

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

171

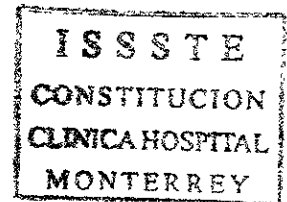
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO 2^{es.}

E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA-HOSPITAL ISSSTE "CONSTITUCION",
MONTERREY, N. L.



LA EDUCACION DEL DIABETICO, UN FACTOR
FUNDAMENTAL EN SU TRATAMIENTO



Trabajo que para obtener diploma de Especialista
en Medicina Familiar presenta:

DR. SAMUEL ROSAS MORENO

MONTERREY, N. L. 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2009



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA-HOSPITAL ISSSTE "CONSTITUCIÓN", MONTERREY, N.L.

LA EDUCACIÓN DEL DIABÉTICO, UN FACTOR FUNDAMENTAL EN SU
TRATAMIENTO.

(Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Constitución, Junio de 1997 a Julio de 1998, en
Monterrey, N.L.)

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar, presenta:

DR. SAMUEL ROSAS MORENO

MONTERREY, N.L. 1996.

LA EDUCACIÓN DEL DIABÉTICO, UN FACTOR FUNDAMENTAL EN SU
TRATAMIENTO
Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Constitución, Junio de 1997 a Julio de 1998,
en Monterrey, N.L.

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar.

Presenta:

DR. SAMUEL ROSAS MORENO

AUTORIZACIONES:



~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

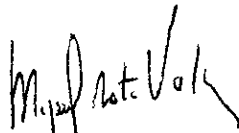
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

LA EDUCACIÓN DEL DIABÉTICO, UN FACTOR FUNDAMENTAL EN SU
TRATAMIENTO
Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Constitución, Junio de 1997 a Julio de 1998,
en Monterrey, N.L.

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar.

Presenta:


DR. SAMUEL ROSAS MORENO




DR. MIGUEL SOTO VALDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL
I.S.S.S.T.E. EN CLÍNICA-HOSPITAL I.S.S.S.T.E. CONSTITUCIÓN



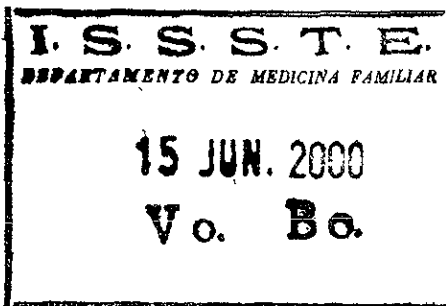
DR. LUIS GUILLERMO MARTÍNEZ PONCE DE LEÓN
ASESOR DE TESIS I.S.S.S.T.E.



DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS



DRA. LETICIA ESNAURPIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.



Agradecimientos

A Dios

Que no le haya pedido que no me
Lo concediera.

A mi esposa María del Rosario

Por ser mi complemento. Te amo.

A mis hijos Marcela y Samuel Alejandro

Por ser los hijos que siempre soñe tener.

A mis padres Samuel Y Rosa María

Por ser sencillamente eso, mis padres; los quiero.

Indice general

	pag.
Resumen.....	1
Antecedentes.....	2
Definición del Problema.....	5
Justificación.....	6
Objetivos.....	7
O. General.....	7
O. Específicos.....	7
Metodología.....	8
Tipo de estudio.....	8
Definición del Universo.....	8
Tamaño de la muestra.....	8
Criterios de selección.....	9
Recolección de la Información (variables).....	10
Procedimiento para capturar la Información.....	10
Consideraciones éticas.....	11
Resultados.....	.11
Discusión.....	12
Conclusiones.....	12
Referencias bibliográficas.....	13
Anexos.....	15

LA EDUCACIÓN DEL DIABÉTICO, UN FACTOR FUNDAMENTAL EN SU TRATAMIENTO

(Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Constitución, Junio de 1997 a Julio de 1998, en Monterrey, N.L.)

Dr. Samuel Rosas Moreno.

Resumen

De 198 pacientes diabéticos asignados al consultorio No. 11 de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Constitución, se selecciona a 24 pacientes que quisieran ingresar a un programa educativo de Diabétes Mellitus; al inicio se aplico un cuestionario para evaluar el grado de conocimiento sobre su enfermedad obteniendo un como máximo de 1 a 6 cuestionamientos correctos de un máximo de 10; observando también que la mayoría tenían dificultad para llevar su buen control esto reflejado en cifras de glicemia que fluctuaban por arriba de los estándares para el buen control. Posterior a la realización del programa educativo se volvió a evaluar el grado de conocimientos adquiridos siendo estos muy satisfactorios ya que el 100% de los pacientes contesto correctamente todo el cuestionario y comenzó a observarse una disminución significativa en las glicemias de estos pacientes, y en la detección y tratamiento de las complicaciones agudas y tardías de la enfermedad.

Palabras claves : grado de conocimiento, programa educativo en Diabetes Mellitus.

THE EDUCACIÓN OF THE DIABETIC, A FUNDAMENTAL FACTOR IN THEIR/ITS/YOUR/HIS TREATMENT (Familiar Medicine Unit ISSSTE Constitution, June of 1997 to July of 1998, in Monterrey, N.L.)

