



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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3
GUADALAJARA JALISCO.**

PRESENTA

**Estilo de vida y dieta en pacientes con diabetes mellitus 2 y
nefropatía temprana en la UMF 3 del IMSS en Guadalajara Jal.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DRA. LUZ MARIA GUZMAN GUZMAN

GUADALAJARA, JALISCO 2005



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
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.

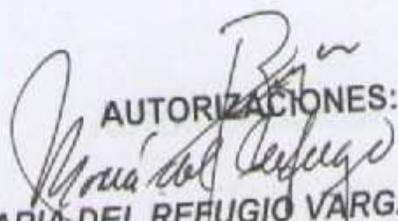
Estilo de vida y dieta en pacientes con diabetes mellitus 2 y nefropatía temprana en la UMF 3 del IMSS en Guadalajara Jal.

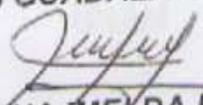
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. LUZ MARIA GUZMAN GUZMAN

AUTORIZACIONES:


DRA. MARIA DEL REFUGIO VARGAS ZAMBRANO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES UMF No.53 GUADALAJARA, JALISCO.


DRA. MARTHA IMELDA RUBIO BENITEZ
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD UMF/UMAA 52


DRA. MARIA DEL REFUGIO VARGAS ZAMBRANO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF No.53

GUADALAJARA, JALISCO 2005

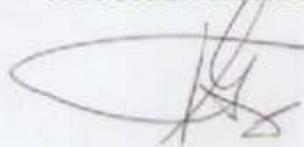
ESTILO DE VIDA Y DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 Y NEFROPATIA TEMPRANA EN LA UMF 3 DEL IMSS EN GUADALAJARA JALISCO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

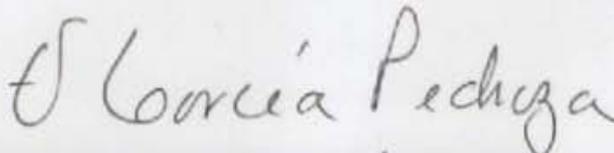
PRESENTA

DRA. LUZ MARIA GUZMÁN GUZMÁN

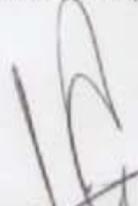
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

.- INDICE GENERAL

	PAGINA
1. MARCO TEORICO	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
3. JUSTIFICACION	13
4. OBJETIVOS	16
5. METODOLOGIA	17
6. RESULTADOS	23
7. DISCUSION	26
8. CONCLUSIONES	28
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29
10. ANEXOS.	34
- Consentimiento informado	34
- Autorización comité local	35
- Cédula de Encuesta	36
. Cronograma	42

3.- MARCO TEORICO

Datos recientes de muchas partes del mundo han demostrado un aumento dramático en la prevalencia e incidencia de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT)¹⁻³. En México, la magnitud del problema no se conoce completamente, y las estimaciones más aceptadas procedentes de estudios de pacientes en terapia sustitutiva, arrojan una tasa de prevalencia de 263 pacientes y de incidencia de 155 pacientes por millón de habitantes (ppmh)⁴. Por otra parte, la IRCT es un trastorno grave, y las terapias encaminadas a su tratamiento (terapias sustitutivas) son de las cargas económicas más pesadas que deben de soportar las instituciones de salud de todo el mundo¹.

La principal causa de IRCT en la mayoría de registros del mundo es la diabetes mellitus (DM)¹⁻⁴. La proporción de pacientes con IRCT causada por DM se ha incrementado significativamente durante las últimas décadas, y la nefropatía diabética (ND) es ahora la causa más común de progresión a IRCT en el mundo²⁻⁸; alrededor del 40% de los casos nuevos de IRCT son causados por DM, y de estos últimos el 80% son por diabetes tipo 2⁹. En Jalisco, la prevalencia e incidencia de ND como causa de IRCT es similar a la reportada en la literatura extranjera¹⁰. En junio del 2001, el Centro de Informática del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Delegación Jalisco, reportó que la DM fue la primera causa de muerte en población general derechohabiente. La DM tipo 2 (DM2), por su parte, también participa en el fenómeno de transición epidemiológica, ya que la prevalencia en México en

1993 fue del 7.2% mientras que en el 2000 fue de 10.7%¹⁰⁻¹¹. En consecuencia el panorama que se espera para la IRCT no es halagador.

Por otro lado, hasta la fecha, la mayoría de individuos en las fases más tempranas de IRCT no son diagnosticados ni tratados^{12,13}. A pesar de todos los adelantos en el diagnóstico y tratamiento, la IRCT es un problema de salud mayor asociado con morbilidad considerable, mortalidad, disminución de calidad de vida y elevado costo¹. Si la IRCT continúa aumentando, probablemente ningún sistema de salud del mundo podría poder enfrentar sus costos. Por consiguiente, es necesario reenfocar la atención hacia la prevención (primaria) en lugar de continuar tratando complicaciones tardías del fracaso renal. Es necesario también incrementar el interés en el retardo de la progresión del daño renal y en la prevención de las consecuencias de la falla renal crónica, para disminuir la morbilidad cardiovascular y la mortalidad¹². Con una detección oportuna de la falla renal en grupos de riesgo (dentro de los cuales están considerados los pacientes con DM2) se podría establecer una adecuada estrategia para mejorar el cuidado en la etapa pre-IRCT que requeriría¹⁴:

Aún no hay acuerdo en relación al nivel de función renal en la que un paciente debe clasificarse como pre-IRCT. No obstante, puede tomarse como punto de partida el nivel de función renal que el Consenso 1994 de Morbilidad y Mortalidad en Diálisis de los Institutos Nacionales de Salud de los EUA recomendó para referir a un paciente con el nefrólogo: creatinina sérica de 1.5 mg/dL en las mujeres y de 2.0 mg/dL en los hombres¹⁵.

La detección inicial de enfermedad renal corresponde al médico de primer contacto, es esperable que todas las medidas tendientes a evitar la progresión del daño renal sean mejor conocidas y aplicadas por los nefrólogos.

Por lo tanto, es necesaria la intervención temprana en el primer nivel de atención para retardar el curso de la enfermedad renal.

NEFROPATÍA DIABÉTICA (ND):

La afección renal por la DM incluye una serie de cambios funcionales y estructurales a nivel glomerular, en ausencia de otras causas de enfermedad renal en pacientes con DM2. La hiperglucemia es uno de los factores metabólicos mayormente asociados con la ND. En las fases iniciales de la enfermedad es posible demostrar aumento de la presión intraglomerular (pérdida de la autorregulación de la presión de la arteriola aferente), así como hiperfiltración glomerular y oscilación en la presión arterial sistémica minuto a minuto, todo lo cual se asocia con microalbuminuria (MA)¹⁶⁻¹⁹.

La ND es una complicación microvascular de la DM2 que está asociada con IRCT y muerte prematura por enfermedad cardiovascular²⁰⁻²². Se han reconocido varios factores de riesgo que incluyen²³⁻²⁷, sexo masculino, edad avanzada, duración de la DM, obesidad, resistencia a la insulina, dislipidemia, bajo peso al nacer, historia familiar de hipertensión y nefropatía, hipertensión y tabaquismo²⁸⁻²⁹.

ETAPAS EVOLUTIVAS DE LA NEFROPATÍA DIABÉTICA.

