

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12
CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE

APEGO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA PARA EL MANEJO DE LA DIABETES
MELLITUS TIPO 2 Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL METABOLICO EN
PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12

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

Dra. Libia Yolanda Gamboa Esteva.

CD. DEL CARMEN, CAMPECHE
2005

m346584



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12
CIUDAD DEL CARMEN CAMPECHE.

**APEGO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA PARA EL MANEJO DE LA DIABETES
MELLITUS TIPO 2 Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL METABOLICO EN
PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12**

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

Dra. Libia Yolanda Gamboa Esteva.

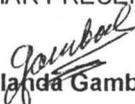


CIUDAD DEL CARMEN CAMPECHE

2005.

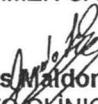
APEGO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL METABOLICO EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12 DE CIUDAD DEL CARMEN CAMPECHE.

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


Dra. Libia Yolanda Gamboa Esteva.

AUTORIZACIONES.


Dra. Rita Elena Ortiz Hidalgo.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN CIUDAD DEL CARMEN CAMPECHE.


Dr. José de los Santos Maldonado Ezquivel.
JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO DE LA UMF 12 CD. DEL CARMEN CAMPECHE.
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS .


Dra. Roxana González Dzib
MEDICO FAMILIAR DE LA U.M.F 12 CAMPECHE CAMPECHE
ASESOR DEL TEMA DE TESIS .


Dr. DOMINGO MEDINA GÓNGORA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
CAMPECHE CAMPECHE.

APEGO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12 DE CIUDAD DEL CARMEN CAMPECHE.

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

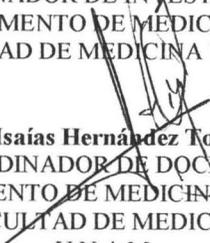
Dra. Libia Yolanda Gamboa Esteva.



AUTORIZACIONES.

Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


Dr. Arnulfo Irigoyen Còria.
COORDINADOR 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.

Agradecimientos.

A ese ser poderoso que todos sabemos que existe y que me a permitido realizar un sueño largamente deseado. Gracias una vez más. Lo logramos.

A mi esposo e hijas por la paciencia, comprensión y sobre todo por alentarme a continuar para alcanza mi ideal. Los amaré siempre.

A mi madre y hermanos por su confianza y su amor comprensivo. Nunca los defraudaré.

A los médicos especialistas que con sus enseñanzas amabilidad y compañerismo contribuyeron a que realizara la especialidad. Nunca los olvidaré.

A la Dra. Alicia Carballo Azul directora de la unidad de medicina familiar, a la Dra. Rita E. Ortiz hidalgo, profesor titular de la residencia quienes en todo momento nos impulsaron a continuar y no desfallecer. Muchas gracias.

A la Dra. Roxana del Socorro González Dzib asesora de mi tesis. Gracias.

A mis amigos que en todo momento me alentaron a terminar la residencia, a la Dra Ruth Acosta Otero y a la Dra. Guadalupe Fariás por el compañerismo y amistad que siempre nos acompañó en esta especialidad.

INDICE.

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1.-Titulo..... | 1 |
| 2.-índice..... | 4 |
| 3.- Marco Teórico..... | 5 |
| 4.- Planteamiento del problema..... | 11 |
| 5.- Justificación..... | 12 |
| 6.-Objetivo General..... | 13 |
| 7.- Objetivos específicos..... | 14 |
| 8.- hipótesis..... | 15 |
| 9.- Material y Métodos | 16 |
| 10.-Consideraciones éticas..... | 18 |
| 11.- Resultados | 19 |
| 12.- Discusión | 21 |
| 13.- Conclusiones..... | 22 |
| 14.- Bibliografías..... | 23 |
| 15.- Anexos..... | 26 |

MARCO TEÒRICO

ANTECEDENTES.

El control de la diabetes mellitus tipo 2 por el médico de primer nivel implica una serie de conocimientos profundos y tiempo suficiente en el manejo y control de la enfermedad, con el fin de prevenir las complicaciones tardías.

La Norma Oficial Mexicana refiere que alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados desconoce que la tiene, ésta enfermedad ocupa el tercer lugar de mortalidad en nuestro país.

La norma tiene por objetivo establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, a nivel nacional es de carácter obligatorio para establecimientos profesionales de la salud del sector público, social y privado que presten atención en esta patología. Hace énfasis en la prevención de ésta enfermedad a partir de los 20 años de edad con el fin de identificar a los no diagnosticados y al mismo tiempo poder modificar el estilo de vida en aquellos pacientes con alteración de la glucosa.

En la actualidad los médicos de primer contacto han ido asumiendo en forma progresiva la responsabilidad de la detección, tratamiento y educación de la diabetes, para esto se requiere de tiempo, comprensión y habilidades por parte del médico de primer nivel, es así como se hace necesario el conocer de manera integral la NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCIÓN ;TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES.¹

Con el fin de vigilar y poder evaluar esta norma , se han realizado estudios para valorar la satisfacción de la población diabética tomando en cuenta los lineamientos de prevención y control de la diabetes y se a encontrado que apenas si existe un apego del 48.8 % .²