Dr. Samuel Rosas Moreno

Summary

Of 198 patient diabetic assigned to the consulting No. 11 of the Familiar Medicine Clinic of the ISSSTE Constitution, is selected to 24 patient that wanted to enter an educational program of Diabétes Mellitus; to the beginning is I applied a questionnaire to evaluate the degree of knowledge of their/its/your/his disease obtaining an as maximum from 1 to 6 correct questions from a maximum from 10; observing also that the majority had difficulty to carry their/its/your/his good control this reflected in figures of glicemia that were fluctuating up above of the standards for the good control. Subsequent to the accomplishment of the educational program was returned to evaluate the degree of acquired knowledge being these very satisfactory since 100% of the patients I answer correctly all the questionri began to be observed a meaningful decrease in the glicemias of these patients, and in the detection and treatment of the acute and late complications of the disease.

Key words: degree of knowledge, educational program in Diabetes Mellitus.

La cuestión principal para individuos con diabetes, una condición crónica, de toda la vida no es meramente sobrevivir, pero si aprender a vivir lo mejor posible con ello.

MARCO TEORICO

Se han hecho descripciones de la Diabetes Mellitus (DM) desde hace 3 000 años en Egipto y desde entonces hasta la actualidad a sido motivo de gran preocupación; ya que la DM afecta a un gran número de personas representando un problema personal y de salud pública de enormes proporciones.

En el mundo occidental la prevalencia de la DM conocida oscila entre 1-3% de la población, estimándose en un 2-4% la prevalencia de casos que permanecen sin diagnosticar. La prevalencia total de la Diabetes Mellitus 2 (DM2) se estima en un 2-6% de la población y de la Diabetes Mellitus 1 (DM1) se estima en 0.2% de la población, existe un significativo aumento de la prevalencia de DM con relación a la edad, alcanza cifras entre 10-15% en la población mayor de 65 años, y el 20% si consideramos solo a los mayores de 80 años. (1).

La DM es una de las principales causas de morbimortalidad en México; la tasa de mortalidad de este padecimiento en 1955 en México fue de 36.4 por 100 000 habitantes, ocupando el tercer lugar como causa de muerte; la incidencia de DM en el estado de Nuevo León es de 9 671 casos por 100 000 habitantes, y la prevalencia nacional en la población de 20-69 años es de 7.2% y en el norte de la República Mexicana aumenta al 9% según datos obtenidos por la Dirección de los Servicios de Salud en Nuevo León y el INEGI. (2).

La mortalidad por DM en México ha mostrado una tendencia ascendente en el presente siglo, igualmente se ha observado un incremento en la demanda de hospitalización por DM en los últimos años casi cinco veces mayor que la correspondiente a otros padecimientos.(3)

El impacto de la DM en México no solo se relaciona con su magnitud epidémica sino con las peculiaridades biológicas y sociales que caracterizan a los diabéticos en México.(4)

Al estar a solo un año de un nuevo milenio se observa que los datos estadísticos para el año 2 000 pronostican un incremento en la incidencia y prevalencia de la DM. Sin embargo siendo este padecimiento una de las causas más frecuentes de morbimortalidad en México existen fallas en el buen control del paciente diabético.(5)

El tratamiento actual de la DM va enfocado a prevenir sus numerosas complicaciones y para ello requiere de una combinación de ejercicio, dieta y medicamentos, aunada a una dosis suficiente de educación para el paciente. Convirtiéndose esta en elemento clave del tratamiento, ya que proporciona al paciente y a su familia los conocimientos necesarios para hacer frente a esta enfermedad crónica; considerándose actualmente la educación como la piedra angular en el tratamiento de la DM.(6)

La educación tiene un papel fundamental en toda enfermedad crónica y en la DM adquiere su máxima importancia debido a la necesidad de que el paciente tome decisiones frente a su enfermedad, así se manifiesta en la declaración de Saint Vincent (1989), donde se afirma que ninguno de los objetivos que se proponen podrá cumplirse a menos que se desarrollen programas efectivos de educación en todos los niveles asistenciales.(7)

Según el Dr. Elliot Joslin "La educación no es parte del tratamiento sino el tratamiento". Diversos estudios han demostrado que si el diabético recibe educación sistemática y continua, disminuye el número de hospitalizaciones y de atenciones de urgencias por episodios de hipoglicemia o cetoacidosis, retarda la aparición de complicaciones crónicas y logra una mejor calidad de vida.(8)

La educación debe realizarse en los tres niveles estructurados de los sistemas de salud: primario, secundario y terciario. La atención primaria juega un papel estratégico promoviendo el autocuidado del paciente, el que incluye la prevención y control de la DM.(9)

El manejo de la DM está en manos del propio diabético, los profesionales de la salud solo son asesores y colaboradores de los diabéticos pero el éxito en el manejo de la enfermedad depende fundamentalmente de los diabéticos. Educar no es informar, ya que cuando se informa solo se transmiten conocimientos, y el proceso educativo es algo mucho más complejo influyendo en él múltiples factores: el conocimiento, factores personales, factores ambientales.(10)

La DM es una enfermedad que desafía a todo paciente que la padece a aprender, cambiar y desarrollarse todo esto basado en un buen programa de educación en DM. (11)

El ambiente actual de Salud Pública requiere educadores en diabetes que diseñen programas de educación y cuidado de los pacientes, así mismo que realicen investigación basada en la literatura ya que esta puede ser considerada como la base de su práctica. (12)

La educación de los pacientes diabéticos, se propuso como herramienta terapéutica esencial desde 1920, los objetivos educativos pueden colocarse en niveles diferentes: el conocimiento de la enfermedad, las habilidades requeridas para el tratamiento y la capacidad para integrar terapia en la vida cotidiana. (13)

