

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

68

2 es.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U.M.F. N° 6

EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA
EN EL PRIMER CONTACTO DEL PACIENTE
DIABETICO NO INSULINODEPENDIENTE
CON EL MEDICO FAMILIAR, EN LA U.M.F. N° 6.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. EDNA JULIETA GONZALEZ CORRO



ASESOR:

DR. ALBERTO APARICIO ROSAS

PUEBLA, PUE.

1998

63671

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

D E D I C A T O R I A S

A MIS PADRES:

GRACIAS POR DEPOSITAR SU CONFIANZA EN MI
EN ESTA NUEVA ETAPA DE MI VIDA:
LOS QUIERO MUCHO.

A MIS HERMANOS:

ARACELY, MONICA, MARCELA, TOMAS, Y MARYCARMEN
POR EL GRAN AMOR DE HERMANOS QUE SIEMPRE NOS
HA UNIDO.

A MARIANO:

POR EL GRAN AMOR QUE NOS UNE, SIENDO CULMINADO
CON LA LLEGADA DE NUESTRA HIJA; Y PARA QUE JUNTOS
PODAMOS REALIZAR TODAS NUESTRAS ILUSIONES.

A MI HIJA MARIEDNA:

POR HABER LLEGADO A MI VIDA Y COLMÁRME DE
INFINITA FELICIDAD.

I N D I C E

I.-	INTRODUCCION.....	1
II.-	MATERIAL Y METODO.....	12
III.-	RESULTADOS.....	13
IV.-	CUADROS Y GRAFICAS.....	15
V.-	DISCUSION.....	35
VI.-	CONCLUSIONES.....	37
VII.-	SUGERENCIAS.....	38
VIII.-	BIBLIOGRAFIA.....	39

INTRODUCCION

A pesar de los notables progresos que han surgido en el área de la Diabetes, paradójicamente la enfermedad y sus complicaciones se encuentran dentro de las primeras causas de morbilidad en muchos países del mundo. En algunos grupos étnicos, entre los cuales se encuentran los Mexicanos y otros Latinoamericanos.

La frecuencia del diagnóstico de Diabetes ha aumentado de manera alarmante durante los últimos años, en particular en individuos que rebasan el quinto decenio de la vida.

Los avances en el conocimiento de la enfermedad han logrado prolongar la vida de los pacientes con Diabetes; pero, por otra parte ello ha permitido la aparición de secuelas y complicaciones; como retinopatía diabética, nefropatía diabética, así como la principal causa de amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores, al igual que los problemas cardíacos (1).

Es así como los cambios en la ocurrencia del padecimiento pueden deberse a una susceptibilidad diferencial de las poblaciones, tanto desde el punto de vista genético, como por exposición diferencial a los distintos factores de riesgo. Empero la respuesta al tratamiento hace de esta enfermedad un modelo adecuado para estudiar los diversos componentes de la transición en salud, básicamente relacionados con el avance tecnológico y la disponibilidad de los servicios de salud (2).

La Diabetes Mellitus puede ser una evidencia empírica de que la transición epidemiológica influida directamente por una transición de la atención a la salud reflejan los cambios Políticos, Económicos y Sociales que vive el país (2).

La mortalidad en México por Diabetes Mellitus, se ha incrementado notablemente desde una tasa menor de 5 por 100,000 habitantes en 1922, hasta 28.5 por 100,000 en 1990 de acuerdo a datos de la Secretaría de Salud y del IMSS (5).

Hasta 1979, se definía a la Diabetes Mellitus Idiopática o Hereditaria como un padecimiento metabólico con mecanismo de transmisión Genética desconocido y con una expresión fenotípica variable, pero que, en lo especial, daba lugar a dos tipos Clínicos: Juvenil o Lábil y del Adulto o Estable.

Los trastornos del metabolismo intermedio (hiperglucemia, hiperlipidemia e hiperaminoacidemia), se atribuían a defectos de magnitud variable en la producción o en la acción de la insulina. Estas alteraciones bioquímicas eran las posibles causas de las manifestaciones clínicas y, a largo plazo, provocaban las lesiones microvasculares específicas, la tendencia a la aterosclerosis acelerada, y las manifestaciones neurológicas típicas.

En 1980 y 1985, la Organización Mundial de la Salud, reunió a un grupo de expertos que revisaron los criterios propuestos por el grupo nacional de datos de Diabetes. Los cambios fueron más de detalle que de fondo y conservaron la misma nomenclatura y la división en clases; así como se dió más énfasis a la simplificación de los criterios diagnósticos (1).

La Diabetes Mellitus es un problema de Salud Pública por el incremento en la incidencia, prevalencia, mortalidad y costos de atención.

Las acciones de diagnóstico temprano es un programa eficiente; deben ser complementadas con un tratamiento oportuno e integral. Todo esto tomando en cuenta las altas incidencias de mortalidad en México, en donde se ha observado una tendencia ascendente en el presente siglo tanto a nivel Nacional como en la población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este comportamiento seguramente es reflejo de una mayor ocurrencia de este padecimiento en el País; de igual manera se ha observado incremento en la demanda de hospitalización por Diabetes en los últimos años, casi cinco veces mayor que la correspondiente a otros padecimientos, lo que indudablemente traduce también una mayor incidencia del mismo (3).

La Diabetes Mellitus es uno de los problemas más comunmente-

encontrado por el Médico, el cual debe considerar el impacto del diagnóstico inicial de la misma en el paciente y los miembros de la familiar (4).

Esta entidad se considera un problema Heterogéneo, Crónico - Degenerativo, Metabólico y Hereditario; que se caracteriza por la deficiencia absoluta o relativa de insulina; que modifica el metabolismo de los carbohidratos, lípidos, proteínas, agua y minerales, siendo asociados a cambios ateroscleróticos en los pequeños y grandes vasos, provocando tardíamente lesiones oculares, renales y nerviosas (5).

Ha sido considerada a través del tiempo como enfermedad de personas bien alimentadas (Año 400 A.C.); en 1895 Bose escribía "Entre los Pueblos de Zemindar y Talukdar, que consideran un orgullo y un honor llevar una vida de indolencia, la Diabetes es un trastorno común" (6). En 1969 Frederiksen planteó un modelo explicativo de los cambios en la situación de la salud de las poblaciones, basados en las transiciones demográficas y económicas sufridas por los países desarrollados (2).

La Epidemiología de la Diabetes ha experimentado recientemente un cambio de enfoque manifestado por Perri y Cols, en donde se relaciona a esta con factores de riesgo coronario, surgiendo esta última después de la primera (6).

Los cambios observados en la forma de enfermarse y morir -- de las poblaciones en la era moderna, han dado lugar a diferentes modelos explicativos de estos procesos.

Este padecimiento es un problema tan frecuente y se encuentra aumentando su incidencia, prevalencia, mortalidad y morbilidad; constituyendo el 90% para la tipo II y un 0.8-6.6% para la tipo I, Gestacional y la tipo MODY (5).

Es evidente que la Diabetes Mellitus No Insulinodependiente es más frecuente que en el pasado; que se trata de un proceso patológico dinámico que progresa constantemente de la normalidad a la Diabetes-manifiesta y al desarrollo de complicaciones tardías (5).

En América Latina y particularmente en México, un número --- creciente de sujetos padece alguna enfermedad crónica; estos se distin-- guen por etiología incierta, comienzo insidioso, alternancia de periodos de exacerbación y remisión de síntomas, aparición de posteriores compli-- caciones, tratamiento complejo y su permanencia en el individuo por el - resto de su vida; obligando al enfermo a realizar diversos cambios a ni-- vel individual, familiar, laboral y social en aspectos de su vida coti-- diana (7).

La Diabetes Mellitus ha sido considerada como una enfermedad Crónico-Degenerativa, cuya participación en la morbilidad y mortalidad - en México ha ido creciendo; sobre todo en la segunda mitad del presente siglo. En la cual la Historia Natural de la enfermedad ha sido un reto - constante para evitar las complicaciones agudas y las defunciones secun-- darias al mismo (2).