El diagnóstico de diabetes de acuerdo a la NOM-168-SSA1 -1998 se establece si se cumple cualquiera de los siguientes criterios, presencia de síntomas clásicos y una glicemia de plasmática casual > 200 mg/dl ; glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl o bien una glucemia > 200 mgs/dl dos horas después de una carga oral de glucosa de 75 g. La glucosa anormal en ayuno se establece cuando la glucemia en ayuno es >110 mgs/dl y $<$ de 126mg/dl; intolerancia a la glucosa cuando la glucosa plasmática a las dos horas poscarga es > 140 mg/dl, ésta norma también hace mención sobre la diabetes gestacional y establece que deberá realizarse la prueba de detección en toda embarazada entre la semana 24 y 28 de gestación con una carga de 50 g de glucosa por vía oral y si se encuentra $>$ de 140 mg/dl la glucemia plasmática entonces se efectuará la prueba diagnóstica, ésta última se establece si durante la semana 24 a 28 del embarazo se presentan dos o más de los siguientes valores: en ayuno >105 mg/dl y después de una carga de glucosa en ayuno de 100 g valores superiores a 190 mg/dl ,valores superiores a 190 mg/dl a la hora poscarga, 165 mg/dl a las dos horas poscarga y 145 mg/dl a las tres horas.

El abordaje clínico del paciente diabético debe iniciarse con una historia clínica que incluya una adecuada anamnesis con el fin de detectar posibles complicaciones, el examen físico debe registrar ;pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y

respiratoria, así como una exploración completa de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros inferiores y genitales ,³ debe valorarse el ÍNDICE DE MASA CORPORAL teniendo en cuenta que el recomendable es > 18 y < 25 , el sobrepeso está considerado > 25 y < 27 , por arriba de ésta cifra se cataloga como obesidad, éste índice no solamente es necesario para normar el tratamiento dietético sino también el farmacológico.⁴

La obesidad representa un factor de riesgo importante en el aumento de la morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares, de ahí la importancia de contar con el apoyo de un licenciado en nutrición para establecer los lineamientos de buena alimentación en cada paciente diabético.⁵

El tratamiento de la diabetes tiene como objetivo aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas así como mejorar el estilo de vida y reducir la mortalidad ya sea por la enfermedad o por las complicaciones.

En el manejo del paciente debe involucrarse a la familia ya que sabemos de la gran influencia de los factores familiares sobre la salud del paciente, pues toda enfermedad crónica degenerativa requiere mecanismos de adaptación para lograr una homeostasis familiar.⁶ En éste rubro también se han hecho estudios para determinar el desempeño del médico familiar en el manejo integral del paciente diabético y se ha visto que los conocimientos del médico no son acordes con los avances actuales de la diabetes⁷ así también se ha demostrado que los médicos de pre grado se encuentran mas actualizados ya que están inmersos en la tecnología actual.⁸

La educación para la salud también es primordial en el manejo de éstos pacientes ya que se ha visto que entre mas conocimientos tengan sobre su padecimiento mayor responsabilidad y como consecuencia un mejor control metabólico aunque también debemos aceptar la influencia de un bajo nivel educativo y escasos recursos económicos.⁹

La actividad física es otro aspecto terapéutico importante, sus beneficios principales son; el mayor aprovechamiento de glucosa por el músculo y el aumento de la sensibilidad por los receptores de insulina.¹⁰

Las metas básicas del tratamiento no farmacológico y farmacológico comprende el logro de niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial, control de peso, y hemoglobina glucosilada, el tratamiento inicial debe ser no farmacológico y por un tiempo de seis meses, solo en caso de que no se alcance un buen control pasado este tiempo o bien si se encuentra hiperglucemia sintomática entonces se recurrirá al tratamiento farmacológico, una vez establecido el control metabólico del paciente los fármacos solo serán utilizados de manera auxiliar.

La norma establece que en el manejo no farmacológico deberá mantenerse un buen control de peso y se considera idóneo si sostiene un IMC > 18 y < 25 para esto es importante establecer la actividad física que deberá seguir cada paciente tomando en cuenta la edad, el estado general de salud, evolución de la enfermedad, alimentación y medicamentos para poder establecer el tipo, la intensidad y duración del ejercicio.

En el tratamiento farmacológico pueden ser utilizados las sulfonilureas, biguanidas, inhibidores de alfa glucosidasa, tiazolidinas e insulina.¹¹

En el paciente obeso las biguanidas son los fármacos de primera elección, están contraindicadas en las condiciones que favorecen la acidosis láctica. En el paciente no obeso el medicamento ideal son las sulfonilureas. En pacientes diabéticos con diagnóstico reciente mayores de 60 años de edad y glucemia < de 130 mg/dl se utilizarán los inhibidores de alfa glucosidasa para evitar hipoglucemia.

Al menos una vez al año se deberá medir colesterol total, triglicéridos, colesterol de alta densidad, hemoglobina glucosilada y examen general de orina en busca de proteínas.

Se recomienda el examen de los ojos al momento de establecer el diagnóstico y en forma anual, en caso de que médico no pueda realizar el examen de los ojos lo referirá al especialista.¹²

La neuropatía diabética es una complicación que debe ser buscada cuidadosamente mediante una revisión clínica que incluya el examen de los reflejos, de la sensibilidad periférica, dolor, tacto, temperatura, vibración y posición. La neuropatía y la angiopatía así como las presiones intrínsecas y extrínsecas de los pies dan lugar al pie diabético.¹³

El paciente debe ser informado sobre el cuidado y revisión periódica de los pies para prevenir complicaciones que en un momento dado pueda llegar incluso a la amputación.¹⁴ debe ser referido al especialista si se observa disminución de la sensibilidad de los pies,

mononeuropatía aislada, hiperestesia o dolor nocturno de pies o piernas, impotencia y signos y síntomas de neuropatía autonómica como sudoración excesiva de tronco y cabeza, diarrea sin causa o estreñimiento pertinaz

El buen control de la presión arterial consiste en mantenerla por debajo de 130 / 85 mm de Hg. y se preferirán como antihipertensivos a los inhibidores de la Enzima convertidora de Angiotensina, el control debe ser riguroso en pacientes con nefropatía precoz.

