

11226  
2ej  
2/2



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Jefatura de Enseñanza e Investigacion**

**Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

ANALISIS DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO  
DEL PACIENTE DIABETICO TIPO II EN EL -  
PRIMER NIVEL DE ATENCION, EN LA CLINICA  
I.M.S.S., No. 20 DE TIJUANA, B.C.N.

**T E S I S :**

**PARA OBTENER EL POSTGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**DR. SALVADOR OROZCO ONOFRE**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA III, CON  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20  
TIJUANA, BAJA CALIFORNIA.**

*Tijuana, Baja California Norte*

**FEBRERO de 1985**

**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

## INDICE

CAPITULO	TEMA	PAGINA
I	INTRODUCCION . . . . .	1
II	JUSTIFICACION . . . . .	4
III	ANTECEDENTES HISTORICOS . . . . .	7
IV	GENERALIDADES . . . . .	13
V	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . . . . .	16
VI	HIPOTESIS . . . . .	18
VII	OBJETIVOS . . . . .	18 y 19
VIII	MATERIAL . . . . .	20
IX	METODO . . . . .	21
X	RESULTADOS . . . . .	23
XI	GRAFICAS Y CUADROS . . . . .	31
XII	CONCLUSIONES . . . . .	29
XIII	RESUMEN Y SUGERENCIAS . . . . .	49
XIV	BIBLIOGRAFIA . . . . .	51

## INTRODUCCION.

La diabetes mellitus se considera un problema de salud pública mundial, por su cronicidad, su paulatino aumento en la morbilidad y la alta frecuencia con que deja invalidéz.

En el caso de la diabetes tipo II, una vez que el paciente entra en las fases evolutivas clínicas, éste requiere vigilancia, tratamiento y atención médica creciente por el resto de su vida ya que hasta el momento no existe cura alguna.

El diagnóstico temprano de la diabetes permite emprender un tratamiento adecuado que quite los síntomas molestos y aminore las complicaciones futuras.

El factor que debe estar presente en un cuadro clínico para hacer diagnóstico de diabetes es la hiperglucemia. No hay problema en el diagnóstico si el individuo tiene los síntomas floridos de la enfermedad, sin embargo surgen confusiones diagnósticas cuando no se hace una interpretación correcta y exacta de otros síntomas por neuropatía, nefropatía o retinopatía, que pueden incluso estar como manifestaciones iniciales.

Por el contrario el médico no debe hacer un diagnóstico prematuro pues es tan peligroso y oneroso diagnosticar el mal cuando no lo hay, como ignorarlo cuando existe. Un diagnóstico demasiado exagerado puede modificar inescasariamente la vida de una persona.

Una gran mayoría de diabéticos son diagnosticados fortuitamente en base a un reporte rutinario de hiperglucemia, y se olvida a menudo que el laboratorio únicamente confirma el diagnóstico, pero es precisamente el cuadro clínico el que orientará hacia el diagnóstico exacto.

El control de la diabetes no se logra fácilmente, y el tratamiento requiere que los pacientes, bien informados, cooperen con el Médico en un amplio sistema de cuidado.

La diabetes debe tratarse en casa, la escuela o el trabajo, en cualquier parte, no solo por el facultativo sino por el propio paciente.

La reacción del paciente al " Saberse diabético ", la actitud de la familia con él, ante la presencia de una enfermedad crónica depende de su integración, el medio cultural, la etapa del desarrollo familiar y muy importantemente de el modelo de " creencias - médicas " adoptadas.

El diabético, está profundamente implicado en su propio tratamiento, como ningun otro, de tal manera que su participación debe ser responsable y unirse a la capacidad del equipo de salud logrando mantener un-

equilibrio metabólico lo mejor posible, para poder vivir una vida útil, fructífera y tal vez esperar - en un futuro no muy lejano se pueda tener al alcance una solución definitiva a la luz de los avances de la ciencia.

Es conocido, que la diabetes afecta en etapas tardías todos los órganos y sistemas y no sólo se manifiesta en los síntomas de la hiperglucemia.

Por todo ello, es el médico familiar, la persona -- más idónea para participar en el enfoque global del paciente diabético, desde establecer un diagnóstico oportuno, una verdadera prevención médica, una terapéutica integral, incluyendo a los aspectos de la dinámica familiar, sensibilizarlos a participar en el control e inclusive rehabilitar física y psicológicamente cuando existan complicaciones incapacitantes susceptibles de mejoría.

Si el médico familiar tiene una actitud positiva, el paciente reflejará esa actitud.

## JUSTIFICACION

La frecuencia mundial de diabetes mellitus en el mundo es de aproximadamente el 2% de la población general, con algunas excepciones, como los indios - Pima, donde la prevalencia alcanza cifras hasta de 49% en personas mayores de 30 años. ( 1,2).

En México se han encontrado cifras similares. Las primeras encuestas realizadas por el Instituto Nacional de la nutrición revelaron prevalencia de 1.3 % en zonas henequeras de Yucatán y de 2.3 % en las Zonas urbanas. ( 1 )

En un estudio realizado en cuatro poblaciones urbanas de Michoacán, durante 1982, se detectó entre población derechohabiente una prevalencia que varia de .9 a 1.7 %. Además encontraron en la distribución el mayor porcentaje en el grupo hetáreo de 45 a 65 años y, un 59.7 % eran mujeres. ( 25 )

En Tijuana, B.C.N., entre la población derechohabiente de la Clínica No. 20, se ha registrado un incremento en la demanda de consulta por éste padecimiento: 820 en 1982, 1997 en 1983 y 1114 en 1984, con una incidencia actual de 3.15 %. ( 32 )

De acuerdo con la pirámide poblacional de 1983 en esta clínica el 38.8 % comprende pacientes con edades entre los 25 y 65 años, o sea 20332 ( 11805 mujeres y 8527 varones. ) ( 32 )

Las tasas de mortalidad en la República Mexicana, se han incrementado de 8.36 ( 1419 Pacientes ) a 15.93 (4133 pacientes). ( 30 )

En la clínica Hospital T-1 IMSS Morelia; es la primera causa de mortalidad hospitalaria, mientras en esta clínica de Tijuana se considera tercera causa de mortalidad general, y se coloca a partir de los 45 años en adelante como la principal causa.

Todo ello refleja en los parámetros mencionados, de incidencia y mortalidad, la magnitud del padecimiento con cifras frías que aunadas a los conocidos casos de incapacidad total o parcial, la repercusión familiar que provoca y los cambios en la personalidad del diabético, hacen imperativo que se haga por parte de cada Médico su colaboración en la búsqueda de soluciones prácticas.

En el presente trabajo se hace un análisis de la participación del médico de primer nivel, del paciente y su núcleo familiar en el diagnóstico y tratamiento



de esta enfermedad.

Se estudia en la población diabética derechohabiente adulta de la clínica IMSS No. 20 de Tijuana, con la pretensión de mostrar las características del problema en nuestro medio y sirva para dar base a medidas más eficaces de detección, prevención, tratamiento y control de la patología general de éstos pacientes.

## ANTECEDENTES HISTORICOS.

La diabetes mellitus es un enemigo de la humanidad de origen antiguo. Se le describió por primera vez en el papiro de Ebers, que data del año -- 1500 a.c., en donde describen una prescripción médica para el alivio de la poliuria o emisión frecuente de la orina. ( 1 )

Puede inferirse que la enfermedad apareció en alguna época determinada, previa al registro de éstos escritos. La esquemática información que nos ha llegado a través de los años, indica que fué detectada -- por los médicos egipcios y griegos antiguos.

Sus limitados conocimientos y su imaginación sin límite, combinados con poder de observación y alguna perspicacia, los llevaron a conclusiones que son tan válidas ahora como eran hace cientos y aún miles de años atrás.

La primera descripción clínica de ésta enfermedad, -- se dió en el siglo II a.c., por un médico griego, -- Areteo de Copadocia. El acuñó el nombre de Diabetes que en griego iónico significa "Pasar a través de -- el sifón."