Se han identificado la influencia de los factores Psicosocia les en la Diabetes Mellitus, conociéndose desde hace unos años. Thomas Willis en 1679 especuló acerca de "Una pena prolongada" en la e-- tiología de Diabetes. Posteriormente, Menninger afirmó que la "Ansiedad - y la Depresión son características del patrón de personalidad del pacien-- te diabético". Actualmente se sabe que son:

- 1.- Factores en la etiología de la Diabetes.
- 2.- Determinantes de fluctuaciones en el control metabólico del paciente diabético.
- 3.- Consecuencias de la Diabetes producto del desajuste agu-- do o crónico del paciente frente a la enfermedad.
- 4.- Consecuencias Psicobiológicas de la Diabetes a nivel del Sistema Nervioso Central (15).

Los puntos de controversia abundan en especial la importan-- cia relativa a la herencia y al ambiente en la etiología, sobre la parti--

cipación de la disinsulinemia y la resistencia a la insulina en la fisiopatología, sobre la posibilidad de una o de varias enfermedades y sobre la actividad de la carga genética y de los trastornos metabólicos en la producción de las complicaciones vasculares y neurológicas - (1).

Todo esto, como se indicó en 1980 y 1985, llevó a la conclusión un grupo de expertos internacionales reunidos por la OMS; los cuales revisaron, modificaron y endosaron los criterios del grupo nacional de datos de Diabetes (GNDD), teniendo como resultados la clasificación actual de la Diabetes Mellitus (1):

- 1.- Diabetes Mellitus Insulinodependiente.
- 2.- Diabetes Mellitus No Insulinodependiente:(Sin obesidad y con Obesidad).
- 3.- Diabetes Mellitus relacionadas con Desnutrición.
- 4.- Asociada con otros padecimientos:Pancreáticos, Hormonales, provocada por medicamentos o sustancias químicas,- anormalidades de la insulina y sus receptores,Síndrome-Genéticos y otros.
- 5.- Tolerancia a la glucosa anormal:(Con Obesidad y Sin obesidad y asociada a ciertas enfermedades y síndromes).
- 6.- Diabetes Mellitus Gestacional.

Una de las características más importante de un padecimiento es la frecuencia con que se presenta; el médico clínico para actualizarse centra gran parte de su atención en aquellos padecimientos que se presentan más a menudo en su práctica diaria. Es indudable que el manejo cotidiano de un determinado problema de salud le confiere experiencia al médico, al incrementar su conocimiento sobre el mismo; de esta manera conocer la frecuencia con que la Diabetes Mellitus se presenta en los diferentes grupos de población es trascendente, tanto para la práctica clínica como para la administración de los sistemas de salud (1).

El Médico Familiar debe ofrecer tranquilidad y explicarle -- cuáles son los métodos nuevos de tratamiento y con esto poder llevar -- una vida casi normal. Además del manejo de la hiperglucemia el Médico -- debe considerar el impacto del diagnóstico inicial en el paciente y los miembros de su familia. Las reacciones son variables, algunos sienten incertidumbre acerca del resultado, así como otros presentan choque de -- ira (4-8).

La negación es una reacción común; en el caso de los diabéticos tipo II son más propensos para reaccionar en forma negativa, porque muchas veces no tienen síntomas; así como sentir ansiedad, miedo y no -- saber que hacer para el control de su nuevo padecimiento (4-8).

El equipo de salud en contacto con el paciente debe favorecer -- aquellas estrategias que mejoren la adherencia terapéutica y aumenten la obtención de control de la enfermedad por el paciente y su familia (15).

Es conveniente identificar las crisis adaptativas por las -- que atraviesa el diabético desde el inicio y diagnóstico de la enfermedad.

En una fase inicial es conveniente facilitar la expresión -- abierta de las emociones negativas asociadas a la pérdida de la salud, -- tanto en el paciente como de sus familiares. Al momento del diagnóstico hay áreas que requieren más apoyo por: la incertidumbre y miedo respecto

al futuro, los sentimientos de culpa y coraje , la impotencia y desesperanza respecto al manejo de la enfermedad, el abandono de las metas en la vida por parte del paciente, el reconocimiento de los ajustes que se requirieren hacer en la vida ante una condición crónica (15).

Por lo anterior descrito es importante la relación médico -- paciente, facilitando la discusión de los cambios acerca de la enfermedad incluyendo como parte de su control, el proceso de educación; el --- cual debe iniciarse tempranamente con el apoyo del equipo con que cuenta el Médico Familiar.

En el que participan:

- a).- Trabajadora Social.
- b).- Psicólogo,
- c).- Enfermeras.
- d).- Dietólogos.

Para lo cual incluiría en el proceso de educación a los familiares del paciente, especialmente las personas responsables para la selección y preparación de sus alimentos (4).

Existen diversas recomendaciones Internacionales por parte - de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), la cual aconseja cuales -- son los requerimientos de carbohidratos, proteínas y grasas que deberán ingerir individualmente cada paciente, para obtener un resultado metabólico deseado, y que será basada en la estimación nutricional y meta del tratamiento (4).

Incluiremos como parte del manejo integral una actividad -- diaria de ejercicios, debiéndose realizar una previa evaluación de los - niveles de glucosa, asesoramiento cardiovascular, neurológico, musculoesquelético y oftalmológico, así como vigilar la hipoglucemia asociada con el ejercicio (4).

El surgimiento de la insulina y otros hipoglucemiantes orales han permitido un mejor control del paciente diabético, evitándole la muerte temprana.

En México, la distribución de la mortalidad por esta enfermedad sigue un comportamiento desigual a nivel nacional, observándose mayormente en los estados del Norte del País. La desigualdad de la distribución de la mortalidad por complicaciones agudas y crónicas refleja una polarización Epidemiológica en la forma de morir por la Diabetes Mellitus, originándose una desviación de los recursos de salud (2).

Tanto en el Hospital como en la atención de primer nivel, el cuidados de las personas crónicamente enfermas, involucran frecuentemente el aconsejarlas a cambiar sus hábitos, siendo esta actividad muy importante de promoción de la salud en el primer nivel.

Este padecimiento constituye un problema de Salud Pública -- por la magnitud de sus repercusiones en el área Biológica, Psicológica y Social.

El número se ha elevado en forma considerable en las Unidades de Primer Nivel de atención, reportándose como la principal causa de consulta desde 1987 en Medicina General (9).

La Diabetes Mellitus no dependiente de insulina es la forma predominante de diabetes en todas las poblaciones.

El impacto de las complicaciones es enorme; la mitad de las amputaciones de miembros inferiores no ocasionadas por traumatismos y -- 25 % de los casos de insuficiencia renal se pueden relacionar con diabetes, además constituye la principal causa de ceguera (9). Estos datos -- presentan a la Diabetes Mellitus como uno de los principales problemas -- que demandan solicitud de servicios y que tienen repercusión en la calidad de vida de los pacientes, por lo que los aportes de esta investigación pueden proporcionar una perspectiva global del estado de salud del paciente y definir así sus alternativas de abordaje terapéutico integral (9).

Uno de los problemas para conocer la ocurrencia real de la enfermedad es que se estima que la mitad de los pacientes desconocen ser diabéticos y no es sino la búsqueda intencionada la que permite establecer el diagnóstico, por lo que en México desde 1969, se instala el Programa de Detección oportuna de Diabetes (DOD), en los servicios de Medicina Preventiva, realizándose la medición de glucosa en sangre capilar - (3).

Esta enfermedad es catastrófica, debido a sus altos costos de tratamiento, principalmente como resultados de complicaciones micro- y macrovasculares, incluyendo la neuropatía; siendo la asociación de estas con factores de riesgo como: hipertensión arterial, hiperlipidemias y tabaquismo su principal causa, dando como resultados eventos cardiovasculares como infarto agudo al miocardio, angina de pecho y amputaciones- siendo estas asociaciones silenciosas (10,11,13).

