

Archivos de Medicina Familiar

Volumen 6
Volume

Número 2
Number

Mayo-Agosto 2004
May-August

Artículo:

Perfil del paciente diabético en una Unidad de Medicina Familiar de la Ciudad de México

Derechos reservados, Copyright © 2004

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)

Perfil del paciente diabético en una Unidad de Medicina Familiar de la Ciudad de México

Diabetic profile in a family practice center in Mexico City

Corona-Hernández M,* Bautista-Samperio L.**

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico del paciente diabético adscrito a una Unidad de Medicina Familiar. **Diseño:** Estudio descriptivo y transversal. **Material y métodos:** Se revisaron 4,518 expedientes con diagnóstico de diabetes mellitus (DM); fueron excluidos 74 expedientes por no contar con diagnósticos completos. El instrumento de recolección de datos consistió en una hoja de cálculo con los indicadores establecidos para identificar el perfil del paciente diabético. Se aplicaron procedimientos de estadística descriptiva. **Resultados:** De 4,444 expedientes, 59.9% fueron del sexo femenino; 33% del grupo etario de 61 a 70 años; 87.4% casados; 84.5% escolaridad primaria completa; 56.6% dedicados al hogar; 54.4% evolución menor a 10 años; descontrol glucémico 54.9%; nefropatía 8%; neuropatía y retinopatía 3.8%; HAS 54.4% y obesidad 47.1%. **Conclusiones:** El perfil mostró antecedentes familiares, sedentarismo, obesidad y comorbilidad. Complicación más frecuente: nefropatía. El tiempo de evolución de la DM con predominio menor de 10 años ofrece una oportunidad para aplicar estrategias preventivas con el propósito de mejorar la calidad de vida y los costos de la atención médica.

Palabras clave: Perfil epidemiológico, Expediente clínico, Diabetes mellitus.

ABSTRACT

Objective: To determine the diabetic profile assigned to the Family Practice Center. **Design:** Descriptive and cross sectional study. **Material and methods:** 4,518 files were revised with diagnostic of Diabetes Mellitus (DM); were excluded 74 files for incomplete diagnostic. The instrument of data collection consisted on a spreadsheet with the established indicators of the profile. It was applied descriptive statistics. **Results:** From 4,444 files: 59.9% female; 33% age-group from 61 to 70 years old; 87.4% married; 84.5% complete primary school; 56.6% dedicated to housework; 54.4% less than 10 years of evolution; hyperglycemia 54.9%; nephropathy 8%; neuropathy and retinopathy 3.8%; hypertension 54.4% and obesity 47.1%. **Conclusions:** The profile indicated predictive family factors like: sedentary, obesity and comorbidity. More frequently complication: nephropathy. The time of evolution of the DM with prevalence smaller than 10 years is an opportunity that allows to apply preventive strategies, with the vision of improving the quality of life and the medical care costs.

Key words: Epidemic profile, Clinical record, Diabetes mellitus.

Recibido: 27-02-04
Aceptado: 25-03-04

- * Residente de tercer año de la Especialidad en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México.
** Especialista en Medicina Familiar. Coordinadora de Residentes de Medicina Familiar (UMF) No. 94. IMSS, México

Dirección para correspondencia:
Dra. Martha B. Corona Hernández.
Durango 49, 6o. piso,
Colonia Roma México D.F.
CP 06700. E-mail: mabecohe@hotmail.com

Introducción

El incremento exponencial de la diabetes mellitus (DM) obliga al médico familiar (MF) a reconocer además de los aspectos biológicos, otros factores como los hábitos, estilos de vida, nivel socioeconómico y recursos disponibles que involucran al individuo y la familia con la DM; de esta manera el MF estará en condiciones de desarrollar estrategias de intervención efectiva, jerarquizando y estableciendo prioridades en su práctica médica¹⁻⁸.

En México, el costo anual —indirecto y directo— del diabético es de 330 y 100 millones de dólares anuales respectivamente. Se estima que un niño de siete años de edad que padezca DM devenga un gasto de 52,000 dólares hasta los

40 años; la aparición de complicaciones microvasculares y macrovasculares incrementa el costo del tratamiento en más de 3.5 veces, con una inversión para hipoglucemiantes orales de 2% a 7% y de 30% a 65% por hospitalización^{7,8}.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la DM ocupa el segundo lugar de motivo de demanda de consulta en Medicina Familiar y el primer lugar en la de especialidad troncal⁹; constituye la principal causa de ingreso y egreso hospitalario e incide de forma significativa en la tasa de mortalidad; de 32.8 por cada 100 mil derechohabientes en 1986, pasó a 50.9 en 1999. Su mortalidad promedio diario es de 40 pacientes a nivel nacional. La repercusión económica de la DM —incluyendo complicaciones, incapacidades y pensiones— en 1999 superó los 4,200 millones de pesos como gasto promedio anual de la atención^{9,10}.