Las finalidades que se persiguen con un programa de educación en DM, son muy amplias y abarcan desde mejorar la calidad de vida hasta la menor incidencia de complicaciones agudas, episodios hipoglucémicos e hiperglucémicos, menor número de ingresos hospitalarios así como menor frecuencia y gravedad de complicaciones micro y macrovasculares consiguiéndose con esto una mejor evolución de la enfermedad. (14)

Un programa de tratamiento y enseñanza para el diabético tipo 2, realizado por médicos generales ha resultado efectivo factible y barato, aumentando la calidad de vida a largo plazo, por lo tanto la educación del paciente se considera no solamente la base del tratamiento sino el éxito del mismo.(15)

Un grupo de 39 adultos con la DM controló sus comportamientos inmediatamente después de 4 a 6 semanas que siguieron a un programa de educación en DM.(16)

Al evaluar un programa de educación para diabéticos tipo 2 se demostró que el control de la DM según las cifras de hemoglobina glucosilada (HbA1c), tuvieron una significativa reducción que en aquellos pacientes con DM2 que no recibieron el mismo programa educativo.(17)

La frecuencia de la DM2 es muy similar entre los pacientes no hispánicos blancos, Africo-Americanos y México-Americanos; pero las diferencias en el buen control se relacionan con la educación del paciente.(18)

Con un modelo interactivo de educación aplicado a pacientes se demostró un aumento importante del conocimiento sobre la enfermedad, lo cual se vio reflejado en una reducción de las dosis de hipoglucemiantes para el tratamiento.(19)

Por lo tanto se considera que un buen programa educacional reduce las complicaciones de la enfermedad y mejora la calidad de vida de los que la padecen.(20)

El riesgo de las complicaciones debe reconocerse especialmente cuando hay un alto valor de condiciones existentes, por ello es recomendable que el paciente reciba educación para poder identificarlas a tiempo y así evitar estos serios problemas.(21)

Todas las complicaciones a largo plazo de la DM entre ellas el pie diabético, así como su amputación son evitables en el 50% de los casos teniendo una educación apropiada. (22)

Las propuestas de la educación para la salud para personas con DM se podrían simplificar en dos fases: fase inicial donde se comunica el diagnóstico, se evalúan los factores que influyen en los hábitos de salud del paciente y en su actitud y comportamiento frente a su diabetes, así como el tratamiento, complicaciones agudas, criterios de buen control, y las complicaciones a largo plazo. Y una fase de seguimiento o refuerzo ya que es necesario seguir educando y seguir motivando, ya que los conocimientos se pueden olvidar y perder habilidades.(23)

Un programa de educación se compone de clases teóricas, y practicas donde el diabético adquiere la habilidad y la destreza suficiente para realizar las diversas técnicas que le serán necesarias para el control de su diabetes.(24)

Finalmente cabe señalar que la educación es un proceso lento, no siempre con logros espectaculares; sin embargo, es el gran desafío del equipo de salud. Hay que recordar siempre que, para ser un buen educador se debe no solo ser un experto en diabetes, sino también actor, terapeuta y filósofo.(25)

Lo que necesito de mi médico, yo o cualquier otro diabético -sin perjuicio de una óptima formación académica - es apoyo, comprensión y empatía.

Planteamiento del problema

De cara a un nuevo milenio se observa que los datos estadísticos para el año 2 000 pronostican un incremento en la incidencia y prevalencia de la DM. Sin embargo siendo este padecimiento una de las causas más frecuentes de morbimortalidad en México; existen fallas en el buen control del paciente diabético.

Al revisar la población asignada al consultorio 11 de la Clínica-Hospital del I.S.S.S.T.E. en la ciudad de Monterrey, N.L. el porcentaje de pacientes que padecen DM fue del 8-10%; de los cuales la mayoría se encuentra entre los 50-79 años de edad y muchos de ellos desconocen lo que es su enfermedad.

Teniendo esto como antecedente y observando la dificultad que tienen los pacientes, para mantener las cifras de glucemia dentro de los rangos aceptables para el buen control, se plantea lo siguiente:

¿Podríamos influir en el nivel de conocimiento y el control sobre la Diabetes Mellitus en los pacientes que la padecen implementando un programa de educación en nuestra consulta?

Individuos con diabetes diagnosticada tienden a sufrir mas tarde en su vida un número de otras complicaciones de salud , que afectan su calidad de

Justificación

La población asignada al consultorio No. 11 es de 2 766 (anexo 1), entre derechohabientes y beneficiarios, de los cuales 198 son diabéticos correspondiendo al 6 a 8 %; encontrándose entre las 10 principales causas de consulta. Tomando en cuenta que la Diabetes es una enfermedad crónica degenerativa cuya incidencia (0.1%) y prevalencia (8-10) coinciden con las estadísticas mundiales, las cuales pronostican un incremento para el año 2 000 y conociendo las graves complicaciones que se pueden presentar en estos pacientes, esta enfermedad se considera de gran magnitud.

Tiene gran trascendencia por el impacto que representa en el bienestar biopsicosocial de quien la padece y por que involucra a la familia de quien la padece, a los profesionales de la salud, por la demanda de consulta y servicio hospitalario por las complicaciones que se llegan a presentar; al gobierno por el alto costo y el gran impacto social que esta produce ya que disminuye la productividad del paciente comprometiendo su futuro y el de su familia.

