

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS



USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN UN PRIMER Y  
TERCER NIVEL DE ATENCION POR PACIENTES  
CON DIABETES TIPO 2 SEGUN GENERO

POR  
LIC. ENF. MA. LUISA GUTIERREZ IBANEZ

Como requisito parcial para obtener el Grado de  
MAESTRIA EN METODOLOGIA DE LA CIENCIA

MARZO DE 2004

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN UN PRIMER Y  
SEGUNDO TIPO DE PACIENTES

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN UN PRIMER Y  
SEGUNDO TIPO DE PACIENTES

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN UN PRIMER Y  
SEGUNDO TIPO DE PACIENTES

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN UN PRIMER Y  
SEGUNDO TIPO DE PACIENTES

TM  
Z 7 1 2 5  
F F L  
2 0 0 4  
. 6 8



1020090970



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS



USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN UN PRIMER Y  
TERCER NIVEL DE ATENCION POR PACIENTES  
CON DIABETES TIPO 2 SEGUN GENERO

UANL

---

POR  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

LIC. ENF. MA. LUISA GUTIERREZ IBARRA

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Como requisito parcial para obtener el Grado de  
MAESTRIA EN METODOLOGIA DE LA CIENCIA

MARZO DE 2004

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS



**USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN UN PRIMER Y TERCER NIVEL DE  
ATENCIÓN POR PACIENTES CON *DIABETES TIPO 2* SEGÚN GÉNERO**

---

Por

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

LIC. ENF. MA. LUISA GUTIÉRREZ IBÁÑEZ



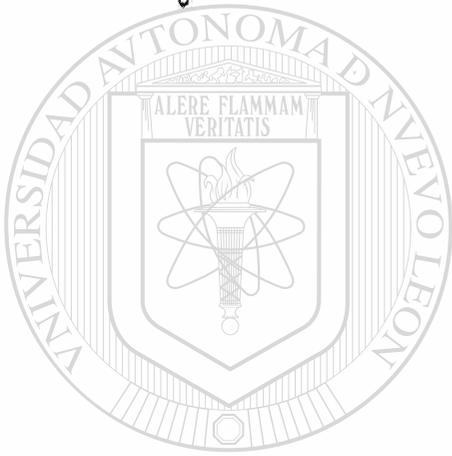
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Como requisito parcial para obtener el Grado de  
MAESTRÍA EN METODOLOGÍA  
DE LA CIENCIA

Marzo de 2004

548930

TH  
21125  
T1L  
2000'  
.G8



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



FONDO  
TESIS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS



USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN UN PRIMER Y TERCER NIVEL DE  
ATENCIÓN POR PACIENTES CON *DIABETES TIPO 2* SEGÚN GÉNERO

Por

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

LIC. ENF. MA. LUISA GUTIÉRREZ IBÁÑEZ

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Directora de Tesis

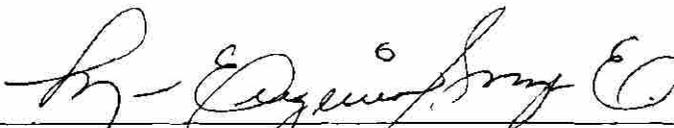
MC MARÍA EUGENIA GARZA ELIZONDO

Como requisito parcial para obtener el Grado de  
MAESTRÍA EN METODOLOGÍA  
DE LA CIENCIA

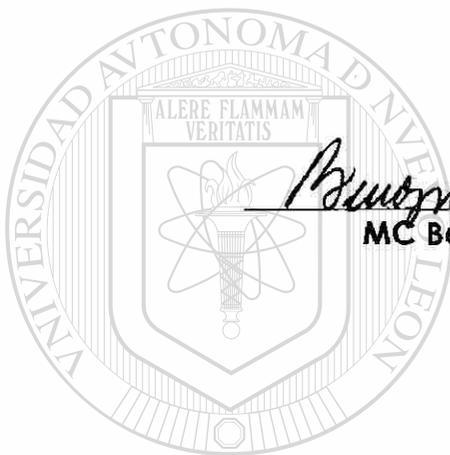
Marzo de 2004

**USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN UN PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN POR PACIENTES CON DIABETES TIPO 2, SEGÚN GÉNERO.**

**Aprobación de Tesis:**

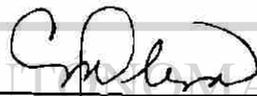


**MC María Eugenia Garza Elizondo  
Presidenta**



**MC Benigno Benavides Martínez  
Secretario**

**UANL**



**MC Águeda Marisel Oliva Calvo  
Vocal**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



**MC Rogelio Cantú Mendoza  
Subdirector de Posgrado**

## RESUMEN

MARÍA LUISA GUTIERREZ IBÁÑEZ

Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Filosofía y Letras

Título del Estudio

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN UN PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN POR PACIENTES CON DIABETES TIPO 2, SEGÚN GÉNERO.

Número de páginas: 138

Candidata para obtener el Grado de MAESTRÍA EN METODOLOGÍA DE LA CIENCIA

**OBJETIVO:** Determinar las diferencias de uso de los servicios de Salud en un Primer y Tercer nivel de atención en pacientes con diabetes tipo 2, según género.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** De acuerdo al problema y a los objetivos planteados, este estudio fue de tipo Descriptivo, transversal y comparativo. Se estudiaron 195 casos de pacientes que consultaron en un primer nivel de atención y 113 casos que se hospitalizaron por motivo de la DMT2, durante los años 2001 y 2002. El estudio se hizo a través del expediente clínico y radiológico de los casos seleccionados, utilizando dos cédulas de colección de datos, los cuales fueron sometidas a una prueba piloto, donde se hicieron los ajustes necesarios para su aplicación. La información que se recolectó fue sobre variables sociodemográficas, antecedentes personales y familiares, datos relacionados con su enfermedad y servicios solicitados de acuerdo a cada nivel de atención. Los datos fueron analizados con estadística descriptiva, cálculo de porcentajes y promedios; para probar las hipótesis se usaron pruebas T para poblaciones independientes y prueba de diferencias de proporciones con un Alfa de 0.05.

**RESULTADOS:** En un primer nivel de atención, según el género, los datos más relevantes fueron: El 19% de la población masculino son analfabetas y el 25% del género femenino están en la misma situación. El 79% de los hombres tienen un empleo, mientras que las mujeres solo el 12% lo tiene. La mayoría se dedica a actividades del hogar. Se observó además que el promedio de consultas en el primer nivel de atención fue mayor en mujeres ( $p = 0.000002$ ). Con respecto a los exámenes de laboratorio, en el género masculino sobresalen la Química Sanguínea (QS) realizado en el 64% ( $p = 0.0000024$ ). En cuanto al género femenino destaca la Glucosa Sérica (GS) realizada en el 87% ( $p = 0.000099$ ). En un tercer nivel de atención no se encontraron diferencias según el género. El promedio de internamientos anual en la población masculina fue de 1.3 y en el género femenino de 1.2 ( $p = 0.05$ ). Con respecto al promedio de días-estancia, se encontró que el promedio de los hombres fue de 9.3 días y el de las mujeres de 9.6 días ( $p = >0.05$ ).

**CONCLUSIONES:** Se acepta la Hipótesis  $H_{11}$  de que existen diferencias según el género en el uso de los servicios de salud en un primer nivel de atención en pacientes con DMT2, siendo el género femenino el que más usa los servicios de salud. Además, se aceptó la Hipótesis Nula de que no existen diferencias según el género en el uso de los servicios de salud en un tercer nivel de atención, en virtud de que el número de internamientos por motivo de la DMT2 fue muy similar en ambos géneros.

**RECOMENDACIONES:** Mayor participación de los educadores en diabetes para que logren cambios positivos en salud preventiva en la población masculina con DMT2. Que las instituciones de salud de un primer nivel de atención ofrezcan más programas educativos y de apoyo a la población femenina. En cuanto a investigación evaluar el uso de los servicios y buscar otros factores que determinen el uso de los servicios de salud.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios primeramente, por haberme permitido llegar al final de una meta más en mi carrera profesional. Se que sin Él no lo hubiera logrado. ¡Gracias Señor!

A la MC María Eugenia Garza Elizondo Asesora de mi tesis, por sus importantes aportaciones en el desarrollo de este trabajo. Al MC Benigno Benavides Martínez y la MC Águeda Marisel Oliva Calvo, por formar parte del Comité de Tesis y por sus valiosas sugerencias e interés, en la revisión del presente trabajo.

Al Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", mi Centro de trabajo, por todas las facilidades que me dieron para la realización de este estudio. Especialmente al Ing. Enrique Alcorta, Jefe del Archivo Clínico y a todo el personal administrativo que allí labora, por todas sus atenciones y servicio.

A mi amiga y compañera la Lic. Guadalupe Rojas por su valiosa y desinteresada colaboración en la recolección de datos. ¡Gracias Lupita!

A mi querida hermana Betty "la cibernética" y a mi sobrina Karina "la intelectual" les agradezco enormemente su apoyo en los momentos más difíciles. No puedo pasar por alto a mis queridas hijas: Merari y Loruhamá quienes también sumaron su ayuda en este trabajo final, una tecleando y otra traduciendo. ¡Las quiero mucho!.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## DEDICATORIA

Nunca dudé acerca de quiénes merecían la dedicatoria de este trabajo: Mi hermosa familia formada por mi esposo Simeí, compañero y el padre de los tres regalos más preciosos que Dios me ha dado, Merari, Giezi Y Loruhamá.

Y como profesional de Enfermería lo dedico a todo el personal del Equipo de Salud interesado y preocupado en mejorar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Este estudio hace algunas aportaciones que pueden contribuir a mejorar los servicios de salud que se ofrecen actualmente a estos pacientes.



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## TABLA DE CONTENIDO

### Capítulo

### Página

#### INTRODUCCION

Planteamiento del Problema .....	3
Importancias científicas del problema .....	6
Justificación social .....	7
Justificación económica.....	8
Relevancia tecnológica del problema .....	10
Hipótesis.....	13
Objetivos .....	14
Objetivos Generales.....	14
Objetivos específicos.....	14

#### 1 MARCO DE REFERENCIA

1.1 Antecedentes.....	15
1.2 Situaciones actual de la Diabetes.....	16
1.3 Uso de los servicios.....	18
1.4 Género y Salud.....	27
1.5 Estudios realizados.....	29

#### 2 METODOLOGÍA

2.1 Diseño del estudio .....	35
2.2 Población del estudio.....	35
2.3 Cálculo del tamaño.....	36
2.4 Técnica y Distribución muestral.....	37
2.5 Mapa Conceptual.....	40
2.6 Operacionalización de las variables de estudio .....	41
2.7 Procesamiento y Análisis de la información .....	46
2.8 Instrumentos de colección .....	46
2.9 Ética del estudio.....	46
2.10 Administración del trabajo de investigación.....	47
2.11 Personal participante.....	48
2.12 Recursos físicos y materiales.....	48

### 3 RESULTADOS

3.1 Descripción de la población que acudió a un primer Nivel de atención por motivo de la DTM2 (consulta externa).....	49
3.2 <i>Uso de servicios en un primer nivel de atención de la DTM2</i> .....	54
3.3 Descripción sociodemográfica según el género.....	57
3.4 <i>Uso de servicios en un primero nivel de atención por pacientes con DTM2 según género</i> .....	63
3.5 Descripción socio-demográfica según las consultas .....	67
3.5 <i>Uso de servicios en un primer nivel de atención por motivo de la DTM2 según las consultas</i> .....	74
3.6 Descripción de la población que acude a un tercer nivel de atención por motivo de la DTM2.....	78
3.7 <i>Uso de servicio en un tercer nivel de atención por motivo de la DTM2</i> .....	83
3.9 Descripción socio-demográfica según servicios.....	88
3.10 <i>Uso de servicios de un tercer nivel de atención por motivo de la DTM2 según servicios</i> .....	95
3.11 Descripción socio-demográfica según género .....	107
3.12 <i>Uso de servicios en un tercer nivel de atención por motivo de la DTM2 según género</i> .....	113

### 4 DISCUSIÓN

4.1 Discusión de los resultados.....	124
4.2 Conclusiones.....	128
4.3 Recomendaciones .....	129
4.3.1 Recomendaciones de salud.....	129
4.3.2 Recomendaciones de investigación.....	130

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	131
---------------------------------	-----

ANEXOS .....	137
--------------	-----

## INTRODUCCIÓN

Los servicios de salud actualmente tienen un gran desafío: las enfermedades no transmisibles, entre las que se encuentra la Diabetes Mellitus (DM) como consecuencia del envejecimiento de la población y del incremento de los riesgos asociados a la industrialización y la urbanización. La DM es considerada uno de los problemas más graves de salud pública a nivel mundial, debido a su alta prevalencia, se presenta en tasas que van desde el 3-4% hasta tasas impresionantes del 50% en adultos.

En nuestro país, en la última encuesta nacional realizada en el año 2000, la prevalencia promedio encontrada fue de 10.9% con un predominio mayor en el norte del país y en el Distrito Federal. En 1985 se estimó que existían 30 millones de personas con diabetes, para 1995 esta cifra ascendió

aproximadamente a 135 millones y para el año 2005 se calcula será de 300 millones. En Nuevo León la DM es una de las enfermedades crónicas con más impacto en la población hoy en día. En 1999 se registró el 60% de la mortalidad por esta enfermedad<sup>1</sup>. Solo en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", durante los años 2001 y 2002 fue la primera y segunda causa de consulta en Medicina General (MG) y Medicina Familiar (MF).

Esta enfermedad no respeta edades ni sexos, según datos de ENSA 2000 la prevalencia de la DM es mayor en la población femenina que en la masculina<sup>2</sup>. Sus complicaciones no consideran ningún órgano del cuerpo humano, de tal suerte que las instituciones de salud independientemente del área a la que se dediquen, se van a enfrentar a la diabetes en sus diferentes

expresiones clínicas. Con el tiempo, los altos niveles de azúcar que caracterizan esta enfermedad pueden dañar los ojos, los vasos sanguíneos, los nervios y los riñones; siendo una de las principales causas de ceguera, de insuficiencia renal y de amputaciones. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de cada 10 casos de DM, 6 son mujeres. Durante 1999 fallecieron por complicaciones de diabetes un promedio de 22 mujeres derechohabientes por día<sup>3</sup>.

La meta en el tratamiento de los pacientes con diabetes es mantener el nivel de azúcar en su sangre tan cerca de lo normal como sea posible, comiendo adecuadamente, haciendo ejercicio, tomando medicamento oral o inyectándose insulina según lo prescriba su médico. Los servicios de salud de nuestra población deben estar encaminados a brindar una adecuada y oportuna atención a estos pacientes que cada día se incrementan, por lo cual es

---

importante conocer las demandas de ellos de acuerdo al género. Los servicios de salud tanto de un primer nivel de atención como de un tercer nivel de atención tienen un papel muy importante en el paciente con DMT2 porque los que estén "controlados" quizá acudan a un Primer nivel y los "no controlados" o "complicados" a un Tercer nivel de atención.

La Sociología médica hace referencia que los hombres de países industrializados tienden a morir más tempranamente que las mujeres aunque, el género femenino reporta las tasas más altas de morbilidad y un uso mayor de los servicios de salud<sup>4</sup>. Por lo anterior existe el interés de conocer en el caso de la DM tipo 2 las diferencias que existen en cuanto al uso de los servicios de salud entre ambos géneros, porque tal evidencia podría contribuir en la toma de

decisiones de los administradores de los servicios de salud y de esa forma los recursos dedicados a la salud y atención de estos pacientes se utilizarán de la mejor manera posible.

### **Planteamiento del problema**

El aumento de los padecimientos crónico-degenerativos ha provocado que el Sistema de Salud Mexicano se enfrente a serios problemas de planeación de salud. Ejemplo de ello es la DM que se encuentra en tercer lugar como causa de muerte en el país y exige dentro de la salud nuevos retos en la prestación de servicios, al enfrentarse a nuevos patrones de la demanda de consultas médicas, hospitalizaciones y causas de muerte.

Para la organización y funcionamiento de los servicios de salud, las unidades médicas están integradas en tres niveles de atención: un Primer Nivel

donde las acciones que se desarrollan son fundamentalmente para la preservación de la salud, la atención es ambulatoria y los recursos con que se cuentan son de poca complejidad. El Segundo Nivel lo forman hospitales generales, la atención es ambulatoria y hospitalaria en las 4 especialidades básicas de la medicina. Y el Tercer Nivel está integrado por hospitales de alta especialidad para la atención de enfermedades que requieren para su diagnóstico y tratamiento recursos humanos y tecnológicos especializados y de gran complejidad, también se consideran centros de investigación y de enseñanza en las disciplinas de la salud<sup>5</sup>.

Por tratarse de un padecimiento incurable, los pacientes diabéticos deben recibir tratamiento y atención médica durante toda su vida. En un primer

nivel de atención pueden ser monitoreados a través de algunos servicios que les ayuden a controlar la enfermedad y evitar o retardar las complicaciones. Sin embargo una gran parte de ellos en el transcurso del tiempo manifiestan una baja adherencia al control y tratamiento, lo que da lugar a un control metabólico deficiente de la enfermedad. Entre los problemas o complicaciones crónicas que a largo plazo ocurren en estos pacientes cuando no son controlados y que requieren manejarse en la escena de un tercer nivel de atención, es decir en un hospital, se mencionan: Úlceras en pies por neuropatía, principal causa de amputación de pies y piernas; Insuficiencia renal crónica, principal causa de muerte temprana; Retinopatía diabética, causa principal de ceguera; impotencia sexual y algunas enfermedades cardiovasculares como el Infarto del corazón.

Como ya se ha mencionado la Sociología y la Epidemiología médica han encontrado que en las sociedades industrializadas los hombres mueren

---

mas tempranamente que las mujeres, pero la mujer tiene una salud más pobre que los hombres y por consiguiente tiene las tasas más altas de morbilidad.

Varias explicaciones se han dado para estas diferencias de género y algunas han sido probadas por ejemplo: los riesgos biológicos diferentes, los riesgos adquiridos, los prejuicios o predisposiciones y las experiencias del cuidado de la salud<sup>6</sup>. Según datos recientes encontrados acerca de las diferencias de sexo en la morbilidad es más complicado que lo que se sugiere tradicionalmente. La dirección y la magnitud de estas diferencias de género en salud varían de acuerdo a los síntomas o condiciones que se presentan y según la etapa de vida.

Algunos autores mencionan que las mujeres reportan más síntomas y días de incapacidad y acuden más con el profesional médico que los hombres<sup>7</sup>. Otros confirman que la mayor morbilidad de la mujer sobre el hombre encontrada es uno de los hallazgos más sólidos en la investigación social de las ciencias de la salud<sup>8</sup>. Sweeting (1994) menciona que estas diferencias en la morbilidad entre hombres y mujeres son muy conocidas: las mujeres dan una auto evaluación más pobre de la salud, muestran las tasas más altas de la enfermedad aguda, tienen más condiciones crónicas aunque menos severas, usan más los servicios externos y consumen más cantidad de medicamentos prescritos y no prescritos<sup>9</sup>. En todo tiempo la mujer experimenta y describe las tasas más altas de malestares físicos que los hombres. Esto es un hallazgo invariable en inspecciones de salud<sup>10</sup>.

El Sistema de salud se enfrenta entonces a un entorno de cambios: la

---

estructura económica, las formas de organización social, las características del medio ambiente, el grado de urbanización, la situación de la fecundidad, los niveles educativos, las condiciones y estilos de vida, el género y otros más, los cuáles son determinantes cruciales de la salud a los cuales el sistema de atención debe dar respuesta. Todos los determinantes mencionados han cambiado durante la última década a un ritmo mas acelerado que las instituciones especializadas en los servicios de salud. Esto nos impone la necesidad de explorar y analizar estas tendencias según el género con la finalidad de encontrar elementos que permitan a los tomadores de decisiones sobre salud a ser mas efectivos, buscando nuevas formas de financiar y de

organizar estos servicios de salud, solo así el sistema de salud podrá adecuarse a los retos actuales y futuros de estos pacientes.

El desconocer los servicios que generalmente utilizan estos pacientes para su control y monitoreo en un primer nivel de atención y los que utilizan para atenderse de sus complicaciones en un tercer nivel de atención según el género, lleva a las instituciones de salud a la falta de eficiencia en la distribución de los recursos destinados para su atención, por el contrario, cuando se dispone de esta información se pueden hacer programas dirigidos a grupos específicos de la población según el género.

Por lo antes descrito se plantea el siguiente problema a investigar **¿existen diferencias en cuanto al uso de los servicios de salud en el Primer y Tercer nivel de atención en pacientes diabéticos tipo 2 según el género?**

### **Importancia científica del problema**

La DM, hizo su aparición dentro del cuadro de las principales causas de muerte del país a mediados de los ochenta, y actualmente se encuentra en el tercer lugar. En Nuevo León es una de las enfermedades crónicas que tiene mas impacto. Este panorama exige un nuevo abordaje que permita la *implementación o adecuación de estrategias preventivas de salud* y nuevos retos en la prestación de los servicios de salud, al enfrentarse a nuevos patrones en la demanda de consultas medicas, hospitalizaciones y causas de muerte.

La disminución del uso de los servicios es un fenómeno que se observa internacionalmente y representa un reto para los servicios de salud pública de cualquier país. El conocimiento de los distintos servicios de salud que utilizan los pacientes con diabetes tipo 2, tanto para prevenir complicaciones en un primer nivel de atención como para resolver alguna complicación crónica en un tercer nivel de atención, constituye una pieza clave para el diseño de políticas y estrategias tendientes a mejorar la entrega de servicios a esta población en particular.

Conocer los servicios que generalmente requieren los pacientes con DMT2 de acuerdo al género para una detección oportuna, para un diagnóstico correcto y para un adecuado tratamiento y un buen control es muy importante para cualquier institución de salud de Primer nivel. Esta información aplicada conjuntamente con otras estrategias puede contribuir a reducir la incidencia que

---

actualmente registra, evitar o retrasar sus complicaciones y disminuirá la mortalidad por esta causa.

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

### **Justificación Social**

Para el control de esta enfermedad del paciente debe participar en su autocontrol y monitoreo de su enfermedad con la participación de las personas que le rodean, como sus familiares, quienes lo ayudaran a controlar mejor la enfermedad y a evitar o retardar las complicaciones, incapacidad y muerte. Solo una pequeña fracción de estos pacientes acude regularmente a los servicios de salud y de éstos entre 25 y 40% tienen un control metabólico de la enfermedad. Según datos encontrados por algunos investigadores las mujeres acuden más

frecuentemente con el profesional médico y reportan la tasa más elevada de la enfermedad que los hombres en todo tiempo, sin embargo en ciudades industrializadas los hombres mueren más tempranamente que las mujeres.

Ciertamente las enfermedades deben atenderse cuando se presentan (Tercer nivel de atención), pero esto no basta ya que es preciso controlar factores de riesgo (Primer nivel de atención) que propician o favorecen la presencia de complicaciones a largo plazo. Considerando la magnitud que este reto representa no solo para el país sino también para nuestro estado, los servicios de salud a través de sus organizaciones deberían implementar o adecuar un abordaje integral que permita un mejor control metabólico de la diabetes, evitando o retrasando las complicaciones.

Lo anterior muestra el papel tan importante que tienen los servicios de salud tanto en el primer nivel como en el tercer nivel de atención para estos pacientes. El conocer que servicios son los que actualmente utilizan según el género y según sus necesidades permitirá a las instituciones de ambos niveles de atención estar mejor preparados y ofrecer los mejores servicios a quienes padecen esta enfermedad.

### **Justificación Económica**

La diabetes es una enfermedad crónica-degenerativa con periodos de latencia prolongados, lo cual representa un grave problema económico para los servicios de salud y un gran desafío para la sociedad. En México los costos indirectos y directos de la enfermedad son de 330 y 100 millones de dólares anuales. Los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones

representan una grave carga tanto para los pacientes como para los servicios de salud. La presencia de complicaciones microvasculares a la vez, incrementa el costo del tratamiento de los pacientes a más de 3.5 veces. La mayor parte de los gastos son por hospitalización (tercer nivel), que se estiman en un 30 a 65% del total de los costos<sup>11</sup>.

La decisión de buscar atención médica y selección del servicio médico dependen de muchos factores, pero en relación al costo de los servicios están la derechohabencia y la capacidad de pago. Si es derechohabiente y requiere atención médica lo más probable es que acuda a la institución a la que está afiliado, si no, entre las opciones se elige aquella que puede pagarse. Cuando los pacientes tienen muy baja capacidad adquisitiva enfrentan la disyuntiva entre pagar la atención médica y el medicamento o solo pagar este último. En general en los grupos de bajos recursos y sobre todo en la población sin seguridad social sus opciones son la no utilización, en los casos de extrema pobreza, o la selección de algún servicio de beneficio social.

Este panorama económico en relación a los altos costos que trae consigo esta enfermedad no solo para las instituciones de salud que los atiende, sino también para los pacientes que padecen esta enfermedad debiera obligar a las instituciones de salud tanto de un primer nivel de atención a optimizar mejor sus recursos, establecer mejores estrategias de control y seguimiento de la enfermedad, ofrecer mejores y más oportunos servicios de hospitalización libre de riesgos, que permitan cumplir mejor con las demandas de estos pacientes. Esto representaría un ahorro importante a los servicios de

salud reduciendo los costos por hospitalizaciones y por complicaciones tempranas.

La inversión productiva en salud puede tener efectos positivos sobre la economía, al mejorar la calidad del capital humano, incrementar la productividad, generar empleo, combatir la pobreza y promover la seguridad. El abordaje integral permite un control metabólico de la enfermedad y retrasa las complicaciones; además representa un ahorro a los Servicios de Salud.

### **Relevancia tecnológica del problema**

La respuesta al tratamiento hace de esta enfermedad un modelo adecuado para estudiar los diversos componentes de la transición en salud, básicamente relacionados con el avance tecnológico y la disponibilidad de los servicios de salud. Si bien no se ha podido evitar la aparición de las

complicaciones crónicas de la DM, lo cierto es que la letalidad por las complicaciones agudas ha podido disminuirse considerablemente gracias al avance tecnológico y médico. Sin embargo, su control y manejo depende sustancialmente de la disponibilidad y uso de los servicios.

En los estados mas avanzados, los avances tecnológicos reducen la letalidad de esta enfermedad y prolongan la vida a estos enfermos. Sin embargo, el incremento proporcional de defunciones por esta causa puede estar relacionado con una falta de oportunidad de la atención médica. Un mejor acceso a la tecnología médica, ya sea en forma de hospitales y de personal altamente capacitado, de mayor claridad y selectividad en los requisitos de

acceso y uso de los servicios hospitalarios para los pacientes diabéticos en zonas de marginación de atención a la salud, pareciera ser imperativo.

### **Relevancia en la disciplina de Enfermería**

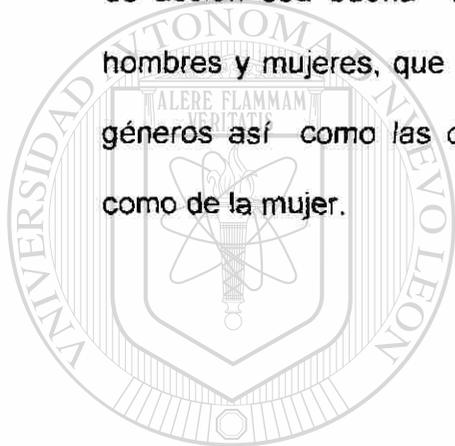
El profesional de enfermería juega varios roles en el área de la salud, entre los que destacan el de Cuidador, Administrador de los servicios y Promotor de la salud. Como Cuidador tiene a su cargo el cuidado de estos pacientes en los distintos niveles de atención, como Administrador de los servicios es responsable de organizar los recursos disponibles en las instituciones de salud para atender las necesidades de la población y como Promotor de la salud fomenta en la población estilos de vida saludables, necesarios para prevenir o retardar la aparición de algunas enfermedades, mediante acciones de promoción de la salud.

Como Administrador y prestador directo de los servicios de salud el profesional de enfermería tiene un interés estratégico en que los recursos dedicados a la salud se utilicen de la mejor manera posible; debe conocer las necesidades de la población que atiende, en este caso pacientes con DMT2. El desconocer estas diferencias en cuanto al género y uso de los servicios de salud, lleva al administrador y al prestador de servicios a no utilizar los servicios de salud adecuadamente y a no tener un buen control y un seguimiento de estos pacientes. Las estrategias de abordaje y la utilización de los recursos podrán variar según el caso.

Las mujeres con esta enfermedad podrán encontrarse en su casa desempeñando el papel de ama de casa y solo una pequeña parte estarán

como empleadas en una fábrica o empresa . Los distintos roles de la mujer (madre, esposa, hija) y las distintas etapas de la vida (embarazo, menopausia, etc.) le hacen requerir de servicios y cuidados muy específicos propios de este género. Por el contrario los hombres en su mayoría estarán en una fábrica, empresa o negocio. Y solo una pequeña parte estarán en su casa.

Para que la práctica diaria de enfermería en cualquiera de sus campos de acción sea buena requiere por lo tanto de un trato individualizado de hombres y mujeres, que permita darse cuenta de estas diferencias en ambos géneros así como las cambiantes necesidades de salud tanto del hombre como de la mujer.



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

### Hipótesis

**Ha 1** Existen diferencias según el género en el uso de los servicios de salud en un primer nivel de atención en pacientes con diabetes tipo 2.