En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94, en el año 2000 el área de informática médica y archivo clínico (ARIMAC) reportó una población aproximada de 3,700 pacientes con diabetes, ocupando el tercer lugar de demanda de consulta médica, con 182 casos nuevos anuales y 27,552 consultas otorgadas de primera vez y subsecuencia; con una tasa de morbilidad de 1.85 y de mortalidad de 38.64¹¹. En el diagnóstico de salud de la UMF se contemplan datos de morbi-mortalidad respecto a la DM, sin embargo, no se cuenta con la información sobre su perfil epidemiológico (distribución por sexo/edad, tipo de diabetes, tiempo de evolución, terapéutica, complicaciones, control, etc.), lo que provoca dificultad en la planeación de aspectos médicos y administrativos con base en líneas estratégicas de atención; esta situación ha contribuido a la insatisfacción tanto del usuario como del prestador de servicios. La unidad cuenta con la infraestructura física y de personal para la realización de un estudio epidemiológico de los pacientes con DM, lo cual además no se contrapone a las políticas institucionales y contribuirá para fundamentar el análisis y desarrollo *a posteriori* de estrategias de intervención más efectivas para la atención médica que se otorga, por ello se justifica y considera importante conocer cuál es el perfil epidemiológico de los pacientes diabéticos adscritos a la UMF No. 94.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, entre los meses de enero a diciembre de 2003, teniendo como unidad última de muestreo el expediente clínico. Se elaboró un censo de la población de cada consultorio considerando ambos turnos, se recolectaron los datos utilizando para ello una hoja electrónica con los indicadores propuestos para determinar el perfil epidemiológico en forma independiente en cada uno de los expedientes del paciente catalogado como diabético. El manejo sistematizado de los datos se llevó a cabo con la utilización del programa SPSS versión 10, con el cual además se realizó la determinación del manejo estadístico de cada uno de los indicadores identificados, se utilizaron frecuencias simples y proporciones. Así mismo se elaboraron cuadros y figuras representativas de los datos obtenidos.

Resultados

Se revisaron un total de 4,518 expedientes de pacientes con diagnóstico de DM en ambos turnos; de ellos se ex-

cluyeron 65 (1.4%) del turno matutino y 9 (0.2%) del vespertino —por no contar con criterios diagnósticos completos para su clasificación—, conformando la población final de 4,444 que se tomó como el 100% para el análisis del presente trabajo. La distribución por turno fue de 2,488 (56%) pacientes del turno matutino, y 1,956 (44%) del turno vespertino. La distribución por género fue de 1,778 (40.2%) pacientes del masculino y 2,666 (59.7%) del femenino. En relación con el grupo etario se observó: 9 (0.2%) pacientes correspondieron a menos de 20 años de edad; 27 (0.6%) de 21 a 30 años; 142 (3.2%) de 31 a 40 años; 564 (12.7%) de 41 a 50 años; 1,160 (26.1%) de 51 a 60 años; 1,467 (33%) al grupo de 61 a 70 años; 875 (19.7%) fue de 71 a 80 años y 200 (4.5%) a mayores de 80 años.

Respecto a los antecedentes heredofamiliares se encontró que 2,703 (60.9%) no tenían antecedentes; 658 (14.8%) tenían antecedentes positivos en familiares de primera línea (padres); 547 (12.3%) tanto en padres y hermanos; 342 (7.7%) en hermanos; y 75 (1.4%) en hijos. Los datos obtenidos por estado civil mostraron que 3,883 (87.4%) eran casados; 380 (8.6%) viudos; 107 (2.4%) solteros y en 74 (1.7%) no se encontró información. La escolaridad en 3,755 (84.5%) fue primaria; en 203 (4.6%) secundaria; 201 (4.5%) analfabetas; 65 (1.5%) profesionistas; 59 (1.3%) bachillerato; 45 (1%) nivel técnico y 116 (2.6%) no se encontró información. Respecto a la ocupación, 2,517 (56.6%) se dedicaban al hogar; 616 (13.9%) pensionados; 381 (8.6%) empleados; 302 (6.8%) obreros; 112 (2.5%) comerciantes; 95 (2.1%) jubilados; 52 (1.2%) profesionistas; 14 (0.3%) albañiles o agricultores; 1 (0.02%) estudiante y en 354 (8%) no se encontró información. Toxicomanías, se encontró que 4,122 (92.8%) no tenían antecedentes; 216 (4.9%) tabaquismo; 34 (0.8%) tabaquismo y alcoholismo; 17 (0.4%) sólo alcoholismo; 2 (0.05%) antecedentes de otras toxicomanías y en 53 (1.2%) no se encontró información.