Se han descrito 5 etapas evolutivas de la ND de los pacientes con DM:

Estadio I: hiperfiltración glomerular e hipertrofia renal. Estos hallazgos suelen asociarse con un defectuoso control glucémico junto a otras alteraciones metabólicas. Se presenta en el 30-40% de los pacientes al momento del diagnóstico y puede ser reversible con un control adecuado de la glucemia.

Estadio II: Lesión glomerular sin enfermedad clínica, estado silente con normoalbuminuria. Esta etapa se presenta aproximadamente a los 3 años del diagnóstico y puede durar varios años. De hecho el 90% de los pacientes con DM2 permanecen así toda su vida. Ocasionalmente en situaciones de estrés y descontrol metabólico, o con ejercicio extenuante presentan MA, pero es reversible. La transición anual a la etapa III es de 2-4% de casos por año. La presión sistólica tiende a incrementarse.

Estadio III: ND incipiente. Corresponde a la segunda década de la enfermedad y puede durar desde los 10 hasta los 15 años después del diagnóstico de la DM. Este período está caracterizado por la aparición de microalbuminuria (MA), constante y creciente ($25\mu\text{g}/\text{min}/\text{año}$). Este hallazgo es la expresión más precoz y evidente de un daño funcional e histológico establecido a nivel renal. La intervención farmacológica la previene o retarda. La existencia de MA es un factor de riesgo elevado para desarrollar ND.

Estadio IV: ND establecida. Esta fase constituye la ND propiamente dicha. La proteinuria supera los 0.3 g/día y se produce un descenso progresivo de la TFG, a un ritmo que alcanza 1 mL/min/mes. Se presenta aproximadamente 5 años después del inicio de la MA

Estadio V: insuficiencia renal avanzada. Se presenta alrededor de 5 años después de la etapa IV. Lo que da lugar a hallazgos clínicos y de laboratorio característicos de la uremia: edema, HAS, hiperuricemia, anemia, hiperpotasemia, hiperlipemia, etc.³⁰⁻³².

DIAGNÓSTICO DE LA ND.

El primer signo de ND es un aumento persistente de MA, en por lo menos 2 ó 3 determinaciones consecutivas³³

Si bien el estándar de oro para determinar MA es su detección en orina de 24 horas, existe una correlación directa entre ésta última y la determinación por tiras reactivas cuando las muestras son de la primera orina de la mañana^{34,35}.

El micraltest® es una tira reactiva que sirve para determinar MA en muestras de orina matinal; su sensibilidad y especificidad comparada con nefelometría es entre 70-94% y 88-93% respectivamente. Cuando los resultados del micraltest® son positivos, se deben confirmar con métodos cuantitativos como el radioinmunoanálisis, inmunoturbidometría y nefelometría. En los pacientes con DM2, la detección se debería realizar en el momento del diagnóstico y posteriormente cada año³⁶⁻³⁹.

DIETA, DIABETES MELLITUS Y NEFROPATÍA;

La dieta ha sido reconocida desde hace 300 años como vital en el manejo integral de la DM 2. El manejo cotidiano de la dieta para cada persona diabética continua jugando un papel importante no solo en el control diario de la enfermedad, sino también en la prevención de complicaciones de la misma.

Kendall y Jansen en el año de 1990, desarrollaron un método dietético guía, para los pacientes diabéticos que tienen una educación por lo menos de secundaria, como tratamiento alternativo del menú de las listas de intercambio, con este método lograron incrementar los conocimientos de nutrición en Diabetes en los pacientes y mejorar su autocuidado ⁴⁰.

La dieta es otro elemento importante de control en los pacientes diabéticos con nefropatía diabética, se considera que las proteínas de la dieta juegan un papel importante en la progresión de la enfermedad renal sin embargo los ensayos clínicos no han demostrado datos contundentes del beneficio de la restricción proteica de la dieta. ^{41.42}

ESTILO DE VIDA

La nutrición y el ejercicio son fundamentales en el cuidado de pacientes con Diabetes más aún, se incluyen en el manejo integral del paciente. La nutrición, el control metabólico, la autoestima y el autocuidado son frecuentemente entrelazados, el acercarse y reconocer la actitud del paciente, ayuda a modificar patrones de la forma de vida del paciente, el asesoramiento del

ejercicio debe ser parte de las recomendaciones de la nutrición y los hábitos alimenticios, esto representa un desafío importante para mejorar el estado de salud, se requieren los esfuerzos coordinados de un equipo multidisciplinario ⁴³

La educación escolarizada y nutricia son factores importantes relacionados con los hábitos alimentarios y estilos de vida; así, a mayor educación mejores hábitos nutricios, aunque hay que reconocer que la educación no es determinante para tener buenos hábitos, sin embargo si puede influir en mejorarlos.

Takahashi y Araki en su estudio en el Hospital geriátrico metropolitano en Tokio, Japón, reportan que algunos pacientes diabéticos ancianos tuvieron dificultad para entender la dieta convencional y la educación nutricia incluida en las instrucciones actuales, por lo que desarrollaron un nuevo método simple para educación dietética. Sus resultados sugieren que una educación simple dietética es útil y efectiva para pacientes diabéticos en su primera visita. ⁴⁴

MODIFICACIONES EN EL ESTILO DE VIDA.

En un estudio observacional realizado en más de 9000 adultos no diabéticos entre 30 y 74 años de edad, se informo que la inactividad física, el tabaquismo y la obesidad comorbida fueron factores de riesgo independientes para el desarrollo de insuficiencia renal crónica. En sujetos diabéticos estos factores pueden estar presentes en forma importante por lo que su modificación pudiera tener algún efecto positivo sobre la evolución del daño renal ⁴⁵.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población en México con diabetes se encuentra entre 6.5 y 10 millones (prevalencia nacional de 10.7% en personas entre 20 y 69 años), de este gran total, 2 millones de personas no han sido diagnosticadas, lo que ubica a esta enfermedad como una de las principales causas de demanda de atención médica, México ocupa el noveno lugar de diabetes en el mundo. En los últimos años ha ocurrido un ascenso en la mortalidad por Diabetes.

La prevalencia mundial de nefropatía en pacientes con DM es del 35%, en México es del 14% y la de micro albuminuria es del 20 a 25%.⁴⁶ La enfermedad renal es la primera causa de muerte en DM en el IMSS, la nefropatía esta dentro de las cinco primeras causas de atención médica en los Hospitales Generales de Zona y en los de alta especialidad^{47,48}.

El conocer los hábitos alimenticios y el estilo de vida del paciente diabético con nefropatía temprana nos ayudara a establecer estrategias necesarias para una intervención oportuna y evitar complicaciones en el primer nivel de atención.

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

LA PREGUNTA QUE NOS PROPONEMOS CONTESTAR CON LA PRESENTE INVESTIGACION ES:

¿Cual es el estilo de vida y dieta en pacientes con Diabetes mellitus 2 y nefropatía temprana de la UMF 3 del IMSS en Guadalajara Jal.?

5.- JUSTIFICACION

El crecimiento del número de pacientes con falla renal en estadio terminal asociada con Diabetes mellitus y el requerimiento de la terapia renal de reemplazo, estimula a organizar medidas de prevención en el inicio y progresión de la nefropatía diabética.

No existe una dieta específica para pacientes con nefropatía para el manejo de la Diabetes. La ADA (American Diabetic Association), menciona que la dieta puede estar basada en la evaluación nutricional, metas terapéuticas y resultados deseados. La terapéutica nutricional podría individualizarse según los requerimientos nutricionales de cada paciente.