Los diversos estudios recientes muestran al colesterol sérico en enfermedades coronarias, incrementando la mortalidad que en pacientes con Diabetes Mellitus No Insulinodependiente es alto; siendo las responsables de la mayor parte de mortalidad prematura en estos pacientes - (10).

Existe una correlación entre el incremento de prevalencia de complicaciones e intolerancia de la glucosa para presentar complicaciones renales como microproteinuria, macroproteinuria e infarto agudo al miocardio; también parálisis y claudicación en hombres y parálisis en mujeres (12).

La prevalencia de macroproteinuria en el diagnóstico reciente en adultos ha sido bajo del 4% en el presente estudio (12).

Es cierto que las políticas como la atención primaria a la salud parecen orientar a una menor desigualdad; sin embargo, el conocimiento epidemiológico de la ocurrencia, así como de la forma de enfermar de las poblaciones, sigue siendo la base en la planeación a la salud.

La Diabetes Mellitus no es sino un ejemplo particular en el contexto de generalidad en salud. Un mejor contexto a la tecnología médica (ya sea en forma de hospitales, de personal directamente capacitado o de mayor claridad y selectividad en los requisitos de acceso y uso de los servicios hospitalarios), para los pacientes diabéticos en zonas de marginación son sólo social sino atención a la salud pareciera ser imperativo.

Hay diversas maneras para estimar la frecuencia de un padecimiento. las más habituales: la mortalidad y morbilidad .

En México, durante los últimos 60 años, la mortalidad por Diabetes Mellitus ha tenido un crecimiento exponencial. En 1930, la tasa de mortalidad por edad para todo el país fué de 3; en 1950: 5 y en 1990: 32 por 10 000 años/personas. La mortalidad se incrementa al aumentar la edad y en edades tardías tiende a ser mayor en la mujer que en el hombre (1).

Es indudable que son las complicaciones de la enfermedad las que llevan a la muerte al paciente diabético. En cerca de 10% de las defunciones, la causa básica es la Acidosis y el Coma Hiperosmolar; sin embargo, la participación de las diferentes complicaciones es distinta de acuerdo a la edad. Así, las complicaciones agudas son la causa de muerte en 50% antes de los 25 años, pero descienden a 18% entre los 35 y 44 años de edad (1).

La morbilidad refleja directamente la frecuencia de la Diabetes Mellitus, siendo la Insulinodependiente la que presenta el menor porcentaje de frecuencia, a diferencia de la No Insulinodependiente; en nuestro país se desconoce cual es la incidencia, la cual también difiere a la región geográfica y grupo étnico.

En el IMSS se observó un incremento del 341% en el número de consultas otorgadas de 1980-1990 para un crecimiento de la población amparada por esa Institución del 60% durante ese periodo: esto, aunado al incremento de la mortalidad comparable al observable a nivel nacional hace suponer indirectamente que la incidencia de la enfermedad se ha incre

mentado en el presente siglo.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Puebla en 1994 la tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus fué de 27.7% en la Unidad de Medicina Familiar No. 6 de Puebla; en donde la Diabetes Mellitus ocupa el Segundo lugar de prevalencia de Enfermedades Crónico Degenerativas en la consulta del Médico Familiar, con una tasa de 196.8%.

Por lo anterior consideramos urgente conocer con que calidad se está otorgando la atención médica que se proporciona especialmente durante el proceso, ya que esté de acuerdo al Programa de mejora continuas susceptible de modificar. Por lo que fué muy importante analizar ----- cuales son los factores técnicos que intervienen durante la atención médica del paciente No Insulinodependiente.

MATERIAL Y METODO

Se efectuó un Estudio Observacional, Descriptivo, Retrospectivo y Transversal, durante los meses de Agosto, Septiembre, Octubre y - Noviembre de 1996 del turno Vespertino, los cuales fueron escogidos en - forma aleatoria para que participaran todos los consultorios, bajo los - siguientes criterios:

DE INCLUSION: Se incluyeron a Pacientes Diabéticos No Insuli-
nodependiente, ambos sexos del turno Vesperti-
no cualquier consultorio de la Unidad de Medi-
cina Familiar No. 6.

DE NO INCLUSION: Pacientes Diabéticos Insulinodependiente,--
con Intolerancia a Carbohidratos o con Diabe--
tes secundaria.

DE EXCLUSION: Se excluyeron a los pacientes que hallan falle-
cido en los meses de estudio, se revisaron las-
formas 4-30-6 de Agosto a Noviembre de 1996 de
todos los consultorios, escogiendo los que tu--
vieran el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo
II, seleccionando 2 expedientes de cualquier --
consultorio , y recabando diariamente los datos
según la siguiente hoja de recolección de datos:

RESULTADOS

Se analizó una muestra de 70 paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II de la Unidad de Medicina Familiar No. 6, durante los meses : Agosto, Septiembre, Octubre, y Noviembre de 1996; de los cuales el 61% son de sexo femenino y el 38.5% masculino.

En cuanto a la edad de las personas, el grupo etáreo de mayor prevalencia fué de 41-55 años, siendo el 31.4% (ver cuadro y gráfica I).

Se reconocieron los antecedentes de importancia como: antecedentes hereditarios de Diabetes Mellitus presentándose en el 64.2% de -- total de los pacientes. En cuanto a toxicomnias, se observó solo el 4.2% con alcoholismo y el 2.8% de tabaquismo (ver cuadro y gráfica 2 y 3).

Las actividades complementarias observadas son: ejercicio: el 7.1% y llevar dieta el 18.5% (ver cuadro y gráfica 4).

En cuanto ha la escolaridad, de los 70 paciente el 10% son - Analfabetos, el 71.4% tienen Primaria, el 10% secundaria, el 5.7% Bachillerato y el 2.8 % son profesionistas (ver cuadro y gráfica 5).

La ocupación observada fué el 50% Labores Domésticas, el --- 22.8% son Pensionados o Jubilados, el 7.1% son Obreros y Chofer , son -- Empleados y otras actividades el 4.2%, el 2.8% son Profesionistas y el - 1.4 % Estudiante (ver cuadro y gráfica 6)

El peso en kilogramos mayormente observado fué de 61-70Kg -- en un 37.1%. (ver cuadro y gráfica 7).

El tratamiento médico utilizado es con Insulina el 12.8%-- y con hipoglucemiantes orales el 87.1% (ver cuadro y gráfica 8).

Las cifras de glucosa se clasificaron en primera, segunda y tercera muestra, de las cuales las cantidades en miligramos encontradas mayormente fueron de: - de 100mg en la tercera muestra: el 11.4%, de ---- 100-200 mg. en primera muestra: 54.2%, de 200-300 mg. en la tercera mues

tra el 32.8%, de 300-400mg. en la primera muestra el 17.1% y de 400mg y más en la primera muestra el 4.2%. (ver cuadro y gráfica 9).

El envío ha los servicios de apoyo en la Unidad de Medicina Familiar No. 6 encontrado fué el 40% a Dietología, el 41.4% a Trabajo - Social, a Estomatología el 52.8% y a Medicina Preventiva el 100%. (ver - cuadro y gráfica 10)