De acuerdo a la actividad física se encontró que 3,774 (84.9%) fueron de tipo baja; 302 (6.8%) de tipo media; 14 (0.3%) de tipo alta y en 354 (8%) no se encontró información. Con relación a la patología agregada se encontró que 2,025 (45.6%) presentaron cifras tensionales normales y 2,419 (54.4%) cumplían con criterios diagnósticos para integrar el diagnóstico de hipertensión arterial esencial (HTA) de éstos, 1,810 (74.8%) tenían tensión arterial en límites normales; 421 (17.4%) normal alta; 95 (3.9%) HAS moderada; 85 (3.5%) leve y 8 (0.3%) grave (*Cuadro I*). Con respecto al tipo de diabetes se encontró 4,435 (99.8%) clasificados como Tipo 2; 8 (0.2%) Tipo 1 y 1 (0.02%) otro tipo de diabetes.

De acuerdo a la determinación de índice de masa corporal (IMC): se ubicaron en obesidad —a partir de 30.1 kg/m²SC— un total de 2,093 pacientes (47.1%); con sobrepeso —de 25.1 a 30 kg/m²SC— 1,152 (25.9%); con peso normal —de 20.0 a 25 kg/m²SC— 1,004 (22.6%); en 195 pacientes (4.4%) no se encontró información.

De acuerdo al tiempo de evolución se observó en 1,059 (23.8%) con menos de 5 años; 1,362 (30.6%) de 5 a 10 años, más detalles se pueden apreciar en la *figura 1*. En lo que respecta al tratamiento farmacológico se encontró que en 3,403 (76.6%) pacientes se emplearon hipoglucemian-

Cuadro I. Relación de tiempo de evolución con hipertensión arterial en pacientes con diabetes.

Años de evolución	Normal	Normal superior	Hipertensión arterial			Sin HAS	Total
			Leve	Moderada	Grave		
< 5 años	337	74	18	27	1	602 *	1,059
5 - 10 años	531	123	29	25	3	651 *	1,362
11 - 15 años	332 *	82	16	12	1	329	772
16 - 20 años	272 *	62	13	14	1	197	559
21 - 25 años	158 *	39	6	8	1	107	319
26 - 30 años	83 *	21	3	7	1	52	167
> 31 años	85 *	14		2		59	160
Sin datos	12	6				28 *	46
Total	1,810	421	85	95	8	2,025	4,444

* Mayor frecuencia.

Cuadro II. Relación del tiempo de evolución con las complicaciones más frecuentes.

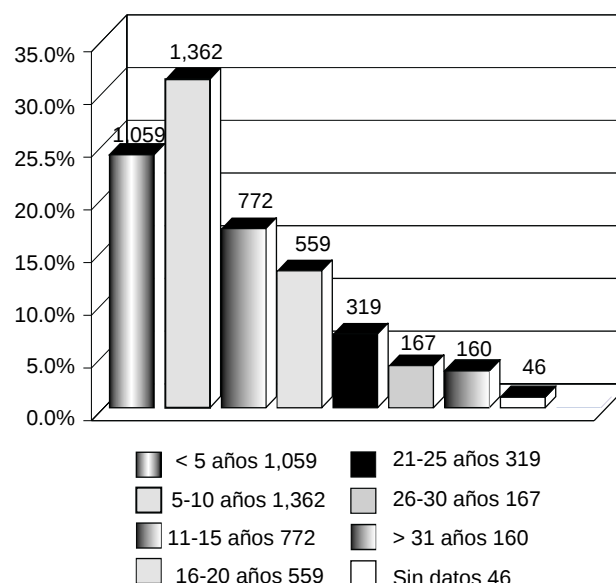
Años de evolución	Complicaciones		
	Nefropatía	Neuropatía	Retinopatía
< 5 años	45	54 *	20
5-10 años	62	88 *	41
11-15 años	76 *	61	37
16-20 años	70 *	44	24
21-25 años	38 *	28	22
26-30 años	33 *	15	12
> 31 años	37 *	12	12
Sin datos		4 *	
Total	361	306	168

* Mayor frecuencia.

tes orales; en 511 (11.5%) no se empleó tratamiento farmacológico; en 289 (6.3%) se empleó tratamiento con insulina; 249 (5.6%) recibieron tratamiento combinado con insulina e hipoglucemiante oral y 1 (0.02%) recibió tratamiento con desmopresina.