Escribió Areteo:

"Diabetes es una magnífica aflicción, no muy frecuente entre los hombres; consiste en una fusión de la carne y de los miembros, transformándose en orina. Los pacientes no terminan de producir agua, sino que ésta fluye incesantemente como si se abriera un acueducto. La vida se hace corta, dolorosa y desagradable; la sed, inextinguible; la excesiva bebida, sin embargo no guarda proporción a las grandes cantidades de orina, porque pasa más aún. Y no se puede acabar de beber u orinar".

"La causa de ello, podría ser que alguien que sufre la enfermedad, puede haber dejado alguna malignidad acechando en el pasado.

Tampoco es improbable que algo--

pernicioso derivado de otras --  
enfermedades, que atacan la ve-  
jiga y los riñones, pueda a ve-  
ces ser causante de éste mal".

( 1, 16 )

Este antiguo erudito, no iba muy desorientado en sus observaciones. Hoy se sabe que la diabetes mellitus a menudo hace, su primera aparición no solo después de una lesión stress, sino también después un brote de enfermedad agudo (ejemplo: influenza).

No obstante que los galenos antiguos no tenían un conocimiento sólido en que apoyarse, por lo menos notaron correctamente los síntomas y observaron que la orina del diabético era dulce y atraía a las moscas. Algunos, especialmente en la India, hacia el año 400 a.c., describieron síntomas que hoy se reconocen como Cetosis. Los médicos hindúes, también observaron la producción del coma diabético, prece---diendo a la muerte. Relacionaron prontamente a la diabetes con el sobrepeso y la consideraron una en-

fermedad de gente rica y glotona, cuya dieta, era abundante en arroz, almidones y azúcar. Pero no llegaron más allá en su razonamiento, como para recomendar el tratamiento de la diabetes por medio del control de la dieta. De haberlo hecho tal vez habría señalado el camino a otros para prescribir hábitos de nutrición, que ayudarían a los diabéticos de esa era. ( 15, 16 )

En el medievo, Paracelso, ( 1493-1541) evaporó la orina de un diabético y obtuvo un polvo blanco que creyó era sal, casi dos siglos después Sydenham --- (1624-1689) notó que beneficiaba a los diabéticos --- una dieta a base de carne ( alta en proteínas ) y que a menudo desaparecía el azúcar de su orina.

- En 1683 en Suiza, Jóhan Conrad Brunner le reprodujo los síntomas al extirpar el páncreas a un perro, pero no atribuyó los síntomas a diabetes mellitus, y sus observaciones pasaron inadvertidas, sin tomarse en cuenta. ( 1, 7, 20 )

En 1783, un médico Inglés, Thomas Cawley, por primera vez registró un diagnóstico de diabetes mellitus al demostrar la presencia de azúcar en la orina. ( 1, 16, 20, 29 )

En la última parte del siglo XIX y principios de --  
éste Neunyn, (médico alemán), estableció, la tenden--  
cia hereditaria de la enfermedad y señaló la dife---  
rencia de la diabetes juvenil con la del adulto.

El 30 de Julio de 1921 ocurre el acontecimiento más  
importante en el manejo de la diabetes y lo constitu  
ye el aislamiento de un extracto puro de Insulina --  
y su aplicación a un paciente diabético, efectuado --  
en Toronto, Canadá por Frederick G. Banting y Char--  
les H. Best, aún estudiante de medicina. Se aplicó -  
por primera vez en la historia, insulina a Leonard --  
Thompson, diabético, de 27 años de edad, cuya enferme  
dad se había diagnosticado dos años atrás: luego me  
joró notablemente, viviendo hasta la madurez. Otros-  
autores mencionan como primer paciente diabético que  
recibió insulina a Joe Gilchrist. Banting por su des  
cubrimiento fué galardonado: Premio Nobel en medici-  
na 1922.) ( 20 )

Sucesivamente se fueron logrando compuestos de insu-  
lina, con zinc o protamina, que dieran acción prolon-  
gada, intermedia o rápida al medicamento.

Posteriormente se logró la insulina ultradepurada --  
que disminuye el poder alergénico del medicamento.

Actualmente se tiene en producción experimental la insulina humana producida por bacterias (E.Coli, -- por técnicas de recombinación de DNA.) y en México-D.F., la UNAM conjuntamente con el IMSS, realiza estos trabajos de investigación.

En 1946, Jombon, experimentando con algunas sulfas- establece el inicio de los hipoglucemiantes orales. En 1957, fué autorizado en E.E.U.U., el uso clínico de la Tolbutamida, después de ser probada en 20,000 pacientes seleccionados y basado en los reportes e informes detallados de 400 Médicos. ( 5, 7, 9 )

Otros avances han sido los trasplantes de páncreas o fracción de éste, aunque aún se tiene el problema del rechazo inmunológico. Una medida que va con el avance tecnológico lo es, la aplicación continua de insulina mediante bombas portátiles de infusión, -- utilizadas a partir de 1978. ( 24 )

Otras medidas importantes en el diagnóstico, tratamiento y control del diabético, ha sido deducida a la luz de los nuevos conocimientos sobre la etiopatogénia. Por ejem. el fenómeno de glucosilación no enzimática de las proteínas del diabético; bloqueo -- del glucagón etc. ( 13, 14, 22 )

## GENERALIDADES

La diabetes mellitus o ideopática implica alteración en el metabolismo de la glucosa y cambios en proteínas, lípidos, ácidos nucleicos y complejos derivados de éstos, así como lesión estructural en vasos sanguíneos. Los cambios metabólicos, las manifestaciones clínicas, los factores etiológicos y la frecuencia familiar de la enfermedad, son diferentes en diversos grupos de diabéticos analizados y, se reconocen actualmente varias formas de diabetes mellitus primaria o ideopática, por lo que resulta más apropiado hablar de SINDROME DIABETICO, en el cual la hiperglucemia es el signo común, que es semejante o igual en todos los pacientes pero con bases de heterogeneidad.

La diabetes mellitus no dependiente de insulina tiene un modo de transmisión genética, en la mayor parte de los casos, de tipo autosómico dominante, pero con existencia de otros factores como obesidad, infecciones y en general latencia en cualquiera de sus formas. El defecto hereditario se encuentra tal vez en alguna etapa de la síntesis, el almacenamiento o la liberación de insulina.

La diabetes se clasifica en tres clases y dos estadios:

Clases: A).- DIABETES MELLITUS.

B).- ALTERACION EN LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA.

C).- DIABETES GESTACIONAL.

Estadios: D).- ALTERACION PREVIA EN LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA.

E).- ANORMALIDAD POTENCIAL EN LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA.



La diabetes mellitus se divide en los siguientes grupos:

TIPO I (IDDM), dependiente de insulina.

TIPO II (NIDDM), no dependiente de insulina.

a).- Con obesidad.

b).- Sin obesidad.

c).- MODY, diabetes tipo adulto en el joven.

TIPO III, (OTROS TIPOS), secundario.

Características de la diabetes tipo II:

No son dependientes de insulina: no desarrollan cetosis, -- salvo en caso de crisis graves, como infección, operacio-- nes quirúrgicas, etc., pueden requerir en algun momento de su evolución, administración de insulina exógena para el - control de la hiperglucemia, una vez que la dieta sola o - en combinación con hipoglucemiantes orales ha fallado. La edad de iniciación, se encuentra, por lo general alrededor de los 40 años, pero el trastorno puede ocurrir a cual--- quier edad: la concentración sérica de insulina puede ser normal, elevada o disminuida. Se encuentra obesidad en 60- a 90 % de estos casos.

METODO DIAGNOSTICO: En adultos (glucosa plasmática) AYUNAS 140 mg./ dl. o mayor por más de una ocasión.

El diagnóstico se realiza por la presencia de síntomas y el nivel elevado de glucosa en ayunas.

LA CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA, se efectuará en los -- siguientes casos:

1.- Para comprobar la presencia de la enfermedad, con sig- nos y síntomas manifiestos.

- 2.- Búsqueda de diabetes en un cuadro ambiguo o incompleto
- 3.- Para investigar un paciente sin síntomas directos de - hiperglucemia o glucosuria que a veces guarda relación con diabetes.
- 4.- Búsqueda de diabetes gravídica.
- 5.- Demostrar que no hay diabetes sacarina.