**Ho 1** No existen diferencias según el género en el uso de los servicios de salud en un primer nivel de atención en pacientes con diabetes tipo 2.

**Variable Independiente.**- El género de los pacientes con Diabetes tipo 2.

**Variable Dependiente.**- Presencia de uso de los servicios de salud en un primer nivel de atención.

**Ha 2** Existen diferencias según el género en el uso de los servicios de salud en un tercer nivel de atención de pacientes con diabetes tipo 2.

**Ho 2** No existen diferencias según el género en el uso de los servicios de salud en un tercer nivel de atención en pacientes con diabetes tipo 2.

**Variable independiente.**- El género de los pacientes con diabetes tipo 2.

**Variable Dependiente.**- Presencia de uso de los servicios de salud en un tercer nivel de atención.

## Objetivos

### Objetivo General:

Determinar las diferencias de uso de los servicios de salud en el primer y tercer nivel de atención en pacientes con diabetes tipo 2 según el género.

### Objetivos Específicos:

1. Identificar los servicios de salud que usan los pacientes con diabetes tipo 2 de ambos géneros en un primer nivel de atención.
2. Identificar los servicios de salud que usan los pacientes con diabetes tipo 2 de ambos géneros en un tercer nivel de atención.
3. Diferenciar según el género, el uso de los servicios de salud en un Primer nivel de atención de apacientes con diabetes tipo 2.
4. Diferenciar según el género, el uso de los servicios de salud en un Tercer nivel de atención en pacientes con diabetes tipo 2.

## CAPITULO I MARCO DE REFERENCIA

### 1.1 Antecedentes

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad seria, que se caracteriza por el aumento de los niveles de glucosa en la sangre (hiperglucemia), causada por un defecto (completo o no) de la secreción o acción de una hormona llamada insulina, la cual se produce en unas formaciones especiales del páncreas. Esto reduce la habilidad del cuerpo para transformar la glucosa en energía.

En una persona que padece esta enfermedad, la producción de insulina esta tan disminuida que se altera todo el mecanismo regulador. La glucosa no puede penetrar en las células y su cantidad continua elevándose. Como consecuencia, las células, faltas de combustible, no producen energía suficiente y alteran sus funciones. Si no existe un control adecuado de la glucosa, y se mantienen niveles arriba a 140 mg/dl por mucho tiempo, órganos como los riñones, ojos, terminaciones nerviosas, sistema cardiovascular, etc. Se lesionan en forma importante y permanente.

En 1997 se propuso y se aceptó una nueva clasificación de la Diabetes Mellitus, desarrollada en conjunto, por el Comité de Expertos en la Clasificación y el Diagnóstico de la Diabetes Mellitus y la Asociación Americana de Diabetes (ADA). Esta clasificación se basa en la etiología de los distintos tipos de diabetes, más que en el tratamiento utilizado. La diabetes tipo 1 que se caracteriza fundamentalmente por la deficiencia total de insulina debido a la destrucción de las células beta del páncreas. Estas personas

dependen de inyecciones diarias de insulina para vivir. Por lo general se presenta durante la niñez o la adolescencia. En la diabetes tipo 2 no existe una cantidad adecuada de insulina y/o su acción es deficiente. Hasta ahora no se conoce cual es su causa, sin embargo es mas probable que se presente en personas mayores de 40 años de edad, obesas, con antecedentes familiares de DM, con DM durante el embarazo, con hijos de más de 4 Kg. al nacimiento y con presión arterial alta<sup>12</sup>.

## 1.2 Situación actual de la Diabetes

La DM, enfermedad que nos ocupa, es una enfermedad crónica degenerativa considerada un problema emergente, por ser un problema de salud publica creciente que hizo su aparición dentro del cuadro de las principales causas de muerte del país a mediados de la década de los ochenta. Es además la causa de discapacidad y altos costos en el cuidado de la salud. Su ocurrencia parece ir en aumento, lo cual puede deberse tanto al incremento en la esperanza de vida, como a una mayor exposición a los factores de riesgo conocidos y relacionados con el estilo de vida occidental.

Es también un padecimiento con una clara respuesta al tratamiento médico, que ha condicionado una mayor sobrevida del paciente diabético, con el secundario incremento en la prevalencia de la enfermedad. Sin embargo, su control y manejo depende sustancialmente de la disponibilidad y uso de los servicios. Dado que constituye una emergencia médica, su comportamiento es igual a los padecimientos agudos. La pertinencia y oportunidad del manejo

médico son claves para evitar el desenlace fatal. La situación contraria conduce a la muerte casi irremediablemente.

Según datos de la Secretaría de Salud en México la mortalidad por diabetes ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas, a una tasa de 15.5 defunciones por 100,000 habitantes hasta llegar a ocupar en 1977 el tercer lugar de la mortalidad general <sup>13</sup>. Otro aspecto fundamental de la epidemiología de la diabetes en México es la proporción de individuos (alrededor del 10%) que desarrollan el tipo 2 antes de los 40 años edad. Estos sujetos tienen un mayor riesgo para desarrollar complicaciones crónicas ya que están expuestos a los efectos de la Hiperglicemia por periodos mas prolongados comparados con los sujetos que desarrollan la enfermedad después de la quinta o sexta década de la vida.

Por tratarse de un padecimiento incurable, las personas con diabetes deben de recibir tratamiento durante toda su vida. Esto determina que una gran parte de ellos con el transcurso del tiempo manifiesten una baja adherencia al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control metabólico de la enfermedad. Según publicación de la Federación Internacional de Diabetes solo una pequeña fracción de los afectados acude regularmente a los servicios de salud y de estos entre el 25 y el 40% tienen un control metabólico de la enfermedad. La presencia de complicaciones microvasculares y macrovasculares a la vez, incrementa el costo del tratamiento de los pacientes a mas de 3.5 veces. Según la OMS, se calcula que para el año 2000 la población mexicana con Diabetes padecerá algún tipo de complicación macro o micro vascular <sup>14</sup>.

Según estudios realizados por la OMS en pacientes diabéticos la diabetes es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático, así como de otras complicaciones como la Retinopatía, la cual se estima que el 50% de los pacientes la presenta después de 10 años y el 80% a los 20 años de diagnóstico <sup>15</sup>. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (1993) se estima que alrededor del 40 al 60% de la población masculina diabética presentan impotencia sexual. La Diabetes es también uno de los factores de riesgo más importantes en lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares <sup>16</sup>.

Según informes de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), el costo directo de la diabetes en México en 1991 ascendió a 330 millones de dólares y el costo indirecto fue de 100 millones de dólares <sup>17</sup>. Los costos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes. Este giro de la salud y nuevos retos en la prestación de servicios, al enfrentarse a nuevos patrones en la demanda de consultas médicas, hospitalización y causas de muerte. Ante esta situación es importante fortalecer la utilización de los servicios de salud, ya que la disminución del uso de estos es un fenómeno que se observa internacionalmente y representa un reto para los servicios de la salud pública de cualquier país <sup>18</sup>.

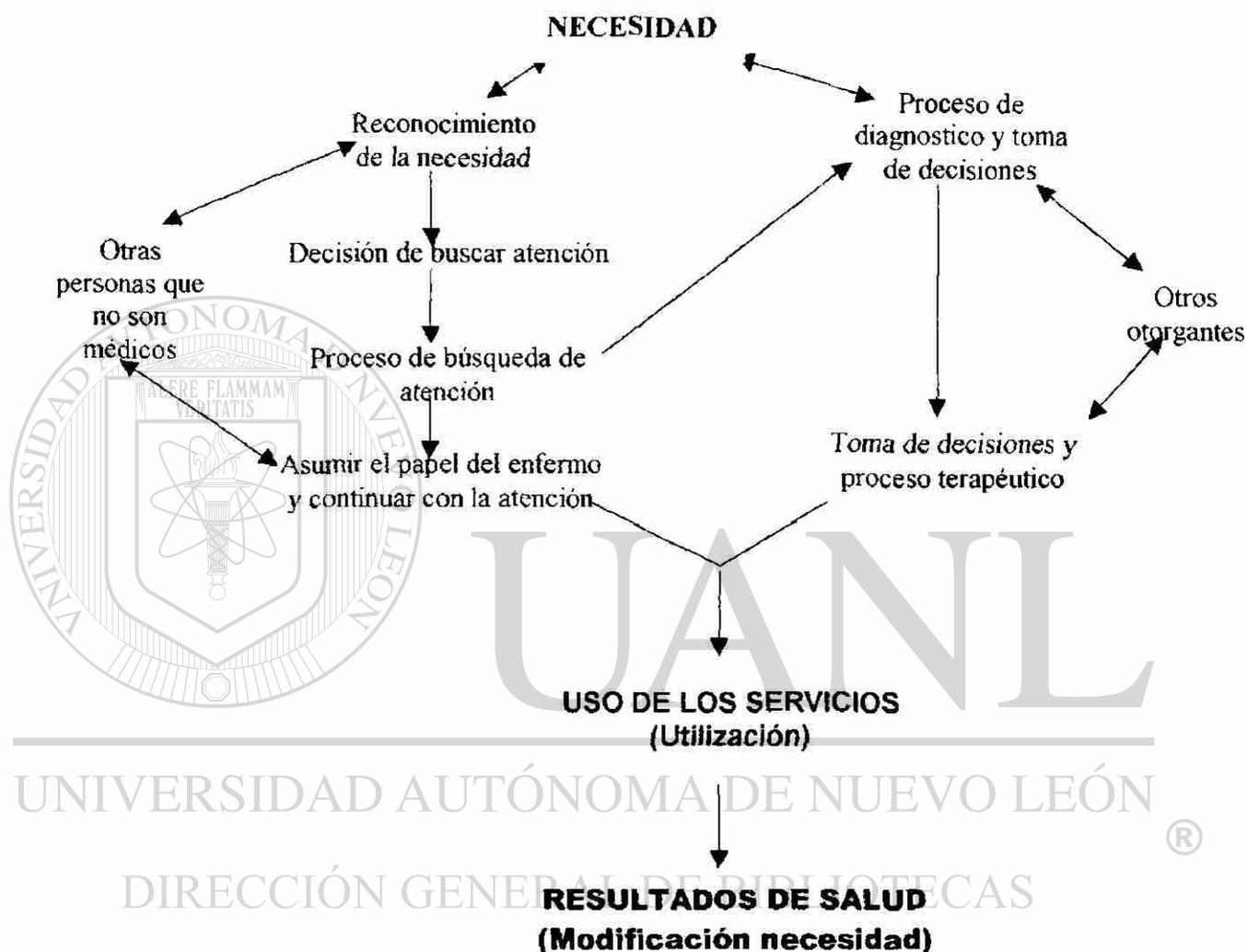
### 1.3 Uso de los servicios

Según Donabedian el uso de los servicios de salud no solo es un hecho social, sino además se considera como un tipo específico de acción social, es decir, una forma de conducta que se explica a partir de los significados que los individuos construyen a través de la interacción social<sup>19</sup>. Para otros la utilización de los servicios de salud es, esencialmente un campo de conducta dinámico en el cual la capacidad interpretativa de los individuos juega un papel fundamental<sup>20</sup>.

El proceso de atención médica está rodeado, de una serie de influencia que constituyen su entorno; y de algunos fenómenos como el uso de los servicios, la calidad de la atención y la neutralización de la necesidad, los cuales se derivan del comportamiento de quienes participan en este proceso y de la influencia de los factores circunstanciales en ese comportamiento.

Donabedian concibe el proceso de atención médica como dos cadenas de actividades y sucesos en las que participan en forma paralela pero no inconexas el otorgante de la atención médica por una parte, y el cliente, por la otra (Figura 1).

**Figura 1 Un Modelo del proceso de atención médica**



Las actividades que constituyen el proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad, que generalmente se percibe como una alteración de la salud o del bienestar. En algunos casos, el profesional de la salud puede ser el primero en detectarla y esto puede desencadenar el proceso que lleva a la atención médica. Lo más frecuente es que el propio cliente sea quién detecte la necesidad, se procure la atención, haga lo necesario para

conseguirla y se someta a ella, adoptando los comportamientos que se consideran apropiados para las personas enfermas<sup>21</sup>.

El proceso de búsqueda de la atención lleva a establecer contacto "directo" con un médico. En algunos casos. El camino que lleva hacia el médico es tortuoso, o intervienen en él los parientes y amigos (sistema no profesional de referencias). Cuando se establece contacto con el médico, éste se fija en una serie de actividades que esta representada en la segunda cadena del modelo y son el proceso de diagnóstico y toma de decisiones, y el proceso terapéutico. Es posible que para los procesos de diagnóstico y tratamiento se necesite no solo de la ayuda del médico "primario", sino también de la colaboración de otros profesionales de la salud (sistema profesional de referencias).

Los dos ejes principales del proceso de la atención médica (el comportamiento del cliente y el comportamiento del otorgante) convergen, se podría decir, en el uso de los servicios, que a su vez debería aliviar un poco la necesidad que desencadena originalmente el proceso. Se puede decir entonces que el proceso de atención medica es circular; comienza con la necesidad y termina con una modificación de ésta, ya sea aliviándola o neutralizándola en una forma mas completa.

También es posible que no se alivie la necesidad y si se aplica mal la terapia, que se vuelva mas intensa, o incluso que se cree una nueva. De esta forma, se puede concluir que el uso de los servicios de salud puede concebirse como la interfase de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a

los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada <sup>22</sup>.

Algunos autores utilizan la palabra "necesidad" para designar los servicios que se necesitan en una situación dada o los recursos que se requieren para producir esos servicios. Influido por Pennel, Donabedian describe la palabra "necesidad" como aquellos estados del cliente que crean una demanda de atención y representan por lo tanto, un "potencial de demanda de servicios". Vista así, la necesidad puede explicarse por sus "equivalentes" en lo que se refiere a servicios o a suministro (recursos) necesarios para proporcionar los servicios que se requieren.

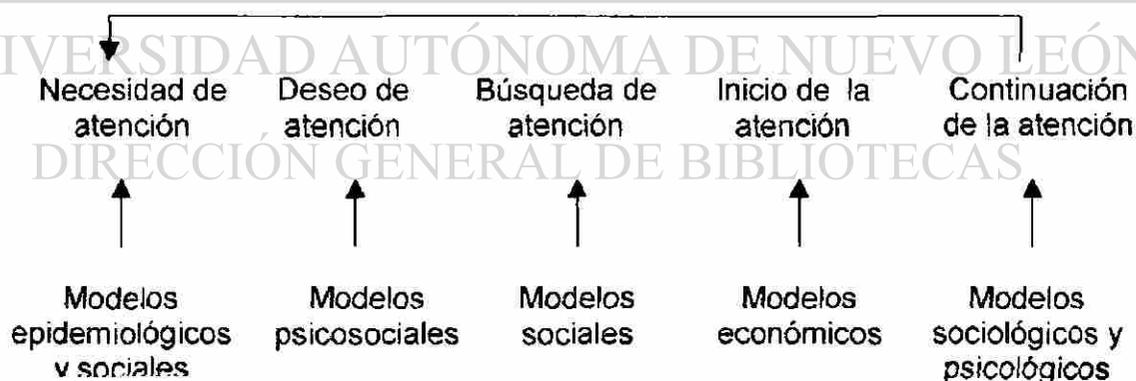
De manera similar, se puede definir un determinado conjunto de servicios por su capacidad de satisfacer la necesidad, o bien por los recursos que se requieren para producir ese conjunto de prestaciones. Por último, un conjunto dado de recursos tiene como equivalentes los servicios que pueden generar y las necesidades que puede satisfacer.

Para Donabedian el uso real de los servicios (conocida como "utilización", "demanda efectiva" o simplemente "demanda") esta determinado por los recursos con los que se cuenta y por la medida en la que se emplean estos recursos en la producción del servicio. El cliente hace su propia estimación de su salud y sus necesidades de atención médica, y podemos apreciar la importancia que esto puede tener como factor determinante en la demanda de atención que posiblemente quiere evaluar y satisfacer el planeador de la salud. El cliente puede expresar su necesidad también en términos de

recursos, como cuando exige un médico de su propio barrio o que se le atienda en un hospital de su ciudad o pueblo <sup>23</sup>.

Se ha considerado el uso como una sucesión esquemática de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia o se continua el uso de servicios médicos <sup>24</sup>. A lo largo de este proceso se identifican como determinantes del deseo de atención, las creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, y la tolerancia al dolor y a la incapacidad. Esta sucesión esquemática de acontecimientos es lo que ha permitido el uso de los servicios desde distintos enfoques. Arredondo (1992) menciona algunos modelos que han intentado explicar el motivo por el cual la población hace uso o no de los servicios (Figura 2) <sup>25</sup>.

(Enfoque ampliado)



**Figura 2.- Sucesión de acontecimientos y modelos relacionados con el uso de los servicios**

El modelo epidemiológico se basa en el estudio de las necesidades de salud de la población, entendidas como "cualquier atención a la salud y el bienestar" que la motivan o inducen a utilizar servicios y recursos para su

atención una vez que son expresadas <sup>26</sup>. El uso de los servicios también dependerá de la exposición de esa población a los factores de riesgo en mayor o menor grado, por lo que se requiere de un tipo de servicio específico según el caso. Estos factores pueden ser iniciadores, promotores y pronósticos. Los riesgos iniciadores ocurren cuando la enfermedad se torna irreversible y motivarán a la población a usar los servicios de prevención en primera instancia. Los riesgos promotores, ocurren cuando la enfermedad ya es irreversible por lo que la población utilizará los servicios de tratamiento y mantenimiento. Los riesgos pronósticos permiten afirmar si un individuo avanzará hacia la mejoría o la muerte, por lo que tendrán una relación más estrecha con los servicios de mantenimiento, diagnóstico y tratamiento. Finalmente, se consideran la accesibilidad, disponibilidad y las características de los servicios como determinantes del uso.

---

El psicosocial se refiere a la actividad que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad. Considera que la decisión de "buscar salud" es un proceso en el cual el individuo se mueve a través de una serie de estadios o bases, este modelo intenta la especificación de algunas variables que parecen contribuir significativamente a entender el comportamiento de los actores en el área de la salud. La mayoría de las variables usadas en este modelo son tomadas de la teoría psicosocial de Lewin. Específicamente incluye dos variables: el estado psicológico de alerta para tomar una acción específica en función de la susceptibilidad percibida, y la seriedad o gravedad percibida de la enfermedad; y Las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar estos servicios preventivos <sup>27</sup>.

En el sociológico se menciona la presencia de varios modelos para explicar el uso de los servicios, los cuales se desglosan a continuación: El modelo de Suchman <sup>28</sup>, enfatiza los aspectos socioculturales y ambientales sobre los determinantes de la utilización de los servicios. Los niveles de conocimiento que tenga el individuo, su red de relaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad y la disponibilidad de servicios, determinaran las actitudes a tomar sobre la enfermedad y su tratamiento.

En 1968, Anderson revisó los modelos teóricos de uso de los servicios de atención médica: conductuales, socio psicológicos y económicos; para posteriormente desarrollar un modelo conductual que ha sido usado para muchos otros <sup>29</sup>. Su modelo considera que la utilización de los servicios de salud es una función de: a) la necesidad misma de atención (percibida por el paciente y evaluada por el personal de salud); b) Los factores predisponentes:

Las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad y c) Los factores capacitantes: Todos los aspectos que tienen que ver con la condición socioeconómica. Este modelo permite distinguir el uso de los servicios en un sentido curativo (necesidades) y en un sentido preventivo (factores predisponentes y capacitantes).

Seis años después, Aday y Andersen <sup>30</sup> desarrollaron un modelo de uso de los servicios a manera de un marco de accesibilidad. Este modelo comprende dos dimensiones: a) variables de proceso: política de salud, características de los servicios y de la población, b) variables de resultados: uso real de los servicios y satisfacción de los servicios. En 1976, Mechanic desarrolló un modelo basado en la premisa de que la conducta del enfermo es

una respuesta aprendida cultural y socialmente <sup>31</sup>. El sugiere que la búsqueda de la atención médica está basada en diez determinantes y en dos niveles de definición que supuestamente interactúan para influir en que una persona busque o no ayuda para un problema de salud. Esta teoría asume que la gente responde a los síntomas sobre la base de sus definiciones de la situación. Esta definición puede ser influenciada por la definición de otros, pero es compartida por aprendizajes, socialización y experiencias pasadas medidas por un marco cultural de la persona enferma.

En el modelo económico también existen varios modelos económicos para explicar el uso de los servicios de salud, de los cuales se mencionan algunos basados en la Teoría del capital Humano: Estos modelos consideran que el uso de los servicios está en relación a la demanda de salud, considerándola como una forma de capital humano en la que se puede invertir en ellos mismos <sup>32</sup>. Grossman señala que el costo de la inversión en salud incluye gastos en efectivo y el costo de oportunidad del tiempo <sup>33</sup>. Para este autor la edad afecta la tasa de depreciación del acervo de capital salud.

Phelps y Newhouse retoman el modelo de Grossman, pero suprimen el supuesto de que los servicios de salud son homogéneos y añaden variables que reflejan el efecto de la existencia de seguros de gastos médicos de la demanda de servicios de salud <sup>34</sup>. Por otra parte, a diferencia de los modelos anteriores, Miners propone a la familia como la unidad de análisis fundamental. El incluye en su función de utilidad no solo los servicios de salud y el conjunto de otros bienes, sino también el cuidado para cada miembro de la familia <sup>35</sup>.

#### 1.4 Género y Salud.

En la década pasada, el asunto del sexo y las diferencias del género en la salud y la enfermedad se ha hecho popular como un tema de investigación entre médicos y sociólogos. Se ha observado por ejemplo que las mujeres viven más tiempo que los hombres y que tienen las tasas más bajas de mortalidad para la mayoría de las causas de muerte. Sin embargo, la evidencia epidemiológica contradice esta explicación. Los estudios del sexo, las diferencias del género en la salud y la enfermedad indican una elevada morbilidad femenina en comparación con los hombres<sup>36</sup>.

En el campo de la salud, cuando se habla de las diferencias de género en los problemas de salud, generalmente se asocia con las diferencias de salud por sexo. Esto nos lleva a la necesidad de plantear la diferencia central entre estos dos conceptos. Sexo corresponde a las características biológicas del individuo, su conformación morfológica que hacen distinta a la mujer del hombre. Podría decirse que el sexo es una forma de clasificación biológica. El término género, si bien puede fundamentarse en las características biológicas, es ante todo una construcción social sobre las actitudes, prácticas y valores que diferencian al hombre de la mujer. Como construcción social, se encuentra en permanente cambio, además no es universal; entonces más que hablar de género masculino y femenino, se trata de los géneros masculinos y femeninos.

Si bien el desarrollo teórico que sustenta a la categoría género tiene su impulso decisivo por parte del movimiento feminista, es a finales de los años sesenta que en los denominados “estudios de la mujer” esta aproximación abre otras posibilidades para ir más allá en los análisis que atienden a la

problemática de la mujer en general y en aquellos relacionados con la salud en particular y que apuntan muy claramente a la apertura de los estudios del hombre. En tal sentido, hablar de género no es sinónimo de mujer.

El enfoque de género, en cambio, plantea la dimensión de la relación entre ambos géneros; esto es, la forma y el cómo me defino y construyo mi pensamiento y mis prácticas en función de mi opuesto, los mecanismos a través de los cuáles adquiero identidad como género, que se transforman en acciones cotidianas que benefician el desarrollo humano o que pueden contribuir al deterioro del mismo. La categoría de género viene a aumentar el arsenal teórico y metodológico para el análisis de las relaciones sociales ya que las características de las relaciones de género no tienen una homogeneidad universal y sí en cambio guardan una estrecha relación con la extracción social de los grupos analizados<sup>37</sup>.

---

Dentro del campo de la psicología el género se relaciona con tres aspectos básicos: La asignación de género, que se establece al nacimiento y que está dado por las características morfológicas del individuo; la identidad de género, que corresponde a las formas de sentir y actuar como mujer o como hombre, que se establecen en la primera infancia y que son difícilmente modificables con el tiempo; El papel de género, que es el conjunto de normas, pautas y preceptos que llevan a establecer estereotipos con matices en las distintas culturas<sup>38</sup>.

La categoría género no solo contribuye a la comprensión de la vida de la mujer y la vida del hombre sino que además permite analizar las relaciones entre ambos<sup>39</sup>. Además no es privativo para analizar la problemática de la

mujer, sino que plantea, en otros términos, y en relación con la política de salud y desarrollo, De los Ríos menciona que la perspectiva de género es “un pensamiento orientador para favorecer un cambio en la acción de las políticas y los programas de salud dirigidos no solo a la mujer sino también a la población en su conjunto<sup>40</sup>.”

Hablar de salud diferencial por sexo representa un avance importante, sobre todo cuando se reconocen las diferencias que van más allá de los problemas de salud ligados a la reproducción. Se hace referencia a esto debido a que los reportes epidemiológicos generalmente carecen de información desagregada por sexo, dando una falsa imagen de comportamientos homogéneos entre mujeres y hombres, y por tanto, las respuestas a nivel individual y de la colectividad tienden a plantear esquemas de atención, prevención y rehabilitación también homogéneos entre la mujer y el hombre.

Así, podemos hacer mención de ejemplos como la Diabetes Mellitus o la Cirrosis Hepática, que tienen patrones de comportamiento diferenciales por sexo, que rebasan el ámbito eminentemente biológico y adquieren características socioculturales que es necesario analizar en profundidad<sup>41</sup>.

### **1.5 Estudios Realizados**

En un estudio cualitativo sobre las modalidades y determinantes microsociales que intervienen en el uso de los servicios de salud, Bronfman (1997) encontró en la mayoría de los testimonios analizados una baja utilización de los servicios de salud para la prevención (primer nivel de atención). Esta se hace de manera pasiva, entendiendo por esto que el servicio es el que busca

de manera intencionada a la población blanco. Solo cuando se está enfermo se toman medidas preventivas para evitar que la enfermedad evolucione negativamente, es decir, para evitar "caer enfermo". Una vez que se ha percibido la necesidad de la atención las personas que están fuera del sistema de seguridad social dependen de las opciones que tengan a su alcance, las cuales están mediadas por la capacidad de pago. Una de las trabas más importantes en la utilización de los servicios es la necesidad de pagar, para la población que vive en la pobreza el dinero le alcanza solo para una cosa; para pagar la consulta, o para comprar el medicamento, o bien para satisfacer otras necesidades esenciales. Otro rasgo que llama la atención en este estudio de Bronfman en términos de uso es que la distancia percibida por los usuarios entre ellos y los propios servicios es uno de los principales problemas que se asocia a su uso<sup>42</sup>.

---

Bañuelos (1999) en su estudio sobre autocuidado y control glucémico en adultos mayores con DM tipo 2 señala que las mujeres están más comprometidas al cuidado de salud que los hombres<sup>43</sup>. Señala al igual que Jiménez (2001) que las mujeres realizan mayores acciones de autocuidado<sup>44</sup>. Sin embargo López (2001) en su estudio sobre el autocuidado en adultos diabéticos encontró que los hombres alcanzaron una media superior de autocuidado específico, pero no se obtuvo diferencia significativa en el nivel de acciones de autocuidado que realizan los hombres en relación a las mujeres<sup>45</sup>.

En otro estudio realizado por Salazar (1995) sobre capacidades y actitudes en adultos con DM tipo 2 encontró que la demanda de los servicios de salud está más alta para el sexo femenino. La mujer usa los servicios de salud

con mayor frecuencia que el hombre<sup>46</sup>. Los hallazgos de este estudio coinciden con los reportes sobre el uso de servicios de salud de primer nivel por sexo y edad en los centros de salud de la Jurisdicción No. 4 (1993) en Monterrey, N.L. donde la mujer utilizó tres veces más los servicios de salud en relación al hombre.

Cuando Angulo (1996) estudió las complicaciones en pacientes diabéticos tipo 2, encontró que la complicación más frecuente en ambos sexos fue la Neuropatía con un 84.4%, seguida de la Retinopatía con un 58.1% y de la Nefropatía con 50.3%. Se observó también que a mayor tiempo de evolución aumenta el porcentaje de alguna cronopatía<sup>47</sup>.

Al estudiar Pedraza (1997) las creencias de salud y complicaciones de diabéticos tipo 2, encontró que el 79% de los pacientes habían sido internados a causa de la diabetes al menos una vez durante su enfermedad (tercer nivel de atención). Entre las causas de hospitalización destacan las de tipo metabólico en el primer año de diagnosticada la enfermedad, incrementándose las causas vasculares en pacientes con 2 a 5 años de evolución. En este mismo estudio se señala que a medida que aumenta el tiempo de padecer esta enfermedad existe mayor susceptibilidad de sufrir complicaciones e incluso de morir<sup>48</sup>. Según Myerly et. al. (1977) del Departamento de Medicina Podiátrica en California, USA, las úlceras en pies por neuropatía, es la complicación seria más común en los pacientes diabéticos que los lleva a hospitalizarse<sup>49</sup>.

Según Cuervo (2001) el sexo no tiene efecto sobre el estilo de vida del paciente diabético tipo 2, los resultados de su estudio sobre factores personales y estilo de vida de estos pacientes no mostraron significancia estadística.

Encontró que los factores personales biológicos como la edad y el sexo en conjunto, no muestran efecto en el estilo de vida de estos sujetos<sup>50</sup>. En una revisión conceptual que Arredondo(1992) realizó sobre los distintos modelos que se han desarrollado para el análisis de la utilización de los servicios consideró que hay algunos factores que afectan la utilización de los servicios de salud entre los que destacan: la incidencia y la prevalencia de la enfermedad, las características sociodemográficas y culturales de la persona, y los factores económicos, a su vez, entre los indicadores más importantes de estas categorías se ubica la percepción de la enfermedad y su gravedad, la edad de las personas, la educación y el ingreso.