Al identificar la calidad de vida y dieta de los pacientes diabéticos con nefropatía temprana en un primer nivel de atención, nos dará la información necesaria para intervenir nutricionalmente y desarrollar estrategias que promuevan el empleo de intervenciones dietéticas que retarden la progresión del daño renal, lo que redundará en beneficio de los pacientes y de las instituciones de salud que se encargan de su cuidado. En la ENCO PREVENIMSS del 2006⁴⁹ destaca la prevalencia de DM2 de 14.8

por cada 100 derechohabientes del IMSS, casi el doble de la reportada en la ENSA del 2000 en la población general. En relación a calidad de vida la ENCO PREVENIMSS 2006 destaca que el consumo de alimentos con riesgo potencial para la salud es muy elevado en todo el país, y se inicia en edades muy tempranas: el 34.9% de los niños menores de un año tienen consumos medios o altos de jugos industrializados y el 8.9% de refrescos. En edades subsecuentes se asocia alto consumo de alimentos tradicionales y de otros ligados a la globalización. (Tacos, lácteos altos en grasa, frituras, hot dogs, pizzas, hamburguesas). En Adultos de 20 a 59 años el consumo alto y medio de alimentos de riesgo: carne roja, lácteos altos en grasa, huevo y refrescos alcanza cifras de 77.2%, 76.9, 62.7 y 54.2% respectivamente. En Adultos mayores los porcentajes son de 68.8, 46.3, 44.6 y 32.0 respectivamente. En el grupo de más de 70 años las cifras se observa el mismo patrón de consumo con menor magnitud en las cifras. La ciudad de México y la región norte del país son las que tienen mayor consumo, la región centro en que está incluido Jalisco esta con cifras cercanas a la media nacional. (pág. 99 ENCO PREVENIMSS 2006).

En relación al Sedentarismo (pág. 107 ENCO PREVENIMSS 2006) el patrón de actividad física por sexo en derechohabientes de 20 a 59 años es diferente, las mujeres presentan mayor porcentaje de

inactividad que los hombres. Datos nacionales muestran que las mujeres de 20 a 39 años son inactivas en el 18.1% (Jalisco región centro) y los hombres en el 12.2% (Jalisco región centro con 15 y 9.9% respectivamente). Conforme se incrementa la edad hay un aumento en las cifras, las mujeres de 40 a 59 años presentan el 21.1% y los hombres el 16% (Jalisco región centro: 17.3 y 13.1% respectivamente). En los adultos mayores de 59 años el sedentarismo es un problema de mayores dimensiones que en otros grupos de edad, las mujeres con el 53.9% y los hombres con el 46.7% (Jalisco región centro: 52.2 y 44.3% respectivamente). Como se aprecia la región centro en que está incluido Jalisco presenta mejores cifras respecto a la media nacional.

6.- OBJETIVOS:

GENERAL:

Conocer el estilo de vida y dieta en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 con nefropatía temprana en la unidad de Medicina familiar no 3 de enero a junio del 2005.

ESPECIFICOS:

1.- Conocer variables sociodemográficas de los pacientes diabéticos tipo 2 con nefropatía temprana.

2.- Identificar el estilo de vida en pacientes con DM tipo 2 con nefropatía temprana.

3- Conocer antecedentes heredo familiares de pacientes diabéticos tipo 2 con nefropatía. Temprana.

5.- Identificar antecedentes personales patológicos en los pacientes diabéticos tipo 2 con nefropatía temprana.

7.- METODOLOGIA

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio: El presente es un estudio descriptivo. Se llevo a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No.3 de la zona metropolitana de Guadalajara, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco de junio a diciembre del 2005.

Universo de estudio:

- Pacientes DIABETICOS TIPO 2 pertenecientes al Modulo 2, consultorios 16 al 29 de la UMF 3 del IMSS.

Unidad de análisis:

- Diabéticos tipo 2 con Nefropatía Temprana.
- **Selección muestral y tamaño de la muestra:** La selección de la muestra es por conveniencia, de las listas nominales de los pacientes con DM2 que acudieron a la Consulta Externa de Medicina Familiar No. 3 modulo 2 consultorios 16 al 29, se identificaron aquellos que su Médico Familiar diagnostico con nefropatía temprana con microalbuminuria.

VARIABLES:

Variables Dependientes:

- Dieta
- Estilo de vida

Variables Independientes:

- **Variables socio demográficas:** Edad, sexo, estado civil, escolaridad ocupación, hábitos alimentarios y hábitos sedentarios, actividades físicas y recreativas, antecedentes heredo familiares de diabetes.
- **Variables antropométricas:** Peso, Talla, IMC, Circunferencia de cadera y Circunferencia de cintura.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Paciente con DM tipo 2, con cualquier tiempo de evolución
- Cualquier sexo
- Cualquier edad
- Con o sin hipertensión arterial sistémica
- Derechohabientes de la UMF No. 3 del IMSS pertenecientes al modulo 2 consultorios 16 al 29 turno matutino.
- Portador de nefropatía temprana con presencia de microalbuminuria confirmada mediante tira reactiva micraltest

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con insuficiencia cardíaca, obstrucción urinaria, tuberculosis renal, cáncer, obstrucción urinaria, reflujo vésico-ureteral, glomerulonefritis primarias o secundarias diferentes a la de estudio, trasplante renal.
- Paciente que no acepte participar en el proyecto.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Que ya no quiera participar en el presente estudio.
- Que muera.

1. PROCEDIMIENTOS:

A los pacientes que cumplieron con los requisitos de inclusión se les citó en el consultorio 29 turno matutino para realizar la encuesta de estilo de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 con nefropatía temprana y se les practicó examen físico con somatometría y tensión arterial (TA).

Contestaron 41 preguntas con escala de Likert de estilo de vida y dieta y encuesta libre de 24 hrs. y se solicitó la firma del consentimiento informado.

INFORMACION A RECOLECTAR:

Se identificaron 156 pacientes con diabetes 2 con nefropatía temprana diagnosticados con microalbuminuria.

A: Variables sociodemográficas:

- edad
- sexo
- estado civil
- escolaridad
- ocupación

B: Antecedentes heredo familiares.

C: Antecedentes personales patológicos

D: Adherencia al tratamiento.

E: Conocimiento sobre Diabetes, enfermedad renal, auto cuidado y cuidado médico.

F: Estilo de vida

- Actividad laboral
- Actividad física
- Hábitos alimenticios
- Consumo de alcohol, tabaco
- estrés y apoyo social

G: Emociones

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

Estilo de vida.- Forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Condición física.- Actividad física que realiza la persona, entendiéndose por actividad física al conjunto de movimientos que incrementan el gasto energético por arriba del basal. Se puede expresar como múltiplos del gasto de energía basal y se clasifica en: ligera, moderada y pesada.

Autocuidado y cuidado médico.- Son todas aquellas conductas esenciales de higiene personal y de autoexamen para la detección precoz de enfermedades.

Hábitos alimentarios o de alimentación.- DIETA: Conjunto de conductas, adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Los hábitos alimentarios se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. Los hábitos generalizados de una comunidad, suelen llamarse costumbres.

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.- Consumo de agentes nocivos para la salud.