La factibilidad es moderada ya que requiere de una infraestructura que incluya equipo de salud, áreas de laboratorio y hospitalización para poder llevar un monitoreo constante de los pacientes, y un centro de investigación sobre los avances y resultados en el comportamiento de la Diabetes. Sin embargo en ocasiones los recursos financieros y económicos son limitados para poder realizar un adecuado control de la enfermedad y sus complicaciones.

De gran vulnerabilidad ya que tiene puntos estratégicos desde la perspectiva de la medicina preventiva tales como:

Detección oportuna.

Educación para el paciente y su familia.

Evaluación constante del diabético para evitar y tratar a tiempo las complicaciones.

Es por ello que el motivo de la investigación surge porque en los últimos años se le a dedicado una gran importancia a la educación del paciente diabético ya que acercándolo a los niveles óptimos para el buen control las probabilidades de que las complicaciones se presenten disminuyen considerablemente según los estudios realizados, y por ende el bienestar biopsicosocial mejoraría y por tal motivo el impacto que sobre el estado económico y financiero del instituto e incluso del mismo paciente tiene, disminuiría considerablemente.

Si los resultados obtenidos al final de la investigación aportan datos suficientes de que al implementar un modelo educativo se influye sobre el mejor control y conocimiento de la DM por parte del paciente diabético, se habrán logrado los objetivos de esta investigación

Objetivos

Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento que sobre la Diabetes Mellitus tienen los pacientes diabéticos con respecto a esta patología; evaluándolos con el modelo educativo actual.

Objetivo Específico

Si el modelo educativo actual no es el apropiado, proponer un nuevo modelo para reafirmar los conocimientos que sobre la Diabetes Mellitus tienen los pacientes y con ello mejorar su horizonte, respecto a su bienestar biosicosocial.

Mejorar el nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos sobre su enfermedad por medio de un programa educativo.

Motivar a través de la educación para la salud a los enfermos de Diabetes Mellitus, para que se interesen más en su enfermedad ya que el éxito del tratamiento depende del mismo paciente; y con ello se modificaría de manera dramática la evolución natural de la enfermedad.

Metodología

Tipo de estudio

Observacional.
Descriptivo.
Transversal.
Prospectivo

Definición del Universo

El presente estudio se realizó en la ciudad de Monterrey N.L. en el período comprendido entre julio de 1997 a Junio de 1998, en la población de pacientes diabéticos asignada al consultorio 11 de la Clínica-Hospital del I.S.S.S.T.E. Constitución

Tamaño de la Muestra

Se incluyeron a todos los pacientes diabéticos ,ambulatorios, seleccionados diariamente de manera aleatoria hasta completar 24 de entre los que acudían a su consulta, de un total de 198 asignados a el consultorio No. 11 A los pacientes seleccionados se les aplicó un cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre la diabetes.

Criterios de Selección

Inclusión

Paciente diabético.
Más de un año de diabético.
Asignado al consultorio No.11.
Tener expediente clínico.
Cualquier edad.
Ambos sexos.
Aceptar encuesta.

Exclusión

Diagnóstico menor de un año.
No asignado al consultorio No. 11.
No tener expediente clínico.
No aceptar encuesta.

Eliminación

Muerte.
Cambio de Consultorio.
Cambio de Residencia.
Referidos a nivel superior de atención.
Abandonar Programa Educativo.

Recolección de la Información

Para conocer el grado de conocimiento que sobre la Diabetes Mellitus tenían en ese momento se seleccionaron 24 pacientes diabéticos aleatoriamente, a los cuales se les aplicó un cuestionario (anexo 2). Posteriormente se aplica el programa de educación en Diabetes Mellitus, después de completado este programa educativo sobre Diabetes Mellitus se aplica de nuevo el mismo cuestionario, para evaluar el grado de conocimiento adquirido que sobre la Diabetes Mellitus se tiene ahora.

Variables

Se estudian dos variables: la variable dependiente, categórica, ordinal; grado de conocimiento de la enfermedad Diabetes Mellitus. Y la variable independiente programa de educación en Diabetes Mellitus.

Procedimiento para capturar la información

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, y transversal durante el periodo de julio de 1997 a junio de 1998 en el que se encuestó a 24 pacientes tomados aleatoriamente de un total de 198 pacientes diabéticos, que están asignados al consultorio No. 11 de la clínica I.S.S.S.T.E Constitución en Monterrey, N.L. A los cuales se les aplicó un cuestionario para saber el grado de conocimiento que se tiene sobre la Diabetes mellitus; posteriormente se aplica el programa de educación en Diabetes Mellitus, el cual instruye al paciente desde diagnóstico, tratamiento, cuidados generales, evolución y complicaciones, aplicándose de nuevo el mismo cuestionario al finalizar la educación para evaluar de nuevo el grado de conocimiento adquirido sobre la enfermedad.

La información se capturó en un cuestionario que evalúa el grado de conocimiento sobre la Diabetes Mellitus.

Consideraciones éticas

Por ser un estudio observacional y descriptivo, no se violan los aspectos éticos de la declaración de Helsinki; ni los derechos humanos de los pacientes participantes en el estudio.

La información recabada es manejada en forma confidencial y se cuenta con el consentimiento informado y firmado por los pacientes en estudio.