En esta misma revisión Arredondo menciona que el sexo de la persona marca diferencias muy importantes en la necesidad de atención médica; así la mujer en edad reproductiva necesitará de atención obstétrica. Por último, añade

Arredondo que la educación de una persona puede afectar la salud de otra y su demanda de servicios de salud. Una mayor educación del individuo permite la identificación temprana de los síntomas de la enfermedad, por lo que se espera que una familia con mayor educación utilice más los servicios de salud, sobre todo en el caso de enfermedades agudas y en servicios preventivos<sup>51</sup>.

Valadez (1993) al estudiar la influencia de la familia en el control metabólico de los pacientes diabéticos encontró algunos datos interesantes: el 67.7% de los sujetos de estudio estaban dentro de la población económicamente inactiva, lo cual significa son dependientes. En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, el 37.7% tenía menos de 5 años. En

relación a la familia se encontró que el 41.3% no tenía antecedentes familiares de diabetes<sup>52</sup>.

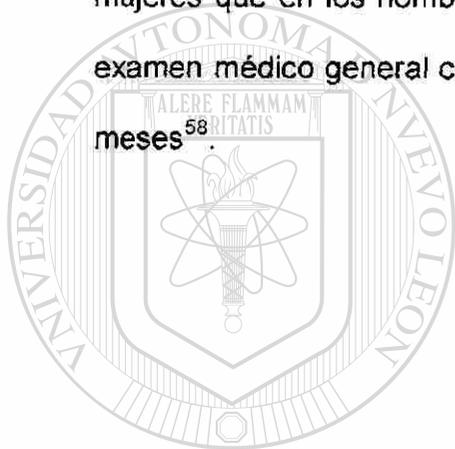
La propuesta de los organismos internacionales sobre el tratamiento de la DM tipo 2, se basa principalmente en la modificación de la dieta, la reducción y prevención de la obesidad, una actividad física acorde a la edad, sexo y ocupación, y, en caso necesario, el empleo de agentes hipoglucémicos orales y de insulina<sup>53,54</sup>. Sin embargo Robles (1993) al estudiar los patrones de prescripciones médicas a enfermos con diabetes tipo 2 encontró que predominan los medicamentos sobre los aspectos dietéticos y la actividad física<sup>55</sup>.

En otro estudio realizado por Harris (2000) sobre el cuidado y estado de salud para pacientes con diabetes tipo 2 realizado en Maryland, EEUU, se encontró que casi todos los pacientes tuvieron un cuidado primario (95%), el 88% realizó dos o más visitas al médico el último año. Un 52% de los pacientes se protegieron para retinopatía y el 76% fue tratado con insulina o agentes Hipoglucemiantes. Al 83% se le diagnosticó Hipertensión arterial, tratándose con antihipertensivos, y al 89% se le diagnosticó Dislipidemia tratándose con medicación o dieta<sup>56</sup>.

El Centro para Control y Prevención de enfermedades de Atlanta, Georgia, USA realizó un estudio en Kansas, City sobre la prevalencia del cuidado preventivo en adultos diabéticos encontrando lo siguiente: El 62% de los sujetos de estudio reportaron un número apropiado de visitas al cuidador primario de salud, solo el 27% se hizo examen de los pies, un 65% se hizo el

examen de ojos con dilatación de pupila y el 89% se midió la presión arterial en los seis meses anteriores<sup>57</sup>.

Kandrack, M.A. (1991) en su estudio "Gender Differences in health related Behaviour: some unanswered questions" encontró una diferencia significativa entre hombre y mujeres en la utilización de servicios médicos. El número de doctores visitados en los 12 meses anteriores era más grande en las mujeres que en los hombres. Además el 68% de las mujeres se realizaron un examen médico general comparado con un 32% de los hombres en los últimos meses<sup>58</sup>.



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## CAPÍTULO II METODOLOGÍA

### 2.1 Diseño del estudio.

De acuerdo al problema y a los objetivos planteados y considerando la clasificación hecha por Cañedo<sup>59</sup>, este estudio es de tipo Descriptivo, Transversal y Comparativo porque la información que interesó se obtuvo de un reducido número de casos (una muestra) una sola vez.

### 2.2 Población de estudio.

Pacientes con DM tipo 2 que acudieron al Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” a una consulta médica o se hospitalizaron en los años 2001 y 2002.

#### Criterios de selección:

#### Criterios de inclusión:

1. Pacientes que acudieron a las Consultas médicas de Medicina General (No. 1) y Medicina Preventiva (No. 24) durante los años 2001 y 2002.
2. Pacientes que fueron hospitalizados en los siguientes servicios: Cirugía General, Medicina Interna I y II, Pensionistas, Unidad Renal y la unidad de Cuidados Intensivos Adultos durante los años 2001 y 2002.
3. pacientes con más de un año en control médico en la institución.

**Criterios de exclusión:**

1. Fueron excluidos los casos de pacientes con DM tipo 2 que fueron hospitalizados por algún accidente, lesiones u otra enfermedad no relacionada con la diabetes.

**Criterios de eliminación:**

1. Fueron eliminados del estudio los casos de pacientes que no se encontró el expediente clínico o radiológico.

**2.3 Cálculo del tamaño de la muestra****2.3.1 Pacientes que acudieron a consulta médica (Primer nivel de atención).**

El cálculo del tamaño de la muestra se hizo con base en que "el 15% o menos de la población con DM tipo 2 acudió a consulta médica de Enero 2001 a diciembre 2002". Se utilizó la fórmula para estimar una proporción en una muestra infinita.

$$N = \frac{Z^2 PQ}{d^2}$$

Donde Z = Nivel de significancia = .05 = 1.96

P = Proporción esperada = 15% 0 .15

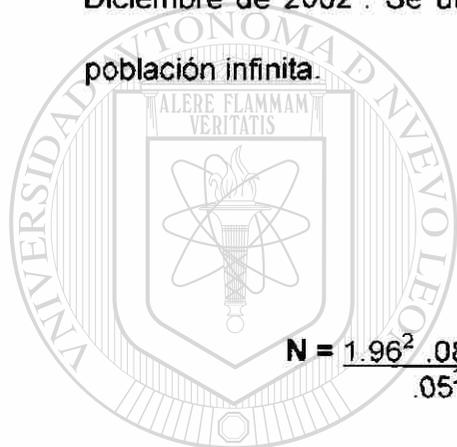
Q = Contraparte = 85% = .85

d = Error aceptado = 5% = .05

$$N = \frac{1.96^2 \cdot .15 \cdot .85}{.05^2} = \frac{3.8416 \cdot .15 \cdot .85}{.0025} = \frac{0.489804}{.0025} = 195 \text{ casos}$$

### 2.3.2 Pacientes que fueron hospitalizados.

El cálculo del tamaño de la muestra se hizo con base en que "el 8% o menos de la población con DM tipo 2 fueron hospitalizados de Enero de 2001 a Diciembre de 2002". Se utilizó la fórmula para estimar una proporción en una población infinita.



$$N = \frac{Z^2 P Q}{d^2}$$

$$N = \frac{1.96^2 \cdot .08 \cdot .92}{.05^2} = \frac{3.8416 \cdot .08 \cdot .92}{.0025} = \frac{0.2827417}{.0025} = 113 \text{ casos}$$

## 2.4 Técnica y distribución muestral.

La muestra se seleccionó por muestreo no probabilístico estratificado.

1. Se seleccionaron todos los casos de pacientes con DM tipo 2 que asistieron a consulta médica (Primer nivel de atención) de Enero de 2001 a Diciembre de 2002.
2. También se consideraron todos los casos de pacientes con DM tipo 2 que fueron hospitalizados (Tercer nivel de atención) de Enero de 2001 a Diciembre de 2002.
3. El tamaño mínimo de muestra se seleccionó en etapas:

**Primera etapa.- Consulta Médica Externa (N = 195)**

- El tamaño requerido se distribuyó proporcionalmente en dos estratos: la Consulta de Medicina familiar (N = 49); y el de la Consulta de medicina General (N = 146).
- En cada estrato se hicieron estratos por género quedando distribuidas de la siguiente manera:

CONSULTAS MÉDICAS	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
MEDICINA GENERAL	73	73	146
MEDICINA FAMILIAR	25	24	49
<b>TOTALES</b>	<b>98</b>	<b>97</b>	<b>195</b>

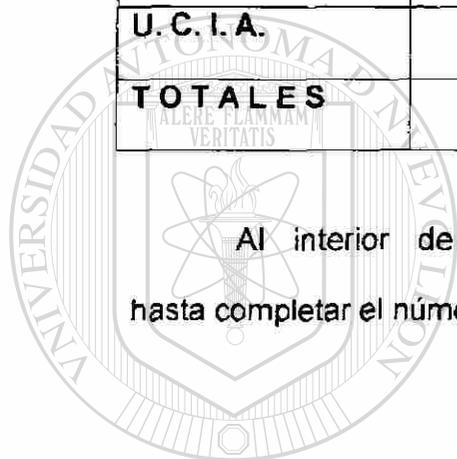
- Al interior de cada estrato por sexo, la selección se hizo por cuota hasta completar el número requerido.

**Segunda etapa.- Hospitalización (N = 113)**

- El tamaño requerido se distribuyó proporcionalmente en seis estratos: el Servicio de Cirugía General (N = 34); el Servicio de Medicina Interna I (N = 24); el servicio de Medicina Interna II (N = 20); el Servicio de pensionistas (N = 18); el Servicio de Unidad Renal (N = 11) y la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (N = 6).
- En cada estrato se hicieron estratos por sexo quedando distribuidos de la siguiente manera:

SERVICIOS	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
CIRUGÍA GRAL.	17	17	34
MED. INTERNA I	12	12	24
MED. INTERNA II	10	10	20
PENSIONISTAS	9	9	18
UNIDAD RENAL	5	6	11
U. C. I. A.	3	3	6
<b>TOTALES</b>	<b>56</b>	<b>57</b>	<b>113</b>

Al interior de cada estrato por sexo, la selección se hizo por cuota hasta completar el número requerido.



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





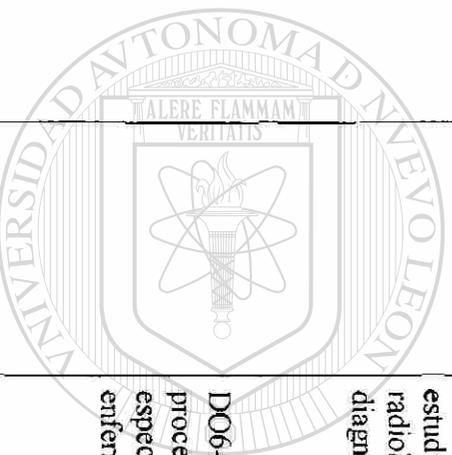
## 2.6 Operacionalización de las variables de estudio

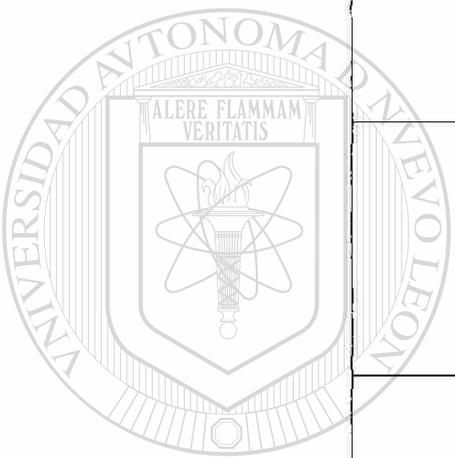
Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
<b>Género</b>	Independiente	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Nombre del género al que pertenece	NOMINAL 1. Masculino 2. Femenino	Expediente clínico
<b>Sociodemográficas</b>					
<b>Edad</b>	Independiente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha	Años cumplidos	DISCRETA	Expediente clínico
<b>Escolaridad</b>	Independiente	Nivel de estudios alcanzado en el sistema nacional de educación	Nombre del grado de estudios alcanzado	ORDINAL 1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Preparatoria 6. Profesional	Expediente clínico
<b>Estado civil</b>	Independiente	Condición civil de cada individuo en relación a tener o no pareja.	Nombre del estado civil de la persona.	NOMINAL 1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Divorciado(a) 4. Viudo(a) 5. Unión libre	Expediente clínico

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
<b>Ocupación o trabajo</b>	Independiente	Empleo, oficio o actividad que realiza una persona para obtener el sustento diario	Nombre del trabajo o actividad que realiza la persona.	NOMINAL Ama de casa 1. Estudiante 2. Empleado 3. Trabajadora por su cuenta 4. Pensionado/jubilado 5. No trabaja.	Expediente clínico
<b>Lugar donde vive</b>	Independiente	Población donde se considera legalmente que reside una persona	Nombre de la ciudad, municipio o estado donde vive la persona	NOMINAL 1. Nuevo León 2. Coahuila 3. Tamaulipas 4. Área metropolitana 5. Otros	Expediente clínico
<b>Antecedentes familiares</b> <b>Antecedentes familiares de Diabetes</b>	Independiente	Hecho de que algún familiar descendiente, colateral o progenitor padezca o haya tenido Diabetes Mellitus	Reconocer la presencia de Diabetes Mellitus en un familiar cercano a el.	NOMINAL 1. Si 2. No	Expediente clínico



		Servicios de hospitalización	Expediente clínico
	<p><b>Servicios solicitados en un tercer nivel de atención:</b></p> <p>DOI- Nombre de los servicios de hospitalización</p> <p>DO2-# de días de hospitalización</p> <p>DO3- Tipo y # de tratamientos médicos quirúrgicos</p> <p>DO4- Tipo y # de exámenes laboratorio clínico</p> <p>DO5- Tipo y # de estudios radiológicos y diagnóstico</p> <p>DO6- Tipo y # de procedimientos específicos de enfermería.</p>	<p>1. Cirugía General</p> <p>2. Medicina Int. I</p> <p>3. Medicina Int. II</p> <p>4. Unidad Renal</p> <p>5. UCIA</p> <p>6. Pensionistas</p> <p>DISCRETA NOMINAL</p> <p>1. Exámenes de Lab. Clínico</p> <p>2. PFH</p> <p>3. Biometría Hemática</p> <p>4. Electrolytos séricos</p> <p>5. Enzimas cardíacas</p> <p>Estudios Radiológicos y de Dx.</p> <p>1. Tele de tórax</p> <p>2. EKG</p> <p>DISCRETA Y NOMINAL</p> <p>Procedimientos específicos de enfermería.</p>	<p>Expediente clínico</p> <p>Expediente clínico</p> <p>Expediente clínico</p> <p>Expediente clínico</p> <p>Expediente radiológico</p> <p>Expediente clínico</p>





U A N L

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

			<p>DO7- Tipo y # de Interconsultas medicas</p>	<p>1. Medicina Interna 2. Cirugia General 3. Nefrologia 4. Psiquiatria 5. Anestesia</p> <p>DISCRETA Y NOMINAL</p>	<p>Expediente clinico</p>
			<p>DO8- Tipo y # de complicaciones</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>Expediente clinico</p>
			<p>DO9- Otros servicios de apoyo</p>	<p>Otros servicios de apoyo</p> <p>1. Nutrición 2. Farmacia 3. Equipo médico</p>	<p>Expediente clinico</p>

## **2.7 Procesamiento y análisis de la información**

El proceso de captación de la información se realizó utilizando dos instrumentos o cédulas de colección de datos (Anexo No. 1 y 2). Con esta información se elaboró una base de datos y se procesó por medios electrónicos. Posteriormente el análisis se realizó a través del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), utilizando estadística descriptiva con cálculo de porcentajes y promedios y para probar las hipótesis se usaron pruebas T para poblaciones independientes y prueba de diferencias de proporciones con un Alfa de 0.05.

## **2.8 Instrumentos de colección**

Se elaboraron dos instrumentos o cédulas de colección de datos (Anexo No. 1 y 2) para coleccionar la información de los expedientes clínicos y radiológicos. Estos fueron sometidos a una prueba piloto que se realizó del 2 al 12 de Enero de 2003 haciéndole los ajustes necesarios para su aplicación. Para esta prueba se tomaron tres casos de pacientes que acudieron a consulta externa y tres casos de pacientes que se hospitalizaron.

## **2.9 Ética del estudio**

Este proyecto se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. En cuanto a los aspectos éticos, esta investigación estuvo de acuerdo con lo señalado en la fracción I del artículo 17 del capítulo 1 de las Disposiciones comunes ya que se trata de una investigación sin riesgo, pues no hubo ningún tipo de intervención o

modificación intencionada en variables fisiológicas, psicológicas o sociales de individuos.

Para realizar el estudio se solicitó por escrito la autorización de la Dirección del Hospital Universitario para obtener la información necesaria de los expedientes clínicos radiológicos de los casos seleccionados en las muestras. Los datos de este estudio se manejaron en forma confidencial y para uso exclusivo de la investigación. Los datos salieron codificados y en todo momento se protegió y se protegerá a la institución.

## **2.10 Administración del trabajo de investigación**

Una vez concluido y aceptado el proyecto para realizar esta investigación, ésta se llevó a cabo como estaba planeado siguiendo las actividades que se muestran en el Flujograma (ver anexo 3). Primero se solicitó

por escrito el permiso correspondiente al Director del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" para realizar este estudio, teniendo una respuesta favorable al poco tiempo. Posteriormente se acudió al archivo clínico para seleccionar de los registros diarios de consulta los pacientes que habían acudido a consulta en un primer nivel de atención por motivo de la DM tipo 2 durante los 2001 y 2002. Después se procedió a seleccionar los pacientes que habían sido hospitalizados en los distintos servicios por motivo de la DM tipo 2 de una base de datos computarizada de pacientes hospitalizados durante los años 2001 y 2002, esta fue proporcionada por la jefatura del archivo clínico.

La recolección de los datos se hizo en dos etapas: En la primera se recolectó la información requerida de los expedientes clínicos y radiológicos de

pacientes que asistieron a consultar en un primer nivel de atención. Para esto se utilizaron las cédulas de recolección de datos (Anexo No 1). En una segunda etapa se recolectaron los datos de los expedientes clínicos y radiológicos de pacientes que fueron hospitalizados en un tercer nivel de atención por motivo de la DM tipo 2. Para esto se utilizaron las cédulas de colección de datos (Anexo No. 2). Estas actividades fueron esquematizadas en un cronograma de actividades (Ver anexo No. 4) que permitió realizar en forma ordenada y planeada este estudio.

### 2.11 Personal participante

- Un tesista con el 100% de tiempo disponible
- Un asesor de tesis con el 50% de tiempo disponible

### 2.12 Recursos físicos y materiales

- 1000 hojas de máquina tamaño carta
- 20 lápices
- 3 tablas clip
- 1 caja de micro discos flexibles de 3.5"
- Una computadora con impresora
- Programa de SPSS
- Fotocopias
- Recuperación de artículos
- Traducciones

## CAPÍTULO III RESULTADOS

Los resultados de esta investigación se presentan en dos partes: En una primera parte se describen los resultados generales de las poblaciones de estudio encontrados en un primer nivel de atención. Después se presentan los resultados obtenidos según el género y posteriormente los resultados según el servicio o consulta a la que asistieron. En la segunda etapa se presentan los datos obtenidos en un tercer nivel de atención comenzando con resultados generales; después los resultados obtenidos según el género y finalmente los resultados encontrados según los servicios de hospitalización.

### 3.1 Descripción de la población que acudió a un primer nivel de atención por motivo de la DMT2 (Consulta Externa):

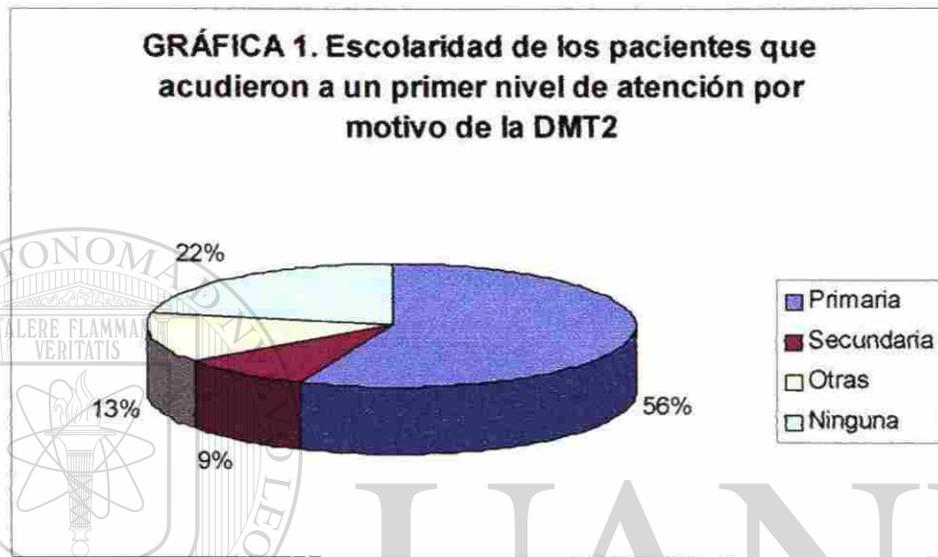
#### 3.1.1 Descripción sociodemográfica :

La edad promedio de la población estudiada que acudió a un primer nivel de atención (Consulta externa) fue de 35 años (  $\pm$  10.3 años), ver el siguiente cuadro.

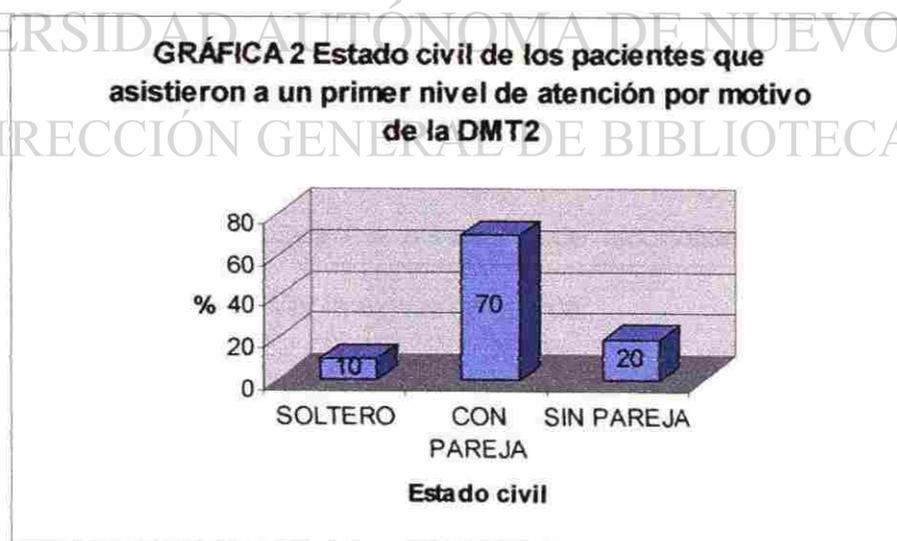
**CUADRO 1. Edad promedio de los pacientes que asistieron a un primer nivel de atención por motivos de la DMT2**

EDAD PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR	EDAD MINIMA	EDAD MAXIMA
55 años	$\pm$ 10.3	29 años	90 años

En cuanto a la escolaridad se encontró que el 56 % de la población de estudio contaba solo con educación primaria, y el 22 % no tenía ningún estudio, ver Gráfica No.1.

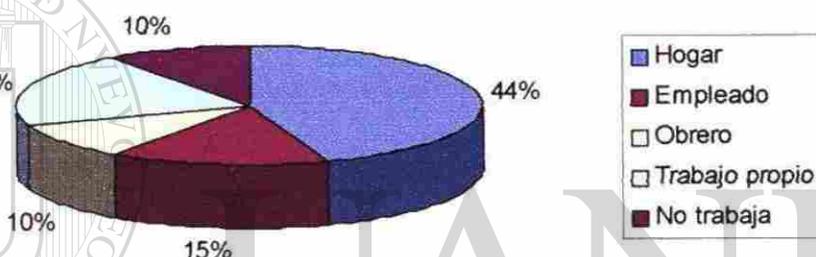


El 70 % correspondió a la población de estudio que tienen una pareja (casados, unión libre), ver la siguiente gráfica:

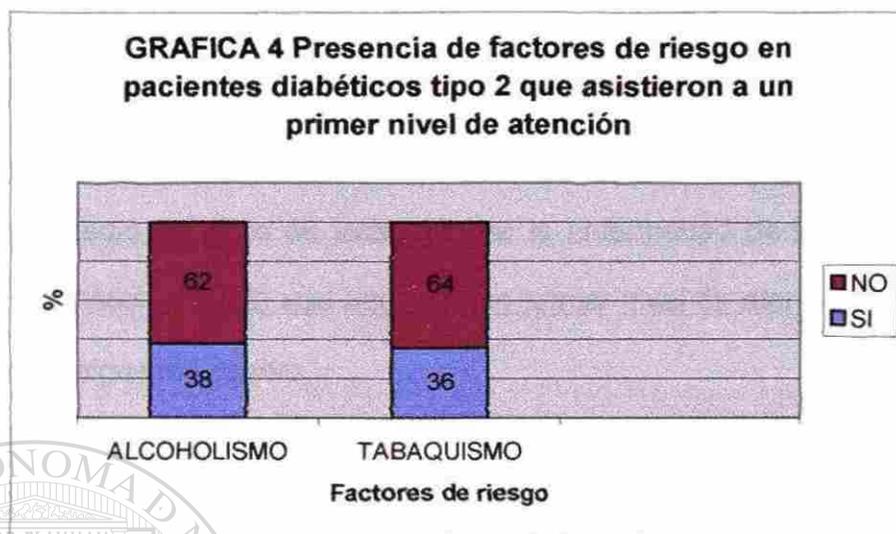


En cuanto a la ocupación de la población que se estudió, los datos más relevantes fueron: un 44 % dedicado a las actividades del hogar y un 10% que no trabaja. Ver la Gráfica No.3.

**GRÁFICA 3. Ocupación de los pacientes que asistieron a un primer nivel de atención por motivo de la DMT2**

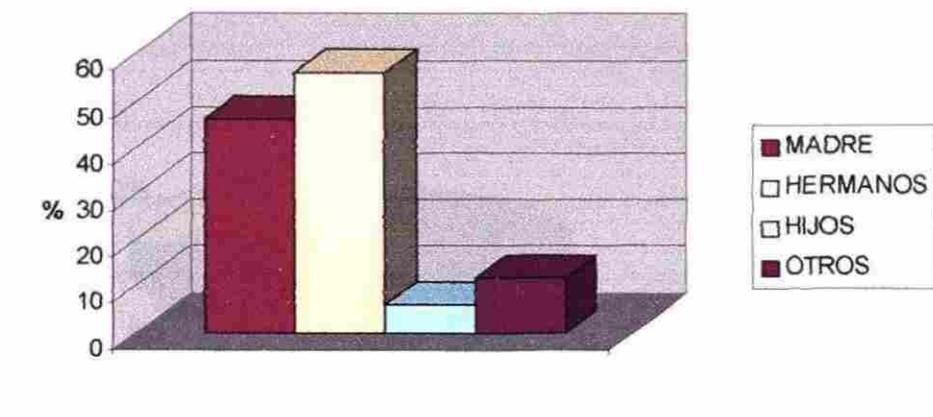


En lo referente a la presencia de algunos factores de riesgo (alcoholismo y tabaquismo) en la población de estudio que acudió a un primer nivel de atención por motivo de la DMT2 se encontró lo siguiente: en el 38 % de esta población se encontró la presencia de alcoholismo y en el 36 % la presencia de tabaquismo. Ver la siguiente gráfica:



La mayor parte de la población estudiada (el 97%) tenía su domicilio actual en algún municipio del estado de Nuevo León, mientras que el resto lo tenía en algún estado vecino. De los estudiados, el 60% resultó tener antecedentes familiares de DMT2, destacando el parentesco de hermanos con un 56%, seguido del parentesco madre con un 46%. Obsérvese la gráfica 5.

**GRÁFICA 5 Antecedentes familiares de DMT2 según parentesco en la población de estudio**



Durante el período de estudio (un año), el 83% de los casos que acudieron a un primer nivel de atención por motivo de la DMT2 lo hicieron de manera subsecuente; mientras que el resto por primera vez. Con respecto al tiempo promedio de años de evolución de la enfermedad de la población de estudio (Diabéticos tipo 2) que acudió a un primer nivel de atención fue de 6.8 años. Ver el siguiente cuadro.