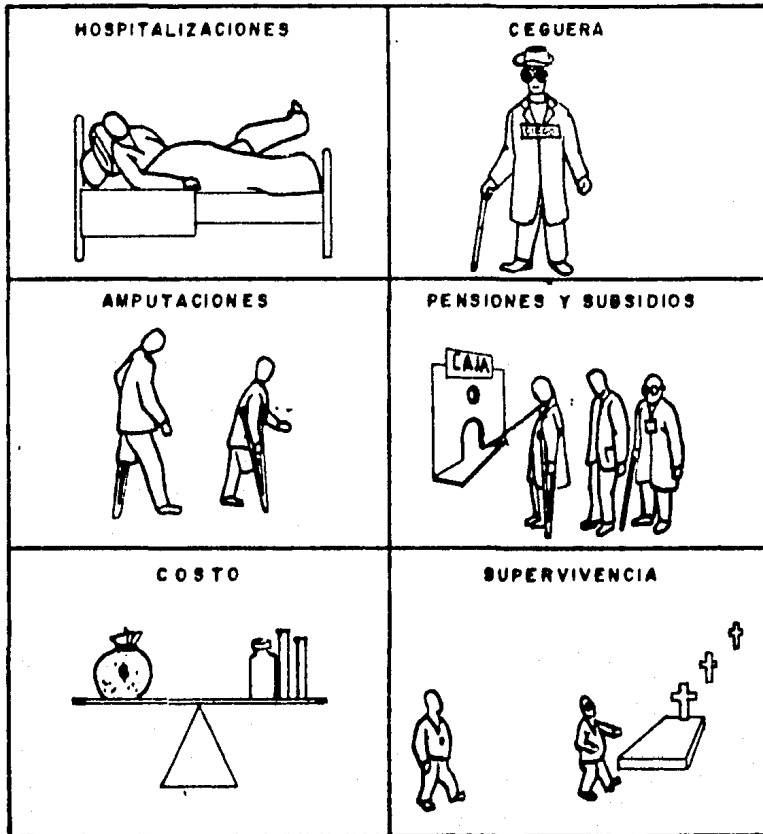
El requisito clave para diabetes, mediante la C.T.G., es - que el valor de glucosa plasmática debe exceder de 200 mg. dl.

Haste el momento actual, la cuantificación de las glucohe-  
moglobinas es la mejor manera de llevar control de la glu-  
cemia, independientemente del momento en que se practique.  
Para el diabetico tipo II, sigue siendo básico la combina-  
ción de dieta, ejercicio e hipoglucemiantes orales como --  
prescripción terapéutica. Es muy discutido, pero el concen-  
so médico general es que mantener una cifra cercana a los-  
límites normales, reduce la gravedad de las complicacio---  
nes.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los aumentos en la incidencia, prevalencia y mortalidad de los pacientes diabéticos que en la mayoría de los casos son diagnosticados tardíamente y su manejo y control son inadecuados; además - la falta de colaboración responsable del paciente contribuye a que sea un problema de salud, que no ha sido atendido en su real magnitud. En el primer nivel de atención se registró un alto índice - de consultas y un rápido aumento de las complicaciones, hospitalizaciones y muerte de los diabéticos de ésta clínica.

DAÑOS CAUSADOS POR LA DIABETES A LA COLECTIVIDAD.



## HIPOTESIS Y OBJETIVOS.

### HIPOTESIS ALTERNATIVA.-

La participación del médico-familiar, es adecuada en el diagnóstico y tratamiento integral del paciente diabético tipo II.

### HIPOTESIS DE NULIDAD.-

La participación del médico-familiar es deficiente en el diagnóstico y tratamiento integral del paciente diabético tipo II.

### OBJETIVOS.-

1.- Detectar desviaciones en el diagnóstico y tratamiento integral del diabético tipo II, tanto por el médico fami

liar como por el paciente.

2.- Deducir los aspectos que contribuyen a la falta de control de este padecimiento.

3.- Comprobar los hallazgos con algunos datos estadísticos nacionales y locales reportados.

4.- Plantear alternativas de solución práctica a los problemas de diagnóstico que genera la diabetes mellitus tipo II, en la consulta externa.

## MATERIAL Y METODOS.

### 1.- RECURSOS HUMANOS:

- Población representativa de pacientes diabéticos tipo II, de la CHGZ III No. 20, Tijuana, B.C.N.,

- Un médico residente de medicina familiar de segundo año.

- Un director de tesis.

- Un asesor clínico.

- Un asesor técnico.

### 2.- RECURSOS MATERIALES:

- 4-30-6 de los consultorios de medicina familiar-

- 90 expedientes clínicos.

- Bibliotecas: Archivo clínico; depto. de codificación.

- Transporte en automóvil o camiones.

- Máquina de escribir.

- Calculadora.

- Fotocopias.

- Cuestionarios impresos.

- Papel, plumas, lápices, marcadores, borradores, reglas, compás, corrector.

- Impresión

- Dinero.

## METODO.

Se tomó una muestra representativa de la población diabética tipo II derechohabiente atendida en 1983, reportada un total de 1997 consultas, en la clínica No. 20, IMSS, Tijuana.

La muestra se obtuvo utilizando la fórmula estadística de :

$$n = \frac{N}{1 + N e^2}$$

Donde  $n$  = muestra.

$N$  = Universo.

$e^2$  = margen de error.

Lo que nos dio 95.3, como tamaño de la muestra de estudio, que tiene una confiabilidad del 95.45 % y un margen de error del 0.04.

El estudio se realizó en forma retrospectiva, aleatoria simple, no comparativa. Luego de eliminar los expedientes diabéticos menores de 25 años ó mayores de 65 años, o que no estaban confirmados, los que tenían datos incompletos o que no pertenecían a esta clínica por cambio reciente de adscripción; Quedó un total de 90 expedientes por redondear la cifra se tomó ese número. Se tomó 9 de cada uno de 10 consultorios de medicina familiar. Fueron escogidos cada 50-



expediente de acuerdo a los criterios de inclusión --  
(ver cuestionario impreso).

Se aplicó un cuestionario en dos etapas, la primera a partir de agosto de 1984, y exclusivamente analizando datos del expediente clínico; y la segunda en los meses de diciembre 84 y enero 85, con interrogatorio dirigido en entrevista personal, lográndose localizar el domicilio de únicamente 30 pacientes (33.3 %).

Los datos fueron captados en base a cédulas impresas para entrevista estructurada.

Posteriormente se clasificaron las respuestas, se tabularon, contabilizaron y se establecieron porcentajes para finalmente elaborar cuadros y gráficas de resultados.

## RESULTADOS OBTENIDOS.

En 1983, se registró un total de 1997 consultas -- por diabetes mellitus en la Clínica IMSS No. 20, Tijuana. La incidencia actual se encuentra en 3.15 ‰ (32) Edad: La población estudiada osciló con edades entre los 25 y 65 años, encontrando el más alto porcentaje el grupo hetario de 45 - 65 años, con un 69 ‰ del total de éstos. El grupo estudiado representa un 38.38 ‰ del total de derechohabientes de éstas edades. Ver gráfica No. 2. El 43.3 ‰ fueron varones (39) y el 56.6 ‰ (51) mujeres.

En cuanto al estado civil el mayor porcentaje fué de personas casadas o en unión libre representando un 62.2 ‰ , (56 pacientes), 21 viudos (12.2 ‰), mientras los pacientes separados fueron 12 (13.3 ‰) y solamente 6 eran solteros (6.6 ‰). Ver cuadro No. 1.

En el renglón de ocupación encontramos que los obreros y las amas de casa representan el mayor porcentaje (60 ‰). Ver gráfica 2. Este resultado discrepa de los hallazgos encontrados en Chile, 1979. (22).

Grado de estudios: El nivel educacional encontrado representa un porcentaje de 64.4 ‰, (58 pacientes) que solo tienen educación primaria. Ver cuadro No. 3.