Microalbuminuria.- Incremento en la excreción de la albúmina urinaria que es asociada con resultados adversos en la salud de adultos. La microalbuminuria, es indicativa de patología y sus valores fluctúan entre 20 y 300 mg/día (20-200 microgramos/minuto).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables cuantitativas se presentaron como promedio \pm desviación estándar o mediana; según la distribución sea para métrica o no para métrica, para las nominales se presentaron como números o porcentajes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Los aspectos éticos de la presente investigación se establecen en los lineamientos y principios generales que el *Reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Investigación para la Salud* se refiere (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984), dando cumplimiento a los artículos 13 y 14 (fracción I, II, III, IV, V, VII, VIII) del TÍTULO SEGUNDO correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. De acuerdo al artículo 17 de este mismo título, el presente trabajo de investigación se considero una *INVESTIGACIÓN CON RIESGO MÍNIMO.*, aún siendo mínimo el riesgo, se entrego consentimiento informado. Se mantendrá discreción en el manejo de la información y el anonimato de los pacientes. El protocolo fue sometido al Comité de Investigación del Hospital General de Zona no. 45, IMSS de la Delegación Jalisco.

8.- RESULTADOS:

Tabla 1 Características generales de la muestra (N 156)

CARACTERISTICAS (N 156)	VALOR
Edad (años)	n (%)
Género Masculino	58 (37)
Femenino	98 (63)
Grupo de edad	n (%)
40 A 59	36 (23)
60 A 89	120 (77)
Escolaridad	n (%)
Secundaria o <	64 (41)
Primaria o <	89 (57)
Profesional	3 (2)
Ocupación	n (%)
Jubilado-Pensionado	38 (24)
Comerciante	25(16)
Empleado	15 (10)
Hogar	78 (50)
Antecedente Heredofamiliar	n (%)
Diabetes	95(61)
Hipertensión	114(73)
Cardiopatías	45 (29)
Nefropatía	16 (10)
Años de evolución	
Promedio	13±7

Como se puede observar en la tabla 1 en las características generales de la muestra predominó el sexo femenino en un 63%, debido a que no laboran y acuden más a la consulta externa. Del grupo de edad el 77% son de la tercera edad, con una escolaridad en un 57% de primaria y ocupación de ama de casa en un 50%. El 61% de la población estudiada tiene antecedentes de diabetes y el 73% de hipertensión y solo el 10% con familiares nefrópatas.

Tabla 2 Estilo de Vida (N 156)

VARIABLES (N 156)	VALOR
	n (%)
-Sedentarismo	92 (59)
-Toxicomanías	23 (15)
-Consumo grasa animal	98(63)
-Consumo excesivo de carbohidratos	136 (87)
-Consumo excesivo de alimentos	134(86)
-Consumo excesivo de sal	98 (153)
-No consumo de frutas y verduras	148 (95)
-Seguimiento de dieta	45(29)
-Auto prevención Enfermedad Renal	14(9)
-Auto medición de Glicemia	42(27)
-Trastorno de ansiedad	33(21)

En la Tabla 2, en el estilo de vida se observa que el 59% de la muestra no realiza ningún tipo de ejercicio con un alto consumo de grasas animales (63%) y carbohidratos (87%) con un alto consumo de sal, además el 95% no consume frutas y verduras.

Tabla 3 Variables Bioquímicas (N 156)

VARIABLES (N 156)	VALOR
Glicemia	160±70
Colesterol	211±55
Triglicéridos	169±35
Creatinina	1.1±.3

En la Tabla 3, se muestran las variables bioquímicas en donde se encuentra las cifras de glicemia, colesterol, triglicéridos y creatinina.

Tabla 4 Variables Clínicas (N 156)

VARIABLES (N 156)	VALOR
(Índice de masa corporal kg/m ²)	29±.3
Tensión Arterial Sistólica (mm Hg)	138±32
Tensión Arterial Diastólica (mm Hg)	88 ±22

9.- DISCUSION

Los estilos de vida se han reconocido como factores fundamentales para favorecer la aparición de una patología o como factores protectores que impiden su presencia, motivo por el cual los organismos internacionales y nacionales han dictado normas y estrategias para favorecer estilos de vida positivos que permitan no solo ampliar el número de años de vida sino que estos sean de mejor calidad.

Dentro de los resultados se observa que un gran porcentaje del grupo de Diabéticos tipo 2 con nefropatía temprana son de la tercera edad, característica que de por sí es un reto para nuestro sistema de salud por la falta de infraestructura de salud para atender sus demandas de atención.

Además de reconocer que la mayoría son mujeres, casadas, con apenas primaria y amas de casa. Estas características hacen evidente que el estilo de vida que reportan tiene una profunda explicación cultural y cualquier esfuerzo por modificarla tendrá necesariamente que considerar los factores culturales y educativos.

Un hallazgo importante ya reportado en la literatura es que estos diabéticos 2 con nefropatía temprana manifiestan comorbida de Hipertensión arterial, por lo que hace a este grupo vulnerable a las complicaciones tempranas y tardías a las que se enfrentarían de no modificar su estilo de vida y nuestra Institución tendrá que ofertar programas y estrategias para atender sus necesidades de salud.

El promedio de evolución de los diabéticos es de 13 años lo cual muestra una oportunidad de influir mediante una intervención integral que

modifique algunos factores de estilos de vida que vengan a contribuir a mejorar la calidad de vida del grupo de estudio.

Los diabéticos tipo 2 con nefropatía temprana no tienen un buen control glucémico por lo que se debe concientizar sobre la importancia del cambio a su estilo de vida.

Dentro de la dieta llama la atención la referencia de que el 95% de la población estudiada no consume frutas y verduras; cuyo déficit de consumo genera un desequilibrio en los requerimientos de los nutrientes. Otro factor muy reconocido es la manifestación de un sedentarismo en más de la mitad de la muestra de estudio lo cual se convierte en un serio factor de riesgo para las complicaciones tempranas y tardías de la diabetes.

Finalmente se hace referencia a los posibles sesgos de estudio; la información otorgada por los diabéticos 2 puede tener alguna variación por el déficit de memoria, sin embargo otros estudios reportan valores similares motivo por el cual a pesar de reconocer dicho sesgo no se puede invalidar la información que aquí se presenta.

Otro dato importante a reflexionar es el hecho de que ningún caso de la serie de estudio presenta creatinina sérica por arriba del valor de referencia, esto muestra la necesidad de ofrecer una intervención médica integral urgente porque si bien existe micro albuminuria en el criterio inicial de los diabéticos 2 aun se mantiene la función renal respetada, por lo que implementar estrategias para un mejor control metabólico dará como resultado una disminución en las complicaciones.

El presente estudio refleja datos importantes para definir programas estratégicos para modificar la dieta y el estilo de vida para contribuir a un

mejor control glucémico y disminuir la incidencia de las complicaciones de la diabetes.

10.- CONCLUSIONES:

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto que la falta de un estilo de vida saludable, esta adquiriendo dimensiones que merecen especial atención, sobre todo en aquellos hábitos alimenticios que incrementan el problema.

El realizar estrategias encaminadas a la prevención, detección de estos factores de riesgo como el sedentarismo (59%) y un alto consumo de grasas animales (63%) y carbohidratos (87%) por lo que el incidir en ello, nos redunda en una disminución en la prevalencia de nefropatía.

