Diabetes Mellitus. Medicina Interna. -- Harrison -- col. 5a. edición. La Prensa Médica Mex. México, DF. -- 1982. 678 p.
- 5.- Karam J.H. Diabetes Mellitus. Hipoglicemia y otros trastornos de las lipoproteínas. Diagnóstico clínico y tratamiento. Krupp. W.A. Chatton W.J. 18a. edición. Manual Moderno. México DF. 1981. -- 755 p.
- 6.- Sereyá M. y col. Encuesta de prevalencia de diabetes; metodología y resultados. Bol. Ofna. Sanit. Panam. 1970 86 (4) 293-305p.
- 7.- Boletín Estadístico Anual de Medicina Preventiva. 1980 IMSS. -- 50 p.
- 8.- Boletín Estadístico Anual de Medicina Preventiva. 1981. IMSS 50p.
- 9.- Boletín Estadístico Anual sobre motivos de consulta en población usuaria. IMSS. 1980.
- 10.- Boletín Estadístico Anual del IMSS. Delegación Veracruz Norte. -- 1981. Departamento de Análisis y Control de la Operación.
- 11.- Dorantes A.L. Aljuria M.L. Barinas M. Cetoacidosis Diabética; -- Experiencia del hospital y nuevo protocolo de tratamiento. Bol Méd Hosp Infant Mx 19 (10) oct. 1982. 685-91 p.
- 12.- Principales motivos de consulta externa y mortalidad hospitalaria en la Delegación Veracruz Norte del IMSS 1983. Parte de datos. Departamento de Integración de la Información.
- 13.- Principales motivos de demanda de consulta externa de Medicina Familiar en la clínica No. 11 del IMSS. Forma 4-31-5.