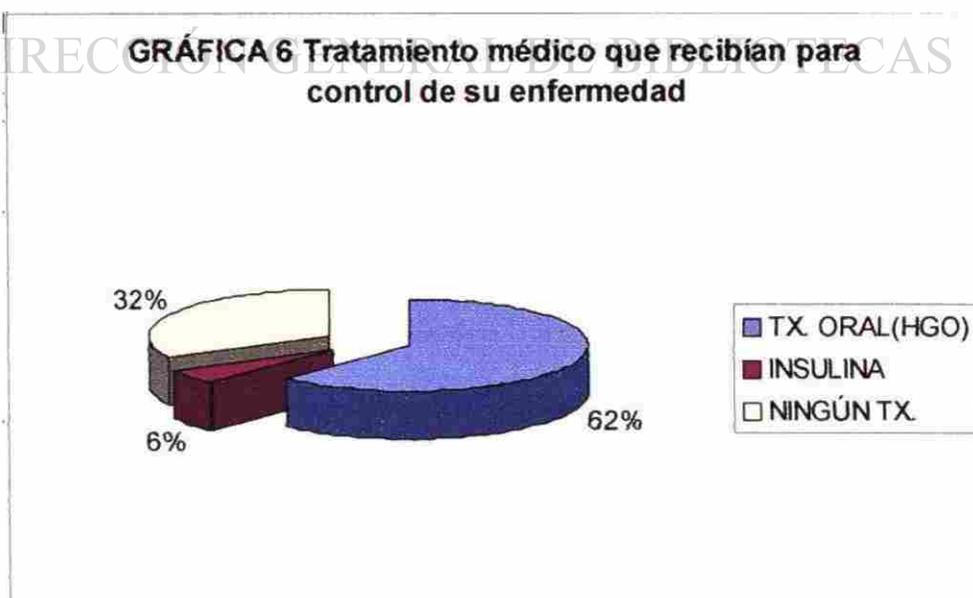
**CUADRO 2. Promedio de años de evolución de los pacientes con DMT2 que acudieron a un primer nivel de atención**

PROMEDIO DE AÑOS DE EVOLUCION DE LA DMT2	DESVIACIÓN ESTANDAR	EDAD MINIMA	EDAD MAXIMA
6.8 años	±6 años	Menos de 1 año	26 años

En relación al tratamiento médico que estaban recibiendo los sujetos de estudios para controlar la DM tipo 2, resulta el tratamiento por vía oral (pastillas) en el 62 % de los casos, mientras que el 32 % no llevaban ningún tratamiento.

Observar la Gráfica 6

**GRÁFICA 6 Tratamiento médico que recibían para control de su enfermedad**



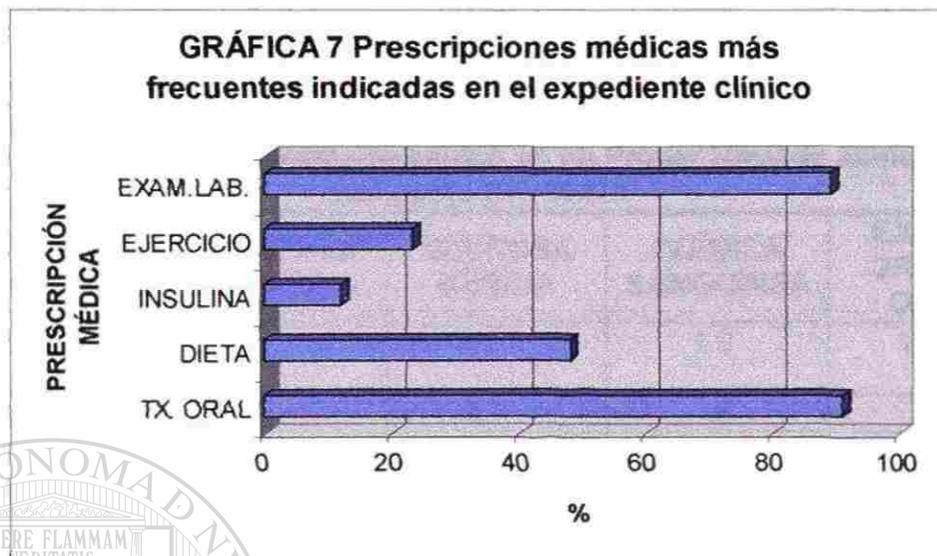
### 3.2 Usos de los servicios en un primer nivel de atención de la DMT2:

El promedio anual de consultas a las que asistieron los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en un primer nivel de atención fue de 6.4 consultas (  $\pm 3$  consultas ); el número máximo de consultas a las que asistieron en una año fué de 14 consultas y las mínimas a las que acudió en un año un paciente fué de una consulta. Observe el siguiente cuadro:

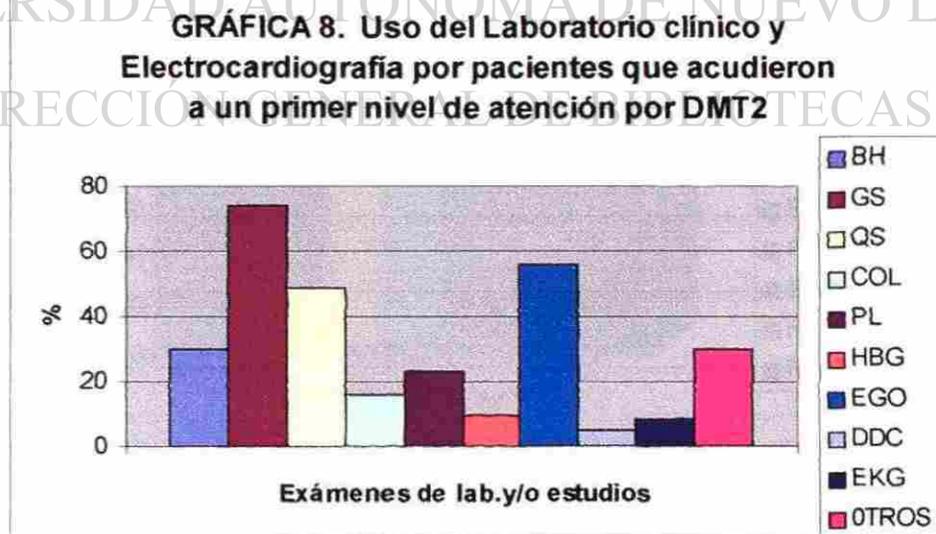
**Cuadro 3. Uso de la consulta en un primer nivel de atención por paciente con DMT2**

PROMEDIO ANUAL DE CONSULTAS A LAS QUE ASITIERON	DESVIACIÓN ESTANDAR	CONSULTAS MÁXIMAS A LAS QUE ASISTIÓ UN PACIENTE	CONSULTAS MÍNIMAS A LAS QUE ASISIÓ UN PACIENTE
6.4 consultas	$\pm$ consultas	14 consultas	1 consultas

En relación a las prescripciones médicas indicadas en el expediente clínico de la población de estudio que acudió a un primer nivel de atención, sobresalen con un 91% los medicamentos orales (Hipoglucemiantes orales) y la solicitud de exámenes de laboratorio en el 89 % de los casos. Ver la siguiente gráfica.



En relación a los exámenes de laboratorio y estudios realizados en los pacientes diabéticos tipo 2 en un primer nivel de atención en un año sobresale la Glucosa sérica (GS) que se realizó al 74 % de los casos, el examen general de orina (EGO) al 56% y la Química sanguínea (QS) solo en el 49 % de los casos. Observar la Gráfica 8.



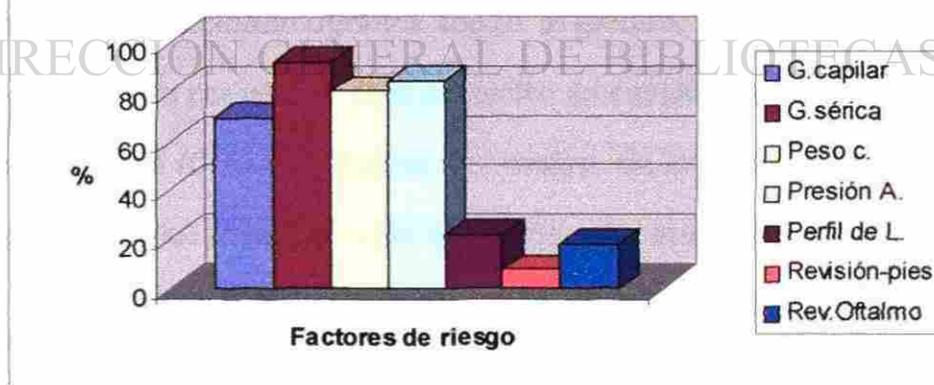
En cuanto al uso del Laboratorio clínico por los pacientes diabéticos tipo 2 en un primer nivel de atención, este se muestra en el cuadro que sigue:

**CUADRO 4. Uso del Laboratorio clínico en un Primer Nivel de atención por pacientes con DMT2**

EXÁMEN DE LABORATORIO	BIOMETRIA HEMÁTICA	GLUCOSA SÉRCIA	QUÍMICA SANGUÍNEA	EXÁMEN GRAL DE ORINA
Promedio anual	1.1	4.1	1.2	1.3
Desviación Std	.5	3.1	.6	.8
Máximos	.4	12	4	5
Mínimos	1	1	1	1

Con respecto a los factores de riesgo evaluado en estos pacientes en un primer nivel de atención durante un año destaca la Glucosa Sérica realizada en el 92 % de los casos que acudieron a consulta, la toma de presión arterial hecha al 84 % y el peso corporal al 80 % de los sujetos de estudios. Ver Gráfica 9.

**GRÁFICA 9 Evaluación de los factores de riesgo hechos a pacientes que acudieron a un primer nivel de atención por la DMT2**



El promedio anual de los factores de riesgo evaluados en esta población de estudio (pacientes con DM tipo 2) que acudió a un primer nivel de atención se describe en el siguiente cuadro:

**CUADRO 5 Promedio anual de factores de riesgo evaluados anualmente en pacientes diabéticos tipo 2 que asistieron a un primer nivel de atención.**

FACTORES DE RIESGO EVALUADOS	GLUCEMIA CAPILAR	GLUCEMIA SÉRICA	PESO CORPORAL	PRESIÓN ARTERIAL
Promedio de factores evaluados / años	3.7	4.1	4.7	3.9
Desviación estándar	+2.8	+3.2	+3.3	2.9
Máximo de factores evaluados/ año	1.5	1.3	16	1.5
Mínimo de factores evaluados/ año	1	1	1	1

En relación a las consultas de especialidad a las que fueron referidos los pacientes con DM tipo 2 en un primer nivel de atención en un año destacan solamente la Consulta de Nutrición en el 19 % de los casos y la Consulta de Medicina Interna a la que asistieron el 11 % de los pacientes.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

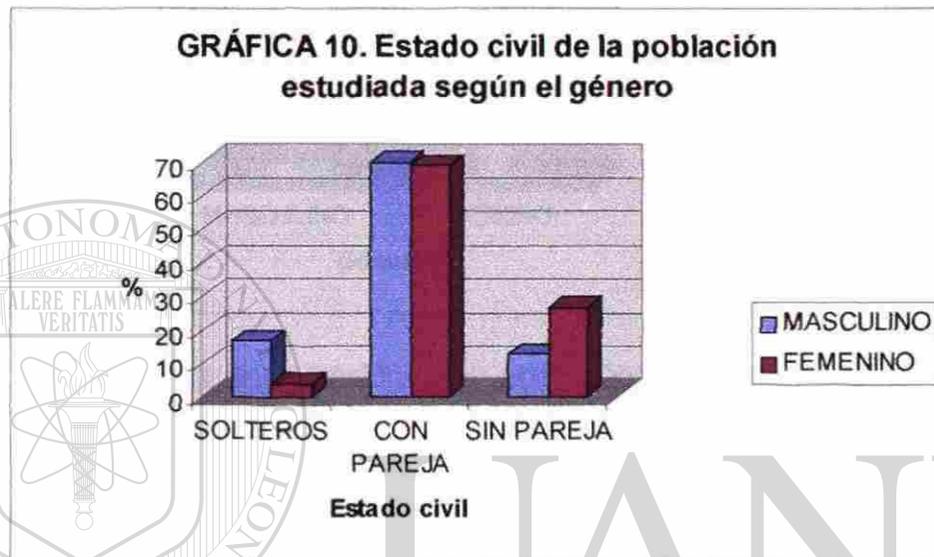
### 3.3 Descripción sociodemográfica según el género:

El análisis por género de la población de estudio que acudió a un primer nivel de atención (Consulta externa) por motivo de la DMT2 mostró una edad promedio similar en ambos géneros de 55 años. Ver el siguiente cuadro.

**CUADRO 6 Edad promedio de la población de estudio según el género**

GENERO	EDAD PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR	EDAD MINIMA	EDAD MÁXIMA
MASCULINO	55 años	±10.4	29	80
FEMENINO	55 años	±10.2	35	90

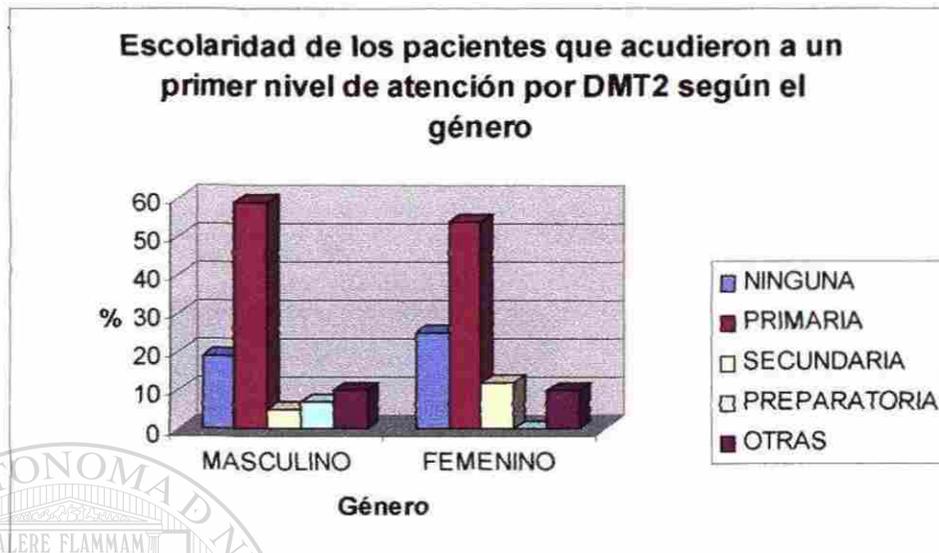
El 69 % del género femenino tienen pareja (casados, unión libre) y el porcentaje del género masculino es muy similar con 70 % . Ver Gráfica 10.



En cuanto a la escolaridad por géneros se encontró que el 59 % del

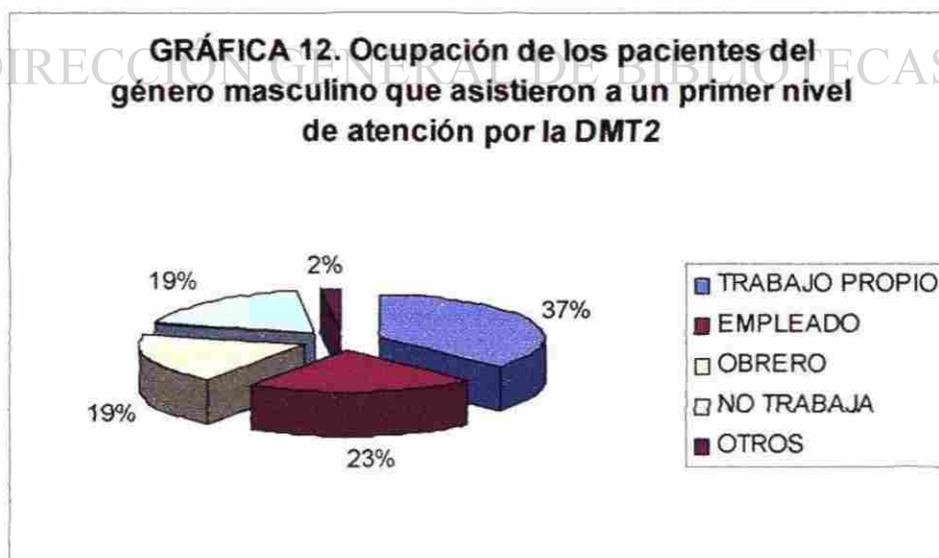
género masculino tiene educación primaria y el 54 % en el caso del género femenino. Otro dato relevante que se encontró fue que el 19 % del género

masculino no tiene ningún estudio y el 25 % del género femenino están en la misma situación. Observar Grafica 11.

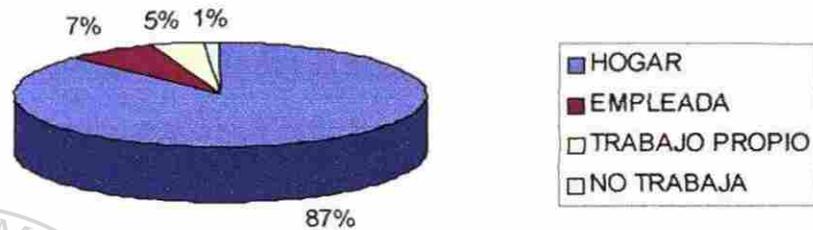


En cuanto a la ocupación de la población estudiada según el género, los datos más relevantes en el género masculino fueron: el 37 % tiene un trabajo propio, el 23 % trabajan como empleados y el 19 % como obreros. En cuanto al género femenino, el mayor porcentaje fue el 87%, dedicadas a realizar actividades del hogar y solo el 7 % trabajan como empleadas. Ver

Gráficas 12 y 13.



**GRÁFICA 13. Ocupación de los pacientes femeninos que asistieron a un primer nivel de atención por motivo de la DMT2**

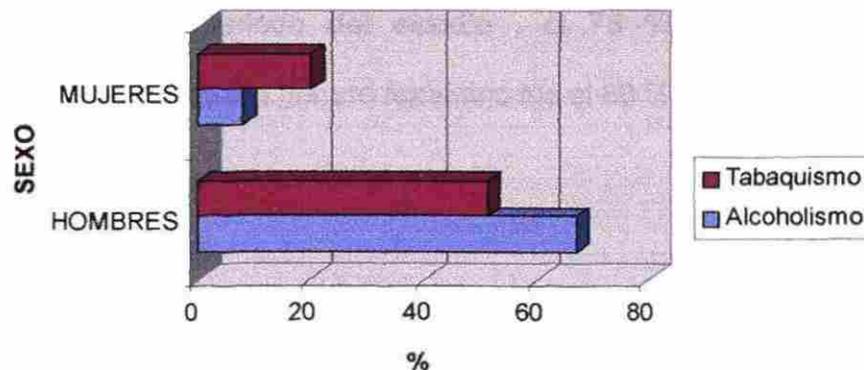


En lo referente a la presencia de factores de riesgo presentes en la población de estudio según el género se encontró lo siguiente: En el 51 % del género masculino se reportó la presencia de tabaquismo, mientras que en el género femenino solo en el 20 %. En cuanto a la presencia de alcoholismo en el género masculino está presente en el 67% y en el género femenino solo en el 8

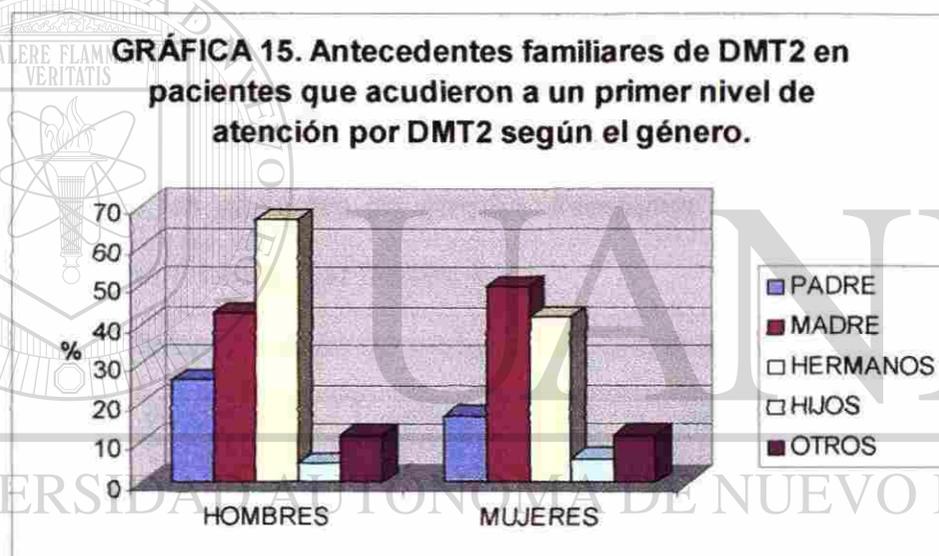
%.

Observar la siguiente Gráfica:

**GRÁFICA 14. Presencia de factores de riesgo en pacientes con DMT2 según el género**

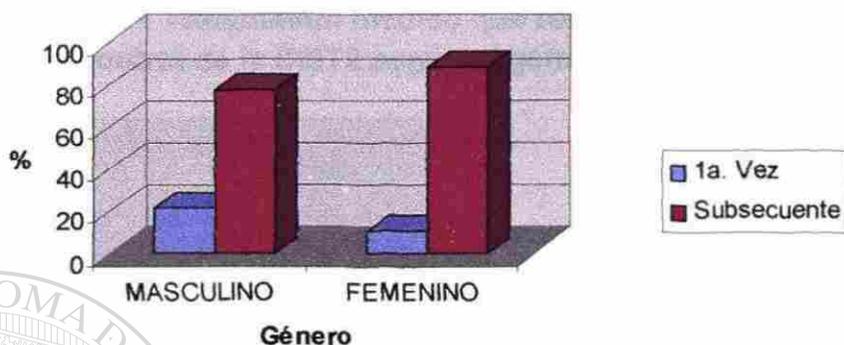


Con respecto a los antecedentes familiares de DM en la población estudiada según el género destaca lo siguiente: El 64 % del género masculino sí tenían antecedentes de algún familiar cercano mientras que en el género femenino solo el 56 %. El parentesco que más destaca en el género masculino son los hermanos con un 67 %. En el género femenino el parentesco que más se encontró fue el de la madre en el 50% de ellas. Esto se puede observar en la siguiente gráfica.



En cuanto al tipo de consulta a la que asistieron los casos del género masculino durante el periodo del estudio , el 78 % lo hizo de manera subsecuente, mientras que el género femenino fue el 88 %. Ver Gráfica 16.

**GRÁFICA 16. Tipo de consulta a la que asistieron los pacientes que acudieron a un primer nivel de atención por DMT2 según el género**



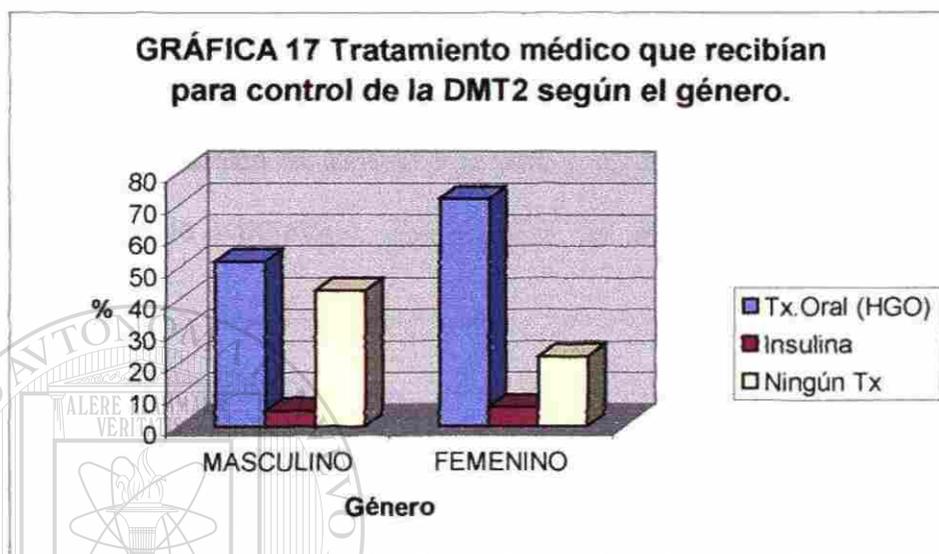
Con respecto al tiempo promedio de años de evolución de la enfermedad en los pacientes de géneros masculinos fue de 6.6 años y en género femenino 7.1 años. Ver Cuadro 6.

**CUADRO 6 Tiempo de años de evolución de la enfermedad según género**

GÉNERO	PROMEDIO TIEMPO DE EVOLUCION	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	AÑOS MÍNIMOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENF.	AÑOS MÁXIMOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENF.
<b>MASCULIN</b>	<b>6.6 años</b>	<b>±6 años</b>	menos de 1 año	22 años
<b>FEMENINO</b>	<b>7.1 años</b>	<b>±6 años</b>	menos de 1 año	26 años

Con respecto al tratamiento médico que los sujetos de estudio estaban recibiendo para controlar su diabetes, el 52 % de los pacientes del género masculino recibía un tratamiento por vía oral (tabletas) con Hipoglucemiantes orales; mientras que el 43% estaba sin tratamiento. En cuanto al género

femenino, el 72 % se controlaban con medicamentos orales (HGO) y solo el 22 % no recibían ningún tratamiento. Ver Gráfica 17.



### 3.4 Uso de los servicios de salud en un primer nivel de atención por motivo de la DMT2 según el género:

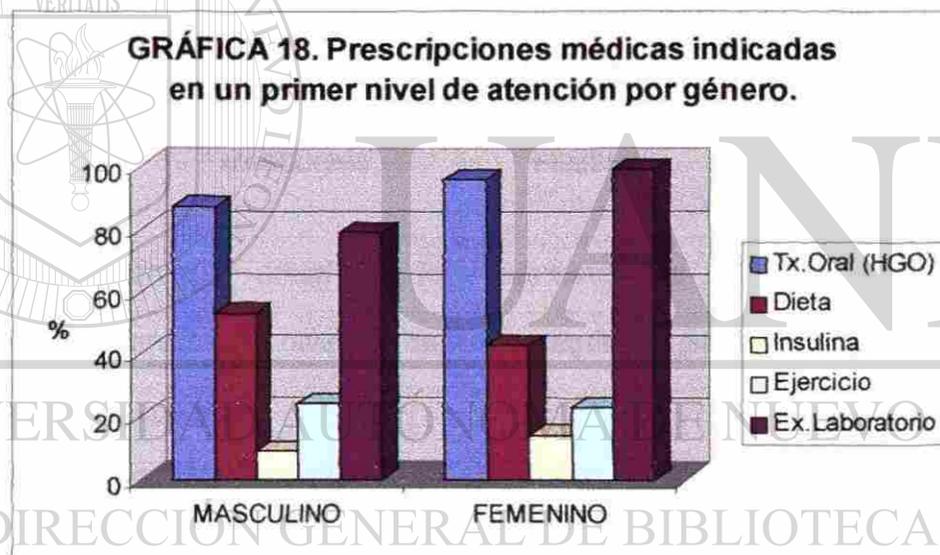
Se observó que el promedio de consultas e el prmeir nivel de atención fue mayor en las mujeres ( $p= 0.000002$ ). Ver el siguiente cuadro.

**CUADRO 7 Tiempo promedio de años de evolución de la enfermedad según género**

GÉNERO	PROMEDIO DE CONSULTAS AL AÑO*	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	CONSULTAS MINIMAS A LAS QUE ASISITIERON EN UN AÑO	CONSULTAS MÁXIMAS A LAS QUE ASISTIERON EN UN AÑO
MASCULINO	5.1	± 3.3	1	14
FEMENINO	7.6	± 3.8	1	14

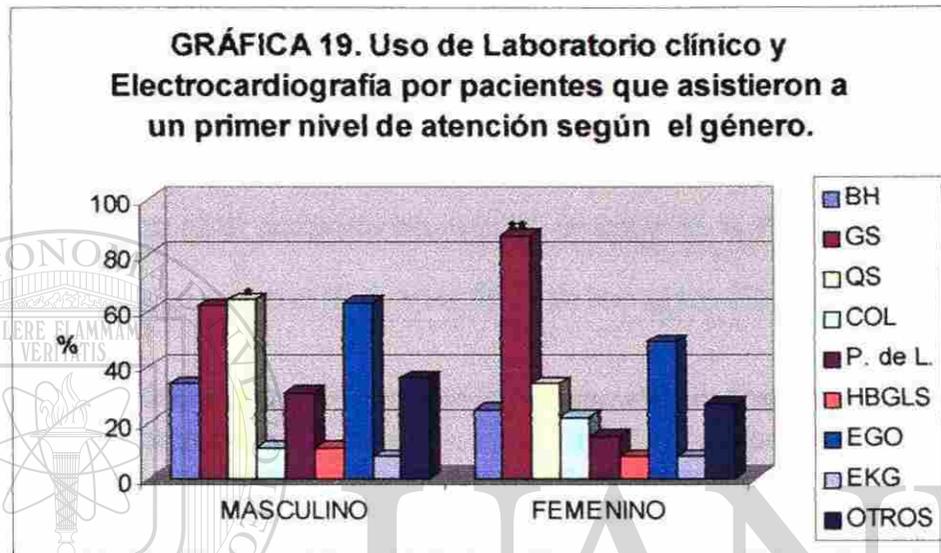
\* $p = 0.000002$

En cuanto a las prescripciones médicas indicadas en cada consulta en el expediente clínico de los casos incluidos en el género masculino, sobresalen los medicamentos orales (HGO) en el 87 % y la solicitud de exámenes de laboratorio en el 79%. En el género femenino estos porcentajes aumentan, en un 96 % se indica el tratamiento oral y en 99 % de los casos se indicaron exámenes de laboratorio. Estos datos se pueden apreciar en la siguiente gráfica:



Con respecto a los exámenes de laboratorio y estudios realizados a los pacientes que asistieron a un primer nivel de atención por motivo de la DMT2 anualmente, en el género masculino sobresalen la Química Sanguínea (QS) realizada en el 64 % ( $p= 0.0000024$ ), seguido del Examen general de orina (EGO) con un 63 % y de la Glucosa sérica (GS) que se realizó en el 62%. En cuanto a los pacientes del destacan la Glucosa sérica (GS) realizada en el

87% ( $P = 0.0000099$ ); le sigue el Examen general de orina(EGO) realizado solo en el 49 % y la Química sanguínea (QS) en el 34 % de los casos. Ver la Gráfica 19.