La referencia a segundo nivel se hará cuando de manera persistente no se cumplan las metas del tratamiento, cuando haya falta de respuesta a la combinación de hipoglicemiantes y si se carece de experiencia en la utilización de la insulina, en caso de complicaciones graves como cetoacidosis y coma hiperosmolar en más de una ocasión durante el último año, retinopatía preproliferativa o proliferativa, glaucoma o edema macular, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y lesiones isquémicas o neuropáticas de miembros inferiores, en caso de diabetes gestacional o cuando el médico de primer nivel lo considere necesario.

El estudio que se proyecta realizar tiene la finalidad de evaluar el apego a la Norma Oficial Mexicana para el manejo de la diabetes por el médico de primer nivel de atención y su relación con el control metabólico de los pacientes y de acuerdo a sus resultados proponer alternativas de mejora en la atención que se le brinda a estos pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica degenerativa que afecta a todo el mundo, se considera que actualmente existen más de 120 millones de personas a nivel mundial, y que posiblemente se alcanzaran los 300 millones en el año 2025 lo cual hace suponer que la medicina curativa no es la única alternativa, tomando en cuenta que las hiperglucemias interactúan con otros factores para desencadenar otro tipo de enfermedades como las cardiovasculares, renales, oculares o circulatorias, es por esto que actualmente la tendencia al control de ésta enfermedad es hacia una medicina preventiva y de rehabilitación en conjunto con la curativa.

Para esto se ha establecido una norma oficial mexicana que tiene por objetivo no solo la detección temprana de la diabetes sino la prevención de las enfermedades intercurrentes que eviten el daño temprano a otros órganos y poder otorgar una mejor calidad de vida al paciente.

En el sureste de México en los últimos años se ha incrementado el número de pacientes diabéticos; en la unidad de medicina familiar No. 12 de Cd. Del Carmen Campeche existen a la fecha 1,200 pacientes con esta enfermedad.

Es por esto que nace la inquietud de saber que estamos haciendo en nuestra unidad por este tipo de pacientes, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación

¿Cual es la proporción de médicos familiares y generales que se apegan a la norma oficial mexicana para el control y tratamiento de la diabetes tipo 2 en la unidad de medicina familiar no. 12 de ciudad del carmen Campeche

JUSTIFICACION

En la unidad de medicina familiar No. 12 de Ciudad del Carmen Campeche existe un programa de atención al paciente diabético el cual consiste en una cita mensual con el médico familiar para poder valorar al paciente de una manera integral y prevenir complicaciones tardías, sin embargo hemos podido observar que a pesar de que el paciente acude en forma regular a sus consultas, el numero de complicaciones se ha ido incrementando , esto lo observamos por el aumento en pacientes con diálisis y retinopatía diabética proliferativa así como en el número de amputaciones que se llevan a cabo.

Lo cual hace pensar que a pesar de que existe dentro de la institución un programa de seguimiento en forma mensual para el control metabólico del paciente diabético, prevalece en la mayoría de los pacientes un descontrol crónico y como consecuencia complicaciones tardías en épocas tempranas de la enfermedad por lo anterior se decide realizar el siguiente estudio de investigación.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el apego a la norma oficial Mexicana para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 por médicos familiares y generales de la unidad de medicina familiar N° 12, que hayan acudido a consulta externa en el periodo comprendido del mes de Diciembre del 2003 al mes de mayo del 2004.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.-Determinar la frecuencia de médicos familiares que se apegan a la norma oficial Mexicana.
- 2.-Identificar la frecuencia de médicos generales que se apegan a la norma oficial Mexicana.
- 3.-Conocer la frecuencia de pacientes a quienes se realiza los parámetros de control de su diabetes, con o sin apego a la norma oficial mexicana.
- 4.-Establecer los puntos de la norma oficial que no se cumplen en los pacientes que se encuentran en la Unidad de Medicina Familiar No. 12

METODOLOGIA

Tipo de estudio: Observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo.

Población, lugar y tiempo de estudio:

Pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a su control en la unidad de medicina familiar No. 12 de Cd del Carmen Campeche en el periodo comprendido del mes de diciembre de 2003 a mayo de 2004.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra: probabilística por conveniencia (periodo de diciembre de 2003 a mayo de 2004.)

Criterios de Selección

Criterios de inclusión

Expedientes de pacientes diabéticos adscritos a la unidad de medicina familiar No. 12 que hayan acudido a su consulta en el periodo comprendido del primero de diciembre de 2003 al 31 de mayo de 2004.

Criterios de exclusión.

Expedientes de pacientes con diabetes tipo 1

Expedientes de pacientes con diabetes gestacional.

Criterios de eliminación.

Expedientes incompletos

Expedientes que tengan registrados menos de 6 consultas en un año.

Expedientes con letra ilegible.