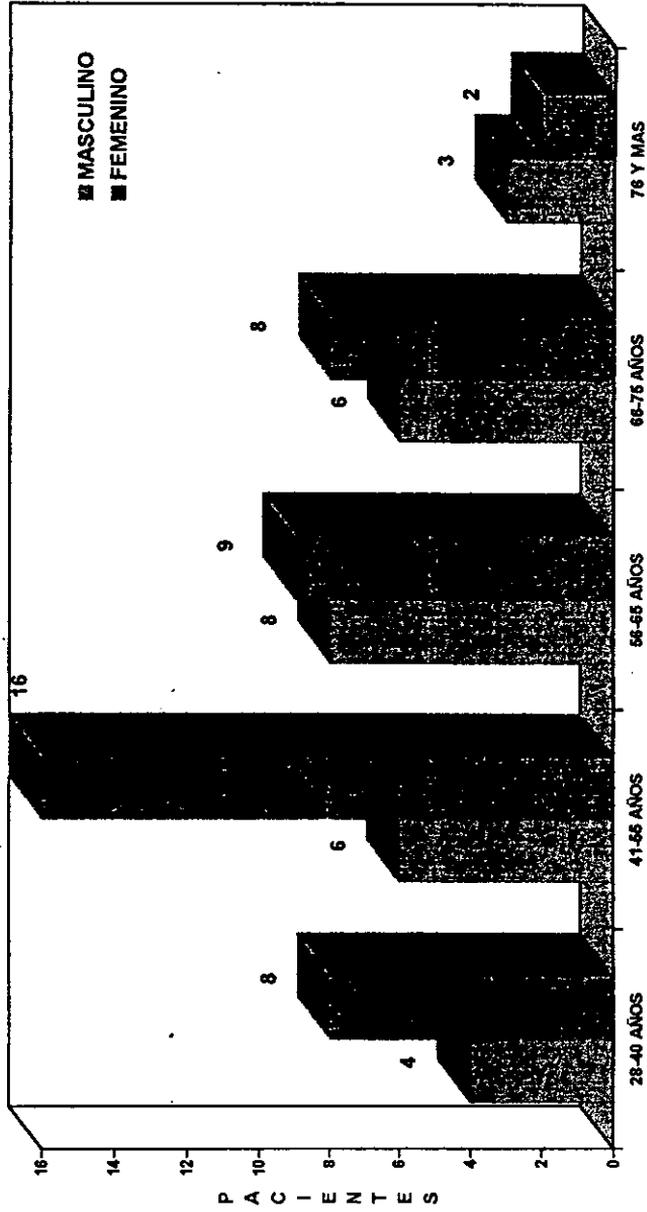
Los servicios a especialidades de segundo y tercer nivel -- fué el 37.1% a Oftalmología, el 17.1% a Ortopedia, el 12.8% a Medicina- Interna, el 10% a Endocrinología, el 4.2% a Gastroenterología, Cardiolo gía, Dermatología, y Nefrología, el 2.8% Angiología, Oncología, Otorri- nolaringología, Urología, Ginecología y Reumatología, y el 1.4% a Psico logía (ver cuadro y gráfica 11).

CUADRO 1.**CLASIFICACION POR EDAD Y SEXO**

EDAD / SEXO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
28 - 40 AÑOS	4	8	12	17.1
41 - 55 AÑOS	6	16	22	31.4
56 - 65 AÑOS	8	9	17	24.2
66 - 75 AÑOS	6	8	14	20
76 - Y MAS	3	2	5	7.1
TOTALES	27	43	70	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

CLASIFICACION POR EDAD Y SEXO



CUADRO 2.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

ANTECEDENTES DE DIABETES MELITUS	TOTAL	%
SI	45	64.2
NO	25	35.7

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

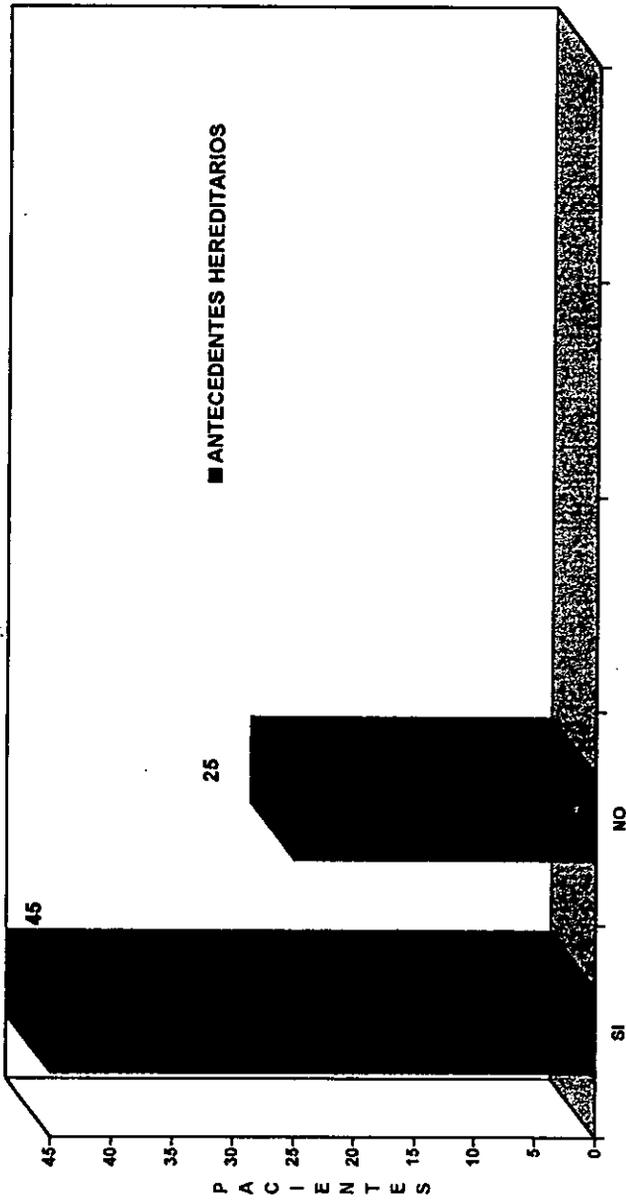
CUADRO 3.

TOXICOMANIAS

TOXICOMANIAS	SI	%	NO	%
ALCOHOLISMO	3	4.2	67	95.7
TABAQUISMO	2	2.8	68	97.1

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

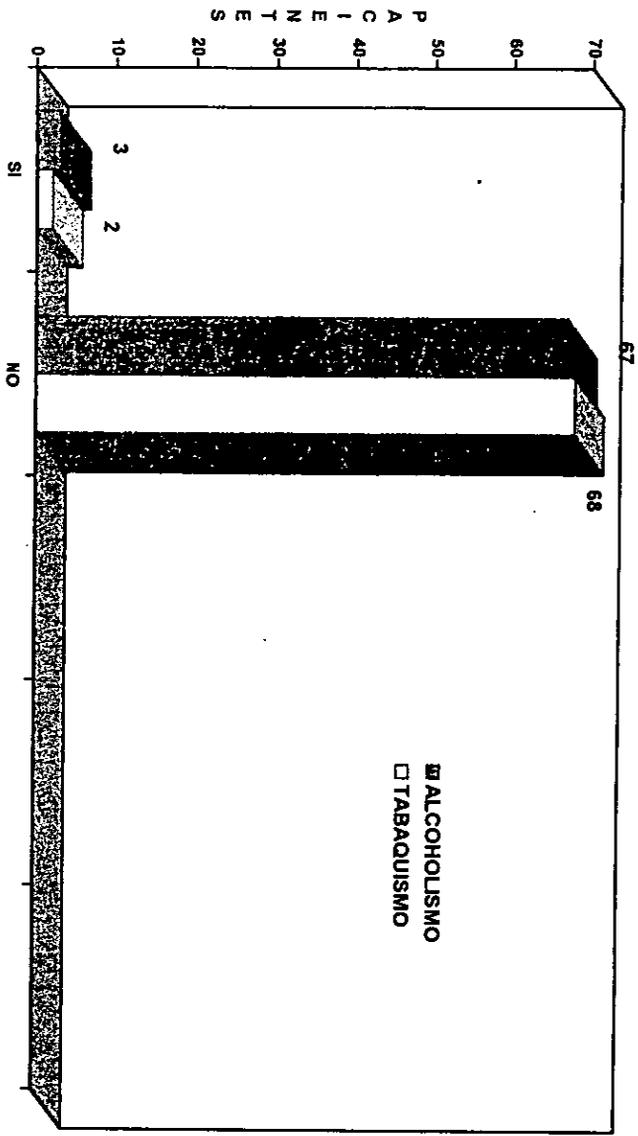


■ ANTECEDENTES HEREDITARIOS

GRAFICA 2

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TOXICOMANIAS



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRAFICA 3

CUADRO 4.**ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS AL TRATAMIENTO**