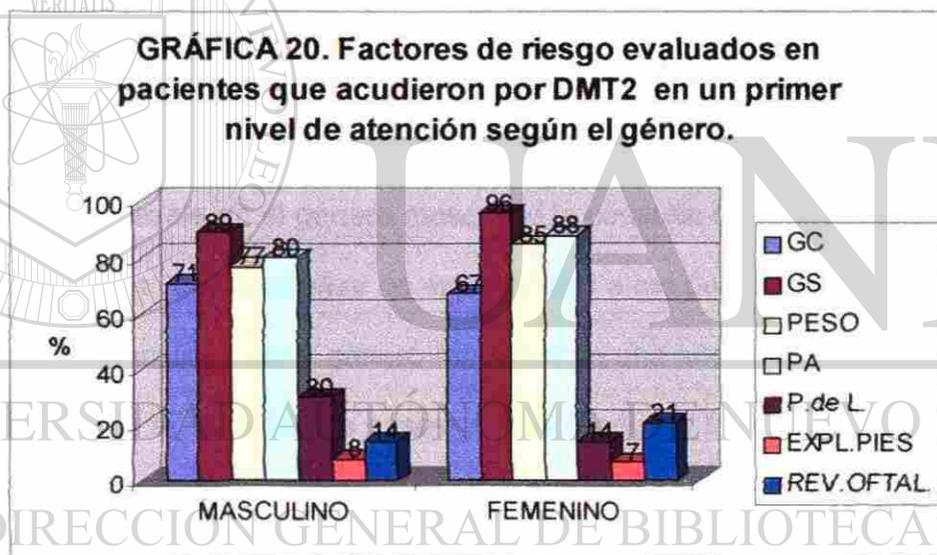
El promedio anual de los exámenes de laboratorio y estudios realizados en un Primer nivel de atención según el género se puede observar

en el siguiente cuadro.

**CUADRO 8. Promedio anual de exámenes de laboratorio y estudios realizados en un primer nivel de atención según el género.**

EX. LAB	BH		GS		QS		EGO	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Promedio anual</b>	1.2	1	3	5	1.2	1.3	1.2	1.5
<b>Desv. Estándar</b>	$\pm 0.6$	$\pm 0.2$	$\pm 2.3$	$\pm 3.3$	$\pm 3.3$	$\pm 0.7$	$\pm 0.7$	$\pm 0.1$
<b>Mínimos de ex.lab./año</b>	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Máximos De ex. Lab/año</b>	4	2	1.1	12	3	4	5	5

Con respecto a los factores de riesgo evaluados en un Primer nivel de atención según el género durante un año sobresale en el género masculino la Glucosa sérica (GS) realizada en el 89 %, seguida de la toma de la Presión arterial (PA) en el 81 % de los casos y el peso en el 77 % de ellos. En el caso del género femenino los factores de riesgo que más evaluaron en un año fueron la Glucosa sérica (GS) realizada en el 96%, la toma de la Presión arterial (PA) en el 88% y el peso corporal (PC) en el 85 % de los casos (Gráfica 20).



En cuanto al promedio anual de los factores de riesgo en pacientes que asistieron a un primer nivel de atención por motivo de la DMT2 tanto en el género masculino como femenino, destaca lo siguiente: En el género masculino el promedio anual del factor de riesgo evaluado que más sobresale con un 3.6 al año es el peso corporal (PC), seguido de la Glucosa Capilar con un promedio de 3.4 al año. En cuanto al género femenino el promedio anual de factores de riesgo evaluados que más sobresale al igual que en los hombres es el peso

corporal con un 5.8 y le sigue la Glucosa sérica (GS) con un promedio de 5.1.

Estos datos los puede observar en el Cuadro 9.

**CUADRO 9. Promedio anual de los factores de riesgo evaluados anualmente en pacientes que asistieron a un primer nivel de atención por motivo de la DMT2 según el género.**

FACTORES DE RIESGO	G. CAPILAR		G. SÉRICA		PESO CORPORAL		PRESIÓN ARTER.	
	M	F	M	F	M	F	M	F
GENERO								
PROMEDIO ANUAL	3.4	4.1	2.9	5.1	3.6	5.8	3.2	4.6
DESVIACIÓN ESTANDAR	2.8	2.8	2.3	3.5	3.0	3.2	2.5	3.2
MINIMOS EVALUADOS/ AÑO	1	1	1	1	1	1	1	1
MÁXIMO EVALUADOS/ AÑO	14	11	11	13	12	16	11	15

Con respecto a las consultas de especialidad a las que fueron referidos en un año sobresale en el género masculino la consulta de Nutrición en el 24 % de los pacientes. Las consultas de especialidad a las que más fueron referidos los pacientes incluidos en el género femenino en una año fueron la de Nutrición a la que asistió el 13 % de los casos y la de Medicina Interna con un 12 % de los casos.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

### **3.5 Descripción sociodemográfica según las consultas: Medicina General y Medicina Preventiva:**

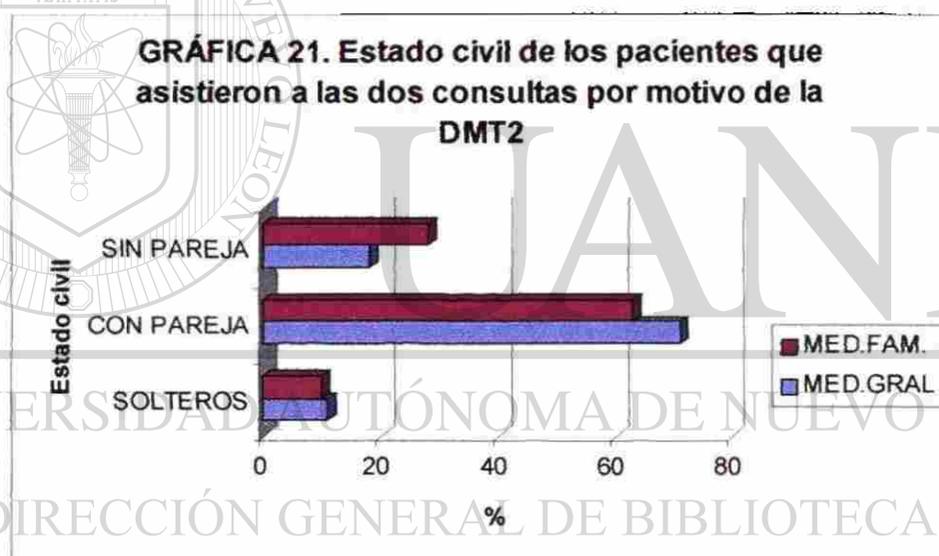
Se estudiaron dos poblaciones en un primer nivel de atención: la Consulta de Medicina General (145 casos) y la de Medicina Familiar (50 casos).

En el análisis de ambas consultas se observó una edad promedio muy similar de 55 años, esto se puede observar en el cuadro 10.

**Cuadro 10. Edad promedio de la población de estudio que acudió a un primer nivel de atención por motivo de la DMT2 según las consultas.**

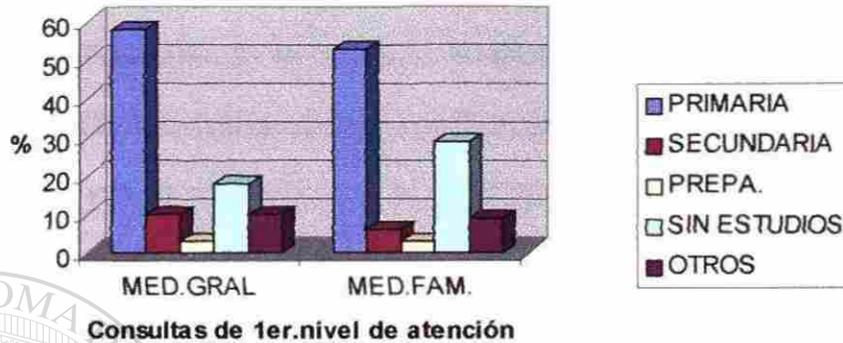
CONSULTA	EDAD PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	EDAD MÍNIMA	EDAD MÁXIMA
MEDICINA GENERAL	55 años	±10.1	45 años	90 años
MEDICINA FAMILIAR	55 años	±10.9	29 años	80 años

El 71% de la población que acudió a la Consulta de Medicina General tenía pareja, mientras que en la Consulta de Medicina Familiar solo el 63%. Ver la siguiente gráfica.



En cuanto a la escolaridad se encontró que el 58 % de los casos que asistieron a la Consulta de Medicina General tienen educación Primaria y el 18 % ningún estudio; en cambio en la consulta de Medicina Familiar el 52 % tenía estudios de Primaria y el 29% resultó ser analfabeta. Ver gráfica 22.

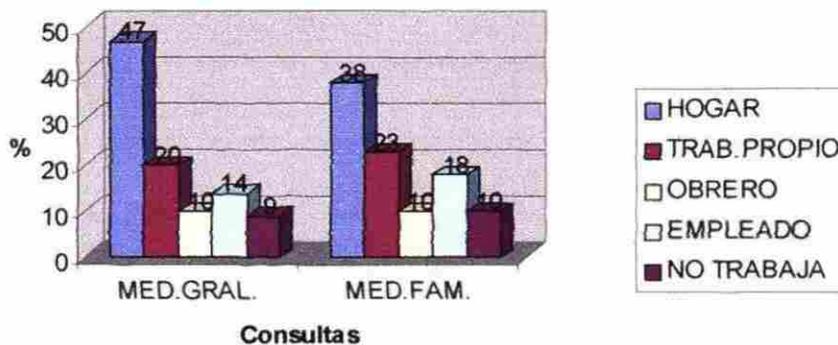
**GRÁFICA 22. Escolaridad de los pacientes que asistieron a un primer nivel de atención por DMT2 según las consultas**



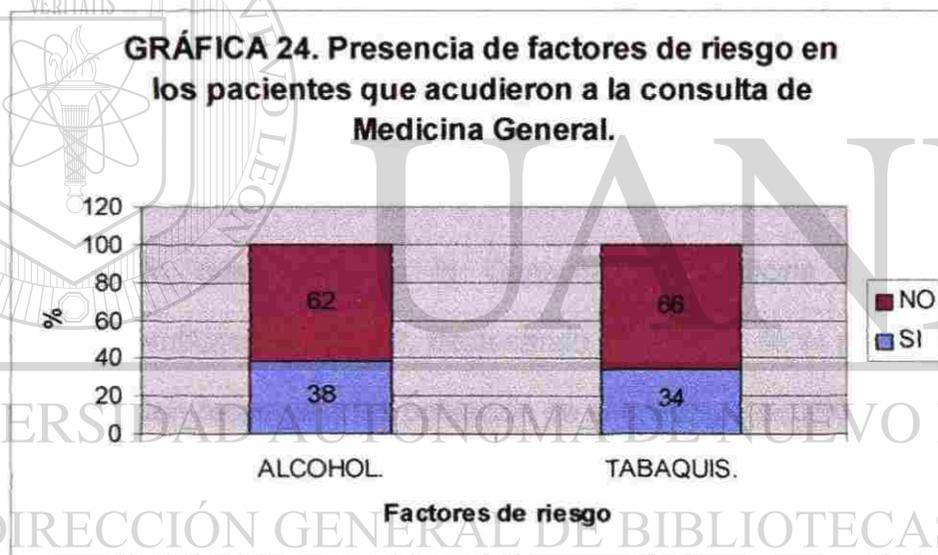
En lo que respecta a la ocupación de los pacientes con DM Tipo 2 que acudieron a la Consulta de Medicina General sobresalen las actividades del hogar con un 47 % y el 20 % tienen un trabajo propio. En cuanto a los pacientes que acudieron a la Consulta de Medicina Familiar solo el 38% realiza actividades del hogar y el 23 % cuenta con un trabajo propio. Ver la siguiente

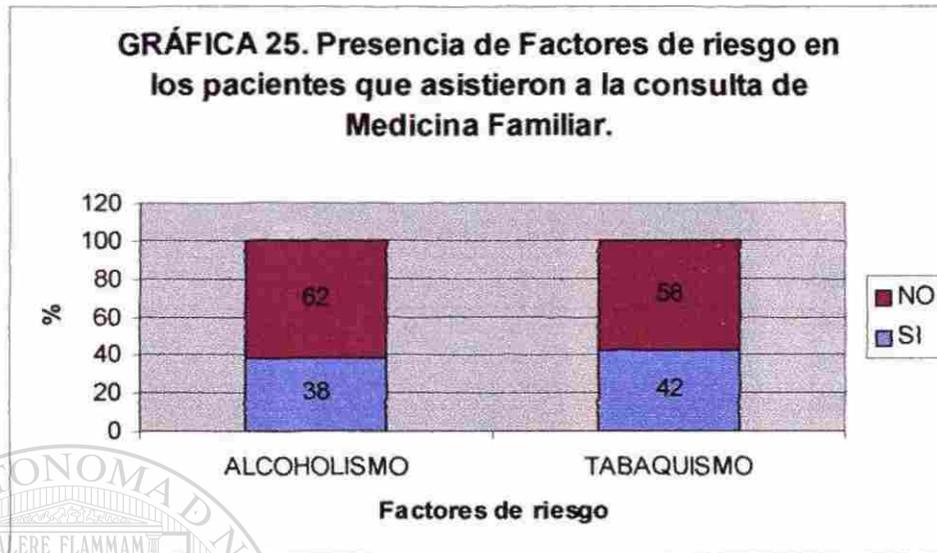
gráfica.

**GRÁFICA 23. Ocupación de los pacientes que acudieron a un primer nivel de atención por DMT2 según las consultas**



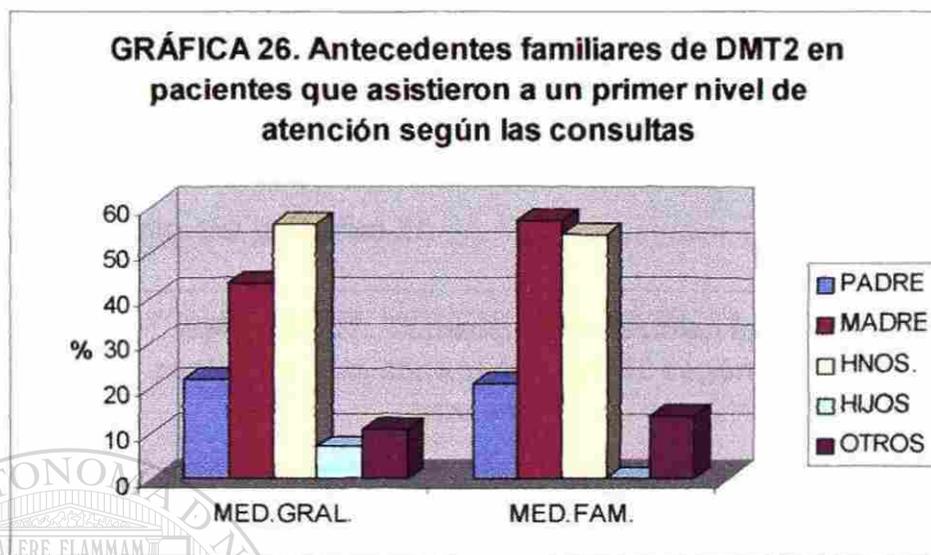
En relación a la presencia de factores de riesgo en las dos poblaciones estudiadas se encontró lo siguiente: En el 38 % con DMT2 de los pacientes con DTM2 que asistieron a la Consulta de Medicina General se encontró la presencia de alcoholismo y en el 34% la presencia de tabaquismo. Con respecto a los pacientes que acudieron a la Consulta de Medicina Familiar en el 34 % hubo presencia de alcoholismo y en el 42 % se encontró tabaquismo. Ver las siguientes Gráficas





El 98 % de los pacientes que acudieron a la Consulta de Medicina General tenía su domicilio actual en algún municipio del estado Nuevo León, así como el 94 % de los que asistieron a la Consulta de Medicina Familiar. El 58% de la población que asistió a la Consulta de Medicina General tuvo antecedentes familiares de DMT2, destacando con un 56 % el parentesco de

los hermanos. Con respecto a las población de estudio que acudió a la Consulta de Medicina Familiar destaca el 68 % con antecedentes familiares de esta enfermedad, resultando el parentesco de la madre con un 57 %. Ver la siguiente Gráfica.



El 86 % de los pacientes estudiados que acudieron a la Consulta de Medicina General lo hizo de manera subsecuente. En cambio en la Consulta de Medicina Familiar solo el 74 % acudió en forma subsecuente. Con respecto al tiempo promedio de años de evolución de esta enfermedad en la población estudiada que asistió a la consulta de Medicina General fue de 7.2 años:

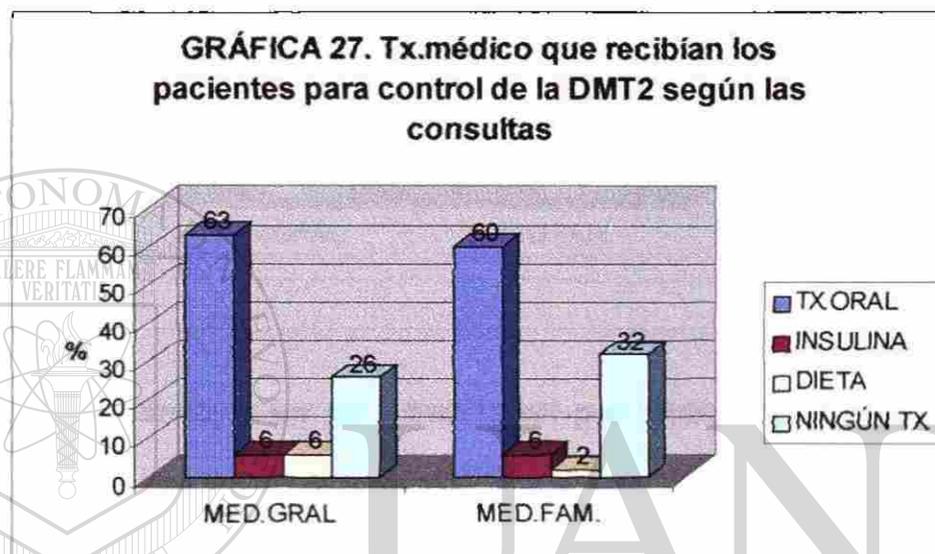
mientras que el tiempo promedio de años de evolución en los pacientes que acudieron a la Consulta de Medicina Familiar fue de 5.8 años. Ver Cuadro 11.

**CUADRO 11. Promedio de años de evolución de la DMT2 en las poblaciones de estudio que acudieron a un primer nivel de atención según las consultas**

CONSULTAS	PROMEDIO AÑOS/EVOLUCION	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	TIEMPO MÁXIMO	TIEMPO MÍNIMO
MED.GENERAL	7.2 AÑOS	+5.9 años	26 años	Menos de un año
MED.FAMILIAR	5.8 AÑOS	+6.4 años	25 años	Menos de u

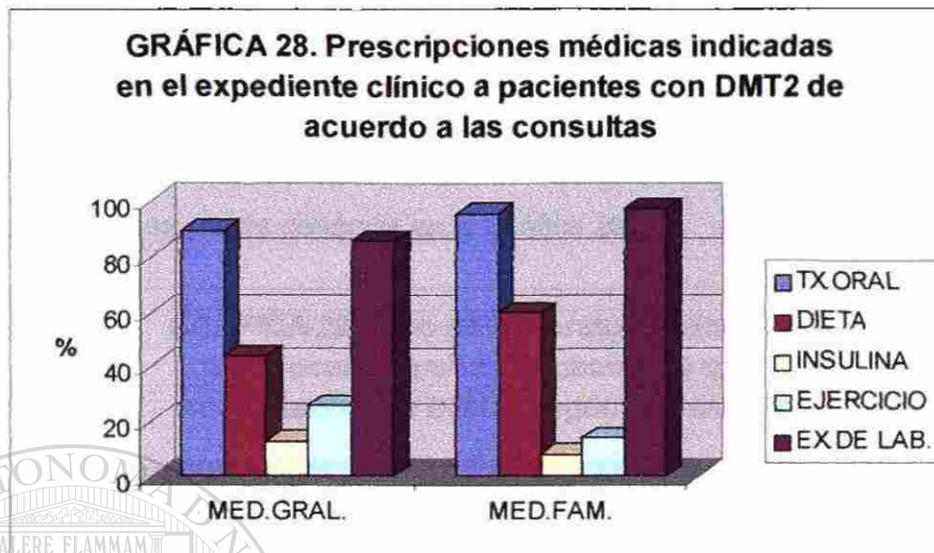
En relación al tratamiento médico que estaban recibiendo los pacientes que acudieron a la Consulta de Medicina General para control de sus diabetes

el 63 % recibía tratamiento oral (pastillas) y un 26 % ninguno. Con respecto al tratamiento médico que recibían los pacientes que asistieron a la consulta de Medicina Familiar el 60 % tomaba medicamentos orales (tabletas) y el 32 % ningún tratamiento. Ver la Gráfica 27.



En cuanto a las prescripciones médicas indicadas en el expediente

clínico a la población de estudio que acudió a la Consulta de Medicina General sobresale con el 90 % los medicamentos orales, seguido de la solicitud de los exámenes de Laboratorio con un 86 %. Con respecto a la Consulta de Medicina Familiar las prescripciones médicas que más sobresalen son la solicitud de exámenes de laboratorio con un 98 % y los medicamentos orales con el 96% de los casos. Observar la Gráfica 28.



### 3.6 Usos de servicios en un primer nivel por motivo de la DMT2 según consultas.

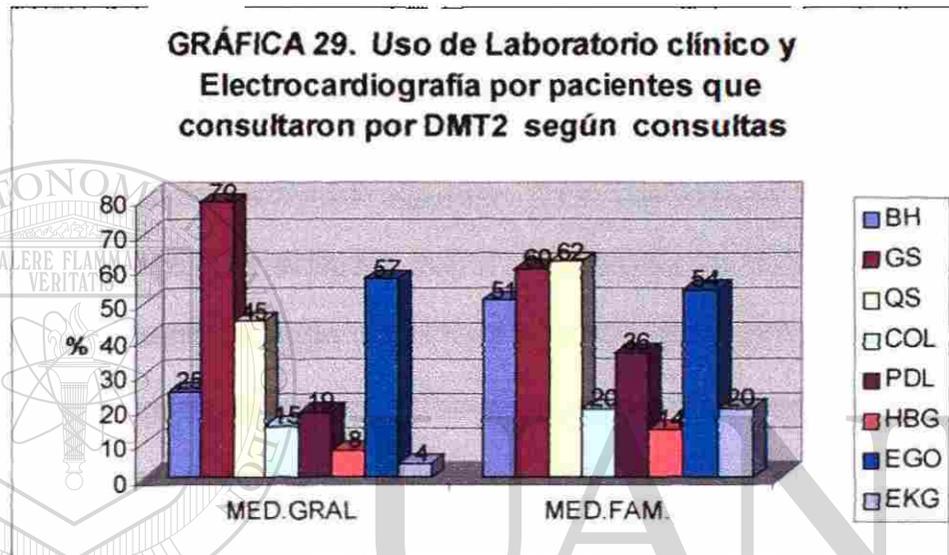
El promedio de consultas a las que asistieron los pacientes en un año en la Consulta de Medicina Familiar fue de 4.9 consultas al año. Esto se puede observar en el siguiente cuadro.

**CUADRO 12. Promedio de consultas al año a las que acudieron los pacientes con DMT2 según las consultas.**

CONSULTAS	PROMEDIO CONSULTAS /AÑO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	CONSULTAS MÍNIMAS AL AÑO	CONSULTAS MÁXIMAS AL AÑO
MEDICINA GENERAL	6.8	±3.8	1	14
MEDICINA FAMILIAR	4.9	±3.1	1	12

Con respecto a los exámenes de laboratorio realizados anualmente a los pacientes con DMT2 según la consulta a la que acudieron, sobresale la

Glucosa sérica (GS) realizada en el 79% de los pacientes que asistieron a la Consulta de Medicina General. En cambio en la consulta de Medicina Familiar destaca la realización de la Química sanguínea (QS) en el 62 % de los pacientes. Esto se puede observar en la Gráfica 29.



El promedio anual de los exámenes de laboratorio y estudios que mas

se realizaron en un año en ambas consultas se muestra en el siguiente cuadro:

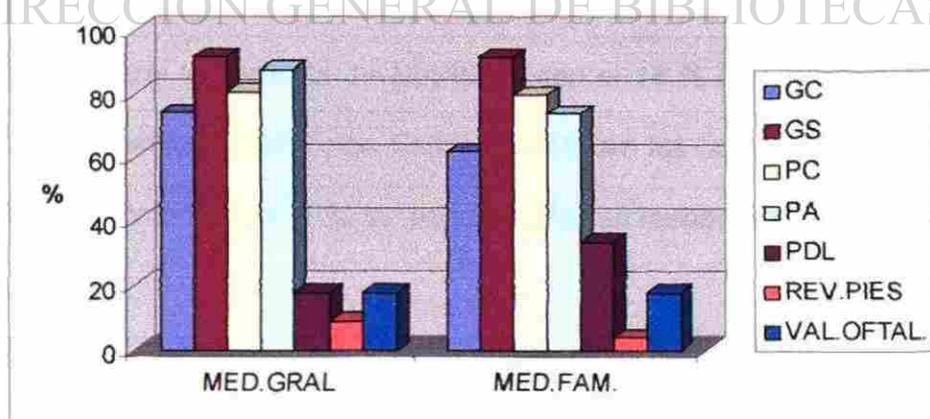
**CUADRO 13. Promedio anual de exámenes de laboratorio y estudios realizados en los pacientes con DMT2 según la consulta a la que acudieron.**

EXAMENES DE LAB./ESTUDIOS	BH		GS		QS		EGO	
	MG	MF	MG	MF	MG	MF	MG	MF
Nombre de la consulta								
Promedio de exámenes al año	1.0	1.3	4.5	2.9	1.2	1.3	1.3	1.5
Desviación estándar	±1	±1.3	±4.5	±2.9	±1.2	±1.3	±1.3	±1.5

<b>Máximo de exámenes al año</b>	2	4	12	11	4	3	5	5
<b>Mínimo de exámenes al año</b>	1	1	1	1	1	1	1	1

Con respecto a los factores de riesgo evaluados en un año en cada una de las consultas a las que asistieron los pacientes con DMT2 seleccionados para este estudio se encontró lo siguiente: En la Consulta de Medicina General el factor de riesgo más evaluado fue la Glucosa Sérica (GS) realizada en el 92% de los pacientes y luego la toma de Presión arterial (PA) en el 88 % de los casos. De igual manera en la Consulta de Medicina Familiar el factor de riesgo que más fue evaluado en estos pacientes fue la Glucosa sérica (GS) efectuada también en el 92 % de la población de estudio, seguido de la toma de peso corporal (PC) hecha al 80 % de los sujetos. Ver Gráfica 30.

**GRÁFICA 30. Factores de riesgo evaluados en las dos consultas a pacientes con DMT2**



En cuanto al promedio anual de los factores de riesgo más evaluados anualmente a los pacientes que asistieron a estas dos consultas en un Primer nivel de atención, sobresalen en la Consulta de Medicina General la toma de peso corporal (PC) con un promedio de 5.4 y la Glicemia sérica (GS) con un 4.6 de promedio. En la consulta de Medicina Familiar el promedio que sobresale es la Glucosa sérica con un promedio de 3.2. Ver cuadro 14.

**CUADRO 14. Factores de riesgo evaluados en los pacientes que acudieron a un primer nivel de atención por motivo de la DMT2**

FACTORES DE RIESGO EVALUADOS	GLUCOSA CAPILAR		GLUCOSA SÉRICA		PESO CORPORAL		PRESIÓN ARTERIAL		PERFIL DE LÍPIDOS	
	MG	MF	MG	MF	MG	MF	MG	MF	MG	MF
CONSULTAS										
PROMEDIO ANUAL	3.9	3.2	4.6	2.6	5.4	2.6	4.2	2.2	1.5	1.1
DESVIACION ESTANDAR	±2.9	±2.6	±3.2	±2.5	±3.3	±2.2	±3.1	±1.6	±0.8	±0.4
MINIMOS EVALUADOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
MÁXIMOS EVALUADOS	15	10	13	11	16	10	15	7	4	3

Con respecto a las consultas de especialidad a las que fueron referidos estos pacientes sujetos de estudio sobresalen por parte de la Consulta de Medicina General la consulta de Nutrición con el 18 % de los pacientes y por parte de la consulta de Medicina Familiar destacan las consultas de Nutrición y la de Medicina interna con el 22 % de los pacientes respectivamente.