El ingreso mensual no se logró determinar, por haber proporcionado datos incompletos los pacientes entrevistados. Por su lugar de origen: el 60 % proviene de los estados de Jalisco, Michoacán, Sinaloa, Sonora, Zacatecas y Tamaulipas. Se ha reportado hasta un 14.28 % de diabéticos que proviene de Jalisco y Sinaloa. (20)

El tiempo promedio de residencia de Tijuana es de 7.2 años. En lo que se refiere a detección oportuna de diabetes (DOD), previos al diagnóstico de la enfermedad, 24 pacientes (26.66 %) no tenía ninguno reportado.

Y solamente un 12.22 % (11 pacientes) tenían 4 o más D.O.D. Ver gráfica No. 4

A pesar de que en ésta clínica, se ha logrado hasta un 110 % de logro sobre metas en 1983, del programa de D.O.D., los pacientes con resultados positivos, sólo el 8.8 %, fué captado por el médico familiar, para corroborar el diagnóstico.

Se ha reportado que del 25 - 40 % de los diabéticos tipo II tienen antecedentes familiares positivos (30) - Aquí se encontro que de 43 pacientes con antecedentes positivos en la familia 20 lo eran en línea directa y 23 en línea indirecta. Ver cuadro No. 5

El 83 % tiene una evolución de 5 años o más. Estos datos son similares a los que se reportan nacionalmente

(30), y que van paralelos a que se ha logrado aumentar el promedio de esperanza de vida y las posibilidades de mejor manejo dan oportunidad de proponer la vida del - diabético. Ver cuadro No. 6

NOTA: Todos los datos a continuación son resultado de de la entrevista directa a 30 pacientes. Los datos anteriores incluyen los 90 expedientes revisados.

De los datos clínicos iniciales presentados por el paciente, el síntoma más constante encontrado, fué debilidad (e incluso hipotensión ortostática) con un 90 % en estos 30 pacientes. La polidipsia inicial solamente -- fué encontrada como síntoma inicial el 20 pacientes y -- la poliuria en 21 pacientes, polifagia en 24. La pérdida ligera de peso se presentó en 13 pacientes (43.3 %) visión borrosa en 8 pacientes y prurito genital en 4. - (mujeres). Ver cuadro No. 7

Como causas desencadenantes atribuidas por el paciente el 33.3 % lo atribuye a una súbita situación de stress, un 20 % de los pacientes lo atribuyen a la obesidad, el mismo número lo atribuye a herencia, 4 pacientes consideran la enfermedad debida a la ingestión de alimentos procesados. Uno de ellos lo atribuye secundario al alcoholismo. Ver cuadro No. 8

El diagnóstico de diabetes fué reportado en los expe---

dientes con sólo 13.3 % (4 pacientes) en base a síntomas clínicos; mientras que el mayor porcentaje, -- 60.0 % (18 pacientes) fueron diagnosticados en base el reporte laboratorial de hiperglicemia o por D.O.D. positivo. Un 10 % se detecto en forma fortuita por médicos del segundo nivel y únicamente 5 pacientes -- fueron autodiagnosticados, (16.6 %) Ver gráfica No.- 3.

En lo que respecta al tratamiento inicial, se encontró que de primera intención el 90 % es tratado con hipoglicemiantes orales. De éstos el 60 % se le -- prescribió "dieta" aunado al medicamento; y solamente un paciente fué tratado con dos hipoglucemiantes combinados. También solamente uno fué tratado con -- dieta exclusivamente. Estos medicamentos en un 50 % no se anotan dosis en el expediente, además de que -- no se define un protocolo de manejo. Ver gráfica -- No. 4

De la dieta prescrita, 7 pacientes se les indicó -- dieta hipocalórica, 13 únicamente se les indicó bajar la ingesta de carbohidratos. Y a 2 paciente se le indicó dieta libre. Ver cuadro No. 9

A su vez 12 . pacientes adoptaron la dieta baja en -- carbohidratos (40 %), mientras que 9 pacientes llevan dieta libre (30 %) Ver cuadro No. 10

De los 30 pacientes, 17 de ellos recibieron información por parte del médico; 9 se informaron por su cuenta. -- Ver cuadro No. 11

La práctica del ejercicio por el paciente diabético lo es regularmente en solamente 5 pacientes, mientras que 14 (46.6 %) nunca lo practican. Ver cuadro No. 12

El control médico de la enfermedad se efectúa por medio de exámenes de laboratorio, en un 70 % (21 pacientes) - y en un 10 % de los casos se hace en los síntomas de hipo o hiperglucemia (cuadro No. 13).

Generaron de 8 a 10 consultas 14 pacientes en el lapso de un año. (Ver cuadro No. 14). El 49.9 % requirieron - atención a segundo nivel, la hospitalización en más de 2 ocasiones fué requerida por 7 personas (ver cuadro -- No. 16 ).

Las incapacidades no se logró determinar el monto en -- día ó cantidad. 23 pacientes han evolucionado en forma estable y 7 en forma inestable. Todos cursaron con en--fermedades previas o concomitantes: 8 con enteritis frecuentes y 8 con enfermedad exógena (ver cuadro No. 18 ) Todos recurieron a tratamientos homeopáticos, descritos en el cuadro 19.

De los 30 pacientes 10 de ellos han recibido apoyo familiar satisfactorio.

En cuanto a su participación en grupo de diabéticos, - 17 nunca han participado (ver cuadro No. 20).

Dentro de las complicaciones las más frecuentes han sido Neuropatía Sensitiva en 10 pacientes y 6 pacientes con Hipertensión Arterial. (ver cuadro No. 21).

En el renglón de la sexualidad se encontró que 18 pacientes presentan alteraciones de eyaculación retrógrada, impotencia y/o disminución de la libido. (ver cuadro No. 22).

Aunque no fue posible separarla en porcentajes, la mayoría presenta en un momento dado, depresión, temor a heredar el padecimiento a los hijos, angustia, sentimientos de negación; se creen incomprendidos, y más -- del 70 % ha tenido problemas de índole sexual que casi nunca comentan con su doctor familiar. 2 de los pacientes estudiados, recurieron al uso de drogas estupefacientes.

## CONCLUSIONES.

La diabetes mellitus en la clínica No. 20 IMSS Tijuana, tiene un alto índice de consultas.

El mayor porcentaje de diabéticos, está en el grupo hetaéreo de 45 a 65 años. Se presenta más frecuente en mujeres en relación 5:4 de los varones. La mayoría son casados. El mayor porcentaje es de bajo nivel socio-económico. La mayoría proviene de estados del interior del país, y tienen más de 7 años de residencia en promedio aquí en Tijuana. El D.O.D., es base para el diagnóstico. Influye el antecedente hereditario. La evolución es similar a la reportado a nivel nacional.

No siempre los síntomas iniciales son los mismos.

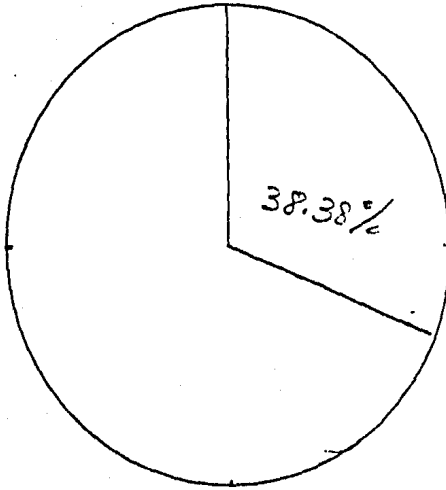
El diagnóstico se realiza en muy bajo porcentaje por medio de la búsqueda de datos clínicos. Algunos se detectan en forma fortuita. El tratamiento recibido es estandarizado, y sin protocolo de manejo. La dieta adecuada y el ejercicio no son sistemáticamente aprovechados. La información sobre su padecimiento, influye relativamente en su evolución como diabéticos. El control médico es deficiente, por insuficiente exploración del paciente. No hay organización en el seguimiento --



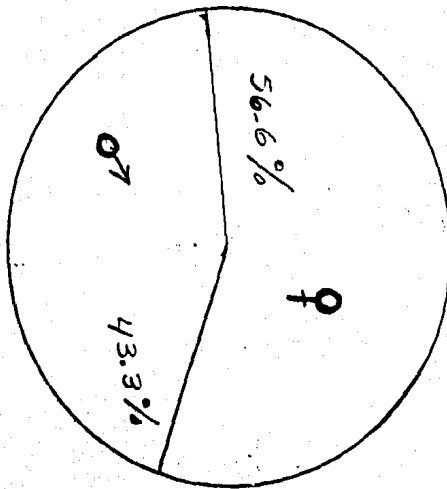
de pacientes diagnosticados y que no cumplen con indicaciones médicas. Todos los pacientes diabéticos recurieron a tratamiento homeopático. Las complicaciones por Neuropatía Sensitiva, se presentan con mucha frecuencia. Un porcentaje muy alto tienen alteraciones emocionales, familiares y específicamente tienen disfunción sexual, que no es reportado al médico, ni se investigan éstas alteraciones, que repercuten de manera importante en la familia.