Resultados

Al evaluar los resultados obtenidos se pudo observar la gran diferencia que existe entre los pacientes que carecen de educación en diabétes, contra los que reciben un programa educativo en diabétes; esto ejemplificado de la siguiente manera:

De los 24 pacientes encuestados con el cuestionario que consta de 10 items el 54.1% solo contesto un máximo de 6 items antes de recibir programa educativo (anexo 3) y después de recibir el programa educativo el 90% contesto correctamente 8-9 items.(anexo 4).

En los pacientes que carecen de educación en diabétes el Promedio de aciertos de 1-10 fue de 3.83, con una Desviación Estandar de 1.1671, y una Varianza de 1.0869.

Contra los que recibieron el programa educativo los cuales obtuvieron un Promedio de 8.16, con una Desviación Estandar de 1.0494, y una Varianza de 1.3623 (Cuadro 1).

Y una Prueba T (Student) de 7.30614 lo cual concluye que existen diferencias estadísticas significativas entre el mismo grupo antes y después de recibir el programa educativo para diabétes.

Discusión

En los pacientes seleccionados del consultorio 11 de la Clínica-Hospital ISSSTE Constitución para el programa educativo sobre la DM se encontró que desde el momento de su diagnóstico hasta antes de iniciar el programa educativo, eran pacientes que tenían dificultad para mantener el buen control de su enfermedad.

En cuanto a la prevalencia, incidencia y morbimortalidad de la DM encontrados en los pacientes asignados al consultorio 11 de la Clínica-Hospital ISSSTE Constitución, coinciden con las estadísticas nacionales y mundiales. (1,2,3,4,5)

En un inicio los pacientes sabían que el tratamiento de su enfermedad estaba enfocado solamente a la dieta y el medicamento, desconocían cuan importante era la educación.(6,7,8,9,10,11,)

Aunado a esto se observo que por parte de los tres niveles de atención, así como enfermería, y medicina preventiva la falta de diseñar programas educativos para pacientes diabéticos.(12,13,23,24) después de iniciar el programa educativo se observo en los pacientes que adquirieron mejor habilidad para controlar sus glicemias, así como para manejar los episodios de hipoglicemia y cetoacidosis. (13,14,15,16,17,18,19)

Por lo tanto se espera que los pacientes al mantenerse en los criterios aceptables para el buen control de la DM, las complicaciones si se llegaran a presentar serian identificadas a tiempo y esto mejoraría por lo tanto su calidad de vida.(20,21,22)

Conclusión

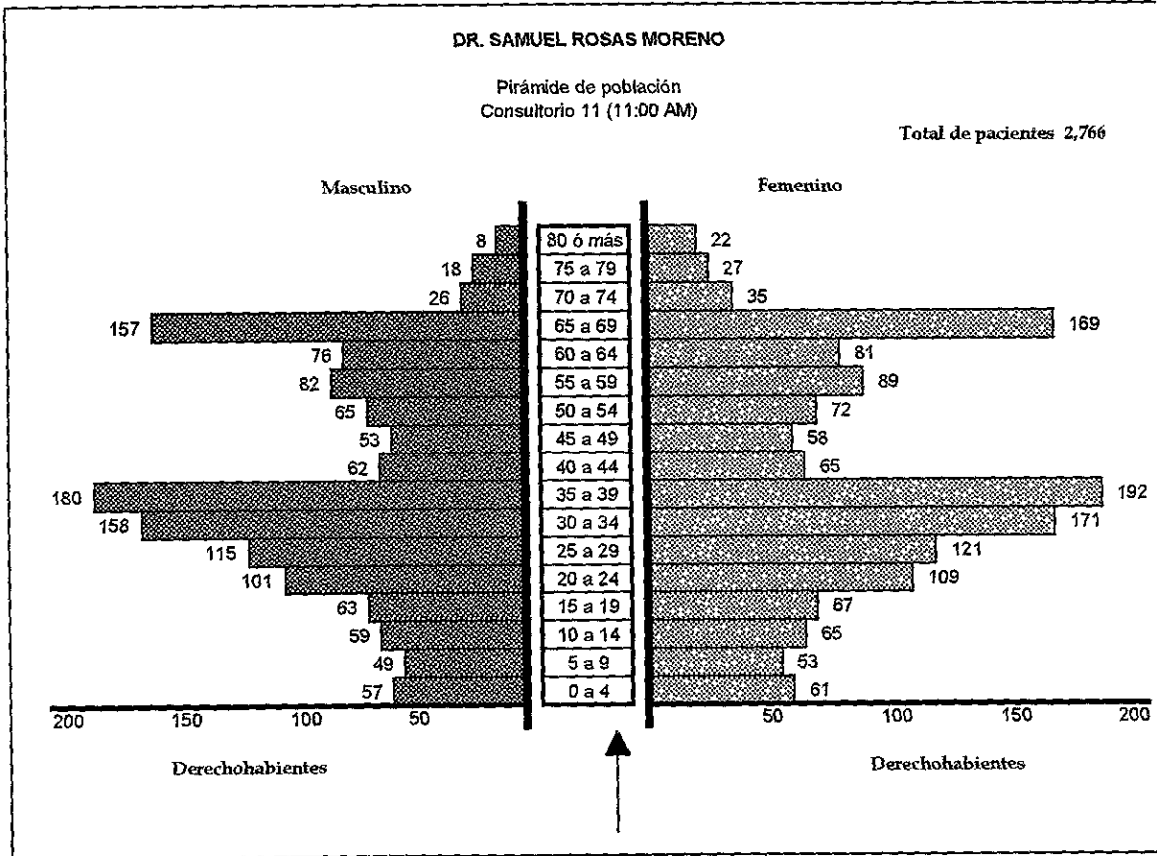
El tener en mente que la educación del paciente diabético es la piedra angular del tratamiento y después de analizar los resultados obtenidos donde se observa el cambio tan importante que demostraron los pacientes que ingresaron al programa educativo ; fortalece la teoría que desde 1920 se adopto ; que la educación es la herramienta terapéutica esencial en el manejo del paciente diabético y esto trae como consecuencia una disminución en los altos costos que en lo económico representa esta enfermedad tanto para la institución como para el paciente y por lo tanto mejora la calidad de vida del mismo.