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS	SI	%	NO	%
EJERCICIO	5	7.1	65	92.8
DIETA	13	18.5	57	81.4

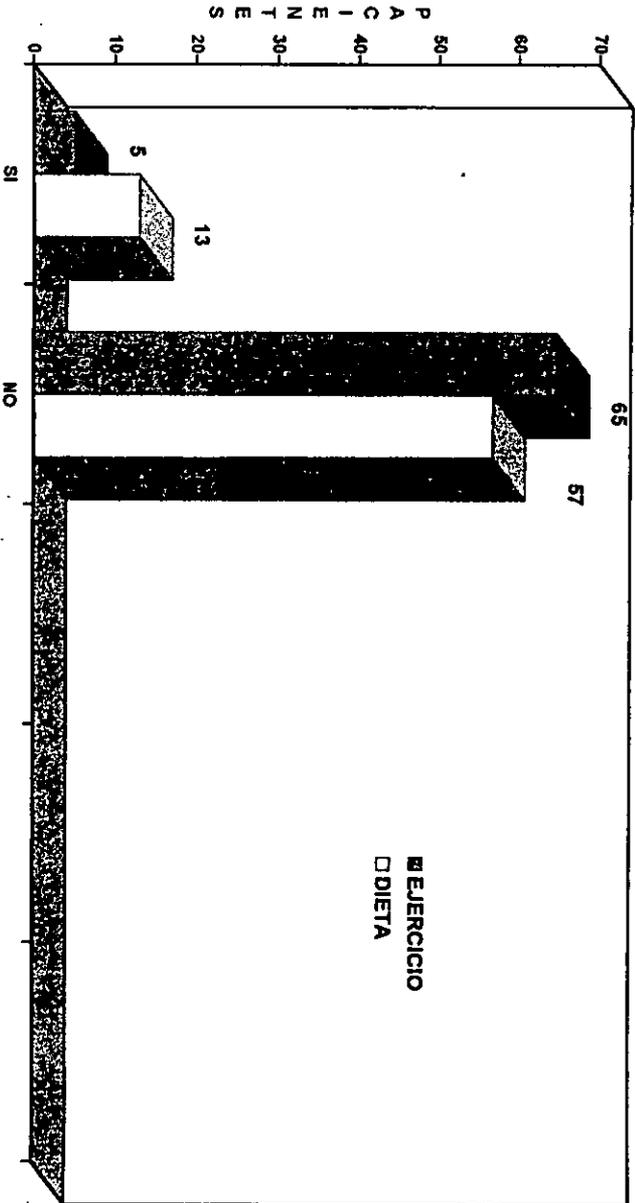
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

CUADRO 5.**ESCOLARIDAD**

ESCOLARIDAD	TOTAL	%
ANALFABETOS	7	10
PRIMARIA	50	71.4
SECUNDARIA	7	10
BACHILLERATO	4	5.7
PROFESIONISTAS	2	2.8

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

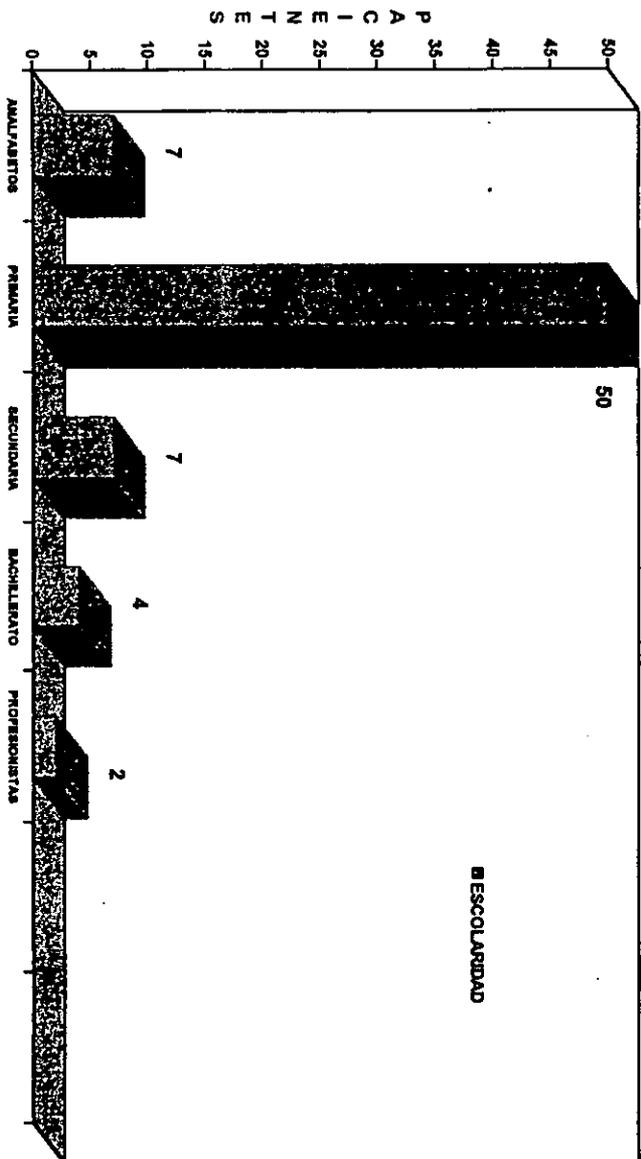
ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS AL TRATAMIENTO



PUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRAFICA 4

ESCOLARIDAD



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRAFICA 5

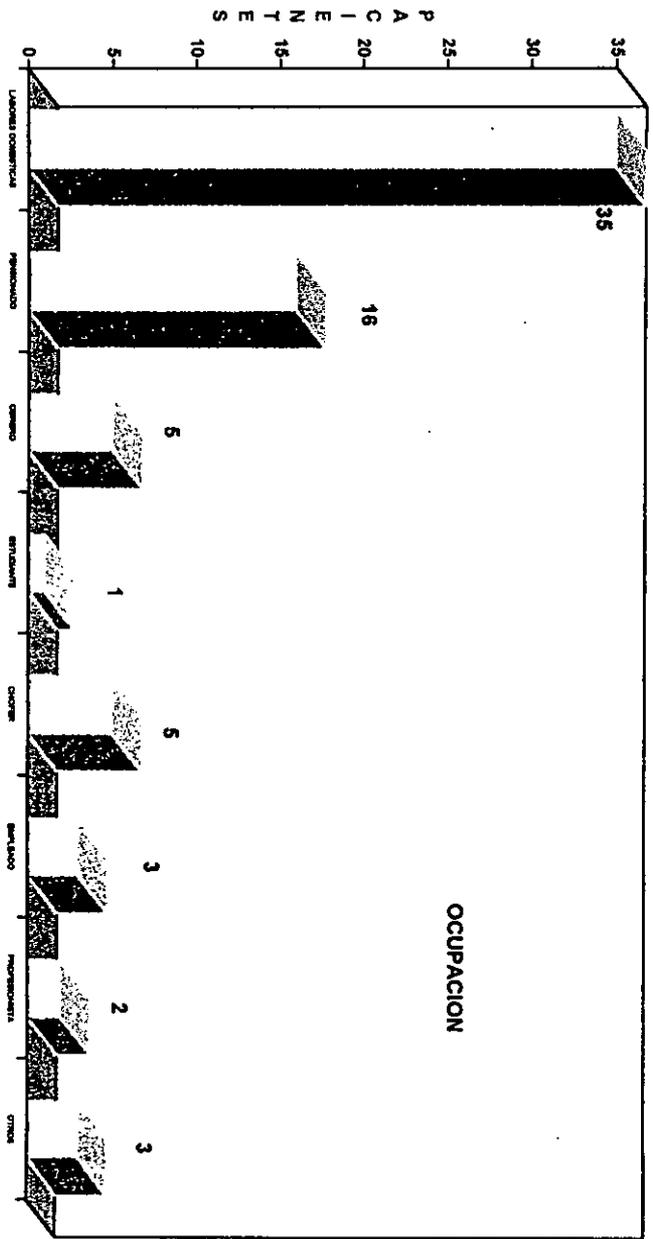
CUADRO 6.