FIGURA No.1.



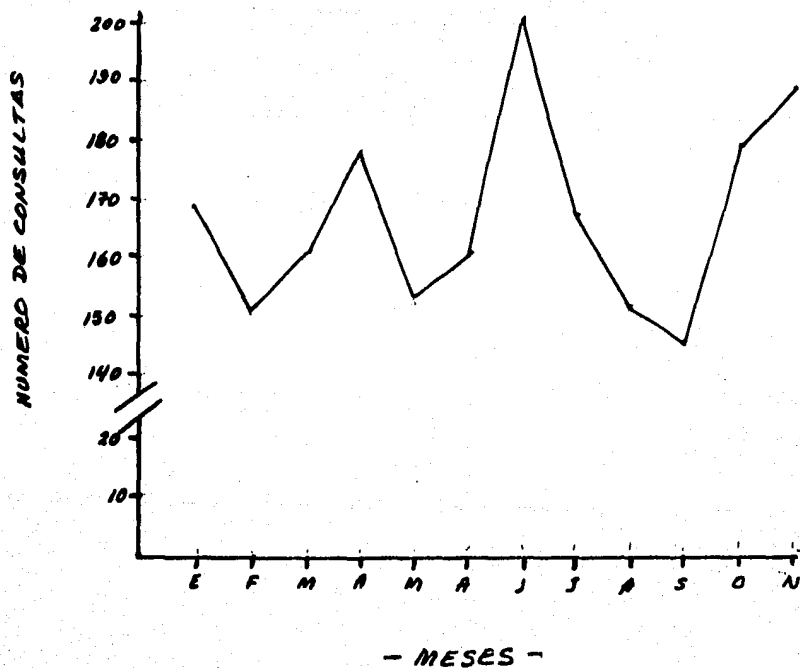
PORCENTAJE DE  
PERSONAS ENTRE  
25-65 AÑOS  
1983.



FUENTE: DIAGNOSTICO  
DE SALUD CHGZ III  
Nº 20 TAJUANA.

MORBILIDAD DE LA DIABETES MELLITUS  
EN LA CLINICA IMSS N° 20 TIJUANA en 1983.

TOTAL: 1997 CONSULTAS



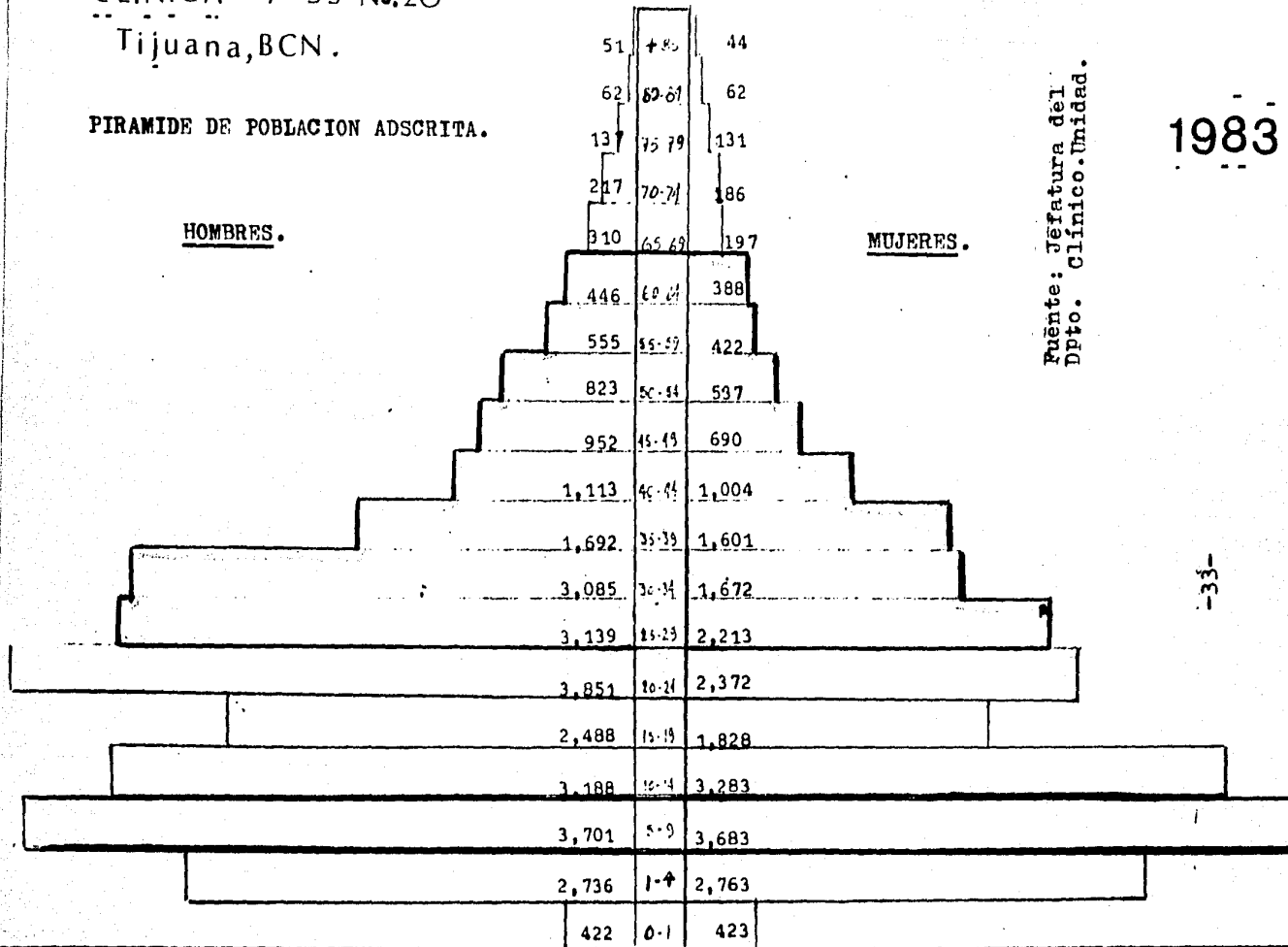
FUENTE: DATOS OBTENIDOS  
EN CODIFICACION  
ENGZ III No. 20

Tijuana, BCN.

PIRAMIDE DE POBLACION ADSCRITA.

HOMBRES.

MUJERES.



Fuente: Jefatura del Dpto. Clinico-Unidad.