### 3.7 Descripción de la población que acudió a un tercer nivel de atención por motivo de la DMT2 (Hospitalización).

#### 3.7.1 Descripción Sociodemográficas:

La edad promedio de los pacientes que fueron hospitalizados por motivo de la Diabetes Mellitus tipo 2 fue de 58 años ( $\pm$  13 años). Esto se puede ver en el siguiente cuadro:

**CUADRO 15. Edad promedio de los pacientes que fueron hospitalizados por DMT2.**

EDAD PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTANDAR	EDAD MÍNIMA	EDAD MÁXIMA
58 AÑOS	$\pm$ 13 años	29 años	98 años

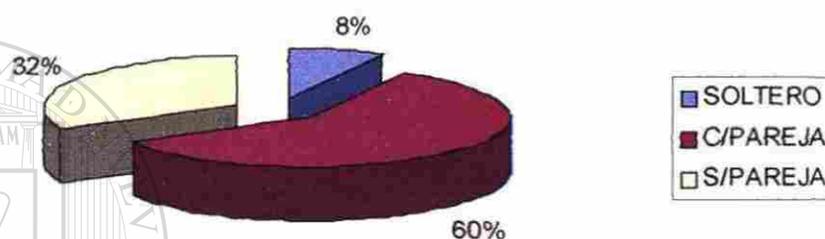
En cuanto a la escolaridad de los pacientes que fueron hospitalizados por motivo de la Diabetes se encontró que el 62 % de ellos tienen Educación Primaria y el 22 % ningún estudio. Ver Grafica 31.

**GRÁFICA 31. Escolaridad de los pacientes que fueron hospitalizados por DMT2.**



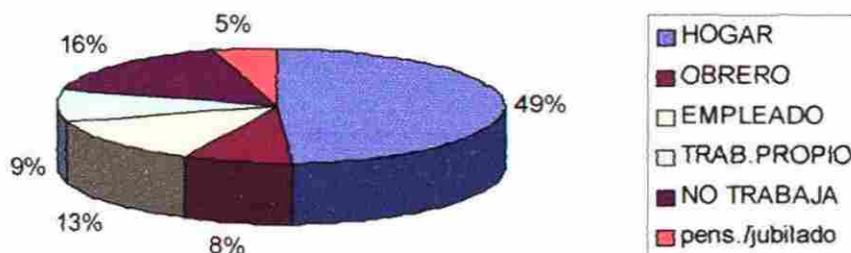
En cuanto al estado civil de la población estimada destaca el 60 % de ellos por tener una pareja (casado, unión libre), mientras que el 32 % ya no la tiene (viudo, divorciado o separado). Observar la Gráfica 32.

**GRÁFICA 32. Estado civil de los pacientes que fueron hospitalizados por DMT2.**

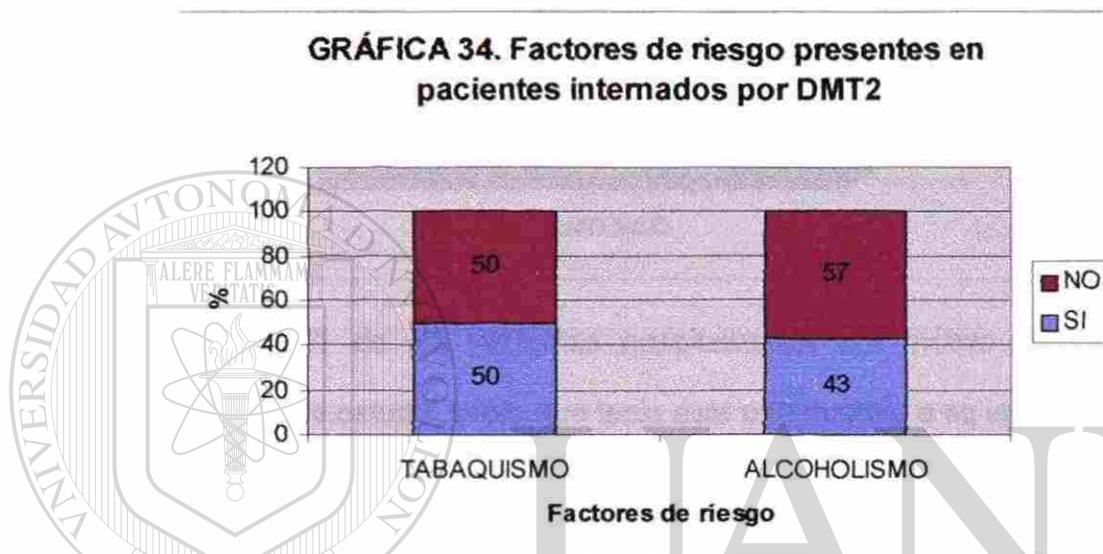


Con respecto a la ocupación de los pacientes que fueron hospitalizados por motivo de la DMT2 se encontró lo siguiente: El 49 % se dedica a actividades del hogar y el 16 % no trabaja. Observar la Gráfica 33

**GRÁFICA 33. Ocupación de los pacientes hospitalizados por DMT2.**

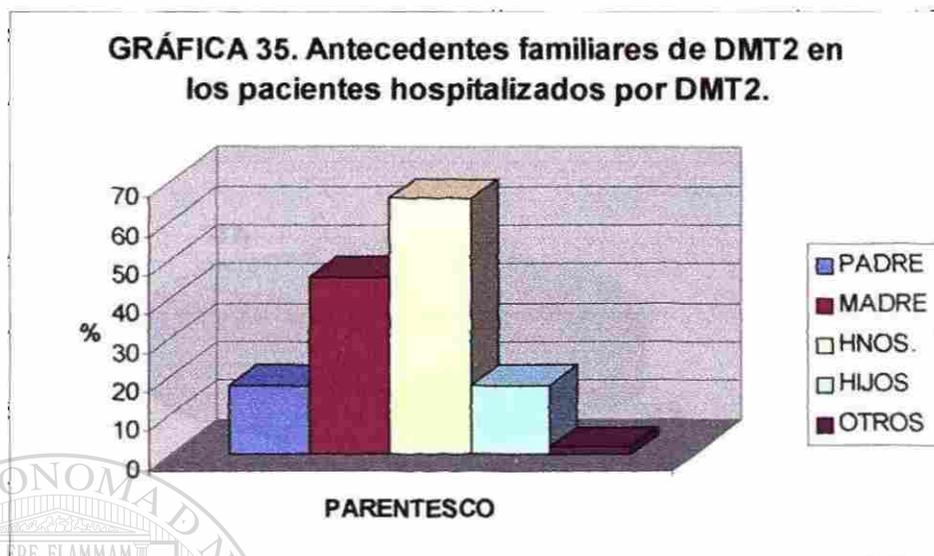


En relación a la presencia de algunos factores de riesgo en esta población de estudio se encontró lo siguiente: en el 50 % de los pacientes se encontró tabaquismo; mientras que solo en el 43 % de ellos se encontró la presencia de alcoholismo. Ver Grafica 34.



El 98 % de los pacientes que se hospitalizaron por causa de la DMT2

tienen su domicilio actual en algún municipio del estado de Nuevo León. De los casos estudiados en un tercer nivel de atención, el 63 % tenía antecedentes de DMT2, destacando el parentesco de los hermanos con un 66 %. Observar la Grafica 35.



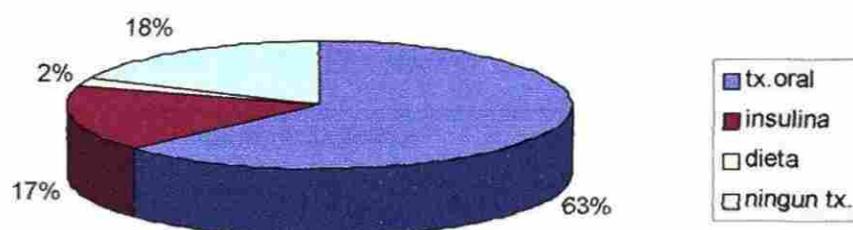
El 93 % de los pacientes hospitalizados por motivo de su DMT2 incluidos en este estudio sabía que tenía esta enfermedad a su ingreso y solo a un 7 % le fue diagnosticada durante su internamiento. Con respecto al tiempo promedio de años de evolución de esta enfermedad de los pacientes que se hospitalizaron por motivo de la DMT2 se encontró que fue de 12 años. Ver cuadro 16.

**CUADRO 16. Tiempo promedio de años de evolución de la DMT2 en pacientes que fueron hospitalizados en un nivel tercer de atención.**

TIEMPO PROMEDIO AÑOS EVOLUCION	DESVIACION ESTÁNDAR	TIEMPO MÍNIMO	TIEMPO MÁXIMO
12 años	±9.3 años	Menor de un año	35 años

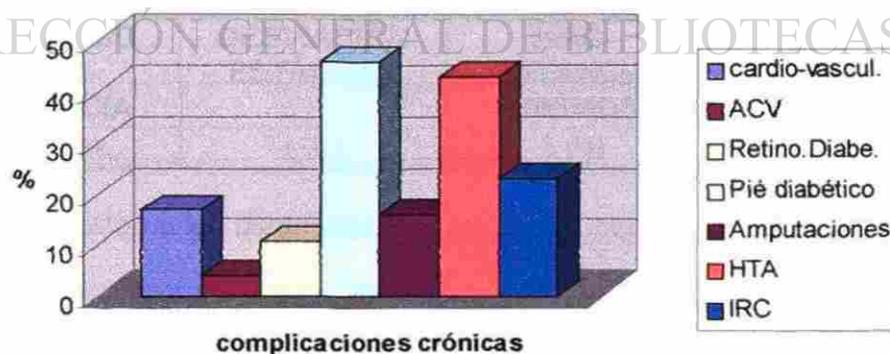
En relación al tratamiento médico que estaban recibiendo los pacientes que fueron hospitalizados por motivo de la DMT2 para controlar su enfermedad, destaca el Tratamiento oral (pastillas) utilizadas por el 63% de los casos; mientras que un 18% no recibía ningún tratamiento ni control. Ver Gráfica 36.

**GRÁFICA 36. Tratamiento médico que recibían los pacientes hospitalizados por DMT2**



Con respecto a las complicaciones crónicas ya presentes en los pacientes hospitalizados por DMT2 destacan el pie diabético presenta el 46 % de los pacientes, seguido de la Hipertensión arterial en el 43% de ellos. Observar la Gráfica 37.

**GRÁFICA 37. Complicaciones crónicas ya presentes en los pacientes hospitalizados por DMT2**



### 3.8 Uso de los servicios en un tercer nivel de atención por motivo de la DMT2:

El promedio de internamientos al año de un paciente a algún servicio de hospital ya sea de Medicina Interna o de Cirugía General por motivo de la DMT2 fue de 1.3 al año ( $\pm .7$ ). El máximo de internamientos fue de 9 y el mínimo uno. Observe el siguiente cuadro:

**Cuadro 17. Uso de los servicios de hospitalización por motivo de la DMT2**

PROMEDIO DE INTERNAMIENTOS/ AÑO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	INTERNAMIENTOS MÍNIMOS/ AÑO	INTERNAMIENTOS MÁXIMOS/ AÑO
1.3	$\pm .7$	1	9

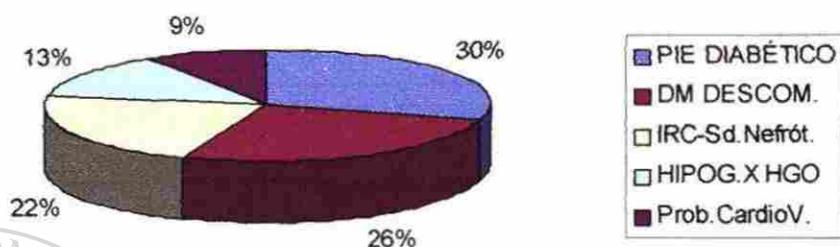
Con respecto al promedio de días-estancia de los pacientes que fueron hospitalizados por motivo de la DMT2 fue de 9.6 días. La estancia más prolongada fue de 48 días y la más corta de un día. Ver el siguiente cuadro.

**Cuadro 18. Promedio de días- estancia de los pacientes que fueron hospitalizados por DMT2**

PROMEDIO DÍAS-ESTANCIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	DÍAS-ESTANCIA MÍNIMOS	DÍAS-ESTANCIA MÁXIMOS
9.6 días	$\pm 7.1$	1 día	48 días

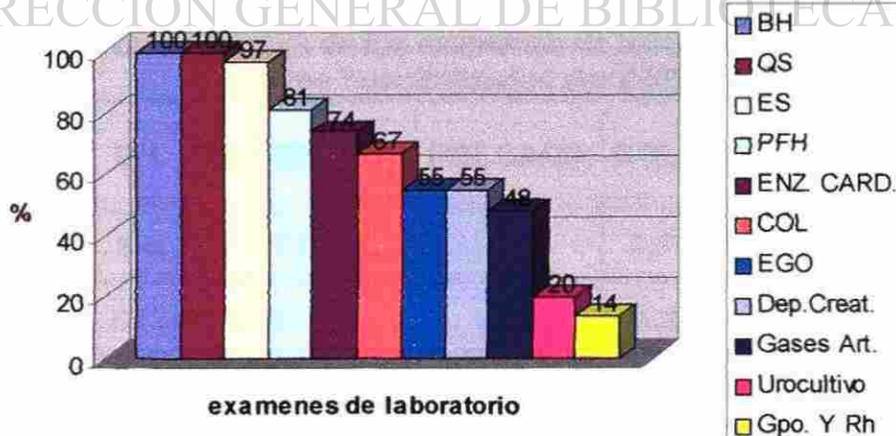
En relación a los diagnósticos médicos de ingreso de los pacientes que fueron hospitalizados por motivo de la DMT2 se encontró lo siguiente: El Pié diabético fue el diagnóstico médico que más causó la hospitalización de los pacientes, se presentó en el 30% de ellos. La Diabetes descompensada (Cetoacidosis diabética y el Estado Hiperosmolar mixto) estuvo presente en el 26% de los casos que ingresaron. Ver la Gráfica 38.

**GRÁFICA 38. Diagnósticos médicos de ingreso en pacientes hospitalizados por DMT2**



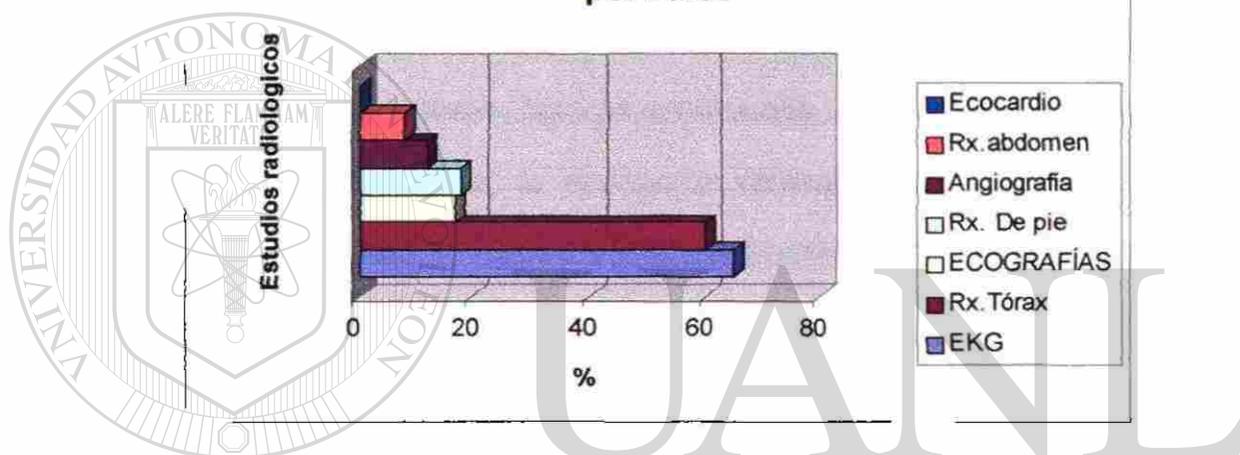
Con respecto a los exámenes de laboratorio realizados durante los internamientos en un año, sobresalen la Biometría Hemática (BH) y la Química sanguínea (QS) realizados en el 100% de los pacientes incluidos en el estudio; seguido de los Electrolitos séricos (ES) practicados en el 97% de ellos. Ver la Gráfica 39.

**GRÁFICA 39. Uso de Laboratorio clínico por pacientes internados por DMT2**



En relación a los estudios de gabinete que más se realizaron en los pacientes hospitalizados por DMT2 en un año sobresale, el Electrocardiograma (EKG) efectuado en el 65% de los casos y la radiografía de tórax (Rx tórax) realizada en el 60% de los pacientes. Observar la siguiente Gráfica.

**GRÁFICA 40. Uso del servicio de Radiología y Electrocardiografía por pacientes hospitalizados por DMT2**



El promedio al año de los exámenes de laboratorio y estudios radiológicos realizados en los pacientes hospitalizados por motivo de la DMT2

se puede observar en los siguientes cuadros.

**Cuadro 19. Promedio anual de los exámenes de laboratorio realizados en pacientes hospitalizados por DMT2**

EXAM./LAB.	BH	QS	ES	PFH	ENZ.CARD.	COL.	EGO	GA	CREAT.
Promedio al año	3.4	8.7	7.3	2.0	1.9	1.7	1.7	4.5	1.2
Desviación estándar	±3.3	±7.1	±7.1	±1.7	±1.5	±1.2	±1.1	±4.5	±.58
Mínimo al año	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Máximo al año	21	32	31	10	8	7	6	26	3

**Cuadro 20. Promedio anual de los estudios radiológicos realizados en pacientes hospitalizados por DMT2**

<b>ESTUDIOS RADIOLÓGICOS</b>	<b>EKG</b>	<b>RX. TORAX</b>	<b>AP. OBL. Y LAT. DE PIE</b>
<b>Promedio de años</b>	1.5	1.3	1.0
<b>Desviación estándar</b>	±.9	±1.1	±.4
<b>Mínimos al año</b>	1	1	1
<b>Máximos al año</b>	6	7	2

Con respecto a la presencia de complicaciones en o los internamientos de los pacientes hospitalizados por motivo de la DMT2, se encontró que solo el 11% las presentó. Entre las complicaciones intrahospitalarias que se presentaron se mencionan: la Neumonía intrahospitalaria presente en dos pacientes; la Cetoacidosis diabética y la Hipoglucemia por HGO, un Seroma en herida de muñón, Peritonitis bacteriana asociada a catéter para diálisis, Sangrado de tubo digestivo alto (STDA), Sepsis intraabdominal, Trombosis de injerto aorto-femoral, Celulitis en antebrazo y un catéter para diálisis con lento drenaje.

El 100% de los pacientes hospitalizados por motivo de la DMT2 recibió un tratamiento médico o más durante sus internamientos; y solo en el 44% de los casos fue necesario también un tratamiento quirúrgico. El promedio anual de tratamientos médicos realizados en los pacientes hospitalizados por motivo de la DMT2 fue de 3.9 tratamientos y el promedio anual de tratamientos quirúrgicos fue de 1.6. Ver cuadro siguiente:

**Cuadro 21. Promedio anual de tratamientos médicos y quirúrgicos realizados en pacientes hospitalizados por motivo de la DMT2**

TRATAMIENTOS	PROMEDIO ANUAL	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MÍNIMOS AL AÑO	MÁXIMOS AL AÑO
MÉDICO	3.9	±1.3	1	9
QUIRÚRGICO	1.6	±.8	1	4

En cuanto a los servicios que apoyaron durante la hospitalización de los pacientes internados por motivo de la DMT2 destacan con un 100% los servicios de Enfermería, Farmacia y Laboratorio Clínico. Le siguen con un 99% Equipo Médico y Nutrición. Ver la siguiente Gráfica.



Con respecto a las interconsultas médicas de especialistas realizadas en un año a pacientes internados por DMT2 destacan las de Medicina Interna realizadas solo al 27% de los pacientes seguido de las de Endocrinología hechas solamente al 24% de los casos estudiados. Ver la Gráfica 42.

**GRÁFICA 42. Uso de servicios médicos especialistas por pacientes internados por DMT2**



En relación al promedio de visitas médicas realizadas a los pacientes hospitalizados por DMT2 en un año fue de 23.4 visitas médicas. El promedio de prescripciones médicas indicadas en el Expediente clínico de la población estudiada en un año de internamientos fue de 103 prescripciones médicas. Ver el cuadro siguiente:

**Cuadro 22. Visitas y Prescripciones médicas realizadas en un año durante la o las hospitalizaciones de un paciente internado por DMT2**

ACTIVIDADES MÉDICAS	PROMEDIO AL AÑO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MÍNIMAS AL AÑO	MÁXIMAS AL AÑO
VISITAS MÉDICAS	23.4	±21.8	3	166
PRESCRIPCIONES MEDICAS	103	±95.0	10	690

### 3.8 Descripción sociodemográfica según los servicios de hospitalización:

La edad promedio de los pacientes que fueron hospitalizados con motivo de la DMT2 en los servicios del Área de Medicina Interna fue de 58.7 años. Mientras que la edad promedio de los pacientes que se internaron en el Servicio de Cirugía General fue de 57.3 años. Ver Cuadro 23.

**Cuadro 23. Edad promedio de los pacientes hospitalizados por DMT2 de acuerdo al servicio de hospitalización.**

SERVICIOS	EDAD PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	EDAD MÍNIMA	EDAD MÁXIMA
MEDICINA INTERNA	58.7 años	±13.9	29 años	98 años
CIRUGÍA GENERAL	57.3 años	±11.6	33 años	85 años

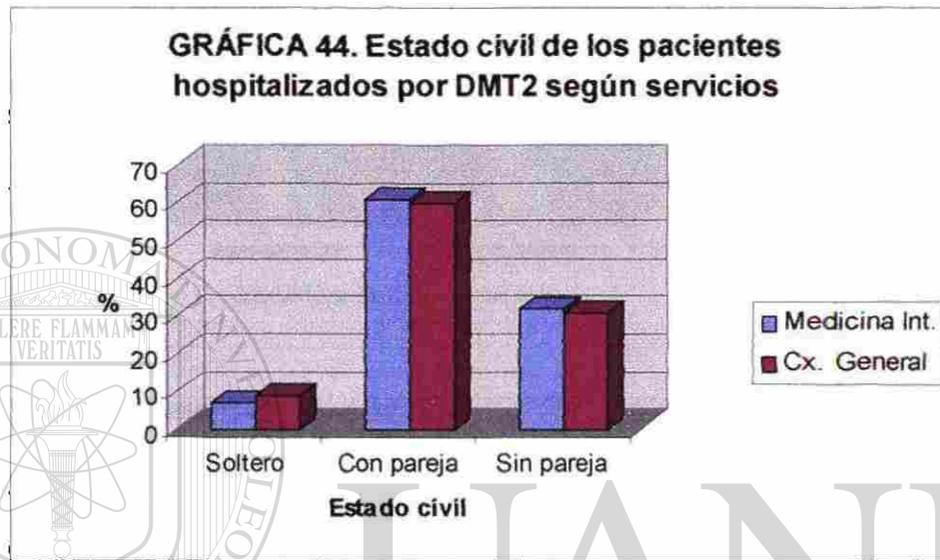
En cuanto a la escolaridad de los pacientes que fueron hospitalizados por DMT2 en estos dos servicios se observa lo siguiente: El 64% de los pacientes que ingresaron al Servicio de Cirugía General tenían Educación primaria, mientras que los que se hospitalizaron en algún servicio de Medicina Interna se reporta solo el 61%. Otro dato importante de mención es que el 27% de los pacientes que ingresaron a Cirugía eran analfabetos y de los que se hospitalizaron en Medicina Interna solo el 20% tenían las mismas características. Ver la Gráfica 43.

**GRÁFICA 43. Escolaridad de los pacientes hospitalizados por DMT2 según servicio de internamiento.**

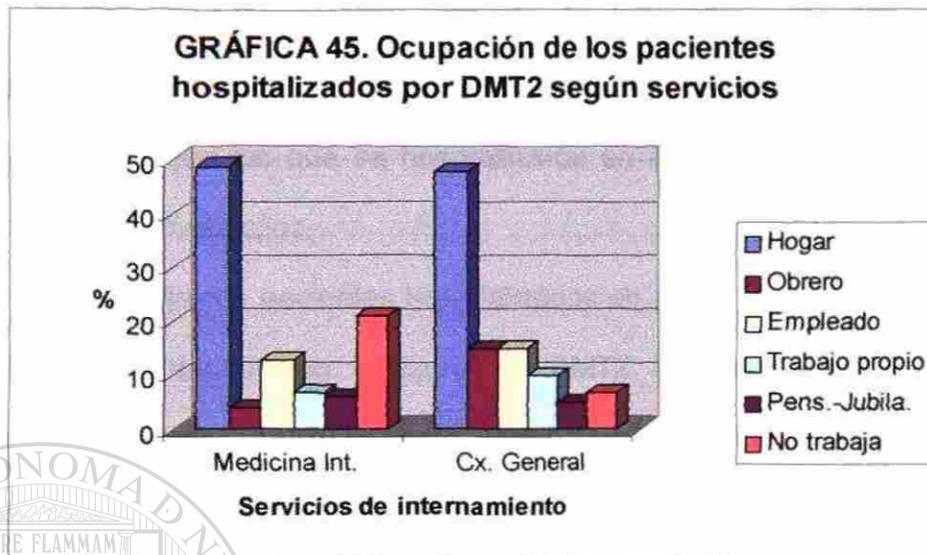


En cuanto al estado civil de los pacientes internados por DMT2 en estos dos servicios se encontraron datos muy similares : El 60% de los pacientes que

ingresan a Cirugía General tenían una pareja (casado, unión libre), de igual manera con un 61% los que se hospitalizaron en algún servicio de Medicina Interna. Ver la Gráfica que sigue.

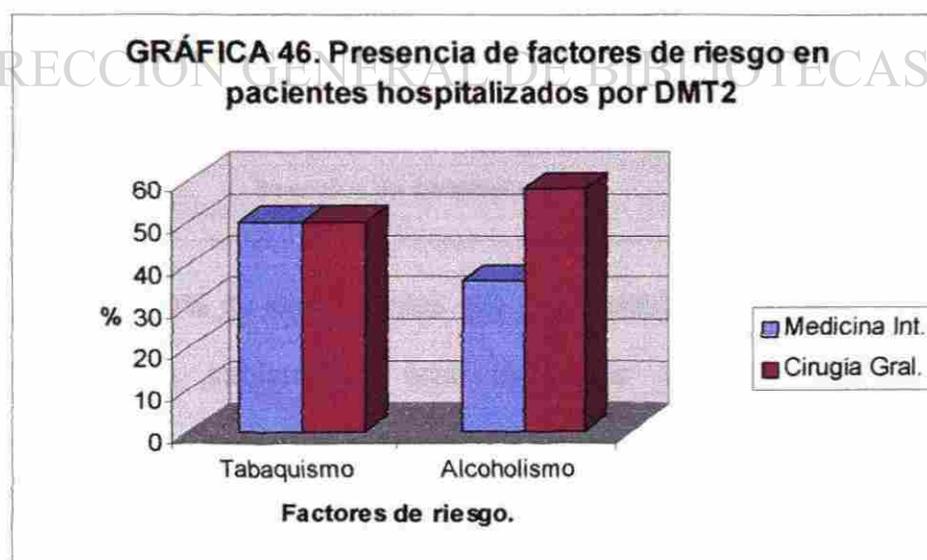


Con respecto a la ocupación de los pacientes que se hospitalizaron por DMT2 en estos dos servicios se encontró lo siguiente: el 49% de los pacientes que se internaron en Medicina Interna realizan actividades del hogar; muy similar se encontró en los casos que ingresaron al Servicio de Cirugía General donde el 48% se dedicaba a lo mismo. Vea la siguiente Gráfica.



En lo referente a la presencia de algunos factores de riesgo en los pacientes internados por DMT2 en estos servicios se encontró lo siguiente: En el 50% de los pacientes que ingresaron a Medicina Interna y Cirugía General se encontró la presencia de tabaquismo. Con respecto al alcoholismo el 58% de los casos que ingresaron a Cirugía General lo presentan mientras que en

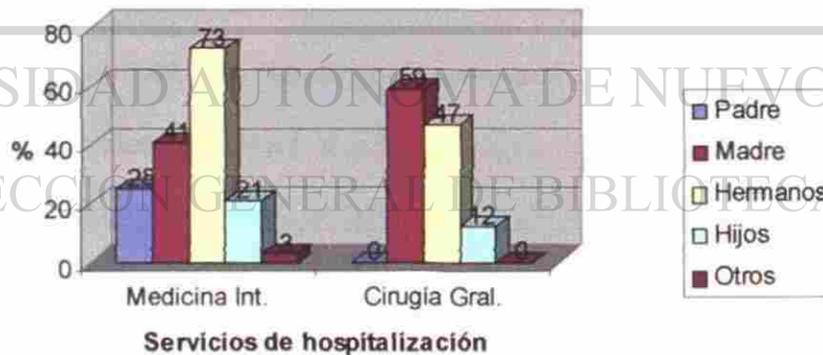
Medicina Interna solo el 36% de los pacientes que ingresaron. Ver Gráfica 46.



El 100% de los pacientes que fueron internados en el Servicio de Cirugía General tenían un domicilio en algún municipio del estado de Nuevo León, mientras que los que se hospitalizaron en algún servicio de Medicina Interna solo el 96% de ellos.

El 69% de los pacientes hospitalizados en algún servicio de Medicina Interna tienen antecedentes familiares de DMT2, destacando el parentesco hermanos, presente en el 74% de ellos. Con respecto a los pacientes internados en el Servicio de Cirugía General el 52% de ellos refieren tener antecedentes familiares de DMT2, destacando en ellos el parentesco de la madre, presente en el 59% de los casos. Ver Gráfica que sigue:

**GRÁFICA 47. Antecedentes familiares de DMT2 en pacientes internados por DMT2 de acuerdo a los servicios.**



Solo el 90% de los pacientes que se hospitalizaron en algún servicio de Medicina Interna sabían que eran diabéticos, al 10% restante le fue diagnosticada esta enfermedad durante sus internamientos. Con respecto a los pacientes que se internaron en el Servicio de Cirugía General el 98% ya sabía

que tenía esta enfermedad y solo a un 2% de ellos le fue diagnosticada durante su hospitalización.