VARIABLES

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Indicador | Escala de Medición |
|--|---|--|---|-----------------------|
| Independientes Norma oficial | Lineamientos para el manejo de la diabetes establecidos oficialmente | A través de evaluar el expediente clínico | IMC | Razones |
| | | | Revisión de pies Si NO | Nominal |
| | | | Tratamiento dietético Si NO | Nominal |
| | | | Ejercicio Si NO | Nominal |
| | | | Tratamiento farmacológico Si No | Nominal |
| | | | Envío oportuno A Medicina Interna y oftalmología Si No | Nominal |
| | | | Control de padecimientos concomitantes Si No | Nominal |

| | | | Glucosa mensual Si o No | Nominal |
|------------------------------|---|---|--|------------|
| Control Metabólico | Cifras de glucosa que marca la ultima revisión del Grupo de expertos en diabetes | Bueno Aceptable Malo | 80 -110 mg/dl 111-140 mg/dl > de 140 mg/dl | Intervalos |
| Dependiente Médico | Médicos con y sin posgrado de medicina familiar | Serán todos aquellos médicos seleccionados para el estudio | Medico Familiar Medico General | Nominal |

| | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---------|
| Universales Sexo | Genero propio del individuo | Masculino femenino | Hombre Mujer | Nominal |
| Escolaridad del paciente | Grado de estudio | Se tomaran los estudios completos del paciente | Primaria Secundaria Profesional | Ordinal |
| Tratamiento | Tratamiento prescrito por el medico tratante | Ultimo Medicamento prescrito | Glibenclamida Metformina Insulina | Nominal |

Procedimiento.

Se procederá a la selección de manera aleatoria de 6 consultorios de médicos con la especialidad de medicina familiar y 6 consultorios de médicos sin la especialidad, de ambos turnos. Se les procederá a solicitar el consentimiento informado ^{anexo 1} a los 12 médicos que participarán en el estudio y previa aceptación se seleccionarán los expedientes de pacientes diabéticos que acudan a consultar en el periodo comprendido del primero de diciembre de 2003 al 31 de mayo de 2004.

A continuación se procederá a la revisión de cada uno de los expedientes para observar si tienen registrados, el peso, talla y por lo tanto el índice de masa corporal. También se observará si se encuentra anotado la revisión de los pies, si hubo indicación de tratamiento dietético, si se indicó algún tipo de ejercicio, el envió a medicina interna y oftalmología si se realizó en forma oportuna, si se tomó en cuenta el control de padecimientos concomitantes, si se les envió control de sus glicemias de acuerdo a lo indicado por la norma, cual es el control metabólico de acuerdo al resultado de la última glicemia, si es bueno, aceptable o malo. El sexo de los pacientes estudiados, la escolaridad y el último tratamiento indicado por el médico, todos estos datos se registrarán en la hoja de recolección de datos ^{anexo 2} y posteriormente se analizarán para valorar los resultados. Los resultados obtenidos se analizarán a través de estadística descriptiva que nos permitirá obtener frecuencias simples y medidas de tendencia central.

Consideraciones éticas.

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación, en base a lo establecido en el artículo 13 fracción V se respetará la dignidad y bienestar de los participantes conservando su anonimato y la libertad de elegir participar en el estudio. En relación al artículo 21, a todos los participantes seleccionados se les solicitará su participación voluntaria y se les informarán los objetivos del estudio así como los procedimientos a realizarse. Con base al artículo 17 fracción II se considera esta investigación como de riesgo mínimo para la integridad física y psicológica de los participantes, en base a la Declaración de Helsinki con sus respectivas modificaciones. Se anexa formato de participación (anexo 1).

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

A).- HUMANOS.

1.- Un médico residente de tercer grado en la especialidad de medicina familiar en la modalidad semi presencial adscrito ala UMF 12 de ciudad del Carmen Campeche.

2.- Asistentes médicas de los consultorios a evaluar.

3.- personal de archivo clínico

B).- MATERIALES.

Se empleará material de oficina ,hojas papel bond blancas, lápiz, bolígrafo, material de cómputo, formato 4 -30 – 6 de registro de consulta diaria de los pacientes, expedientes clínicos.

C).- FINANCIEROS.

Los necesarios y estarán a cargo del investigador principal.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

| | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE |
|--|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|
| Elaboración Del protocolo | | | | | | | | |
| Recolección de la muestra | | | | | | | | |
| análisis de los expedientes y encuestas | | | | | | | | |
| Análisis estadístico | | | | | | | | |
| Elaboración del informe final o tesis | | | | | | | | |

RESULTADOS

Se revisaron 259 expedientes de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de los cuales el 53% fue valorado por médicos familiares y el 47% restante por médicos generales. ^(Gráfico 1)

Respecto del sexo predominó el femenino con una frecuencia de 56%, y el masculino correspondió al 44% restante. ^(Gráfico 2)

En relación al tiempo de evolución se encontró que el 44% tienen más de 10 años de evolución, el 34% de 5 a 10 años y el 22% menor de 5 años. ^(Gráfico 3)

Acerca de las glicemias de control se observó que en los pacientes valorados por el médico familiar estas presentaron un control según la NOM de bueno en un 13.77 %, aceptable en 17.40% y 67.40% como malo y al 1.47 % no se le realizó. ^(Gráfico 4)

El control de las glicemias realizadas por el médico sin la especialidad fue de 13.23% como bueno, 8.27% como aceptable y un 47.11% como malo y no se le realizó al 31.39%. ^(Gráfico 5)