Se debe promover la capacitación del equipo de salud y el cambio de estilo de vida a nivel familiar con redes de apoyo en la misma familia y en instituciones educativas, deportivas y gubernamentales.

11. - BIBLIOGRAFÍA

1. United States Renal Data System: <http://www.usrds.org>
2. ERA-EDTA Registry: ERA-EDTA Registry 2001 Annual Report. Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands, June 2003: <http://www.era-edta-reg.org>
3. The Australia and New Zealand Dialysis and Transplant Registry: <http://www.anzdata.org.au>
4. Sociedad Latinoamericana de Hipertensión y Nefrología: <http://www.slahn.org.au>
5. D'Amico G, Striker GE. Comparability of the different registries on renal replacement therapy. *Am J Kidney Dis* 1995; 25:113-118.
6. Benedict S, Billon S, Van Dijk P, Jager KJ, Dekker FW, Simpson K, Briggs JD. Trends in the incidence of renal replacement therapy for end-stage renal disease in Europe, 1990-1999. *Nephrology Dial Transplant* 2003; 18:1824-1933.
7. Toru S, Shigeru n, Takashi A, Seiji Y, Chikao Y, Tateki K, Kasuo K, Kenji M, Hirotooshi M. Report in the statistical survey of the Japanese Society fro Dialysis Therapy in 1996. *Dialysis-Transplantation* 1999; 55:700-712.
8. Bommer J. Prevalence and socio-economic aspects of chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17: 8-12.
9. Caramori, ML, Fioretto P, Mauer M. The Need for Early Predictors of Diabetic Nephropathy Risk: Is Albumin Excretion Rate Sufficient? *Diabetes* 2000; 149:1399-1408.
10. Breien AH, Garcia BH, Garcia GG, Gómez NB, Hernández RI, Lomelí AM, Monteón RF, Palomeque M, Ruiz MN. Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en Jalisco. *Boletín del Colegio Jalisciense de Nefrología A.C.* 2001; 5:6-7.
11. Velazquez-Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, *et al.* Prevalence and interrelations of noncommunicable chronic diseases and cardiovascular risk factors in México. *Arch Cardiol Mex* 73: 62-77, 2003.
12. Kaus AT, Khan SS, Abichandi R, *et al.* Management of patients with chronic renal insufficiency in the northeastern United States. *J Am Soc Nephrol* 12: 1501-1507, 2001.
13. Pommer W, Bressel F, Chen F, Molzahn M. There is room for improvement of preterminal care in diabetic patients with end-stage renal failure –The epidemiological evidence in Germany. *Nephrol Dial Transplant* 12: 1318-1320, 1997.

14. Obrador TG, Pereira BJG. Early Referral to the Nephrologist and Timely Initiation of Renal Replacement Therapy: A Paradigm Shift in the Management of Patient's With Chronic Renal Failure. *Am J Kidney Dis* 1998; 31:398-417.
15. Consensus Development Conference Panel. Morbidity and Mortality of Renal Dialysis: *Ann Intern Med* 1994; 121: 62-70.
16. Remuzzi G, Ruggenti P, Benignin A. Understanding the nature of renal disease progression. *Kidney Int* 1997; 51: 2-15.
17. Remuzzi G, Ruggenti P, Benigni A. Understanding the nature of renal disease progression. *Kidney Int*; 51: 2-15. 1997
18. Remuzzi G, Bertani T. Is glomerulosclerosis a consequence of altered glomerular permeability to macromolecules? *Kidney Int*, 38: 384-394. 1990
19. Remuzzi G, Bertani T. Mechanisms of Disease: Pathophysiology of Progressive Nephropathies. *N Engl J Med*; 339: 1448-56, 1998.
20. Cooper ME. Pathogenesis, prevention, and treatment of diabetic nephropathy. *Lancet* 1998; 352:2213-219.
21. Ritz EMD, Reihhold S. Nephropathy in patients with 2 diabetes mellitus. *New Engl J Med* 341: 1127-1133, 1999
22. Mauer SM, Steffes MW, Goetz FC, Sutherland DER, Brown DM. Diabetic Nephropathy. A Perspective. *Diabetes*; 32 (Suppl 2): 53-55 1983
23. Batlle D. Clinical and cellular markers of diabetic nephropathy. *Kidney Int*; 60: 2319-2330, 2003
24. Fernández-AC. Marcadores y predictores renales y factores de riesgo renal y cardiovascular. *Nefrología*, 2002:XXII(Sup 1):2-28
25. Ismail N, Becker B, Strzelczyk P, Ritz E. Renal disease and hypertension in non insulin-dependent diabetes mellitus. *Kidney Int* 1999; 55:1-28

26. Keane WF, Eknoyan G. Proteinuria, albuminuria, risk, assessment, detection, elimination (PARADE): A position paper of National Kidney Foundation. *Am J Kidney Dis* 1999; 33:1004-1010
27. Baggio B, Budakovic A, Gambaro G. Cardiovascular risk factors, smoking and kidney function. *Nephrol Dial Transplant*, 1998 13 (sup 7):2-5
28. Chuahirum T, Wesson DE. Cigarette smoking predicts faster progression of type 2 established diabetic nephropathy despite ace inhibition. *Am J Kidney Dis* 2002, 39:376-382
29. Regalado M, Yang S, Wesson D. Cigarette smoking is associated with augmented progression of renal insufficiency in severe essential hypertension. *Am J Kidney Dis* 2000, 35: 697-694
30. Mogensen CE. The Stage in Diabetic Renal Disease. *Diabetes* 1983; 32 (suppl 2):64-78
31. Mogensen CE: Natural history of cardiovascular and renal disease in patients with type 2 diabetes: effect of therapeutic interventions and risk modification. *Am J of Cardiol* 1998;82:4R-7R
32. Mogensen CE, Christensen CK: Predicting diabetic nephropathy in insulin-dependent patients. *N Eng J Med* 311; 89-93, 1984
33. Mogensen CE. Microalbuminuria as a predictor of clinical diabetic nephropathy. *Kidney Int* 1987; 31:673-689
34. Kutter D, Thoma J, Kremer A, Hansen S, Carl R. Screening for Oligoalbuminuria by Micral-Test II a New Immunological Test Strip. *Eur J Clin Chem Clin Biochem* 1995;33:243-245
35. Tiu Sc, Lee SS, Cheng MW: Compararision of six commercial techniques in the measurement of microalbuminria in diabetic patients. *Diabetes Care*. 1993;16:616-620
36. Minetti EE, Cozzi MG, Granata S, Guidi E. Accuracy of the urinary albumin tritator stick "Micral-Test" in kidney-disease patients. *Nephrol Dial Transplant* 1997;12:78-80