OCUPACION

OCUPACION	TOTAL	%
LABORES DOMESTICAS	35	50
PENSIONADO	16	22.8
OBRERO	5	7.1
ESTUDIANTE	1	1.4
CHOFER	5	7.1
EMPLEADO	3	4.2
PROFESIONISTAS	2	2.8
OTROS	3	4.2
TOTAL	70	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

OCCUPACION



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRAFICA 6

10 5 15 10 5

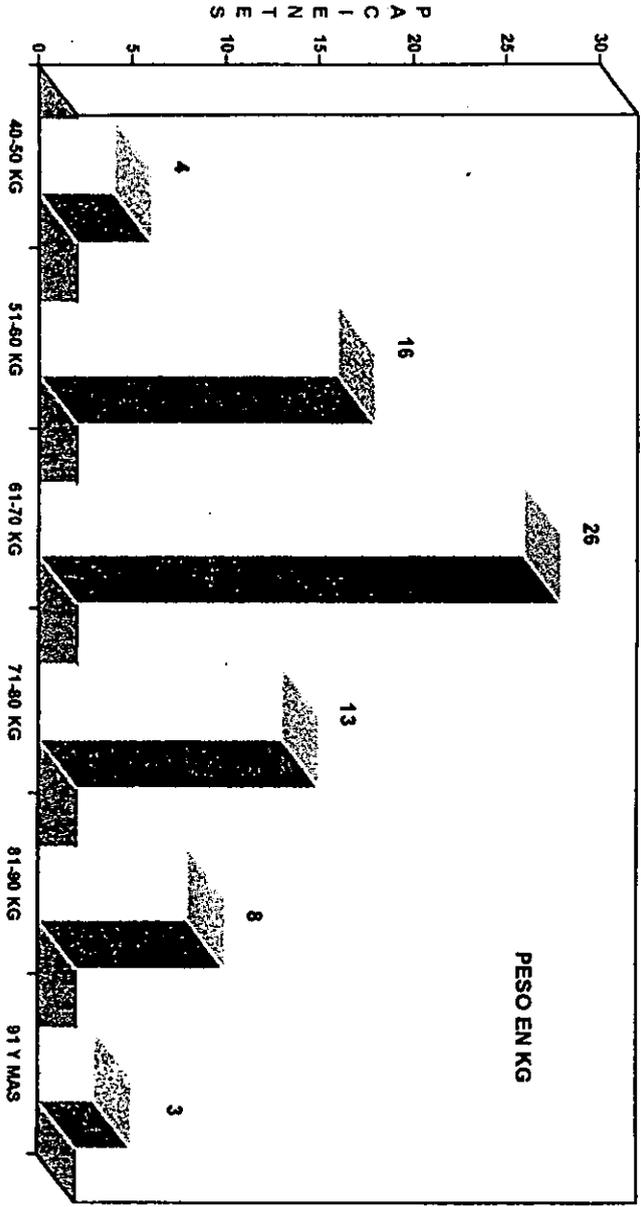
CUADRO 7.

PESO

PESO EN KILOGRAMOS	TOTAL	%
40 - 50	4	5.7
51 - 60	16	22.8
61 - 70	26	37.1
71 - 80	13	18.5
81 - 90	8	11.4
91 Y MAS	3	4.2
TOTAL	70	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

PESO



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRAFICA 7

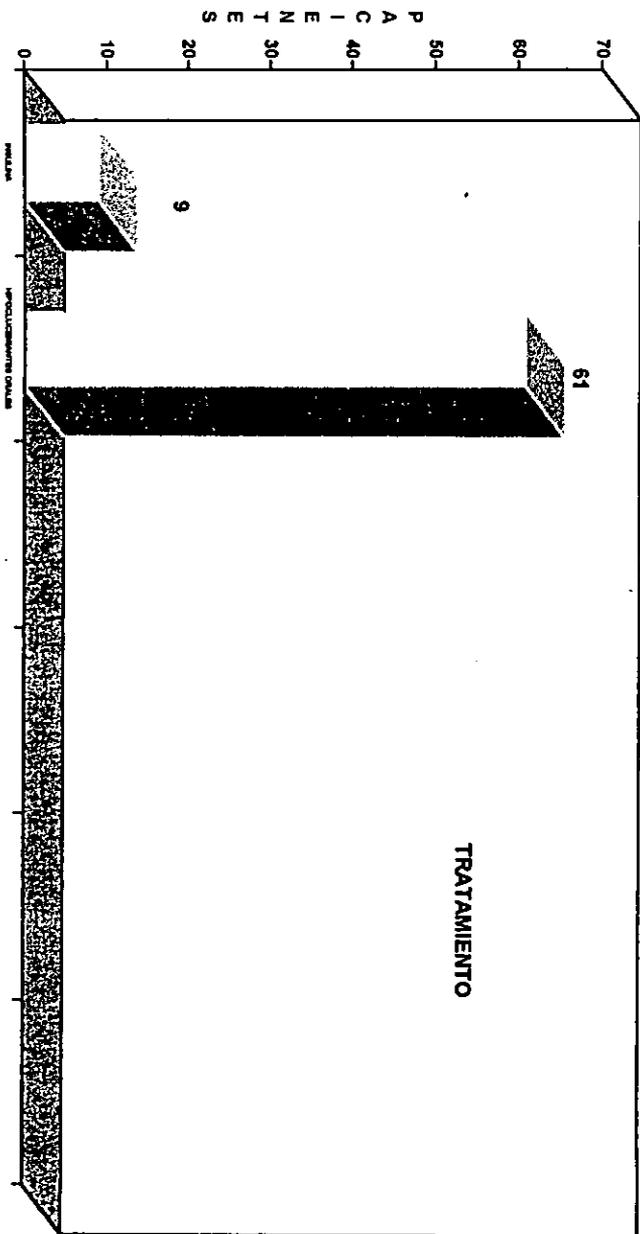
CUADRO 8.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	TOTAL	%
INSULINA	9	12.8
HIPOCLUCEMIANTES ORALES	61	87.1

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TRATAMIENTO



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRAFICA 8

CUADRO 9.