1983



C U A D R O No. 1

ESTADO CIVIL

CASADOS	56	62.2%
DIVORCIADOS O SEPARADOS	12	13.3%
VIUDOS	11	12.2%
SOLTEROS	6	6.6%
SE IGNORA	5	5.5%
TOTAL	90	99.8%

C U A D R O No. 2

OCUPACION

OBTEROS	30	33.3%
HOGAR	24	26.6%
EMPLEADOS	11	12.2%
PENSIONADOS	10	11.1%
SE IGNORA	9	10.0%
PROFESIONISTAS	6	6.6%
TOTAL	90	99.8%

C U A D R O No. 3  
GRADO DE ESTUDIOS

PRIMARIA INCOMPLETA	40	44.4%
PRIMARIA COMPLETA	18	20.0%
PREPARATORIA	12	13.3%
SECUNDARIA	8	8.8%
PROFESIONAL	8	8.8%
SE IGNORA	4	4.4%
TOTAL	90	99.7%

C U A D R O No. 4  
DOD PREVIOS AL DX DE LA ENFERMEDAD

NINGUNO	24	26.6%
1-2	27	30.0%
2-4	28	31.1%
4 ó MAS	11	12.2%
TOTAL	90	99.9%

C U A D R O No. 5

ANTECEDENTES FAMILIARES DIABETICOS

POSITIVOS	43	47.7%
NEGATIVOS	27	30.0%
IGNORADOS	20	22.2%
TOTAL	90	99.9%

C U A D R O No. 6

CRONICIDAD DEL PADECIMIENTO

MENOS DE 1 AÑO	2	6.6%
1-5 AÑOS	3	10.0%
5-10 AÑOS	16	53.3%
10-15 AÑOS	9	30.0%
TOTAL	30	99.9%



C U A D R O No. 7

DATOS CLINICOS INICIALES

DEBILIDAD	27	90.0%
POLIFAGIA	24	80.0%
POLIURIA	21	70.0%
POLIDIPSIA	20	66.6%
PERDIDA DE PESO	13	43.3%
VISION BORROSA	8	26.6%
PRURITO GENITAL	4	13.3%

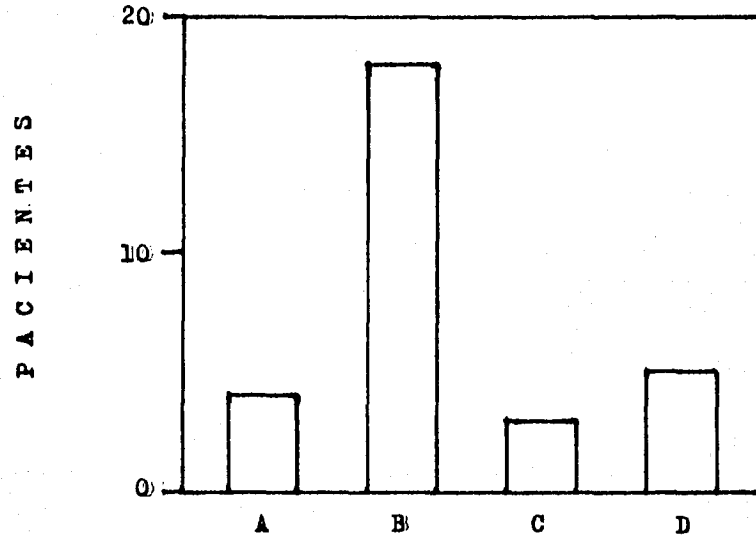
C U A D R O No. 8

CAUSAS DESENCADENANTES ATRIBUIDAS POR EL PTE.

STRESS SUBITO	10	33.3%
POR HERENCIA	6	20.0%
OBESIDAD	6	20.0%
ALIMENTOS PROCESADOS	4	13.3%
LO IGNORAN	3	10.0%
ALCOHOLISMO	1	3.3%
TOTAL	30	99.9%

GRAFICA No. 3

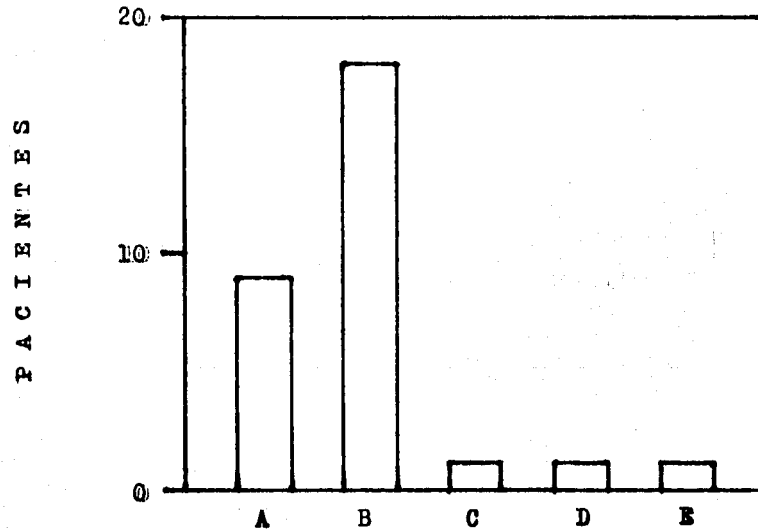
DIAGNOSTICO



- A.- En base a datos clinicos.
- B.- Por laboratorio
- C.- Fortuito, en 2o nivel
- D.- Por el mismo paciente

GRAFICA No. 4

TRATAMIENTO INICIAL



- A.- Tolbutamida
- B.- Tolbutamida+dieta
- C.- Tolbutamida+cloropropamida
- D.- Dieta exclusivamente
- E.- Insulina

C U A D R O No. 9

DIETA PRESCRITA

BAJA EN CARBOHIDRATOS	13	43.3%
BAJA EN C-H Y LIPIDOS	8	26.6%
HIPOCALORICA	7	23.3%
LIBRE	2	6.6%
TOTAL	30	99.8%

C U A D R O No. 10

DIETA LLEVADA

BAJA EN CARBOHIDRATOS	12	40.0%
HIPOCALORICA	9	30.0%
LIBRE	9	30.0%
TOTAL	30	100.0%

C U A D R O    N o . 11  
 INFORMACION AL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD

SI RECIBIERON INFORMACION	17	56.6%
INFORMACION POR SU CUENTA	9	30.0%
NO RECIBIERON INFORMACION	4	13.3%
TOTAL	30	99.9%

C U A D R O    N o . 12  
 PRACTICA DE EJERCICIO POR EL PACIENTE

NUNCA	14	46.6%
OCASIONALMENTE	11	36.6%
REGULARMENTE	5	16.6%
TOTAL	30	99.8%

C U A D R O No. 13  
CONTROL MEDICO DE LA ENFERMEDAD

POR LABORATORIO	21	70.0%
SINTOMAS HIPERGLICEMIA	3	10.0%
MEDIANTE AMBOS	6	20.0%
TOTAL	30	100.0%

C U A D R O No. 14  
FRECUENCIA DE CONSULTAS

10 ó MAS POR AÑO	6	20.0%
8-10 POR AÑO	14	46.6%
5-8 POR AÑO	7	23.3%
3-5 POR AÑO	2	6.6%
0-1 POR AÑO	1	3.3%
TOTAL	30	99.8%

C U A D R O No.15  
CONSULTAS A 2o NIVEL

5 o MAS POR AÑO	8	26.6%
1-3 POR AÑO	7	23.3%
0-1 POR AÑO	12	40.0%
NINGUNA	3	10.0%
TOTAL	30	99.9%

C U A D R O No. 16  
HOSPITALIZACIONES POR COMPLICACIONES

MAS DE 3 POR AÑO	7	23.3%
1 OCASION	6	20.0%
NINGUNA	17	56.6%
TOTAL	30	99.9%

C U A D R O No. 17  
EVOLUCION CLINICA

ESTABLE	23	76.6%
INESTABLE	7	23.3%

C U A D R O No. 18

ENFERMEDADES PREVIAS O CONCOMITANTES

ENTERITIS FRECUENTES	8	26.6%
OBESIDAD EXOGENA	8	26.6%
INFECCION VIAS URINARIAS	7	23.3%
ALTERACIONES VISUALES	4	13.3%
TBP	3	10.0%
TOTAL	30	99.8%