37. Gerber LM, Johnston K, Alderman HM. Assessment of a new dipstick test in screening for microalbuminuria in patients with hypertension. *Am J Hypertens* 1998;11:1321-1327
38. Fernández F, Paéz PJM, Hermosín BT, Vazquez GP, Ortiz CMA, Tarilonte DMA. Rapid screening test evaluation for microalbuminuria in diabetes mellitus. *Acta Diabetol*; 1998;35: 199-202
39. Pouslen PL, Mogensen C.E. Evaluation of a new semiquantitative stix for microalbuminuria. *Diabetes Care* 1995; 18(5):732-733.
40. Kendall PA., Jansen GR. Educating patients with Diabetes: comparison of nutrient-based and exchange group methods. *J Am Diet Assoc* 1990; 90(2): 238-43.
41. Pedrini MT, Levey AS, Lau J, Chalmers T, Thomas C, Ping W. The effect of dietary protein restriction on the progression of diabetic and nondiabetic renal disease a meta-analysis. *Ann Intern Med* 1996; 124: 627-632.
42. Klahr S, Levey A, Beck G, Caggiula AW, Hunsicker L, Kusek JW, Striker G. The effects of dietary protein restriction and blood-pressure control on the progression of chronic renal disease. *New Engl J Med* 1994; 330: 877-884.
43. Cabrera P. Carlos E., Martínez R. Armando., Vega L. María., González P. Guillermo., Muñoz de la T. Armando. Prácticas nutricias en pacientes diabéticos tipo II en el primer nivel de atención. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Jalisco, México. Cuadernos de Salud Pública 1996:12(4).
44. Takahashi R, Goto S, Araki S, Nakamoto H Dietary restriction initiated in late adulthood can reverse age-related alterations of protein and protein metabolism. *Ann N Y Acad Sci.* 2002 Apr;959:50-56..
45. Stengel B, Tarver-Carr, Powe NR, Eberhardt MS, Brancatis FI. Lifestyle factores, obesity and the risk of chronic kidney disease. *Epidemiology* 2003, 14: 479-487.
46. Aguilar-Salinas CA, Velázquez MO, Gómez-Pérez FJ, González CA, Lara EA, Molina CV, Rull-Rodrigo JA, Tapia CR. Characteristic of patient's with type 2 diabetes in Mexico. Fort the ENSA (Encuesta Nacional de Salud) 2000 Group. *Diabetes Care* 2003; 26: 2021-2026.
47. Arredondo. Economic consequences of epidemiological changes in diabetes in middle income countries: the Mexican case. *Diabetes Care* 27, 1. 2004)
48. Leza – Torres, Briones. Microalbuminuria en pacientes con Diabetes tipo 2 *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Social* 2005; 43(6); 487-93.

49. Gutiérrez G, Acosta B, Pérez L. IMSS. Encuesta nacional de coberturas 2006 (ENCO PREVENIMSS) Síntesis 2006; 90-113.

12.- ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de Investigación "ESTILO DE VIDA Y DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 Y NEFROPATIA TEMPRANA EN LA UMF 3 DEL IMSS EN GUADALAJARA JAL".

El objetivo de este estudio es identificar el estilo de vida y dieta en los pacientes con daño renal temprano para implementar estrategias que eviten la progresión a una insuficiencia renal crónica.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario y en pesarme y medirme.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente:

Nombre, matrícula y firma
del investigador principal

Testigo

Testigo

Oficio de Referencia N° 1401022500/059/05
11 febrero del 2005

DRA. LUZ MARÍA GUZMÁN GUZMÁN
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Con fecha de 7 de febrero del presente, hemos recibido correcciones de su proyecto de investigación titulado "INSTRUMENTO PARA VALORAR ESTILO DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA NUTRICIA SOBRE LA PROGRESIÓN DEL DAÑO RENAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 CON NEFROPATÍA INCIPIENTE EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL IMSS" con pre-registro N° 8/45 y Registro Delegacional ante este Comité N° 2005-1307-030, habiéndose dictaminado de la siguiente manera:

- | | |
|---|-----------------|
| ➤ Comité Local de Investigación en Salud: | ACEPTADO |
| ➤ Subcomité de Ética: | ACEPTADO |

Esperando recibir los resultados de su investigación y seguimiento semestral, sin otro particular, reciba un cordial saludo.

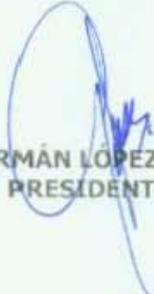
ATENTAMENTE,

"SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL"


DRA. MAYARÍ CENTENO LÓPEZ
SECRETARIA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN JALISCO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 45
COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN 1307
SUBCOMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y
SUBCOMITÉ DE ÉTICA


DR. GERMÁN LÓPEZ GUILLÉN
PRESIDENTE

IMSS HGR45

Carretera Jalisco - Guadalajara, Jalisco, México C.P. 44100
mayaricenteno@prodigy.net.mx mayari.centeno@imss.gob.mx

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
"Estilo de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 con
nefropatía temprana en un primer nivel de atención"

CUESTIONARIO

A: DATOS GENERALES

FECHA _____

Nombre _____ Afiliación _____
 Consultorio _____ Turno _____
 Domicilio _____ Tel. Part. _____
 Edad _____ Sexo: F () M ()

I: Estado civil:

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1. Soltero (a) () | 4. unión libre () |
| 2. casado (a) () | 5. divorciado () |
| 3. separado (a) () | 6. viudo (a) () |

II: Escolaridad:

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Analfabeta () | 7. Preparatoria Incompleta () |
| 2. Primaria incompleta () | 8. Preparatoria completa () |
| 3. Primaria completa () | 9. Profesional incompleta () |
| 4. Secundaria incompleta () | 10. Profesional completa () |
| 5. Secundaria completa () | 11. Estudios de postgrado () |
| 6. Técnico () | |

III: Ocupación:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. Ama de casa () | 5 Campesino () |
| 2. Obrero (a) () | 6. Profesional () |
| 3. Empleado () | 7. Otro () |
| 4. Comerciante () | |

B. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

IV ¿Tiene ó tenía diabetes su papá?	1. SI	2. NO	3.- Ignora
V. ¿Tiene ó tenía su mamá diabetes?	1. SI	2. No	3.-Ignora
VI. ¿Alguno de sus hermanos tiene diabetes?	1. SI	2. No	3.-Ignora
VII. Alguno de sus familiares tiene problemas con su riñón o necesitaron de diálisis?	1. Sí	2. NO	3.-Ignora

C. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

VIII. ¿A qué edad le diagnosticaron diabetes? _____ Años.

IX. ¿Cuántos años tiene de padecer diabetes? _____ Años.

X. ¿Le han dicho que tiene presión alta?	1. SI	2. No	3. No tiene	4. No sabe
--	-------	-------	-------------	------------

XI. Hace cuanto tiempo que supo por primera vez que tenía alta presión? ____ años

XII. ¿Esta usted recibiendo medicamentos para la presión alta?	1. SI	2. No	3. Ignora	4. No sabe
--	-------	-------	-----------	------------

XIII. ¿Qué medicamentos toma para controlar su presión?	1. Diurético	2. IECA	3. Bloq. AT.	4. -DHP
	5. -DNP	6. B.bloq.	7. Otro	

XIV. ¿Algún médico ó personal de salud le ha informado que tiene alguna ó algunas de las siguientes enfermedades?

	SI	NO	NO SABE
a. Enfermedades cardíacas, infarto			
b. Enfermedades del riñón			
c. Problemas circulatorios en piernas, brazos			
d. Ulceras crónicas en los pies			
e. Enfermedades oculares o cataratas			
f. Embolias			
g. Problemas pulmonares (asma , enfisema)			
h. Enfermedades hepáticas			
i. Cáncer ó leucemia			

XV. ¿Toma usted medicamentos analgésicos y/o antiinflamatorios?

1.-SI _____ ¿Cuál? _____ 2.-No. _____

XVI. ¿Con que frecuencia toma usted analgésicos y/o antiinflamatorios?	1.- Siempre	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. nunca
--	-------------	-----------------	---------------	----------

D. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

XVII. ¿Le ha recomendado algún médico ó personal de salud consumir ó evitar algunos alimentos para controlar su diabetes SI _____. NO _____

XVIII. ¿Con que frecuencia sigue usted estas instrucciones o éste régimen?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. Nunca
--	------------	-----------------	---------------	----------

XIX. ¿Que pastillas toma para controlar su diabetes?

1.- Glibenclamida ()	6.- Cloropropamida ()
2.- Metformin ()	7.- Glimepirida ()
3.- Acarbosa ()	8.- Otra ()
4.- Rosiglitazona ()	9.- No toma ()
5.- Tolbutamida ()	

DOSIS _____

XX. Con que frecuencia toma usted sus pastillas?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. nunca
XXI. ¿Estas pastillas fueron recetadas por un médico?	1. Sí	2. No	3. No sabe/no está seguro	4. Se rehusó
XXII. ¿Si usa usted insulina con que frecuencia se le aplica?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. Nunca
XXIII. ¿Actualmente usa usted cualquier otro remedio ó tratamiento para la diabetes o la enfermedad de su riñón?	1. Sí	2.- No	3. No sabe/no está seguro	4. Se rehusó

XXIV. ¿Usa usted cualquiera de los siguientes tratamientos para la diabetes y la enfermedad de su riñón?

- | | |
|---------------------|---------------------------------|
| 1. Homeópata. () | 6. Licuados () |
| 2. Curandero. () | 7. No () |
| 3. Acupuntura. () | 8. No sabe / no está seguro () |
| 4. Infusiones () | 9. Otra especifique _____ |
| 5. Orinoterapia () | _____ |

XXV.- ¿Con que frecuencia utiliza el tratamiento anterior?	1.Siempre	2. Casi siempre.	3. Casi nunca	4. Nunca
XXVI. ¿Se revisa usted la glucosa en la sangre o el azúcar?	1. Siempre /	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. Nunca
XXVII. ¿Cuántas veces se revisa usted la glucosa en la sangre? Por:	1. Día ____	2. Semana _____	3. Mes _____	4. Año _____

E. CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES Y ENFERMEDAD RENAL

XXVIII. ¿Sabe usted que esta enfermo del riñón? Si _____ No _____

XXIX. ¿Aproximadamente ¿cuántas veces en los últimos 12 meses ha visitado a un médico ó personal de salud con relación a su diabetes y/o su enfermedad del riñón?	1.- de 6 a 12 veces	2.- menos de 6 veces en un año	3.- menos de 1 vez	4.- nunca
---	---------------------	--------------------------------	--------------------	-----------

XXX. ¿En el último año ha escuchado, visto o leído cómo una persona diabética puede prevenir complicaciones como ceguera, amputaciones o enfermedad del riñón? 1.- Si ____ 2.- No ____

XXXI. ¿Cree que usted mismo puede hacer algo para prevenir el desarrollo de enfermedad de su riñón por la diabetes?
1.-Si _____ 2.-No _____ 3.-No sabe / no esta seguro _____

XXXII. En general, usted considera su salud:	1. excelente	2. Muy buena	3. Buena	4. Regular
	5. Deficiente	6. No sabe / no esta seguro	7. Se rehúso	

XXXIII. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido en el año?	1.- 6 a 12	2.- 3-6	3.- 1 -3	4. ninguna
XXXIV. ¿Trata obtener información sobre 1 a diabetes?	1.- siempre	2.- casi siempre	3.- casi nunca	4.- nunca

XXXV. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	1.- Siempre	2.- Casi siempre	3.-Casi nunca	4.- Nunca
---	-------------	------------------	---------------	-----------

<i>XXXVI. ¿Sigue dieta para diabético?</i>	1.- Siempre	2.- Casi siempre	3.-Casi nunca	4.- Nunca
<i>XXXVII. ¿Olvida tomar sus medicamentos para diabetes o aplicarse su insulina?</i>	1.-Siempre	2.- Casi siempre	3.-Casi nunca	4.- Nunca
<i>XXXVIII. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?</i>	1.- Siempre	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. Nunca

F. ESTILO DE VIDA

XXXIX. ¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor las actividades relacionadas con su trabajo?	1.- Realiza trabajo pesado o carga objetos pesados.	2.- Usted levanta/ cargas ligeras, o tiene que subir frecuentement e escaleras o pendientes	3.- Usted está parado y camina mucho durante el día pero no carga ni levanta cosas	4.- Usted está sentado todo el día y no camina mucho.
XL. ¿Durante el último mes usted ha participado en alguna actividad física o ejercicio como correr, caminar, nadar etc.?	1.- Siempre	2.- Casi siempre	3.- Casi nunca	4.- No puede realizar
XLI. ¿Qué distancia recorre cuando camina para trasladarse de un lugar a otro?	1.- Más de 5 km.	2.- De 1 a 5 Km	3.- Menos de 1 Km.	4.- No camina
XLII. ¿Cuántas veces por semana realizó usted éstas actividades durante el mes pasado?	1.- Todos los días de la semana	2.- 4 veces por semana	3.- 2 a 3 veces por semana	4. 1 vez por semana
XLIII. ¿Cuánto tiempo dedica a éstas actividades?	1.- De 0 a 1	2.- 2	3.- 3 a 5	4.- Mas de 5
XLIV. <i>¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio (caminar rápido, correr o algún otro)?</i>	1.- Todos los días de la semana	2.- 4 veces por semana	3.- 2 a 3 veces por semana	4.- 1 vez por semana
XLV. <i>¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?</i>	1.- Siempre	2.- Casi siempre	3.- Casi nunca	4.- Nunca
XLVI. <i>¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?</i>	1.- Salir de casa	2.- Trabajos en casa	3.- Ver televisión	4.- Estar durmiendo

XLVII. <i>¿Con que frecuencia come verduras?</i>	1.- siempre (todos los días)	2.- Algunos días (2-4 veces)	3.- casi nunca (1 vez)	4.- Nunca
XLVIII. <i>¿Con que frecuencia come carne?</i>	1.- Nunca	3.- Casi nunca (1 vez)	2.- Casi siempre (2-4 veces)	4.- Siempre (todos los días)
XLIX. <i>¿Con que frecuencia come frutas?</i>	1. Siempre (todos los días)	2. Algunos días (2-4 veces)	3. Casi nunca (1 vez)	4. Nunca
L. <i>¿Cuántas piezas de pan come al día?</i>	1.- 0 a 1	2.- 2	3.- 3 a 5	4.- más de 5
LI. <i>¿Cuántas tortillas come al día?</i>	1.- 0 a 3	2.- 4 a 6	3.- 7 a 9	4.- más de 10
LII. <i>¿Cuántos refrescos toma al día?</i>	1.- 0 a 1	2.- 2	3.- 3 a 5	4.- más de 5
LIII. <i>¿Agrega azucara sus alimentos o bebidas?</i>	1.- Nunca	2.- Casi nunca (1 vez)	3.- Casi siempre (2-4 veces)	4.- Siempre (todos los días)
LIV. <i>¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?</i>	1.- Nunca	2.- Casi nunca (1 vez)	3.- Casi siempre (2-4 veces)	4.- Siempre (todos los días)
LV. <i>¿Come alimentos entre comidas?</i>	1.- Nunca	2.- Casi nunca (1 vez)	3.- Casi siempre (2-4 veces)	4.- Siempre (todos los días)
LVI. <i>¿Come alimentos fuera de casa durante la semana?</i>	1.- Nunca	2.- Casi nunca (1 vez)	3.- Casi siempre (2-4 veces)	4.- Siempre (todos los días)
LVII. <i>¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?</i>	1.- Nunca	2.- Casi nunca (1 vez)	3.- Casi siempre (2-4 veces)	4.- Siempre (todos los días)
LVIII. <i>¿Come usted menudo (pancita) en la semana?</i>	1.- Nunca	2.- Casi nunca (1 vez)	3.- Casi siempre (2-4 veces)	4.- Siempre (todos los días)
LIX. <i>¿Qué tipo de aceite o grasa utiliza usted</i>	1. Aceite de oliva	2. aceite vegetal	3. otro, especifique	4. manteca, mantequilla