Referencias Bibliográficas

1. Grupo Diabetes SAMFyC. España. (Epidemiología en Diciembre 8,1997) Online:
<http://www.cica.es/~samfyc/introduc.htm>
2. Vazquez R M, Escobedo P.M. Análisis de mortalidad por diabetes mellitus en el IMSS (1979-1987). Rev.Med.IMSS 1990; 28:157-170
3. Rico VB, Arriaga PME, Gómez PJG, Campos AL, Escobedo PJ. Prevalencia de diabetes mellitus y eficiencia diagnóstica del programa de detección oportuna en una unidad de medicina familiar. Rev.Med.IMSS 1995; 299-04.
4. Lifshitz GA, Arreola F, Castro MMG, Fiorelli S, Islas AS, Méndez FJD. Y col. A propósito de la diabetes en México. Rev.med.IMSS 1996,343-44.
5. García RM, Carrasco PE. La educación como arma terapéutica en la diabetes mellitus. rev.Diabetes hoy 1994;65-67.
6. Grupo Diabetes SAMFyC España (Educación para la Salud 1996-1998) Online:
<http://www.cica.es/samfyc7introduc.htm>.
7. Piber TR, Holler A, Brumer GA, Schattenberg S, Schnedl WJ, Semlitsch B, Zapotoczky H, Krejs GJ. Management of diabetes in Austria 5 years after the St. Vincent Declaration. Wiener Klinische Wochenschrift. 107(15): 451-6, 1995.
8. González BE, Sales SJ, Educación del diabético. Medicine Méx. 1994;114-24.
9. Grupo Diabetes SAMFyC España (Propuesta organizativa)
Online: <http://www.cica.es/samfyc/introduc.htm>
10. Grupo Diabetes SAMFyC España (Educación para la Salud 1996-1998) Online:
<http://www.cica.es/samfyc7introduc.htm>.
11. Ahroni JH. Strategies for teaching elders from a human development perspective. Diabetes Educator. 22(1): 47-52; quiz 53-4, 1996 Jan-Feb.
12. Michel SR, Sabo CE. The challenge conducting clinical research in diabetes care and education. Diabetes Educator. 22(1):23-7, 1996 Jan-Feb.
13. Maldonado DE A, Bloise D, CECI M, Fraticelli E, Fallucca F. Diabetes mellitus: lessons from patient education. Patient Education & Counseling. 26(1-3):57-66, 1995 sep.

14. Grupo Diabetes SAMFyC España (Educación para la Salud 1996-1998) Online: <http://www.cica.es/samfyc7introduc.htm>.
15. King H: La OMS y la Diabetes. Salud Mundial 1991 mayo-junio;7.
16. Bielamowicz MK. Miller WC. Elkins E. Ladewig HW. Monitoring behavioral changes in diabetes care with the diabetes self-management record. Diabetes Educator. 21(5): 426-31,1995 Sep. Oct.
17. García R. Suarez R. Diabetes education in the elderly: a 5-year follow-up of an interactive approach. Patient Education & Counseling. 29(1):87-97,1996 Oct.
18. Cowie CC. Harris MI. Ambulatory medical care for non-Hispanic whites, African-Americans, and Mexican-Americans with NIDDM in the U.S. Diabetes Care. 20(2):142-7,1997 feb.
19. Nilasena DS, Lincoln MJ. A computer-generated reminder system improves physician compliance with diabetes preventive care guidelines. The annual symposium on Computer Applications in Medical Care, :640-5,1995.
20. Grupo Diabetes SAMFyC España (Educación para la Salud) online <http://www.cica.es/samfyc/introduc.htm>
21. Harris MI. Medical care for patients with diabetes. Epidemiologic aspect. Annals of Internal Medicine. 124:117-22,1996 Jan.
22. Boulton AJ. Why bother educating the multi-disciplinary team and patient—the example of prevention of lower extremity amputation in diabetes. Patient Education & Counseling. 26(1-3): 8,1995 Sep.
23. Grupo Diabetes SAMFyC España (Educación para la Salud 1996-1998) Online: <http://www.cica.es/samfyc7introduc.htm>.
24. Grupo Diabetes SAMFyC España (Educación para la Salud 1996-1998) Online: <http://www.cica.es/samfyc7introduc.htm>.
25. Alison W, Midiendo la Educación de la Diabetes .Diabetes Hoy ,Vol.42 28-33,1995.

Anexo 1



Anexo 2

Cuestionario para Valorar Percepción sobre Diabétes Mellitus

Trabajo de Investigación que realiza:

Dr. Samuel Rosas Moreno

Médico Responsable Consultorio 11

Conteste el siguiente Cuestionario por favor trate de ser lo más veraz posible; ya que el éxito de esta investigación depende de sus respuestas.

Contéstelo usted solo NO pida ayuda.