C U A D R O No. 19  
 TRATAMIENTO HOMEOPATICO

NOPAL	20	66.6%
NINGUNO	6	20.0%
"TRONADORA"	2	6.6%
MALVA	1	3.3%
COPALKIN:	1	3.3%
VARIOS COMBINADOS	0	0.0%
TOTAL	30	99.8%

C U A D R O No. 20  
 APOYO FAMILIAR

SATISFACTORIO	10	33.3%
REGULAR	15	50.0%
NULO	5	16.0%
TOTAL	30	99.3%

C U A D R O No. 20

PARTICIPACION EN GRUPOS DE DIABETICOS

NUNCA HA PARTICIPADO	17	56.6%
PARTICIPA OCACIONALMENTE	11	36.6%
PARTICIPA ACTIVAMENTE	2	6.6%
TOTAL	30	99.8%

C U A D R O No. 21

COMPLICACIONES

NEUROPATIA SENSITIVA	10	33.3%
NEFROPATIA	7	23.3%
HIPERTENSION ARTERIAL	6	20.0%
ALTERACIONES VISUALES	4	13.3%
NEUROPATIA MOTORA	3	10.0%
TOTAL	30	99.9%

C U A D R O No. 23

DISFUNCION SEXUAL

NIEGAN ALTERACIONES	12	40.0%
IMPOTENCIA	8	26.6%
DISMINUCION LIBIDO	6	20.0%
EYACULACION RETROGRADA	4	13.3%
TOTAL	30	99.9%

## RESUMEN.

Se efectuó un estudio retrospectivo de pacientes diabéticos tipo, II, en la C.H.G.Z. III No. 20 de Tijuana, BCN. , a través del análisis de 90 expedientes clínicos y entrevista personal con 30 pacientes.

Se encontró como síntomas iniciales más frecuentes - debilidad en 90 %, polifagia, poliuria y polidipsia en 80,70 y 66.6 % respectivamente. El diagnóstico fue reportado en el expediente con solo 13.3 % (4 pacientes) en base a datos clínicos, mientras que el mayor porcentaje, 60.0 % (18 pacientes), fueron diagnosticados como diabéticos por los datos de laboratorio o por reporte de DOD. El 90 % de los pacientes reciben como tratamiento hipoglucemiantes orales, solos o combinados - con dieta y ésta no se cumple por el paciente en el - 30 % de los casos. No se explora en forma completa , buscando datos clínicos de complicaciones en forma temprana. Los hipoglucemiantes orales se prescriben sin - un protocolo de manejo. El control se ejerce mediante exámenes ocasionales de glucosa sérica. El 49.9 % requirió atención de 2o. nivel. Se encontró también algunas disfunciones sexuales, que el paciente no revela a su médico familiar. Se anotan tratamientos homeopáticos a los que recurre el diabético y finalmente, se enlista una serie de sugerencias, tendientes a mejorar la atención y control del diabético tipo II, motivo del estudio.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SUGERENCIAS.

- 1.- Llevar una forma de registro y control del---  
diabético, donde se indique sistemáticamente-  
en cada consulta la exploración clínica, segui-  
miento y cumplimiento en el tratamiento.
- 2.- Analizar el registro periódicamente y evaluar  
sus acciones, considerando este control priori-  
tario e incluyendo el programa DOD.
- 3.- Programa de orientación permanente, amplia, --  
clara y actualizada a la población general, --  
además de la educación de su paciente diabéti-  
co.
- 4.- Dedicar el médico familiar días pre-estableci-  
dos para las consultas de control de sus pa---  
cientes diabéticos.
- 5.- Buscar intencionalmente datos clínicos de neu-  
ropatía, nefropatía o retinopatía y-o altera--  
ciones vasculares mixtas y no sólo los sínto---  
mas de hiperglucemia de su paciente.
- 6.- Concientizar al paciente y la familia, efectuan-  
do visitas domiciliarias programadas para ente-  
rarse del entorno en que se desenvuelve.

- 7.- Colaborar el médico familiar en trabajos de -  
investigación clínica sobre sus pacientes ---  
diabéticos.
- 8.- Que reporten sus experiencias en el diagnós-  
tico y manejo de su población diabética.
- 9.- . Intercambio de conocimientos de éste padeci-  
miento mediante mesas redondas, talleres, --  
etc.
- 10.- Participar el médico de primer nivel en la -  
formación e integración de los grupos de dia-  
béticos.
- 11.- Se apoye al diabético y su familia en la ---  
elaboración de su dieta planeada con ayuda -  
de una dietista.

## REFERENCIAS

- 1.- ALVAREZ G.F., CHAVEZ V.J., DAMIAN M.R. Y --  
SOLORZANO J.A. Revisión del programa de de--  
tección de diabetes y proyecto para la orga--  
nización de la clínica y club del diabético--  
en la C.H T No. 1 de San Luis Potosí, S.L.P.--  
Tesis. Res. Med. Fam. San Luis Potosi, S.L.P.--  
1976.
- 2.- ALBIN RIFKIN  
Etiología de la diabetes mellitus,  
Clin. Med. Nort 1982., 6: 1165
- 3.- ARAIZA A.C. Otros progresos en diabetes me--  
llitus. Rev. Med. IMSS MEXICO 1983, 21: 387-390
- 4.- BURROW G.N. , Haslet B.E and philip M.J. a --  
case of diabetes mellitus new engl. J.Med.--  
1982: 340-343.
- 5.- Cariño P.P. Factores que intervienen en el --  
control del paciente diabético tipo II. Te--  
sis, Res. Med. Fam. Tijuana, B.C.N. 1984.
- 6.- CHRISTLIEB R. tratamiento de la hipertensión--  
en el diabético Clin. Med. Nort. 1982, 6: 1321.

- 7.- Cahill F.G. Diabetes Sacarina .  
 Medicina Interna. Cecil-Loeb. 9a. Ed.  
 Editora Importación. (Interamericana)  
 España 1973; 1894-1924
- 8.- Colón G.A. , Checa H.A. y Cols.  
 Aspectos emocionales y psicosociales  
 de la diabetes mellitus y su repercusión  
 a nivel familiar. Tesis R.M.F.  
 MEXICALI, B.C. 1970
- 9.- DAGGET P. Trastornos del sistema en  
 Gobierno. EL Manual Moderno, México ---  
 1964: 9-46
- 10.- De la Fuente H. Ramón  
 Aspectos Psicológicos de la diabetes-  
 mellitus. Psicología médica.  
 Editorial F.J.E. 2a.Ed. 1981, México.
- 11.- Fishman N., Fishman J.  
 Nutritional aspects. of. Diabetes  
 Management. Hospital Medicine.  
 New York, 1981
- 12.- Foster W.D. Diabetes Mellitus  
 Principles of. internal medicine  
 Harrison's thenth edition. Mc.  
 Graw Hill Inc. 1984



- 13.- Grabbay H.V. Hemoglobina  
glucosilada y diabetes insulina.  
Clin. Med. Nort 1982; 4:1259
- 14.- Grant P. Clasificación y diag-  
nóstico de la diabetes mellitus  
Ulin.Med.Nort 1982:
- 15.- Griffin E.G. Manual of clinical  
endocrinology and metabolism Mc  
Graw-Hill Inc. New York, USA 1982.
- 16.- Lauffer J.I.; Kalison H. Diabetes  
explicada. una guía para el lector.  
Editorial Diana, México 1980
- 17.- López L.R.  
Hipotensión ortostática como mani-  
festación inicial de diabetes me--  
llitus Rev. Med. IMSS 1983,6:21
- 18.- Merimee J.T.  
Zapf J. and Froesch R.E. New Engl J.  
Med. 1983; 309:527-529.
- 19.- Mc. Kegney H.  
Diabetes and Stress. New Engl J. Med.  
1984; 311:469.