Tratamiento no farmacológico, a 3,683 (82.9%) se les indicó dieta; 548 (12.3%) dieta y ejercicio; 206 (4.6%) no tenían tratamiento y a 7 (0.2%) ejercicio individual. En la evaluación del control glucémico, se observó que 2,439 (54.9%) tenían descontrol; 1,940 (43.6%) controlados y en 65 (1.5%) no se encontró información. En el rubro de las complicaciones: 3,189 (71.8%) sin complicaciones y 1,255 (28.2%) con complicaciones, de estos últimos 361 (8.1%) con nefropatía; 306 (6.9%) neuropatía; 168 (3.8%) retinopatía; 143 (3.2%) enfermedad coronaria; 86 (1.9%) enfermedad vascular cerebral; 62 (1.4%) pie diabético; 53 (1.2%) retinopatía y nefropatía; 45 (1%) nefropatía y neuropatía; 5 (0.1%) retinopatía y pie diabético; en 17 (0.4%) no se encontró información (*Cuadro II*).

En la determinación del comportamiento bajo la curva de algunos datos a través de la aplicación de media y desviación estándar se obtuvieron valores de la edad en 61.94 años y DE 11.83; en el índice de masa corporal fue de 28.1 y DE 5.9; en la evolución fue de 9.85 años y DE 8.9; en los niveles de glucosa central la media fue 165 mg y DE 66.22 respectivamente.

**Figura 1.** Distribución por tiempo de evolución.

Discusión

El presente estudio permitió establecer las características y distribución de los individuos catalogados como diabéticos. Se puede confirmar que los resultados de la población estudiada concuerda con lo reportado en la literatura tanto en el ámbito internacional como nacional. El porcentaje de sobrepeso y obesidad como un factor de riesgo fue del 73%, que coincide con el reporte realizado en el estudio de Velázquez¹, en donde este factor oscila entre 60 y 85%. González⁷ menciona en su estudio que la DM tipo 2 representa el 90% de los casos, siendo el obtenido en este trabajo en el 99.8% de los expedientes evaluados.

La nefropatía destaca entre las complicaciones observadas en esta UMF, semejante a lo publicado por Torres¹²; así mismo encontramos a la neuropatía en segundo lugar, fenómeno esperado, de acuerdo a lo observado por Conde¹². La identificación de la DM como la patología de mayor frecuencia en el grupo de la tercera edad, coincide con el reporte de Alpizar¹⁴, quien señala algunos factores coadyuvantes a la falta de apego al tratamiento: mayor

probabilidad de alteración de la memoria, cambios en la agudeza visual y auditiva, así como pérdida o disminución de las habilidades motoras.

Referencias

1. Velázquez MO, Lara EA, Tusie LMT, González ChA. Prevención primaria de la diabetes: una necesidad para el siglo XXI. *Med Int Mex* 2001; 17(1): 24-35.
2. Committee Report of the Expertise on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care Suppl* 2002; 25(1): S5-S20.
3. Mancillas AL, Gómez PF, Rull RJ. Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus, conceptos actuales. *Rev Endocrinol Nutr* 2002; 10(2): 63-68.
4. Islas AS. *Diabetes Mellitus*. México: McGraw-Hill Interamericana, 1999.
5. Mateos SN, Zacarías CR. Tratamiento farmacológico para la diabetes mellitus. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González* 2002; 5(12): 33-41.
6. López CJ, Ariza AC, Rodríguez MJ, Munguía MC. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Salud Pública de México* 2003; 45(4): 259-267.
7. González MF, León PI. Perspectivas en el tratamiento de la diabetes mellitus. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2002; 65(3): 173-177.
8. Bouma M, Dekker JH, Van Eijk J, Shellevis FG, Kriegsman D, Heine RJ. Metabolic control and morbidity of type 2 diabetic patients in a general practice network. *Family Practice* 1999; 16 (4): 402-406.
9. Madrazo NM, Zárate AA, Castro RM, Alpizar SM. Programa institucional para la vigilancia, prevención y control de la diabetes mellitus. *Bol Salud Comunitaria* 2000; IV(2): 32-38.
10. Alpizar SM, Sotomayor GA, Castro RM, Zárate AA, Madrazo NM. Acciones anticipadas ante diabetes mellitus. *Rev Med IMSS* 1998; 36(1): 3-5.
11. *Reporte del Área de Informática Médica y Archivo Clínico de la UMF 94 (ARIMAC)*.
12. Torres VA, Zacarías CR. Nefropatía diabética. *Rev Hosp M Gea Glz* 2002; 5(1-2): 24-32.
13. Conde FA, Paredes FC, Zacarías CR. Neuropatía diabética. *Rev Hosp M Gea Glz* 2001; 4(1-2): 6-13.
14. Alpizar SM, Pizaña BJ, Zárate AA. La diabetes mellitus en el adulto mayor. *Rev Med IMSS* 1999; 37(2): 117-125.