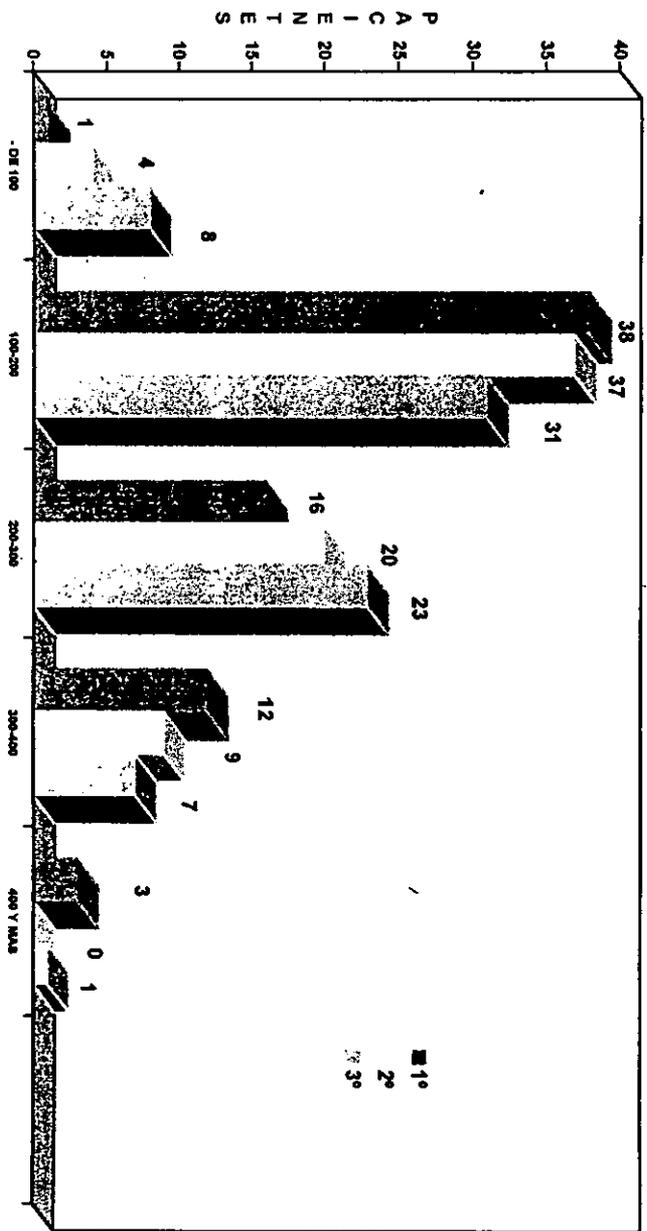
CIFRAS DE GLUCOSA

CIFRAS DE GLUCOSA	1 GRADO	%	2 GRADO	%	3 GRADO	%
- DE 100	1	1.4	4	5.7	8	11.4
100 - 200	38	54.2	37	52.8	31	44.2
200 - 300	16	22.8	20	28.5	23	32.8
300 - 400	12	17.1	9	12.8	7	10
400 Y MAS	3	4.2	0	0	1	1.4

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CIFRAS DE GLUCOSA



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRAFICA 9

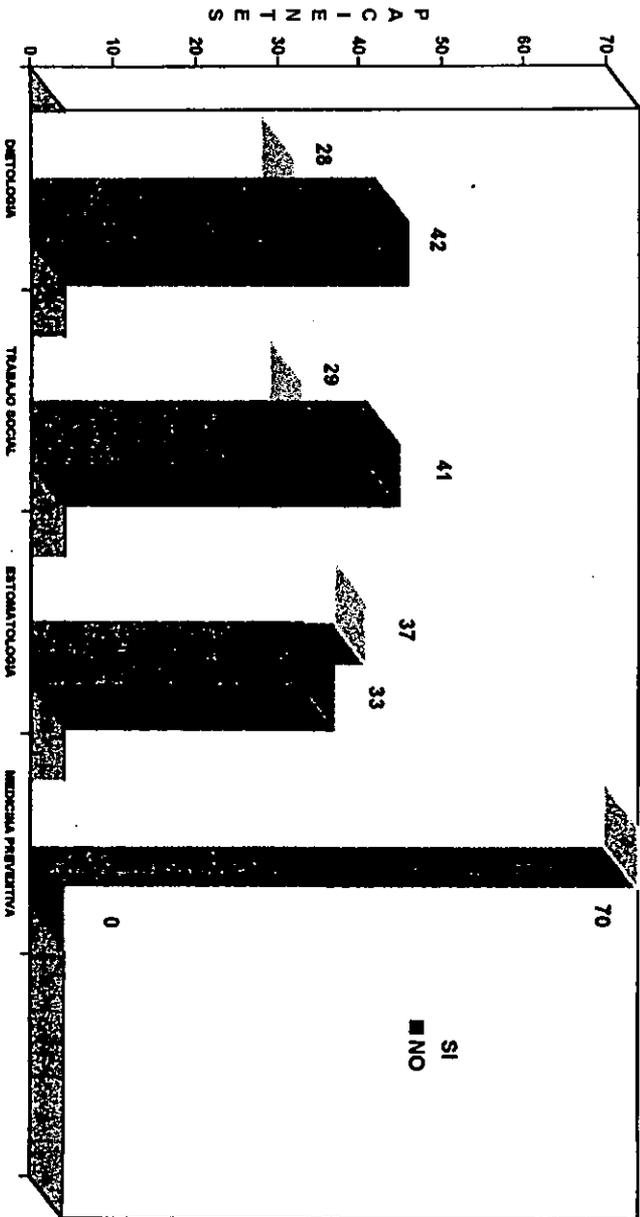
CUADRO 10.

SERVICIOS DE APOYO

SERVICIOS	SI	%	NO	%
DIETOLOGIA	28	40	42	60
TRABAJO SOCIAL	29	41.4	41	58.5
ESTOMATOLOGIA	37	52.8	33	47.1
MEDICINA PREVENTIVA	70	100	0	0

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

SERVICIOS DE APOYO



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRAFICA 10

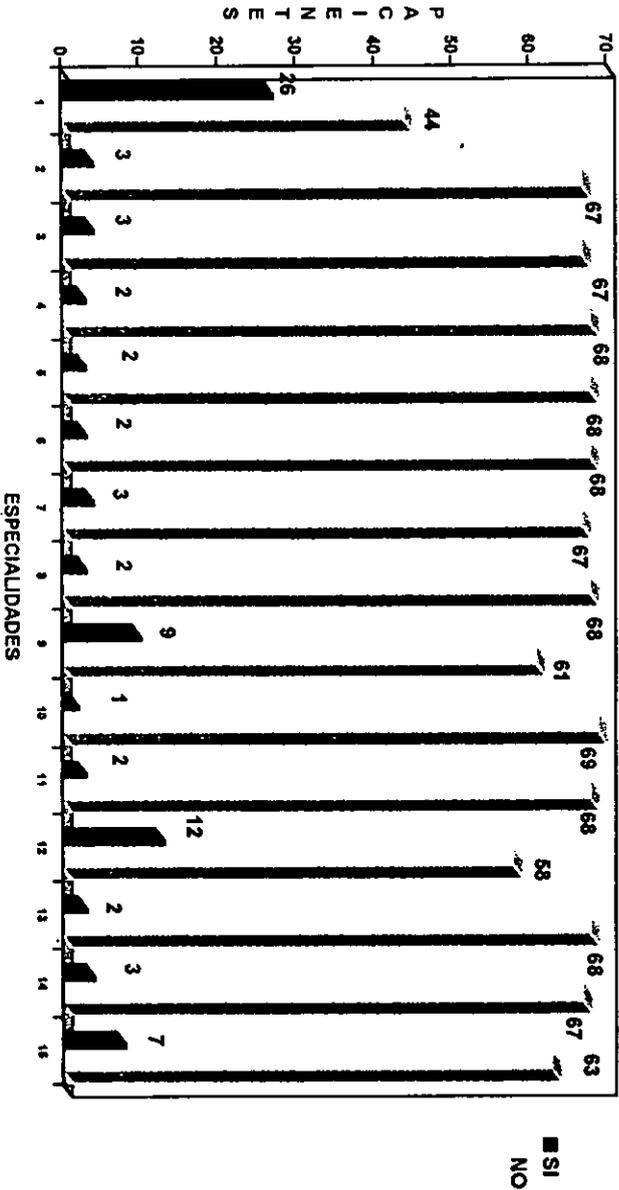
CUADRO 11.

ENVIOS A SEGUNDO Y TERCER NIVEL

ESPECIALIDAD	SI	%	NO	%
1. OFTALMOLOGIA	26	37.1	44	62.8
2. GASTROENTEROLOGIA	3	4.2	67	95.7
3. CARDIOLOGIA	3	4.2	67	95.7
4. ANGIOLOGIA	2	2.8	68	97.1
5. ONCOLOGIA	2	2.8	68	97.1
6. OTORRINOLARINGOLOGIA	2	2.8	68	97.1
7. DERMATOLOGIA	3	4.2	67	95.7
8. UROLOGIA	2	2.8	68	97.1
9. MEDICINA INTERNA	9	12.8	61	87.1
10. PSICOLOGIA	1	1.4	69	98.5
11. GINECOLOGIA	2	2.8	68	97.1
12. ORTOPEDIA	12	17.1	58	82.8
13. REUMATOLOGIA	2	2.8	68	97.1
14. NEFROLOGIA	3	4.2	67	95.7
15. ENDOCRINOLOGIA	7	10	63	90

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

ENVIOS A SEGUNDO Y TERCER NIVEL



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRAFICA 11

DISCUSION

A partir de los resultados obtenidos en este estudio podemos analizar a la Diabetes Mellitus tipo II, como un padecimiento de Salud Pública y que ha aumentado enormemente su incidencia, prevalencia y mortalidad; realizándose el diagnóstico por parte del Médico Familiar, - en donde destaca la participación de los datos epidemiológicos de la -- población Mexicana, los cuales indican una mayor incidencia de esta patología en personas con incremento de factores de riesgo como antecedentes genéticos, obesidad, y tendencia por disminuir la actividad física .