usualmente para freír?			_____	o tocino
LX. ¿fuma? XLIII. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos en una semana?	1.- Nunca	2.- Casi nunca (1 vez)	3.- Casi siempre (2-4 veces)	4.- Siempre (todos los días)
LXI. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día? _____ cigarrillos				
LXII. En promedio, en los últimos 30 días ¿Cuántos cigarrillos fumo al día?	1. No fuma	2. de 1 a 10 cigarrillos	3. de 10 a 20 cigarrillos	4. mas de 21 cigarrillos
LXIII. ¿Cuánto tiempo hace que usted dejo de fumar?	1. No fuma	2. en el mes pasado	3. menos de tres meses	4. más de cuatro meses.

LXIV. ¿A que edad comenzó usted a fumar? _____ años.

LXV. ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día? _____ cigarrillos.

LXVI. ¿Cuánto tiempo tiene fumando? _____

LXVII. ¿En el pasado usted tomaba bebidas alcohólicas? 1. Si () 2. No ()

LXVIII. ¿A que edad empezó a tomar? _____ años

LIX. ¿Cuánto tiempo duro tomando? _____

LXX ¿Bebe alcohol?	1.- Nunca	2.- Casi nunca (cada 15 días)	3.- Casi siempre (1 vez o más c/ sem.	4.- Siempre (diario)
LXXI. Durante los últimos 30 días ¿ha bebido al menos una bebida alcohólica, por ejemplo vino, cerveza u otro tipo de licor?	1.- Nunca	2.- Casi nunca (cada 15 días)	3.- Casi siempre (1 vez o mas cada semana)	4.- Siempre (diario)
LXXII. Durante el mes pasado ¿Cuántos días de la semana bebió en promedio cualquier bebida alcohólica?	1. No tomo	2. Un solo día	3. De 2 a 3 días	4. De 4 a 7 días

LXXIII. Tomando en cuenta todo tipo de bebidas alcohólica, ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha bebido usted más de 5 bebidas en una sola ocasión? _____ veces.

G. EMOCIONES

LXXIII. ¿Se enoja con facilidad?	1.- Nunca	2.- Casi nunca	3.- Casi siempre.	4.- Siempre
LXXIV. ¿Se siente triste?	1.- Nunca	2.- Casi nunca	3.- Casi siempre.	4.- Siempre
LXXV. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	1.- Nunca	2.- Casi nunca	3.- Casi siempre.	4.- Siempre
LXXVI. ¿Le da miedo el futuro por su Diabetes mellitus?	1.- Nunca	2.- Casi nunca	3.- Casi siempre.	4.- Siempre
LXXVII. ¿Le da temor tener complicaciones por la Diabetes mellitus (ceguera, amputaciones, diálisis)?	1.- Nunca	2.- Casi nunca	3.- Casi siempre.	4.- Siempre

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<i>Tareas a Desarrollar</i>	<i>Abril Mayo</i>	<i>Junio</i>	<i>Julio</i>	<i>Agosto Sept</i>	<i>Oct</i>	<i>Nov</i>	<i>Dic</i>
Elaboración de protocolo	X						
Entrega de Protocolo	X						
Presentación a las Autoridades	X						
Trabajo de Campo		X	X	X	X	X	
Análisis datos							X
Reporte final							X
Sugerencias a Autoridades Locales							X
Presentación a Equipos de Salud							X

REVISOR CONTACTOS AGENDA Ho. Papeles de 15 x 25 BUSCAR internet

Revisión Revisión Revisión

Revisión (1)

Consultas (1)

Enviar (9)

Enviar

Open (1)

Página

Completado

De

MIS CORREOS RAVER

Asunto

OPINION

RESEÑAR

Ya enviado

Nuevo en Correo (1)

Administración de correo

APLICACIONES

Re: Revisión de TESIS

De: Luz María Guzmán Guzmán

Para: Luz María Guzmán Guzmán

Dra. su trabajo está autorizado (original y FNGARCO) AEO enviado al departamento de Medicina Familiar para recabar la firmas de nuestras autoridades, no olvide enviar su guía propagada y recabar las firmas de las autoridades de su sede. Le pide imprimir este correo y lo anexe al frente de su tesis. Saludos

De: LUZ MARIA GUZMAN GUZMAN <luzaguzman@yahoo.com.mx>
 Para: "opiaranfeg@yahoo.es" <opiaranfeg@yahoo.es>
 Enviado: Miércoles, 8 de mayo, 2013 23:32:21
 Asunto: Rv: Revisión de TESIS

Reenvío mi trabajo en espera de su respuesta

----- Mensaje recibido -----

De: LUZ MARIA GUZMAN GUZMAN <luzaguzman@yahoo.com.mx>
 Para: Pilar Santibañez Freg <opiaranfeg@yahoo.es>
 Enviado: Jueves, 2 de mayo, 2013 19:51:05
 Asunto: Revisión de TESIS

Estimada Pilar: espero se encuentre bien en archivo adjunto envío la corrección de mi trabajo, en espera de sus observaciones. Con respecto a los gráficos mi asesora la Dra. Imelda Rubio me comenta que el estudio no es transversal por lo que no tenemos como comparar por lo que ella considera que los gráficos no son necesarios. Agradezco sus atenciones a la presente. En espera de sus comentarios o corrección.

Dra Luz María Guzmán Guzmán
 Guadalupe Jal
 02 de Mayo 2013.



NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
 COORDINACIÓN DE DOCENCIA UNIVERSIDAD

CELULA DE REVISIONES DE TRABAJOS FINALES DE INVESTIGACION

El objetivo de esta celda es hacerle llegar a Ud. los comentarios de su trabajo de Investigación Final. Para la aprobación de esta es indispensable efectuar los cambios señalados en los apartados correspondientes. Es conveniente que continúe el desarrollo del trabajo con su Profesor Guía y/o asesor.

NOMBRE DE LA ALUMNA(O): LUZ MARIA GUZMAN GUZMAN
 FECHA DE REVISION: Marzo 2012
 IDENTIFICACION DEL TRABAJO: ESTILO DE VIDA Y DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 Y NEFROPATIA TEMPRANA EN LA UNF 3 DEL IMSS EN GUADALAJARA JAL
 SEDE ACADÉMICA: UNF 3 GUADALAJARA JAL
 NOMBRE DE LA PROFESORA QUE REVISÓ EL TRABAJO: MARIA DEL PILAR SANTIBANEZ FREG
 No. DE REVISION: 1

Compra
 promocion

Adquiere online
 sin costo durante
 el primer año
 y acumula
 Doble Punto
 por las compras

¡¡¡¡¡