Con respecto al tiempo promedio de años de evolución de esta enfermedad en los pacientes que se hospitalizaron en algún servicio de Medicina Interna fue de 11.8 años y el promedio en los pacientes que internaron en el Servicio de Cirugía General fue de 12.6. Ver el siguiente cuadro.

**Cuadro 24. Promedio de años de evolución de la DMT2 de acuerdo al servicio de hospitalización**

SERVICIOS	PROMEDIO AÑOS DE EVOLUCION	DESVIACIÓN ESTANDAR	MÍNIMO DE AÑO	MÁXIMO DE AÑOS
MEDICINA INTERNA	11.8	+9.3	< de un año	35 años
CIRUGÍA GENERAL	12.6	±9.3	< de un año	35 años

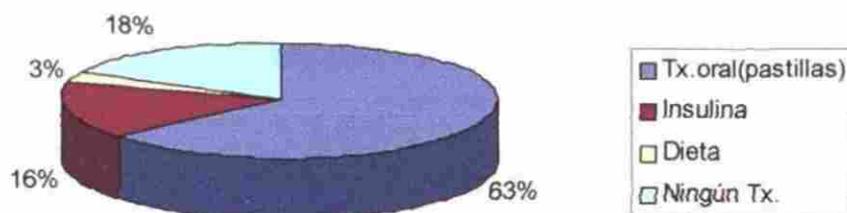
En relación al tratamiento médico que estaba recibiendo para control de la Diabetes los pacientes que fueron hospitalizados en algún servicio de

Medicina Interna y en el servicio de Cirugía General destacan los Hipoglicemiantes orales (HGO) en ambos casos en el 63 % de los pacientes.

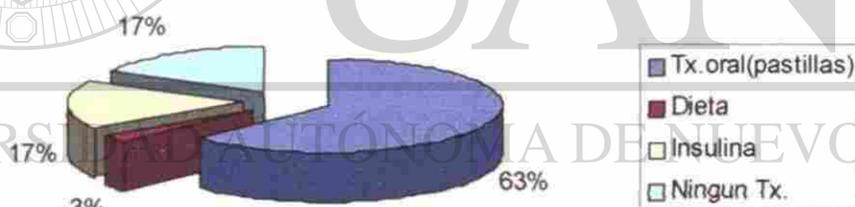
Otro dato que destaca también es el 18 % de los pacientes internados en algún servicio de Medicina Interna que no recibían ningún tratamiento y el 17 % de los ingresados en el Servicio de Cirugía General estaban en la misma situación.

Ver las gráficas 48 y 49

**GRÁFICA 48. Tx. médico que recibían los pacientes al ser internados en Medicina Interna.**



**GRÁFICA 49. Tx. médico que recibían los pacientes antes de ser internados en Cirugía Gral.**



Con respecto a las complicaciones crónicas ya presentes en los pacientes que fueron hospitalizados en algún servicio de Medicina Interna destacan la Hipertensión Arterial (HTA) presente en el 59 % de los casos y la Insuficiencia Renal Crónica en el 34 % de los pacientes. En relación a las complicaciones crónicas ya presentes en los pacientes que fueron internados

en el Servicio de Cirugía General sobresale el Pié diabético presente en el 98 % de los pacientes y las amputaciones en el 31 % de ellos. Ver Gráfica 50 y 51



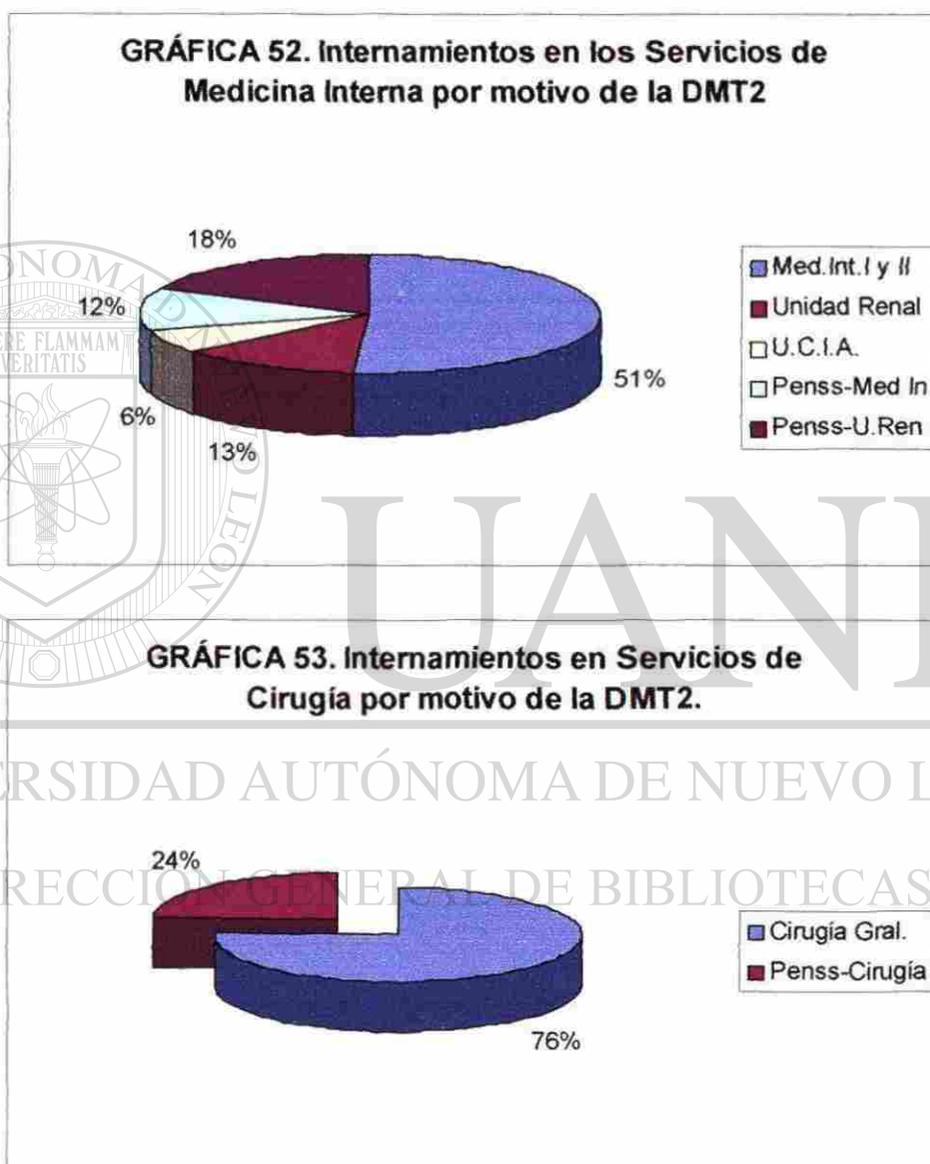
**GRÁFICA 51. Complicaciones crónicas ya presentes en pacientes internados en Cx. General.**



### 3.10 Uso de servicio de un tercer nivel de atención por motivo de la DMT2 según los servicios de internamiento:

Con respecto a los Servicios de hospitalización del área de Medicina Interna donde se ingresaron pacientes por motivo de la DTM2 sobre salen los Servicios de Medicina Interna I y II de sala general con un 51 % de los casos,

En relación a los servicios del Área de Cirugía donde ingresaron más pacientes por motivo de la DMT2 destaca el Servicio de Cirugía General donde ingresaron el 75 % de los pacientes. Ver las siguientes gráficas:



El promedio de internamientos al año de un paciente a algún servicio de Medicina Interna fue de 1.4 al año ( $\pm 1.2$ ). Muy similar se presentó en Cirugía

General donde le promedio de internamientos en un año de una paciente por motivo de la DMT2 fue de 1.2 ( $\pm$ .4). Observe el cuadro 25.

**CUADRO 25. Promedio anual de internamientos de pacientes en los servicios de Medicina Interna y Cirugía por motivo de la DMT2**

SERVICIO	PROMEDIO DE INTERNAMIENTOS AL AÑO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MÍNIMOS AL AÑO	MÁXIMOS AL AÑO
MEDICINA INTERNA	1.4	$\pm$ 1.2	1	9
CIRUGIA GENERAL	1.3	$\pm$ .2	1	3

Con respecto de días estancia de los pacientes que fueron hospitalizados por motivos de la DMT2 en algún servicio de Medicina Interna fue de 7 días. En cambio, el promedio de días- estancia de los pacientes que se internaron en Cirugía General por motivo de la DMT2 fue de 12 días. Ver cuadro 26.

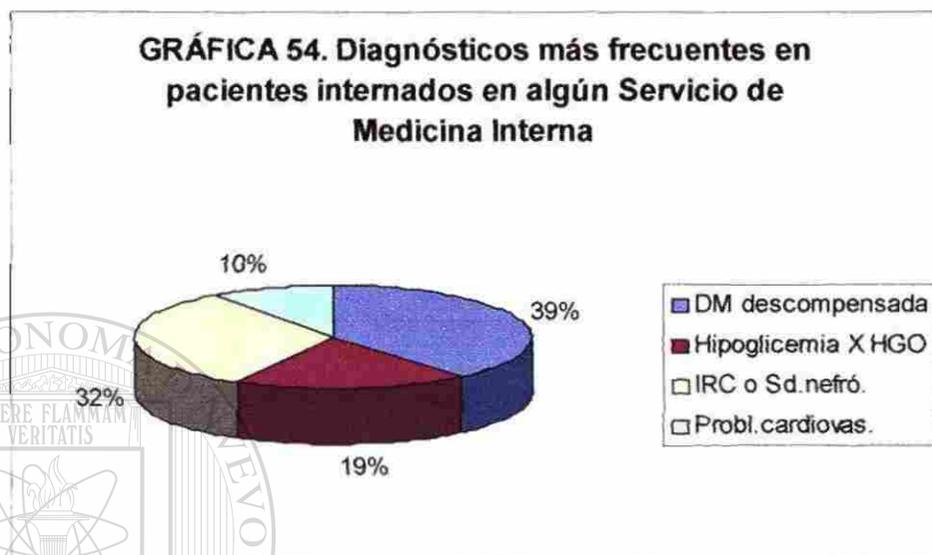
**CUADRO 26. Promedio días estancia de los pacientes que se hospitalizaron por DMT2 según servicio**

SERVICIO	PROMEDIO DIAS-ESTANCIAS	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	ESTANCIA MÍNIMA	ESTANCIA MÁXIMA
MEDICINA INTERNA	7 días	$\pm$ 7.1	1 día	48 días
CIRUGIA GENERAL	12 días	$\pm$ 9.2	2 días	40 días

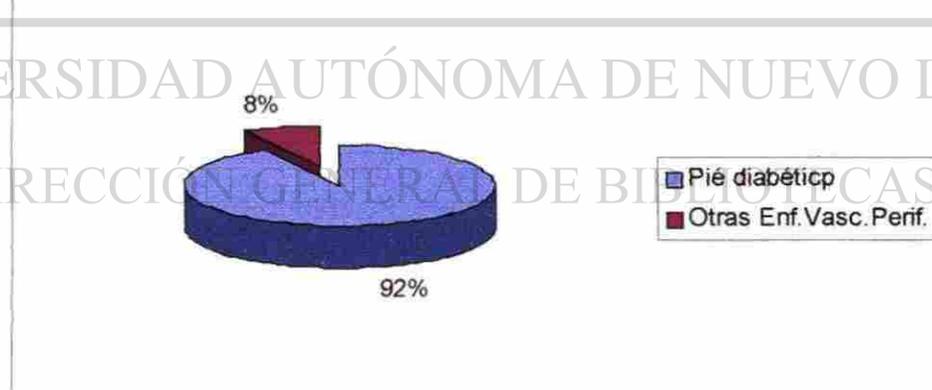
En relación a los diagnósticos más frecuentes encontrados en los pacientes que ingresaron a uno de los Servicios de Medicina Interna destaca la Diabetes Mellitus descompensada en el 39 % de los casos, la cual incluye la Cetoacidosis Diabética y el Estado Hiperosmolar Mixto. Con respecto al diagnóstico que más se encontró en los pacientes internados en algún servicio

de Cirugía General destacó el Pié diabético en el 92% de los pacientes.

Observe las gráficas 54 y 55.



**GRÁFICA 55. Diagnósticos más frecuentes en los pacientes que se internaron por motivo de la DMT2 en algún servicio de Cx. General**

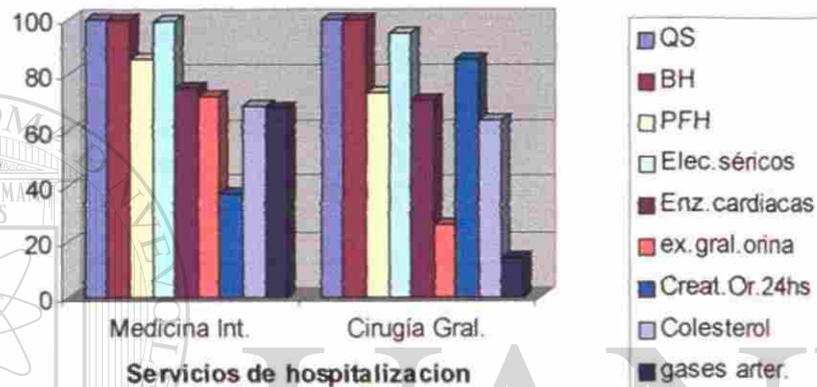


Con respecto a los exámenes de laboratorio que se realizaron a los pacientes que se hospitalizaron en algún servicio de Medicina Interna por motivo de la DMT2 destacan la Biometría Hemática (BH) y la Química Sanguínea (QS) realizadas en el 100 % de los pacientes; de igual manera en

los pacientes que se hospitalizaron en algún servicio de Cirugía General estos dos exámenes de laboratorio clínico se practicaron en el 100 % de los casos

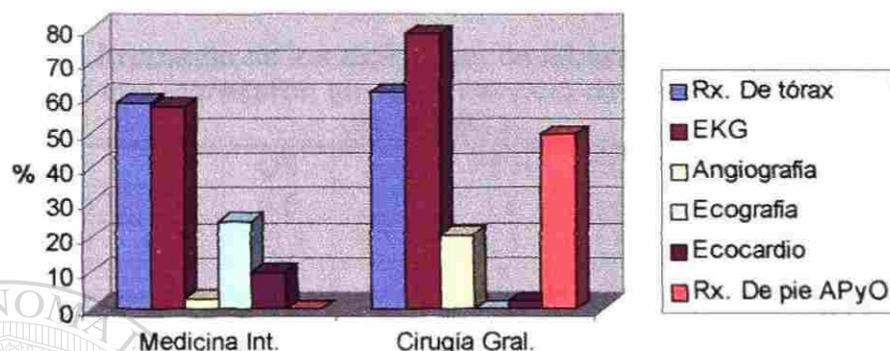
Ver la gráfica 56

**GRÁFICA 56. Uso de laboratorio clínico por pacientes ingresados por DMT2 según el servicio**



En relación al estudio radiológico que más se realizó a los pacientes que se hospitalizaron en algún servicio de Medicina Interna sobresale la radiografía de tórax que se tomó al 59% de los casos, seguido del Electrocardiograma (EKG) hecho al 58% de los pacientes. Con respecto a los estudios radiológicos que más se efectuaron a los pacientes que se internaron en algún servicio de Cirugía General destaca con el 79% el Electrocardiograma (EKG) y le sigue en segundo lugar la radiografía de tórax realizada al 62% de la población que allí se ingresó. Ver la Gráfica 57.

**GRÁFICA 57. Uso del servicio de radiología y Electrocardiografía por pacientes hospitalizados por DMT2 según servicios.**



El promedio al año de los exámenes de laboratorio que más destaca en los pacientes que se ingresaron a algún servicio de Medicina Interna fueron las Químicas sanguíneas (QS) con un promedio anual de 8.3. Observar el siguiente cuadro.

**CUADRO 27. Promedio de los exámenes de laboratorio más realizados en los pacientes que se internaron en algún servicio de medicina interna por la DMT2.**

Exám.lab.	BH	QS	ES	PFH	EC	EGO	COL.	GA	CITO
Promedio/año	3.6	8.3	7.8	2.3	2.1	1.8	1.8	4.9	3.8
Desv.Estándar	±3.4	±7.3	±7.4	±2.0	±1.7	±1.2	±1.4	±4.6	±3.8
Mínimos/año	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Máximos/año	21	31	31	10	8	6	7	26	12

Con respecto a los promedios de los exámenes de laboratorio que más se efectuaron en un año de internamientos en pacientes que se hospitalizaron en algún servicio de Cirugía destacan al igual que los servicios de Medicina

Interna las Químicas sanguíneas (QS) con un promedio de 9.5 al año. Ver Cuadro 28.

**CUADRO 28. Promedio de los exámenes de laboratorio más realizados en los pacientes que ingresaron en algún servicio de Cirugía Gral. Por motivo de la DMT2.**

Exám/lab	BH	QS	ES	PFH	EC	COL	GA	CREA
Promedio/año	3.1	9.5	6.5	1.4	1.5	1.4	1.3	1.3
Desv.estándar	±3.0	±6.8	±6.5	±.8	±.8	±.8	±.5	±.6
Mínimos/año	1	1	1	1	1	1	1	1
Máximos/año	12	32	31	4	4	4	2	3

En lo que se refiere al promedio anual de los estudios radiológicos efectuados en los pacientes que se hospitalizaron en algún servicio de Medicina Interna el que más destaca es el Electrocardiograma (EKG) con 1.7 de promedio. Muy similar se observó el promedio de los estudios radiológicos realizados en los casos que se ingresaron en algún servicio de Cirugía General

donde también destaca el EKG con el 1.3 de promedio anual. Esto se puede observar en el siguiente cuadro:

**CUADRO 29. Promedio de los estudios radiológicos más realizados en los pacientes que se hospitalizaron por DMT2 según el servicio.**

Est.radiol. SERVICIOS	RX. DE TÓRAX		ELECTROCARDIOGRAMA	
	MED.INTERNA	CX.GENERAL	MED.INTERNA	CX.GRAL.
Promedio/año	1.4	1.1	1.7	1.3
Desv. estándar	±1.3	±.5	±1.1	±.5
Mínimos/año	1	1	1	1
Máximos/año	7	3	6	3

Sólo un 2% de los pacientes que se hospitalizaron en algún servicio de Cirugía General presentaron complicaciones durante su o sus internamientos

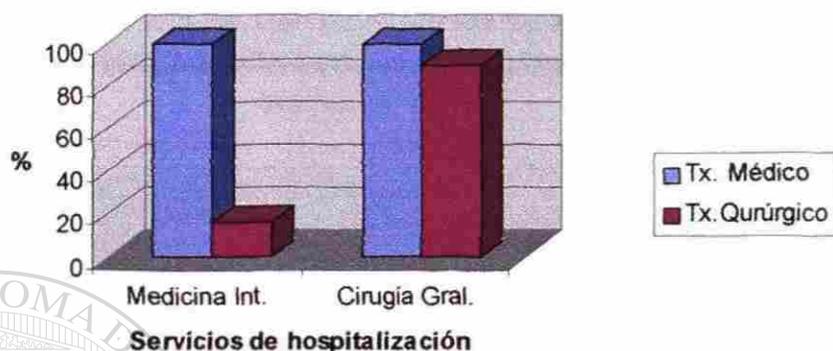
durante un año. Sin embargo el 16% de los pacientes que se ingresaron en algún servicio de Medicina Interna presentaron alguna complicación durante su estancia hospitalaria. Con respecto a la presencia de complicaciones en o los internamientos de los pacientes que fueron hospitalizados en algún servicio de Medicina Interna por motivo de la DMT2 destacan la Cetoacidosis diabética, La Hipoglucemia por HGO, catéter para diálisis con lento drenaje, Peritonitis bacteriana asociada a catéter, Neumonía intrahospitalaria en dos casos, Sangrado de tubo digestivo alto (STDA), Sepsis intraabdominal e Hipokalemia entre otras. En cuanto a las complicaciones que se presentaron en los pacientes internados en algún servicio de cirugía General por motivo de la diabetes se mencionan una Trombosis aorto-femoral y un Seroma en herida de muñón.

El 100% de los pacientes que se hospitalizaron en algún servicio de

---

Medicina Interna recibieron uno o más tratamientos médicos, pero solo en el 17% se requirió de un tratamiento quirúrgico. Con respecto a los pacientes que se ingresaron a algún servicio de Cirugía general por motivo de la DMT2 al 100% de ellos se otorgó un tratamiento médico o más y en el 90% de los casos se requirió un tratamiento quirúrgico. Ver la siguiente gráfica:

**GRÁFICA 58. Tratamientos médicos y quirúrgicos realizados en los pacientes hospitalizados por DMT2.**



El promedio anual de los tratamientos médicos otorgados a los pacientes que se internaron en algún servicio de Medicina Interna por motivo de la DMT2 fue de 4.1 y el promedio anual de los tratamientos quirúrgicos fue de 2.2. Con respecto al promedio anual de los tratamientos médicos proporcionados a los pacientes que por motivo de la DMT2 se internaron en algún servicio de Cirugía General fue de 3.6 y de los tratamientos quirúrgicos de 1.5 al año. Ver el cuadro 30.

**CUADRO 30. Promedio anual de los tratamientos médicos y quirúrgicos otorgados a los pacientes que se hospitalizaron por la DMT2 en Medicina Interna y Cirugía**

Tipo de Tratamiento	promedio anual		desviación estándar		mínimos/ año		máximos/ año	
	Med. Int.	Cx. Gral.	Med. Int.	Cx. Gral.	Med. Int.	Cx. Gral.	Med. Int.	Cx. Gral.
<b>Tx. Médico</b>	4.1	3.6	± 1.4	± .9	2	1	9	6
<b>Tx. Quirúrgico</b>	2.1	1.5	± 1.1	± .7	1	1	4	3

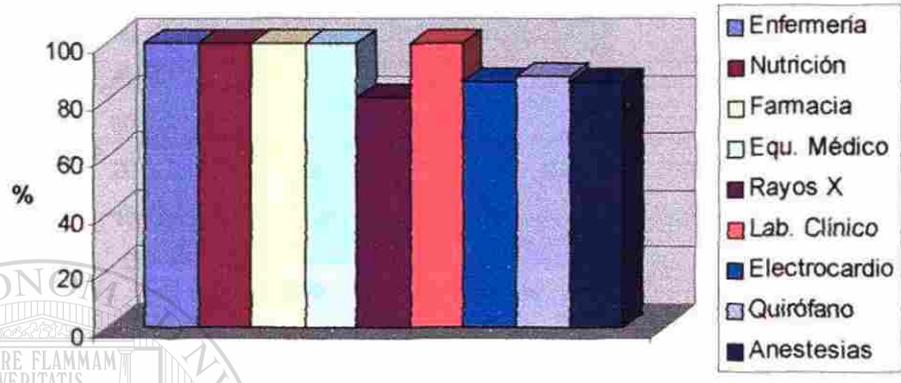
En cuanto a los servicios que apoyaron durante las hospitalizaciones de los pacientes internados por la DMT2 en algún servicio de Medicina Interna

destacan con un 100 por ciento de apoyo los Servicios de Enfermería y Laboratorio Clínico Ver la Grafica que sigue:



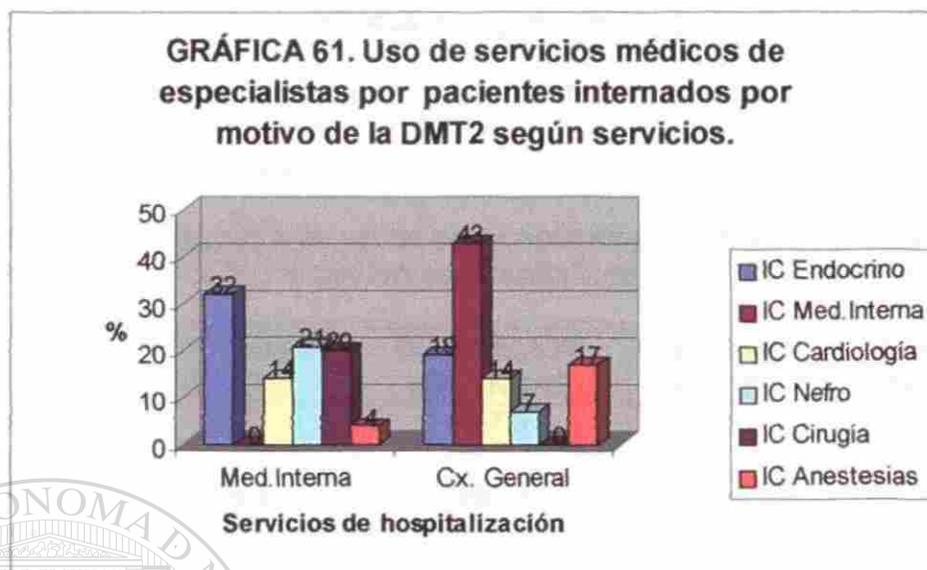
Con respecto a los servicios que apoyaron a los internamientos de los pacientes que ingresaron a un servicio de Cirugía por motivo de la DMT2 sobresalen con un 100 por ciento los servicios de Enfermería, Nutrición, Farmacia, Equipo Médico y Laboratorio Clínico. Ver la Gráfica 60.

**GRÁFICA 60. Uso de servicios de apoyo por pacientes que ingresaron a Cirugía Gral. Por motivo de la DMT2**



Con respecto a las interconsultas médicas hechas por especialistas en un año a pacientes ingresados en algún Servicio de Medicina Interna destacan las hechas por el Servicio de Endocrinología al 32 por ciento de los casos. En cambio en los pacientes que se hospitalizaron por motivo de la DMT2 en algún servicio de Cirugía General las interconsultas médicas de especialistas que más realizaron fueron por Medicina Interna hechas al 43 por ciento de los pacientes.

Ver la Gráfica 61



En relación al promedio de visitas médicas realizadas a los pacientes hospitalizados por la DMT2 en algún Servicio de Medicina Interna resultó ser de 25.2 visitas al año. En cuanto al promedio de visitas médicas realizadas a los pacientes que se internaron en algún servicio de Cirugía General por motivo de la DMT2 se encontró que fue de 20.3 visitas médicas en un año. Ver cuadro

No. 31.

**CUADRO 31. Promedio anual de visitas médicas realizadas a los pacientes internados por motivo de la DMT2**

SERVICIOS	PROMEDIO ANUAL	DESVIACION ESTANDAR	MINIMAS AL AÑO	MAXIMAS AL AÑO
MEDICINA INTERNA	25.2	±25.1	3	166
CIRUGÍA INTERNA	20.3	±14.4	5	61

Con respecto al promedio de prescripciones médicas indicadas en el expediente clínico de los pacientes que fueron hospitalizados en algún servicio de Medicina Interna por motivo de la DMT2 se encontró que fue de 93.7 prescripciones al año. Con respecto a este mismo dato pero en los expedientes

clínicos de los pacientes internados en algún servicio de Cirugía General resultó ser un promedio de 118.5 prescripciones médicas al año. Estos datos se pueden encontrar en el siguiente cuadro.