Edad _____

Sexo _____

Desde cuando es diabético _____ años

Pertenece al consultorio 11 Si _____ No _____

Sabe usted lo que es la diabetes: Aumento de Grasa _____ Peso _____ Azúcar _____

Piensa usted que la Diabetes se cura y desaparece _____ se Controla _____

Sabe Usted la cantidad de Glucemia(azúcar) normal en sangre: Si _____ No _____

Cantidad que se considera Normal de Glucemia(azúcar) en ayunas: 60-110 mg/dl. _____

111-140 mg/dl. _____ 141 ó más _____

Sabe usted cuantos tipos de Diabetes Existen Si _____ No _____

Un tipo _____ Dos tipos _____ Tres tipos _____

Sabe usted cual es el tratamiento de la Diabetes mellitus Si _____ No _____

Dieta _____ Ejercicio Físico _____ Medicamento _____

Con que frecuencia acude a su control Cada Mes _____ Cada Dos _____ Tres ó más _____

Sabe Usted cuales son las complicaciones de su enfermedad Si _____ No _____

Ojos _____ Circulación _____ Riñón _____ Piernas _____

Cuándo se realizo la ultima vez un examen de la vista Menos de un año _____ Más de un año _____

Gracias:

Nombre _____ Firma _____

Anexo 3

PROGRAMA EDUCATIVO

Para conocer el grado de conocimiento que sobre la Diabetes Mellitus tenían en ese momento se seleccionaron 24 pacientes diabéticos aleatoriamente, a los cuales se les aplicó un cuestionario el cual consta de 10 ítems sobre: Qué es la diabetes?, valores de glicemia normal, tratamiento de la Diabetes Mellitus, frecuencia con la que debe asistir a su control, complicaciones microangiopáticas (Retinopatía y Neuropatía), cuidado de los pies y de la agudeza visual; al cual se le asignó el valor de 1 punto para cada respuesta correcta; calificándose con valores de 1-6 como conocimiento inadecuado o pobre, y de 7-10 como conocimiento adecuado o bueno.

Posteriormente se aplica el programa de educación, donde se le informa al paciente sobre aspectos importantes de la Diabetes Mellitus en tres pláticas que duran aproximadamente 20 minutos cada una, en las cuales se le dan a conocer aspectos básicos del padecimiento, como diagnóstico, tratamiento, cuidados generales, evolución y complicaciones (anexo No.). Se hace saber que la Diabetes Mellitus es una alteración en la función del páncreas el cual produce una hormona la insulina que se encarga de regular los niveles de glucosa en sangre.

Esta alteración en la función de la insulina hace que los azúcares dentro del organismo no puedan ser utilizados y por consiguiente se elevan y esto trae como consecuencia que la persona empiece a presentar molestias del tipo de polidipsia, polifagia y polaquiuria.

Al estar completamente seguros de que el paciente ha sido correctamente diagnosticado como diabético se le informa que esta enfermedad no desaparece ni se cura, que solamente se controla y que por ende tiene que aceptar a vivir el resto de su vida con la enfermedad.

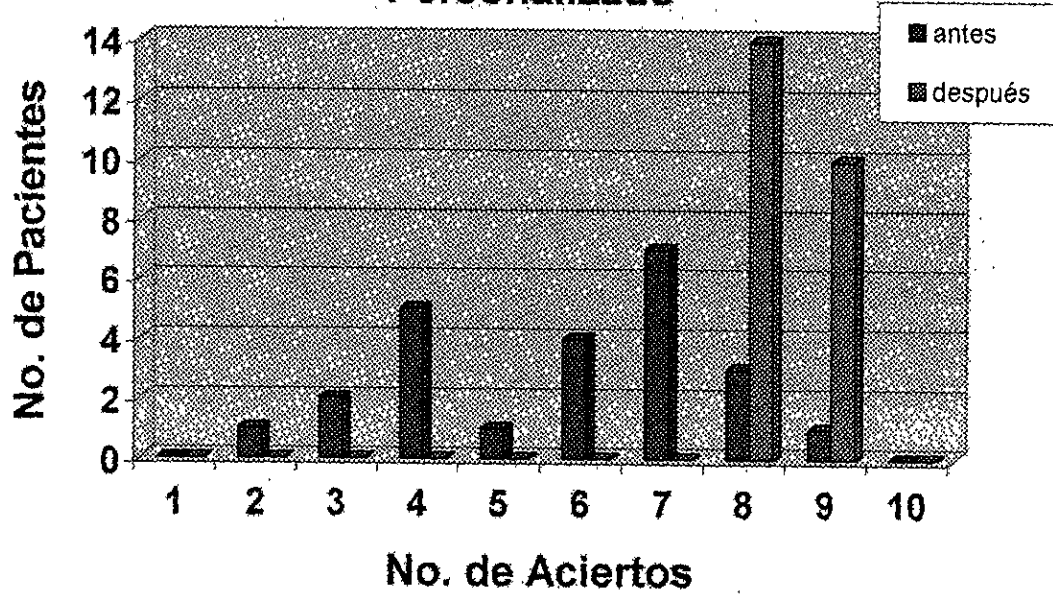
Se le informa también que es una enfermedad demasiado agresiva y que el paciente tiene dificultad para darse cuenta de que la enfermedad está avanzando y creando complicaciones del tipo de microangiopatía la cual se ve reflejada en trastornos tales como neuropatía, retinopatía, y casos graves como enfermedad renal por el hecho de que sus glicemias se encuentran elevadas.