Así como la presencia de este padecimiento en personas de la cuarta y quinta década de la vida.

Es muy importante la frecuencia con la que el paciente diabético debe acudir a su control, en el cual deben ser citados con regularidad; en este estudio se observó que era cada mes, en el que se realiza - el monitoreo de las cifras de glucosa obtenidas por el laboratorio, siendo relevante el alto porcentaje de descontrol metabólico en el grupo evaluado, lo cual ya se ha referido en otros estudios.

Se analizó la congruencia que existe entre el tratamiento médico con las cifras de glucosa encontradas en los pacientes estudiados; de los cuales el tratamiento recibido a base de insulina lo utilizan el 12.8% y de hipoglucemiantes orales el 87.1%; sin embargo el reporte de las cifras de laboratorio no muestra adecuadamente la respuesta al tratamiento médico, sabemos que el tratamiento integral de estos pacientes debe incluirse además medidas higiénico-dietéticas, así como de ejercicio, para así con esto disminuir las complicaciones propias de la enfermedad, pero en el presente estudio pudimos observar que esta parte fundamental del tratamiento no está siendo llevada adecuadamente.

Los hallazgos de esta investigación revelan por una parte -- que la Diabetes Mellitus está asociada con un grado moderado de afectación en la calidad de vida, y por otra parte que esté mediada básicamente por la presencia de complicaciones tardías, por el grado de descon--

trol metabólico, el tiempo de evolución y la presencia de enfermedades asociadas, lo que denota en esta revisión la canalización a diferentes - servicios especializados de segundo y tercer nivel para la evaluación de complicaciones propias del padecimiento, amén de ser solo el 60% del total de los envíos a Oftalmología, Endocrinología, Ortopedia y Medicina-Interna.

Es importante la relación Médico-Paciente, esto facilita la-discusión de los cambios acerca de su enfermedad, incluyendo como parte-de su control el proceso de educación, incluyéndose el envío a los servi-cios de apoyo con que cuentan las Unidades de Medicina Familiar como son Trabajo Social, Dietología, Psicología, Estomatología, de los cuales en - este estudio solo se observó el 50% fueron enviados a todos estos servi-cios.

CONCLUSIONES

- 1.- Se analizó una muestra de 70 paciente con Diabetes Mellitus tipo II.
- 2.- La edad más frecuente fué de 41-55 años el 31.4%, siendo el 61% el-sexo femenino.
- 3.- El 64.2% tienen antecedentes hereditarios de Diabetes Mellitus.
- 4.- El 4.2% tienen alcoholismo y 2.8% tabaquismo.
- 5.- Realizan ejercicio el 7.1% y llevan dieta el 18.5%.
- 6.- La escolaridad más frecuente fué el 71.4% con Primaria.
- 7.- La ocupación más frecuente fué del 50% Labores Domésticas, seguidas-del 22.8% son paciente Jubilados.
- 8.- El peso de 61-70Kg. en un 37.1% de frecuencia.
- 9.- El tratamiento médico es del 87.1% con hipoglucemiantes orales.
- 10.-Las cifra de glucosa mayormente encontrada fué de entre los -----
100 - 200 mg. el 54.2%.
- 11.-El envío a servicios de apoyo en la Unidad de Medicina Familiar No.6
fué en el 100% a Medicina Preventiva y 52.8% a Estomatología.
- 12.- Los envíos a segundo y tercer nivel mayormente fué a Oftalmología -
en un 37.1%.

SUGERENCIAS

El presente estudio de Tesis es de gran importancia y relevancia para los Residentes de Medicina Familiar y futuros Médicos de Primer Nivel de Atención; ya que en él se refleja la calidad con que se está otorgando la Atención Médica a los pacientes que tienen como Diagnóstico un padecimiento Crónico-Degenerativo como es la Diabetes Mellitus tipo II.

Observamos un alto número de pacientes Diabéticos que presentan descontrol metabólico, y que se refleja en las cifras de glucosa solicitadas para su control; siendo detectado que no llevan una congruencia con el tratamiento Médico indicado; cabe mencionar que, como parte fundamental del Tratamiento Integral de este tipo de pacientes juega un papel importante el llevar una dieta especial para su padecimiento y la práctica de ejercicio físico, los cuales solo se encontraron en muy bajo porcentaje en este estudio.

Por lo que se sugiere que el paciente Diabético sea visto en forma Integral y que oportunamente se realice su envío a otras Especialidades de apoyo de Segundo y Tercer Nivel y que junto con el Médico-Familiar se otorguen una adecuada atención Médica a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II y evitar tempranamente la llegada de complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anza A.R. y Frati M.S. Temas de Medicina Interna, Diabetes Mellitus. Interamericana MC. Graw-Will, 1993, 1(4):621-41,935-41.
- 2.- Escobedo-De la Peña, y Santos-Burgoa C. La Diabetes Mellitus y la -- Transición de la Atención a la Salud. Salud Pública de México, 1995-37(1):37-46, Ene-Feb.
- 3.- Rico V.B., Arriaga P.E. y Cols. Prevalencia de Diabetes Mellitus Eficiencia Diagnóstica del Programa de Detección Oportuna en una Unidad de Medicina Familiar, .Revista Médica del IMSS, 1995, 33(3);299-305.
- 4.- Gearhart J.G. and Cowan R.F. Initial Management of the Patient --- with newly Diagnosed Diabetes. American Family Physician, 1995, ---- 51(8):1953-62, June.
- 5.- Quibrera I.R. y Cols. Prevalencia de Diabetes, Intolerancia a la glucosa, hiperlipidemia y Factores de Riesgo en función de nivel socioeconómico. Revista Investigación Clínica, 1994, 46(1):25-35, Ene-Feb.
- 6.- Editoriales, Patrones de Enfermedad: Diabetes Mellitus y otras Patologias. Latinoamericana, BMJ, 1995. 8-99-100. Mayo-Junio.
- 7.- Robles-Silva L., Mercado F. y Cols. Las fuentes de apoyo de los individuos con Diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. Salud Pública de México, 1995, 37(3):187-95, Mayo-Junio.
- 8.- Kenardy J., Mensch M. et al. A comparison of eating behaviors in newly diagnosed NODDM patients and case-matched control subjects Diabetes care, 1994. 17(10):1197-99, Oct.
- 9.- García P.M., Reyes M.H. y Cols. La calidad de vida en el paciente diabético II y factores relacionados. Revista Médica del IMSS, 1995 ---- 33(3):293-98.
- 10.- Barnard J. Jung T., Inkeles S. Diet and Exercise in the treatment of - NIDDM. Diabetes care., 1994, 17(12):1469-72, Dec.

- 11.- J.Hypertens, Hipertension in Diabetes Study.Increased risk of cardiovascular complications in hipertensive type II Diabetic patientes -- J-Hypertens, 1993, 11(3):319-25.
- 12.- Wingard D.,Barret-Connor E. y Cols.Prevalence of cardiovascular and-renal complications in older adults with normal or imparied glucosa-tolerance of NIDDM.Diabetes care,1993,16(7):1022-25,July.
- 13.- Islas S.I. Arreola F. y Cols.La Diabetes hoy.Revista Médica del IMSS 1995, 33(1):97-8.
- 14.- Lifshitz A.Prevenición primaria de la Diabetes Mellitus.Revista Médi-ca del IMSS, 1989,27(1):1-10,Ene-Feb.
- 15.- Vásquez E.F.,Arreola F. y Cols.Aspectos psicosociales de la Diabetes Mellitus.Revista Médica del IMSS,1994,32(3):267-70.Mayo-Jun.