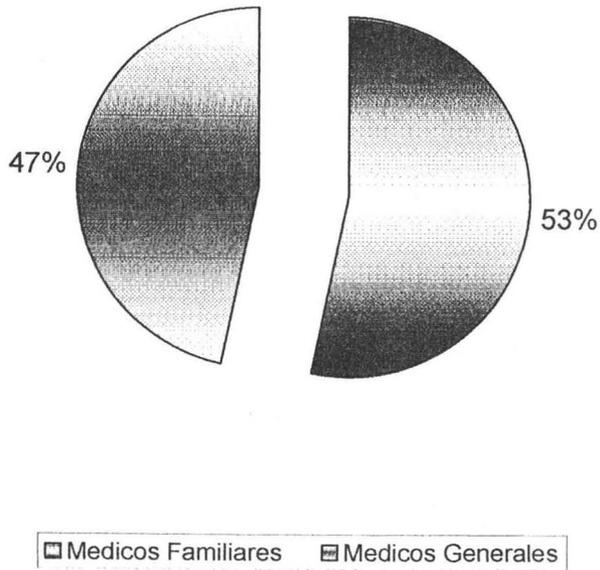
En lo que corresponde al monitoreo de colesterol y triglicéridos en forma anual realizados a todos los pacientes, en el estudio se encontró que los médicos familiares cumplieron en un 78%. A diferencia de los médicos generales que solo cumplieron en un 58.5% ^(Gráfico 6)

En cuanto a los datos que también debe contener el expediente clínico se encontró que los médicos con especialidad registraron el peso de sus pacientes en un 89.86% y los médicos generales en un 95.87%; la talla fue registrada por el médico familiar en un 62.32% y en un 67.77% por el médico sin la especialidad. En relación a la presión arterial esta fue registrada por el médico familiar en un 89.86% y en un 95.87% por el médico general. El índice de masa corporal solo se encontró el registro en un 13.05% y un 10.75% respectivamente. La revisión de pies fue evaluado en un 44.21% por el médico familiar y en un 17.36% por el médico general. ^(Cuadro 1)

El tratamiento registrado por los médicos familiares fue de asociación metformina/glibenclamida de un 50% , monoterapia con glibenclamida en un 42.76% e insulina en un 2.18% los médicos generales registraron tratamiento con metformina glibenclamida en un 61.99%, con glibenclamida sola al 30.58% y con insulina a un 3.31 % El envío a Medicina interna en forma anual por el médico familiar fue de un 15.95% en comparación al 16.53% del médico general y finalmente el 9.42% de los pacientes fue enviado a valoración anual por el médico con especialidad y el 10.75 % por el médico sin la especialidad. ^(Cuadro 1)