Por lo tanto mientras que el paciente estabiliza sus glicemias dentro de los rangos aceptables para un diabético tiene que acudir a su control por lo menos una vez al mes.

Se le explica que existen dos tipos de DM y que por lo tanto existen tipos diferentes de tratamiento médico los cuales disminuyen la cantidad de glicemia en sangre, por ello es muy importante que lo tenga siempre en mente ya que esto es de suma importancia para su buen control; el tratamiento también se realiza a base de dieta y ejercicio, la dieta será adecuada al tipo de paciente y de acuerdo a necesidades calóricas pudiendo balancear los diferentes tipos de alimentos en forma equilibrada. El ejercicio será adecuado para cada paciente de acuerdo a su reserva física. Dada las complicaciones que se presentan en la DM se deberá tener especial cuidado en ojos, riñón, corazón, y miembros pélvicos inferiores, por lo que la visita periódica sirve para vigilar la aparición de complicaciones, por lo mismo es conveniente acudir una vez al año a un examen visual.

Después de completado este programa educativo sobre Diabetes Mellitus se aplica de nuevo el mismo cuestionario, para evaluar el grado de conocimiento adquirido que sobre la Diabetes Mellitus se tiene ahora.

**Clínica-Hospital I.S.S.S.T.E. Constitución
Monterrey, N.L. Estado de Percepción
antes y después del Modelo Educativo
Personalizado**



Fuente: Archivo Clínico Junio 1997-Julio 1998

Cuadro 1

	ANTES	DESPUÉS
PROMEDIO	3.8333	8.1666
DESV.ESTANDAR	1.1671	1.0494
VARIANZA	1.0869	1.3623

Fuente: Archivo Clínico Junio 1997-Julio1998.

Programa Médico-Preventivo

Anexo 6

Introducción :

En los países desarrollados donde los programas de medicina familiar tienen plena vigencia, se reconoce al primer nivel de atención como el marco ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades de promoción de la salud preventivas y terapéuticas, por tratarse del nivel dentro del sistema de salud donde la población accede de manera directa y continua, siguiendo las orientaciones de su médico.

México vive en la actualidad tendencias en el campo de la salud que obligan a adoptar una revisión prospectiva y anticipatoria. Los avances de la ciencia, la tecnología y la organización han permitido que la mortalidad disminuya ; asimismo, las desigualdades sociales existentes en nuestro país favorecen que la población de escasos recursos económicos sea la que muere con mayor frecuencia y por lo tanto la que presenta un riesgo mayor de enfermedad.

La especialidad de Medicina Familiar surge como una necesidad de contar con un personaje que cubra la atención primaria de salud, con cuatro funciones básicas que cumplir

- 1.- Otorgar atención médica integral.
- 2.- **participar en el proceso de educación médica.**
- 3.- Incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños.
- 4 - Realizar investigación médica.

Siendo la Diabetes Mellitus una enfermedad crónico-degenerativa y teniendo una alta incidencia , constituye un grave problema de salud. Es aquí donde el Médico Familiar tiene una gran importancia ya que de él depende poder llevar a cabo un buen control de estos pacientes

Justificación

Teniendo la Diabetes Mellitus la tercer causa en la frecuencia de consulta en la población asignada al consultorio 11 de la clínica hospital del I.S.S.T.E. Constitución en Monterrey N.L.

Es importante y trascendente en lo que se refiere a atención médica por el alto costo que representa esta enfermedad crónico-degenerativa.

Por lo tanto es factible que con el apoyo de una buena infraestructura bien coordinada, e implementando y reforzando el Modelo Educativo Personalizado de atención al diabético para lograr un buen control y con ello disminuir las complicaciones y como consecuencia los altos costos que para el instituto representan estas.

Objetivos

General :

- Establecer y supervisar El Modelo Educativo Personalizado de atención al Diabético.

Particulares :

- Diagnóstico oportuno y tratamiento.
- Prevenir y tratar las complicaciones.
- Promover el autocuidado.

Estrategias

Para alcanzar los objetivos establecidos es preciso implementar un equipo de trabajo conformado por medicina preventiva, trabajo social, nutrición, psicología y educadores para la salud ; es aquí donde el médico familiar tiene un papel decisivo ya que este es el encargado de coordinar el Modelo Educativo Personalizado ; puesto que la educación del diabético debe ser inicialmente individualizada mediante entrevistas personales con el médico tratante y posteriormente deberá ser remitido al equipo multidisciplinario en donde se complementara el programa educativo y de esta forma lograr el buen control del paciente reduciendo el número de complicaciones y por ende los costos tan elevados que representan estas.

Evaluación

Se evaluara al paciente inicialmente mediante un cuestionario para reconocer la percepción que sobre su enfermedad tiene ; posteriormente se aplicara el Modelo Educativo Personalizado que consta de los siguientes puntos:

- 1.- Definición de la enfermedad.
- 2.- Dieta.
- 3 - Insulinoterapia. Técnica.
- 4.- Ejercicio físico.
- 5 - Complicaciones agudas.
- 6 - Complicaciones crónicas.

- 7 - Higiene(cuidado de los pies).
- 8.- Diabetes-Embarazo.
- 9.- Autoanálisis -Autocontrol.
- 10 - Estrategias en el tratamiento.
- 11 - Evaluación del programa.

Esto se lleva a cabo en dos o tres consultas de 20 minutos de duración y se volverá a evaluar con el mismo cuestionario para reconocer nuevamente si la percepción que sobre su enfermedad tiene se a modificado.