- 20.- Navarro A,  
Repercusiones de la diabetes mellitus insulina dependiente en la dinámica familiar Tesis Res.Med.-  
Fam. Tijuana, B.C.N. 1983.
- 21.- Páramo D.M.  
Tratamiento médicoquirúrgico del pie diabético Rev. Med. IMSS. Mé-  
xico 1984; 22 43-47.
- 22.- Pérez P.E.  
- Nuevos conceptos en diabetes me-  
llitus tipo I Rev. Med. IMSS Mé-  
xico, 1981: 365-370.
- 23.- Prescripción Médica. Hortalizas  
contra diabetes Rev.Prescr. Med.  
México,1983;68.
- 24.- Rasken P.  
Tratamiento con aparato de infu-  
sión de insulina.Clin.Med.Nort.  
1982; 4:1221
- 25.- Ramírez V.C.  
Prevalencia de diabetes en dere-  
chohabientes del IMSS, en cuatro  
hospitales generales de zona con

- medicina familiar. MORELIA, Zamora, Uruapan y Zacoapu, Mich. Tesis residencia de medicina familiar. Morelia, Mich. 1983.
- 27.- Robles S. Y. y cols.  
Demanda de consultas en una población de --  
pacientes diabéticos, comparada con una po--  
blación testigo.  
Sal. Pub. Mexico, SSA. 1979: 1:21
- 28.- Vazquez h, C. Diabetes mellitus: progre--  
sos recientes en el conocimiento de su etio--  
patogenia y clasificación.  
Rev. Med. IMSS. Mexico. 1983, 21:91-103.
- 29.- Witashouse W.F.  
Diagnóstico de diabetes selección de los --  
pacientes mas adecuados para recibir trata--  
miento.  
Clin.med. nort. 1982:4:
- 30.- Zuberany CH,  
Aspectos epidemiologicos de la diabetes ---  
mellitus.  
Sal. Pub. Mex. SSA. 1979: 2:21
- 31.- GUIA DIAGNOSTICO TERAPEUTICA IMSS 1981.
- 32.- DIAGNOSTICO DE SALUD, CLINICA No. 20  
IMSS. 1983-1984.
- 33.- Mella I.,García R.,Parker R.P. y Covarru--  
bias.Prevalencia de la diabetes mellitus  
Una experiencia en grandes ciudades.  
Bol.Of. Sanit. Panam.94,(2),1983:157.

ANALISIS DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO EN LA CLINICA # 20 DEL IMSS TIJUANA, BCN.

1-NOMBRE \_\_\_\_\_ 2- CEDULA \_\_\_\_\_  
3-NO. CONSULTORIO \_\_\_\_\_ 4-TALLA \_\_\_\_\_ 5-PESO \_\_\_\_\_  
6-EDAD \_\_\_\_\_ 7-SEXO \_\_\_\_\_ 8-ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
9-OCUPACION \_\_\_\_\_  
10-GRADO DE ESTUDIOS \_\_\_\_\_ 11-INGRESO MENSUAL \_\_\_\_\_  
12-INGRESO PER CAPITA \_\_\_\_\_ 13-NUMERO DE MIEMBROS DEP \_\_\_\_\_  
14-LUGAR DE ORIGEN \_\_\_\_\_  
15-TIEMPO DE RESIDENCIA EN TIJUANA \_\_\_\_\_  
16-ANTECEDENTES \_\_\_\_\_

17-HISTORIA OBSTETRICA: \_\_\_\_\_  
a) GROSOSORIOS \_\_\_\_\_ b) CEBROS \_\_\_\_\_ c) PRELIMINARES \_\_\_\_\_  
OTROS: \_\_\_\_\_  
18-TIENE TAB \_\_\_\_\_  
19-DOD PREVIOS \_\_\_\_\_ FECHAS \_\_\_\_\_  
20-FECHA EN QUE SE DIAGNOSTICO EL PADECIMIENTO \_\_\_\_\_  
21-CAUSA DEBENECADENANTE ATRIBUIDA POR EL PACIENTE \_\_\_\_\_  
22-DATOS CLINICOS INICIALES \_\_\_\_\_

23-DIAGNOSTICO FORTUITO \_\_\_\_\_  
24-DIAGNOSTICO LABORATORIAL \_\_\_\_\_  
25-TRATAMIENTO INICIAL \_\_\_\_\_  
26-DIETA PRESCRITA \_\_\_\_\_  
DIETA LLEVADA \_\_\_\_\_  
27-INFORMACION DEL PADECIMIENTO \_\_\_\_\_

28-EJERCICIO \_\_\_\_\_  
29-CONTROL MEDICO \_\_\_\_\_  
30-FRECUENCIA DE CITAS A MED. P. M. \_\_\_\_\_  
31-CITAS A SEGUNDO NIVEL \_\_\_\_\_  
32-HOSPITALIZACIONES \_\_\_\_\_  
33-INCAPACIDADES \_\_\_\_\_  
34-EVOLUCION CLINICA \_\_\_\_\_  
35-ALTERACIONES ENDOCRINALES \_\_\_\_\_  
36-ENFERMEDADES PREVIAS O CONCOMITANTES \_\_\_\_\_

37-TRATAMIENTO HOMEOPATICO \_\_\_\_\_  
38-APOYO FAMILIAR \_\_\_\_\_  
39-PARTICIPACION EN GRUPOS O SOCIEDADES, CLUBES ETC. \_\_\_\_\_  
40-SUGERENCIAS AL PACIENTE PARA SU CONTROL \_\_\_\_\_

41-ESTADO ACTUAL \_\_\_\_\_

ANALISIS DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO EN LA CLINI-

CA # 20 DEL IMSS TIJUANA, BCN.

- 1-NOMBRE \_\_\_\_\_ 2- CEDULA \_\_\_\_\_
- 3-NO. CONSULTORIO \_\_\_\_\_ 4-TALLA \_\_\_\_\_ 5-PESO \_\_\_\_\_
- 6-EDAD \_\_\_\_\_ 7-SEXO \_\_\_\_\_ 8-ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_
- 9-OCUPACION \_\_\_\_\_
- 10-GRADO DE ESTUDIOS \_\_\_\_\_ 11-INGRESO MENSUAL \_\_\_\_\_
- 12-INGRESO PER CAPITA \_\_\_\_\_ 13-NUMERO DE MIEMBROS DEP \_\_\_\_\_
- 14-LUGAR DE ORIGEN \_\_\_\_\_
- 15-TIEMPO DE RESIDENCIA EN TIJUANA \_\_\_\_\_
- 16-ANTECEDENTES \_\_\_\_\_

17-HISTORIA OBSTETRICA: \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

A) PAROSITOSIS \_\_\_\_\_ B) OBITOS \_\_\_\_\_ C) PARTOS PREZIMOS

OTROS: \_\_\_\_\_

- 18-TIENE TAB \_\_\_\_\_
- 19-DOD PREVIOS \_\_\_\_\_ FECHAS \_\_\_\_\_
- 20-FECHA EN QUE SE DIAGNOSTICO EL PADECIMIENTO \_\_\_\_\_
- 21-CAUSA DEBENECAMENTE ATRIBUIDA POR EL PACIENTE \_\_\_\_\_
- 22-DATOS CLINICOS INICIALES \_\_\_\_\_

- 23-DIAGNOSTICO FORTUITO \_\_\_\_\_
- 24-DIAGNOSTICO LABORATORIAL \_\_\_\_\_
- 25-TRATAMIENTO INICIAL \_\_\_\_\_
- 26-DIETA PRESCRITA \_\_\_\_\_
- DIETA LLEVADA \_\_\_\_\_
- 27-INFORMACION DEL PADECIMIENTO \_\_\_\_\_

- 28-EJERCICIO \_\_\_\_\_
- 29-CONTROL MEDICO \_\_\_\_\_
- 30-FRECUENCIA DE CITAS A MED. F. M. \_\_\_\_\_
- 31-CITAS A SEGUNDO NIVEL \_\_\_\_\_
- 32-HOSPITALIZACIONES \_\_\_\_\_
- 33-INCAPACIDADES \_\_\_\_\_
- 34-EVOLUCION CLINICA \_\_\_\_\_
- 35-ALTERACIONES EMOCIONALES \_\_\_\_\_
- 36-ENFERMEDADES PREVIAS O CONCOMITANTES \_\_\_\_\_

- 37-TRATAMIENTO HOMEOPATICO \_\_\_\_\_
- 38-APOYO FAMILIAR \_\_\_\_\_
- 39-PARTICIPACION EN GRUPOS O SOCIEDADES, CLUBES ETC. \_\_\_\_\_

40-SUGERENCIAS AL PACIENTE PARA SU CONTROL \_\_\_\_\_

41-ESTADO ACTUAL \_\_\_\_\_