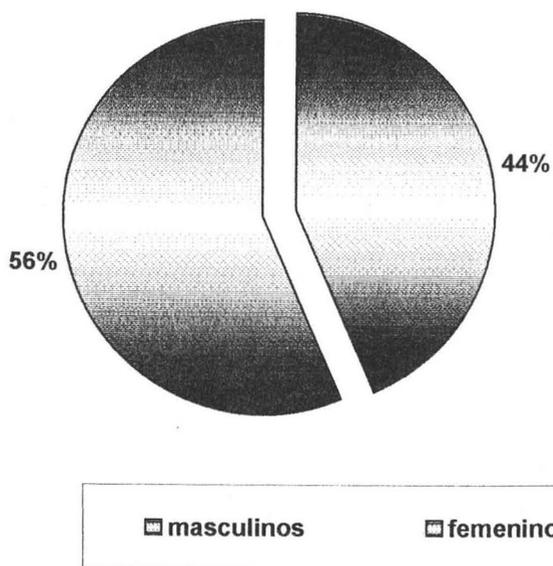
GRAFICO N° 1

FRECUENCIAS DE EXPEDIENTES REVISADOS POR MEDICOS FAMILIARES Y MEDICOS GENERALES



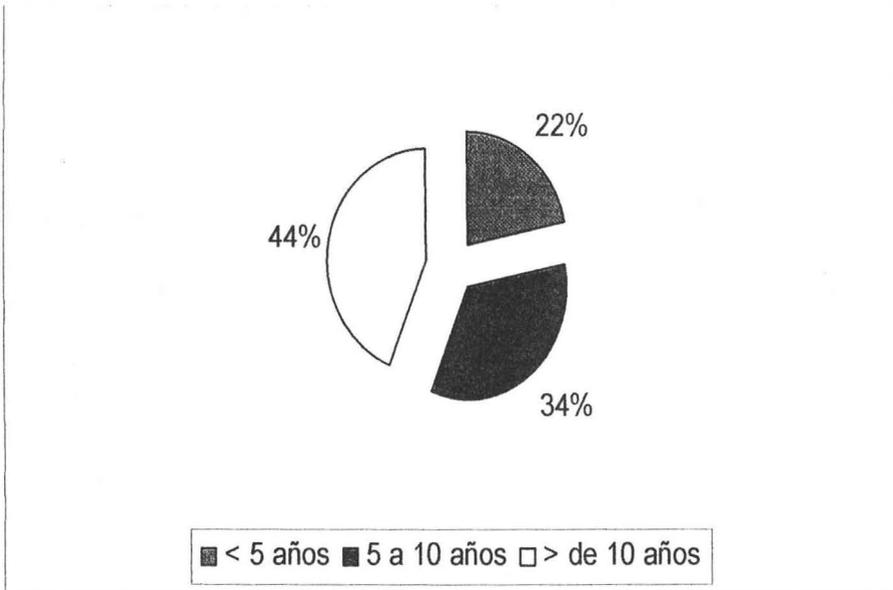
Fuente: Hoja de recolección de datos

GRÁFICO NO. 2
FRECUENCIA POR SEXO DE PACIENTES ESTUDIADOS



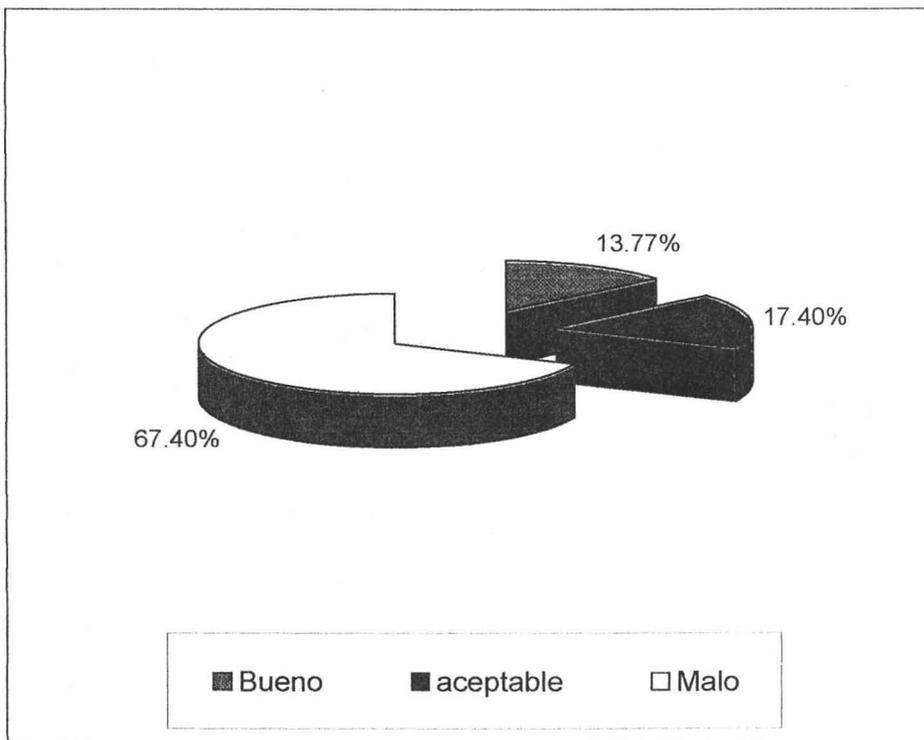
Fuente: Hoja de recolección de datos

GRÁFICO NO. 3
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES.



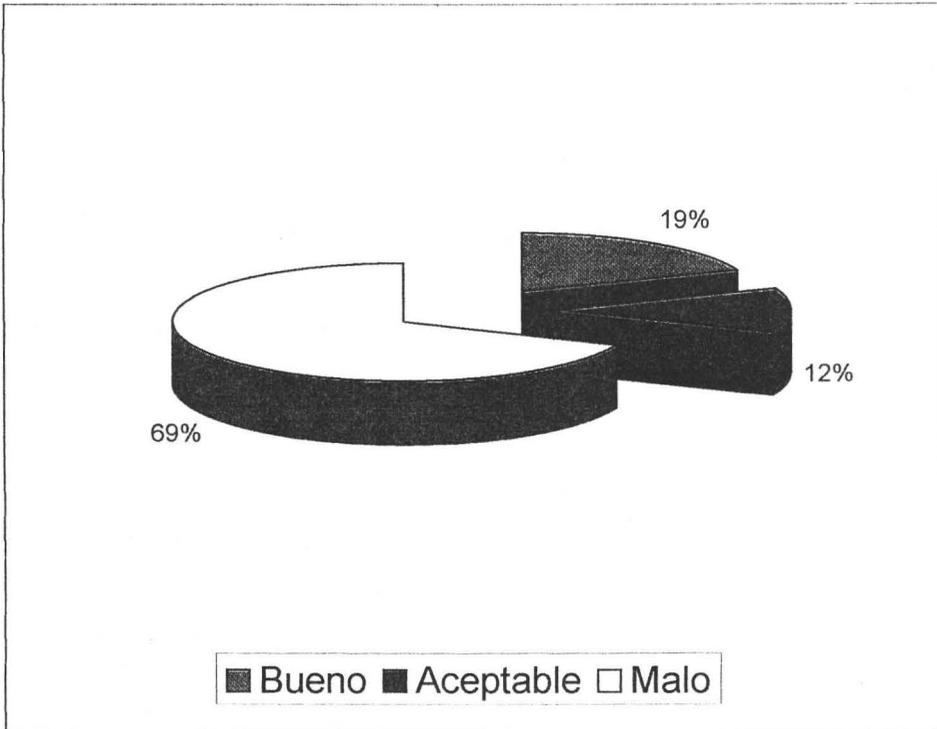
Fuente: Hoja de recolección de datos

GRÁFICO NO. 4
CONTROL DE GLICEMIAS POR MEDICO FAMILIAR



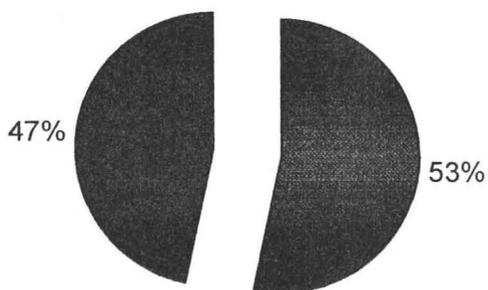
Fuente. Hoja de recolección de datos y Norma Oficial Mexicana

GRÁFICO NO. 4
CONTROL DE GLICEMIAS POR MEDICO GENERAL



Fuente. Hoja de recolección de datos y Norma Oficial Mexicana

GRÁFICO NO. 4
FRECUENCIAS DE APEGO AL CONTROL DE COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS



■ MEDICO FAMILIAR ■ MEDICO GENERAL

Fuente: Hoja de Recolección de datos y Norma Oficial Mexicana

CUADRO 1

| Datos incluidos en la nota medica | Expedientes de Medico familiar | Expedientes de Médicos generales |
|--|---------------------------------------|---|
| Peso | 89.86% | 95.87% |
| Talla | 62.32% | 67.77% |
| Presión arterial | 89.86% | 95.87% |
| I. M. C. | 13.05% | 10.75% |
| Revisión de pies | 44.21% | 17.36% |
| Control Glicemia | | |
| Bueno | 13.77% | 13.23% |
| aceptable | 17.40% | 8.27% |
| malo | 67.40% | 47.11% |
| Tratamiento inicial | | |
| Metformina glibenclamida | 50% | 61.99% |
| Glibenclamida. | 42.76% | 30.58% |
| Insulina | 2.18% | 3.31% |
| Envío a Medicina Interna. | 15.95% | 16.53% |
| Envío a oftalmología. | 9.42% | 10.75% |

Fuente: Hoja de recolección de datos

DISCUSIÓN.

En un estudio presentado por Salinas Martínez y colaboradores² para poder valorar las Necesidades en salud del paciente diabético se encontró que el mayor porcentaje de pacientes que acudió a la consulta fue del sexo femenino en un 68 % a diferencia del masculino que fue en un 32 % , esto concuerda con los datos obtenidos en nuestra investigación en donde el sexo que predominó en la consulta fue el femenino en un 56% y el masculino en 44% lo cual hace pensar que la población mas consultante en cuanto a sexo es el femenino.

El tiempo de evolución es de suma importancia ya que como opina el Dr. Israel Lerman¹⁵ en su libro atención integral del paciente diabético, los individuos con éste padecimiento de larga evolución dejan de dar importancia a sus síntomas ya que se acostumbran a ellos y tienden a acudir con menor frecuencia a la consulta médica y por lo tanto no alcanzan a percibir los múltiples cambios iniciales y que marcan diferentes pautas de abordaje terapéutico y que un médico suele detectar mediante exámenes frecuentes.

El buen control clínico del paciente diabético según la Dra. Cristina Grossman¹⁰ depende de la evaluación del control metabólico mediante la toma de glicemias en cada cita del paciente y en nuestra investigación observamos que el Médico general no lo realizó en un 31.39 % lo cual es significativo tomando en cuenta las complicaciones a las que se expone a este tipo de pacientes ya que no es posible aplicar un tratamiento si no se conocen las cifras de glicemias actuales.

Esta misma autora hace mención a la toma de colesterol y triglicéridos en forma semestral o anual para un buen seguimiento del paciente diabético, nos habla de que debe existir un plan de tratamiento que debe iniciar por educación al paciente, insistirle y prescribir una actividad física de acuerdo a su edad, un plan de alimentación personalizado y como segunda opción el tratamiento farmacológico, sin embargo en nuestro estudio encontramos que no se menciona en ningún expediente el tipo de actividad o la alimentación prescrita al paciente diabético, y que además si observamos el resultado de las variables podremos apreciar que el índice de masa corporal no fue registrado en mas del 60% de los expedientes en total, por lo tanto no podía otorgarse una dieta adecuada.

En el estudio que nos presenta Leticia Robles¹² y colaboradores menciona que en cuanto a tratamiento se refiere se encontró que de 240 pacientes estudiados, al 92.9% se le prescribió medicamentos de primera intención y la dieta fue sólo parte del manejo en el 73.4 % lo cual también concuerda con nuestro estudio en donde el tratamiento inicial fue medicamentoso lo cual nos hace ver que se desconoce como llevar a cabo un buen control del paciente diabético en la fase del diagnóstico inicial

El Examen periódico de los pies permite detectar la presencia de puntos de apoyo anormales y procesos micóticos, Esta valoración debe realizarse periódicamente nos dice el Dr. Israel Lerman ¹⁵ en su libro atención integral del paciente diabético, sin embargo en nuestro estudio observamos que la revisión de los pies fue una de las variables con un porcentaje de apego muy bajo, en los médicos sin la especialidad de un 17.36% y en el médico familiar de un 44.21%.

El Dr. Alejo Chávez y colaboradores ⁷ en su estudio sobre el desempeño del médico familiar en el control del paciente diabético tipo 2 encontró que los conocimientos de los médicos no son acordes con los avances sobre diabetes tipo 2, en particular con los datos epidemiológicos, requerimientos dietéticos y medicamentos hipoglicemiantes. Esto es de suma importancia ya que como observamos en nuestro estudio también es relevante observar que no se siguen los lineamientos prescritos para un buen control del paciente diabético, de antemano apreciamos que en ningún momento el tratamiento inicial fue con dieta y actividad física.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este trabajo muestran que no existe un apego a la norma oficial mexicana para el manejo de la diabetes tipo 2 ni por los médicos con especialidad ni los médicos generales, ya que ninguna de las variables que son obligatorias o Normadas fue llevada a cabo en un 100 %.

El índice de masa corporal tan imprescindible para determinar el tratamiento dietético obtuvo un porcentaje muy bajo, lo cual es indicativo de que no existe apego a la norma en este rubro. Además nos revela que los pacientes tienen altas probabilidades de presentar pie diabético que es una causa frecuente de morbimortalidad e incapacidad física ya que se omite en un alto porcentaje la revisión de los pies.

Apreciamos que más del 50% de los pacientes diabéticos tienen glicemias por arriba de los 140 mg/dl lo cual es indicativo de mal control y altos índices de pacientes con complicaciones cardiovasculares, renales y oftalmológicas.

También observamos en este estudio que no existe una atención integral y con calidad al paciente diabético así como el conocimiento de referencia a segundo nivel, lo cual agrava más el descontrol del paciente diabético.

Queda mencionar entonces que no se cumple el apego a la norma oficial mexicana para el Manejo del control del paciente diabético.

RECOMENDACIONES.

Tomando en cuenta el incremento de las enfermedades crónicas degenerativas de las cuales forma parte la diabetes tipo 2, con un alto índice de descontrol y por lo tanto de morbimortalidad, es recomendable hacer del conocimiento de todos los médicos tanto familiares como generales de la Norma oficial mexicana para la prevención control y manejo adecuado del paciente diabético.

Es necesario fomentar en todos los médicos actitudes positivas para un aprendizaje continuo y actualizado sobre la diabetes tipo 2, y además sobre el llenado del expediente clínico, arma fundamental de nuestra profesión, asimismo del conocimiento de normas que complementan la del control de la diabetes como son; la de prevención y tratamiento de la obesidad y de la hipertensión arterial.

La medicina no es estática se encuentra en constante desarrollo, hemos observado como a evolucionado la terapéutica médica y es por esto que se hace necesario la actualización constante del médico ya sea familiar o general para ir acorde con los cambios .

Se hace necesario recordar además que la terapéutica inicial del tratamiento debe ser el no farmacológico pues éste debiera ser el de segunda opción. la terapéutica a emplear en cada uno de los pacientes diabéticos basándonos en su índice de masa corporal

Sabiendo que la prevalencia de la diabetes aumenta conforme a la edad y su frecuencia es mayor en sujetos con dislipidemias se debe hacer énfasis en el monitoreo del colesterol y triglicéridos al menos en forma semestral o anual

Se debe capacitar a los médicos en la prescripción de la actividad física o en dieta terapia pues en lugares como el nuestro donde solo contamos con una especialista en nutrición para primero y segundo nivel no es posible que se responda a la demanda de nuestros pacientes.

Por último quisiera hacer énfasis en que debiera realizarse un estudio a fondo sobre el tiempo de consulta que se le debe otorgar al paciente, pues en 12 minutos no es posible realizar una valoración integral del paciente , el poco tiempo disponible hace que la educación al paciente sea mínima y esto también favorece el descontrol crónico del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Norma Oficial Mexicana. Nom.-015 –SSA2 -1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes tipo 2.

- 2.–Salinas Martínez A, Muñoz Moreno F, Barraza de León AR, Villareal Ríos E, Núñez Rocha GM, Garza Elizondo ME. Necesidades en salud del diabético usuario del Primer nivel de atención. Salud Publica de México 2001 No. 43 Pág. 324-335.

- 3.-NOM 168-SSA1-1998 Norma oficial mexicana del expediente clínico

- 4.-NOM-174-.SSA1 Prevención y manejo de la obesidad.

- 5.-Dra. Maria Matilde Socarràs Suárez, Dra. Miriam Bolet Astovisa, Dr. Manuel E. Licea Puig. Prevención y tratamiento no farmacológico de la obesidad. Revista cubana Endocrinol 2002;13 (1): 35-42

- 6.-González Salinas Abordaje del médico familiar en la diabetes tipo 2. Revista Atención Familiar Marzo Abril del 2003.

7.-Dr. Alejo Chávez Sánchez. MICS Alejandra Hernández Castañón, Dr. Nicolás Camacho Calderón IMSS. Desempeño del Médico familiar en el control del paciente diabético tipo 2. Cartel 226. Foro Nacional de Calidad en Salud.

8.-Francisco David Trujillo Galván, Roberto González Cobos, Catalina Munguía Miranda. Competencia Clínica en Diabetes tipo 2: Revista Mexicana I.M.S.S. vol.40. Pàg. 467-472

9.- Esther C. Gallegos, Velia Margarita Cárdenas, Maria Teresa Salas. Capacidades de autocuidado del adulto con diabetes tipo 2

10.-Dra. Cristina Grossman y Dr. Adolfo V. Zavala "Manual de Fisiopatología Clínica y dieta terapia del adulto.
Capitulo XVIII.

11.-S. Artola Menéndez. Optimización del tratamiento de la diabetes tipo 2. Manuscrito del Centro de Salud Loranca. C/Alegria, s/n, 28942. Fuenlabrada (Madrid) España.

12.-Leticia Robles Silva, Elizabet Alcántara Hernández Y Francisco Javier. Patrones De prescripción médica a individuos con diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Revista salud publica de México marzo-abril 1993, Vol.35 No.2 Pág. 161-168.

13.- Revista médica del IMSS. Volumen 41 · 2 mes marzo abril 2003.

14.- Revista mèdica del IMSS . volumen 39 · 4 julio agosto 2001.

15.- Dr. Israel Lerman . Libro atención integral del paciente diabético. Tercera edició.

Marzo 2003.

ANEXO. 1

Consentimiento Informado

Otorgo consentimiento pleno a la Dra. Libia Y. Gamboa Esteva para que revise los Expedientes de los pacientes diabéticos que se encuentran adscritos al consultorio a mi cargo, conciente de que mi nombre no será mencionado en el estudio y que de los datos que ella obtengan servirán para conocer la calidad de la atención a éste tipo de pacientes y al mismo tiempo para normar conductas en mejora de la eficacia para el control y tratamiento de nuestros pacientes.

Nombre y firma del medico.

Nombre y firma del investigador