**CUADRO 32. Promedio anual de prescripciones médicas indicadas en el expediente clínico de los pacientes hospitalizados por motivo de la DMT2**

SERVICIOS	PROMEDIO ANUAL	DESVIACION ESTANDAR	MINIMAS AL AÑO	MAXIMAS AL AÑO
Med. Interna	93.7	±97.3	10	690
Cirugia Gral	118.5	±90.0	20	383

### 3.11 Descripción sociodemográfica según el género:

La edad promedio de los pacientes del género masculino que fueron hospitalizados por motivo de la DMT2 fue de 56.9 años, muy similar fueron los casos correspondientes al género femenino quienes presentaron una

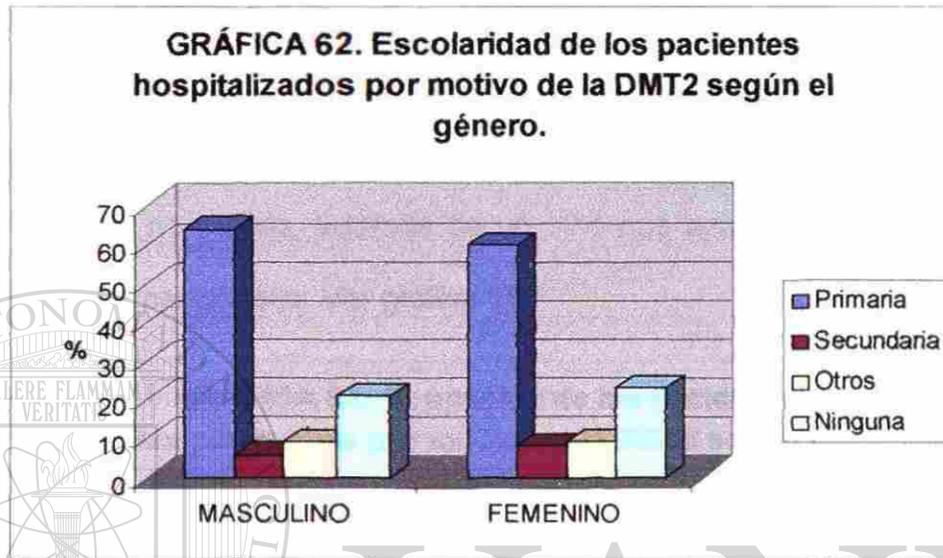
edad promedio de 59.4 años. Ver cuadro que sigue:

**CUADRO 33. Edad promedio de los pacientes hospitalizados por motivo de la DMT2 según género**

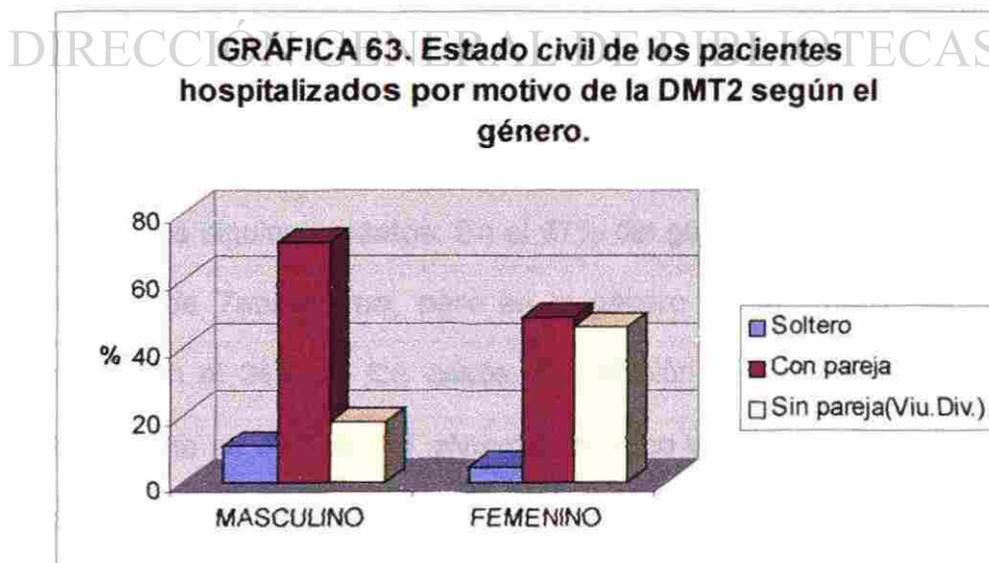
GÉNERO	EDAD PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR	EDAD MINIMA	EDAD MAXIMA
MASCULINO	56.9	±12.5	33 años	81 años
FEMENINO	59.4	±13.6	29 años	98 años

En cuanto a la escolaridad de los pacientes que se internaron en un tercer nivel de atención por motivo de la DMT2 según el género se encontró lo siguiente: El 64 por ciento del género masculino tienen educación Primaria, mientras que en el género femenino solo el 57% de los casos. Otro dato relevante y muy similar entre ellos fue el 21% del género

masculino que son analfabetas y el 23% lo que corresponde al género femenino. Ver gráfica 62



En cuanto al estado civil de los pacientes hospitalizados por motivo de la DMT2 según el género se encontró que el 71% del género masculino tienen una pareja (casados, unión libre); mientras que en el género femenino solo el 49% de los casos también la tienen. Ver gráfica 63.



Con respecto a la ocupación de los pacientes hospitalizados por motivo de la DMT2 según el género se encontró lo siguiente: El 93% del género femenino están dedicadas a realizar actividades del hogar y solo un 2% ya no trabaja por estar pensionada o jubilada. En cambio en lo que respecta al género masculino solo el 56% está activo como obrero, empleado o tiene un trabajo propio; el 32% no trabaja, además de un 10% que también está inactivo por estar jubilado o pensionado. Ver gráfica 64.

**GRÁFICA 64. Ocupación de los pacientes hospitalizados por motivo de la DMT2 según el género.**



En lo referente a la presencia de algunos factores de riesgo en los pacientes internados por motivo de la DMT2 de acuerdo al género se encontraron los siguientes datos: En el 67% del género masculino se encontró la presencia de Tabaquismo, pero en el género femenino solo se encontró tabaquismo en el 34% de los casos. En relación al factor alcoholismo, este estuvo presente en el 74% del género masculino y sólo en el 16% del género femenino. Ver la gráfica 65.

**GRÁFICA 65. Factores de riesgo en pacientes hospitalizados por DMT2 según el sexo**

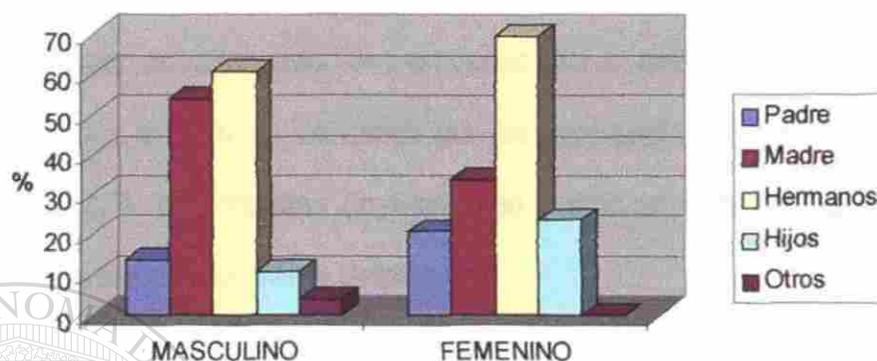


Todos los pacientes del género masculino hospitalizados por motivo de la DMT2 tenían su domicilio actual en algún municipio del Estado de Nuevo León, mientras que los casos del género femenino el 95% de ellos. El 69% de los pacientes del género masculino si tenían antecedentes familiares de DMT2, destacando en ellos el parentesco hermanos, presente en el 61% de ellos. En

los casos del género femenino se encontraron datos muy similares: El 64% de ellos tenían antecedentes familiares de DMT2 y el parentesco que más sobresale es el de hermanos, presente en el 70% de ellos. Ver la siguiente

gráfica 66.

**GRÁFICA 66. Antecedentes familiares de DMT2 en pacientes hospitalizados por DMT2 según el sexo**



El 95% de los pacientes del género femenino internados por motivo de la DMT2 ya sabía que tenía esta enfermedad, al resto le fue diagnosticada en su hospitalización. En cambio en lo que respecta a los pacientes del género masculino solo el 91% de ellos sabía que era diabético y al restante 9% se lo diagnosticaron mientras estuvo internado. Con respecto al promedio de los

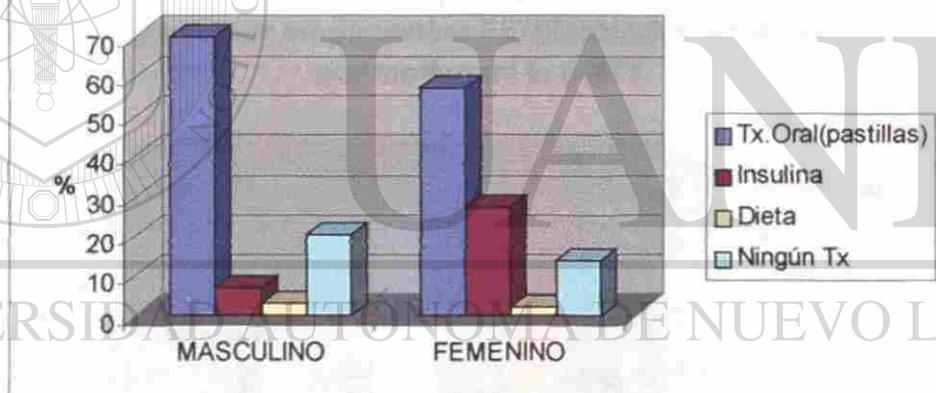
años de evolución de esta enfermedad en ambos géneros en el grupo de pacientes hospitalizados por DMT2 se encontraron datos muy similares. El promedio en el género femenino fue de 12.1 años y en el masculino de 12.0 años. Ver el cuadro 34.

**CUADRO 34. Promedio de años de evolución de pacientes hospitalizados por DMT2 según el género.**

Género	promedio años/evolución	desviación estándar	mínimo de años	máximo de años
MASCULINO	12.0	± 9.9	< de un año	35
FEMENINO	12.1	± 8.7	< de un año	29

En relación al tratamiento médico que estaban recibiendo los pacientes del género masculino para controlar la diabetes destaca el Tratamiento oral (pastillas) en el 70% de ellos. Además un 20% de ellos no llevaban ningún tratamiento al ser hospitalizado. Sin embargo, en lo que respecta al género femenino destaca el 57% de los casos que se controlaba con Tratamiento oral (tabletas), un 27% con Insulina (inyecciones) y solo el 14% de los casos no recibía ningún tratamiento. Ver la Gráfica 67.

**GRÁFICA 67. Tx. médico que recibían los pacientes antes de ser hospitalizados por DMT2 según el género.**



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Con respecto a las complicaciones crónicas por la Diabetes ya presentes en los pacientes masculinos hospitalizados por motivo de esta enfermedad sobresale el pie diabético presente en el 48% y la Hipertensión arterial (HTA) encontrada en el 36% de ellos. En relación a las complicaciones crónicas ya presentes en los pacientes del género femenino que fueron hospitalizados por motivo de la DMT2 destaca la Hipertensión arterial (HTA) encontrada en la mitad de las pacientes, seguida del Pié diabético presente en el 43% de los casos femeninos. Ver las Gráficas 68 y 69.



### 3.12 Uso de los servicios en un tercer nivel de atención por motivo de la DMT2 según el género:

Se estudiaron en igualdad de porcentajes dos poblaciones: género masculino y género femenino. El promedio de internamientos en un año en el género masculino fue de 1.3 y en el género femenino de 1.2 ( $p = > 0.05$ ). En ambos géneros el mínimo de internamientos que tuvieron en un año fue de uno,

en cambio el máximo de internamientos anual se presentó en los hombres y fue de 9 en un año. Ver el Cuadro 35:

**CUADRO 35. Promedio anual de internamientos por motivo de la DMT2 según el género.**

género	PROMEDIO INTERNAMIENTOS/ AÑO *	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MÍNIMOS/ AÑO	MÁXIMOS/ AÑO
MASCULINO	1.3	± .9	1	9
FEMENINO	1.2	± .7	1	6

\* p => 0.05

Con respecto al promedio de días-estancia de los pacientes que fueron hospitalizados por motivo de la DMT2 según el género se encontró lo siguiente: el promedio de los hombres fue de 9.3 días y el de las mujeres de 9.6 días (p => 0.05). Sin embargo la estancia hospitalaria más corta se encontró en el género femenino y fue de un día y la estancia más prolongada fue en el género masculino con 48 días. Ver el Cuadro 36.

**CUADRO 36. Promedio días-estancia de los pacientes hospitalizados por DMT2 según el género.**

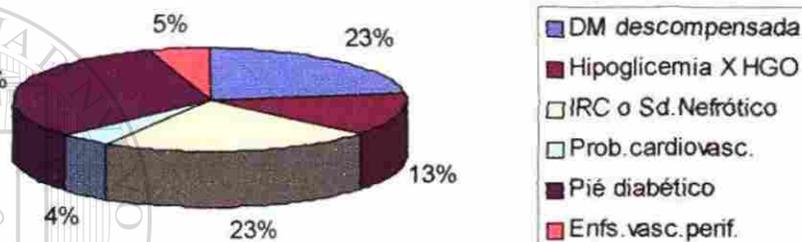
género	PROMEDIO DÍAS-ESTANCIA*	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	ESTANCIA MÍNIMA	ESTANCIA MÁXIMA
MASCULINO	9.3	± 8.5	48	2
FEMENINO	9.6	± 7.6	40	1

\*P => 0.05

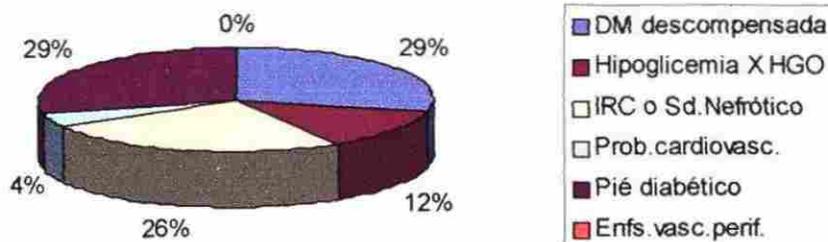
En relación al diagnóstico médico de ingreso más frecuente encontrado en los pacientes masculinos hospitalizados por motivo de la DMT2 sobresale el Pié diabético en el 32% de los casos y en las pacientes femeninas destacan

con un porcentaje igual del 29% el Pié diabético y la Diabetes Mellitus descompensada que incluyó la Cetoacidosis diabética, el Coma Hiperosmolar Mixto y la DM descompensada. Ver las Gráficas 70 y 71.

**GRÁFICA 70. Diagnósticos médicos de ingreso en pacientes MASCULINOS hospitalizados por DMT2**

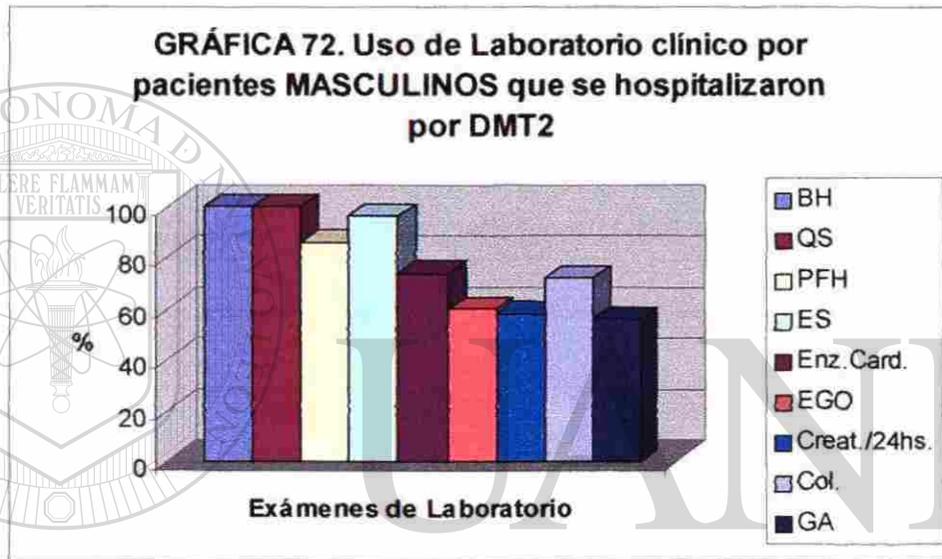


**GRÁFICA 71. Diagnósticos médicos de ingreso en pacientes FEMENINAS hospitalizadas por motivo de DMT2.**

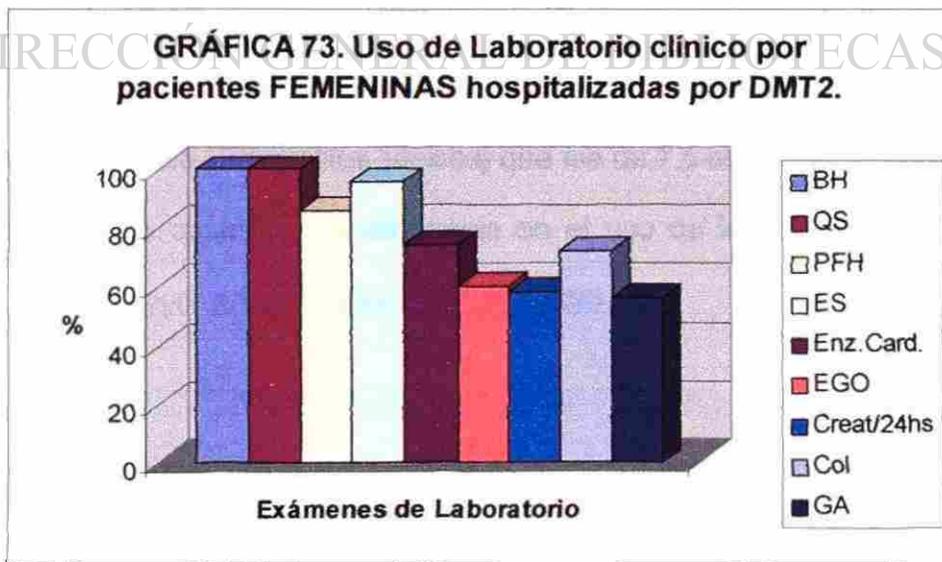


Con respecto a los exámenes de laboratorio que se les realizaron en los casos del género femenino hospitalizados por motivo de la DMT2 sobresalen la

Biometría Hemática (BH) y la Química Sanguínea (QS) practicadas en el 100% de ellos. De igual manera sucedió con los pacientes del género masculino donde la Biometría Hemática y la Química sanguínea se les realizaron al 100% de los casos. Ver la Gráfica 72 y 73.



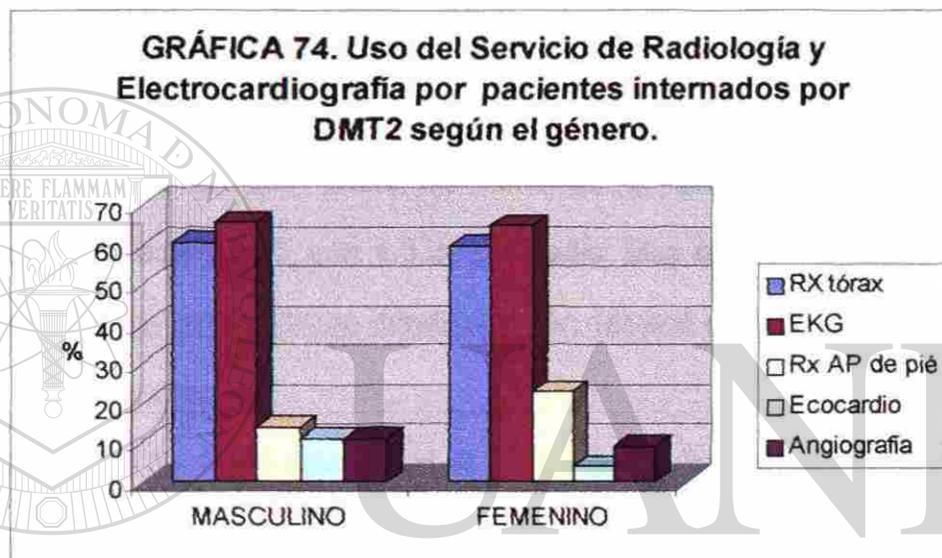
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



En los estudios radiológicos y otros que más se realizaron en los pacientes masculinos que fueron hospitalizados por la DMT2 en un año sobresale el EKG (Electrocardiograma) efectuado en el 66% de los casos. Muy similar se presentó la realización de este estudio en pacientes femeninas, se hizo al 65% de ellas. Observar la Gráfica 74.



El promedio anual del examen de laboratorio que destacó igualmente en pacientes del género masculino que en pacientes del género femenino fue de 8.7 que correspondió al de la QS (Química sanguínea), seguido del promedio de los ES (Electrolitos séricos) que fue de 7.5 en los hombres y 7.2 en las mujeres. Se observó una diferencia en el uso de las Enzimas cardiacas ( $p = 0.03$ ) fue mayor en el hombre. Ver el Cuadro 37.

**CUADRO 37. Promedio anual de los exámenes de laboratorio más realizados en pacientes de ambos géneros que se hospitalizaron por DMT2**

ex.lab.	BH		QS		ES		PFH		ENZ.CARD.*	
Género	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Promedio	3.6	3.3	8.7	8.7	7.5	7.2	2.1	1.9	2.2	1.6
Desv.Std.	3.4	3.1	7.4	7.0	7.2	7.0	1.7	1.7	1.7	1.2
Máx.	21	15	31	32	31	31	8	10	8	7
Min.	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1

\* P = 0.3

En lo que se refiere al promedio anual de los estudios radiológicos y otros efectuados en los pacientes hombres el que más destaca es el Electrocardiograma (EKG) con 1.6 de promedio. Muy similar se observó en los pacientes del género femenino donde también destacó el EKG con un promedio de 1.4. Ver el Cuadro 38.

**CUADRO 38. Promedio anual de los estudios radiológicos y otros efectuados en los pacientes hospitalizados por DMT2 según el género**

Estudios y rayos x	Rx. de tórax		electrocardiograma	
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
Promedio/año	1.3	1.3	1.6	1.4
Desv.estándar	± 1.2	± .9	± 1.1	± .7
Mínimos/año	1	1	1	1
Máximos/año	7	6	6	3

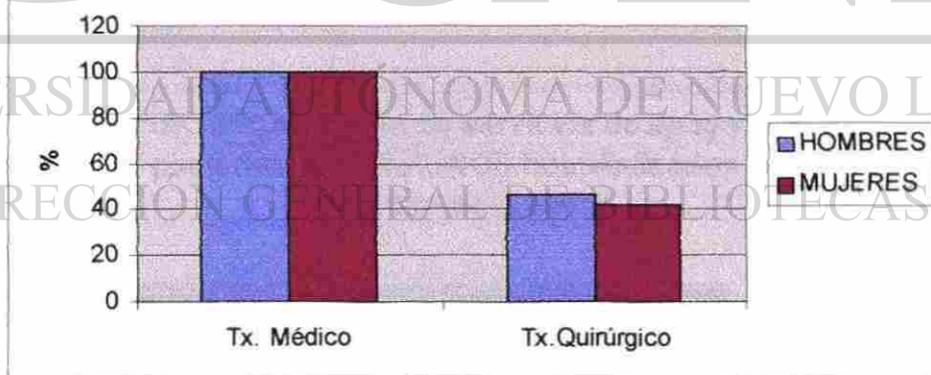
Con respecto a las complicaciones que presentaron los pacientes hospitalizados por motivo de la DMT2 durante su o sus internamientos se presentaron solo en el 11% tanto del género masculino como femenino. Entre las complicaciones que se presentaron en los pacientes del género masculino destacan: Una trombosis de injerto aorto-femoral, un Sangrado de tubo digestivo alto (STDA), Sepsis intraabdominal, neumonía intrahospitalaria en dos

casos, Celulitis en antebrazo y un hematoma. Con respecto a las complicaciones que se presentaron en pacientes del género femenino se mencionan: Cetoacidosis diabética, Hipoglucemia por HGO, Hipokalemia, Infección en muñón, Peritonitis bacteriana secundaria a catéter y Drenaje lento en un catéter para diálisis.

El 100% de los pacientes de ambos géneros que se hospitalizaron por motivo de la DMT2 recibieron uno o más tratamientos médicos. Sin embargo, solo el 46% de los casos del género masculino hospitalizados recibió un tratamiento quirúrgico y de los casos del género femenino solo el 42% de ellos.

Ver la Gráfica 75.

**GRÁFICA 75. Tratamientos médicos y quirúrgicos realizados en pacientes hospitalizados por DMT2 según el género.**



El promedio anual de los tratamientos médicos otorgados a los pacientes masculinos que se hospitalizaron por motivo de la DMT2 fue de 4.0 y el promedio anual de los tratamientos quirúrgicos de 1.6. Con respecto al promedio anual de los tratamientos médicos proporcionados a los pacientes

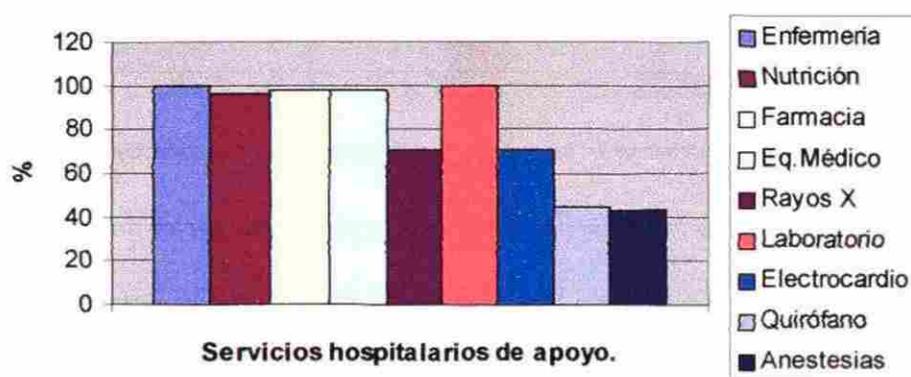
femeninos que se internaron por motivo de la DMT2 fue de 3.8 y el promedio anual de los tratamientos quirúrgicos de 1.6. Ver el cuadro que sigue:

**CUADRO 39. Promedio anual de los tratamientos médicos y quirúrgicos recibidos por pacientes hospitalizados por la DMT2 según el género.**

TRATAMIENTOS	PROMEDIO ANUAL		DESVIACION ESTANDAR		MINIMOS/AÑO		MAXIMOS/AÑO	
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.
<b>MEDICOS</b>	4.0	3.8	±1.4	±1.2	2	1	9	8
<b>QUIRURGICOS</b>	1.6	1.6	±.9	±.8	1	1	4	4

En cuanto a los servicios que apoyaron durante las hospitalizaciones de los pacientes masculinos internados por la DMT2 destacan el Servicio de Enfermería y Laboratorio que apoyaron en el 100% de los casos. Con respecto a los servicios que apoyaron durante los internamientos de los pacientes femeninos destacan con un 100% los servicios de Enfermería, Nutrición, Farmacia, Equipo Médico y Laboratorio. Ver las siguientes gráficas.

**GRÁFICA 76. Uso de servicios de apoyo por pacientes MASCULINOS hospitalizados por motivo de la DMT2**

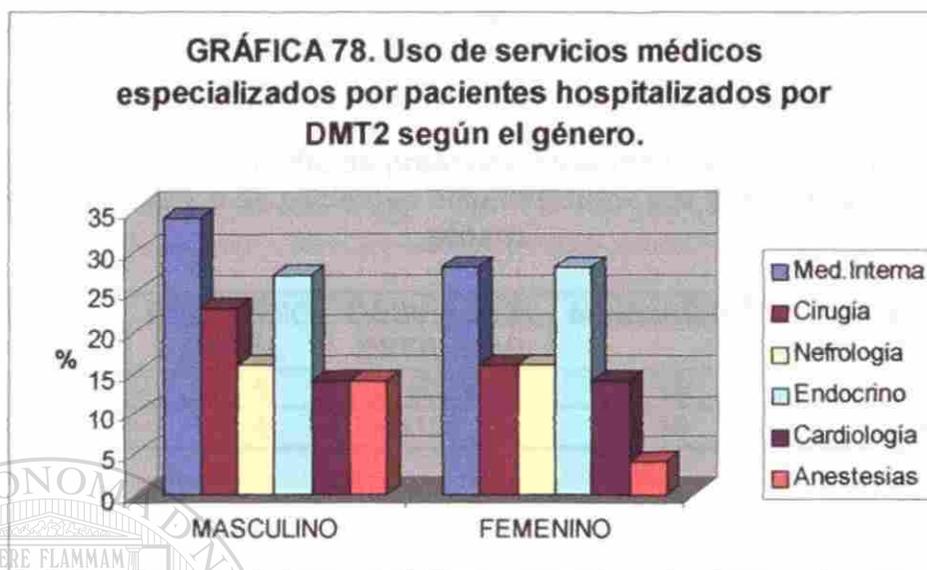




Con respecto a las interconsultas médicas hechas por especialistas en un año a pacientes masculinos hospitalizados por motivo de la DMT2 destacan las hechas por el Servicio de Médica Interna al 34% de los casos. Con respecto a las interconsultas médicas de especialistas realizadas en un año a pacientes femeninas internados por motivo de la DMT2 sobresalen los de Servicios de Medicina Interna y Endocrinología hechas al 28% de estas pacientes. Ver la

Grafica que sigue:

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



En relación al promedio de visitas médicas realizadas a pacientes del género masculino hospitalizados por la DMT2 resultó ser de 23.6. En cuanto al promedio de visitas médicas realizadas a pacientes del género femenino que se internaron por motivo de la DMT2 se encontró que fue de 23.2 visitas médicas en un año. Ver el cuadro siguiente:

**CUADRO 40. Promedio anual de visitas médicas realizadas a los pacientes hospitalizados por motivo de la DMT2 según el género**

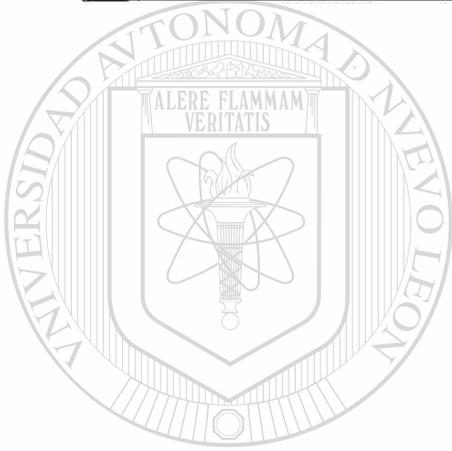
género	PROMEDIO ANUAL	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MÍNIMAS/AÑO	MAXIMAS/AÑO
<b>MASCULINO</b>	23.6	±18.0	3	95
<b>FEMENINO</b>	23.2	±25.1	3	166

Con respecto al promedio anual de prescripciones médicas indicadas en el expediente clínico de los pacientes del género masculino que fueron hospitalizados por motivo de la DMT2 se encontró que fue de 104.5 prescripciones al año. Con respecto a este mismo dato pero en los expedientes clínicos de los pacientes del género femenino internados resultó ser de 101.4

prescripciones médicas al año. Estos datos se pueden observar en el cuadro siguiente:

**CUADRO 41. Promedio de prescripciones médicas indicadas en el expediente clínico de pacientes hospitalizados por DMT2 de acuerdo al género.**

género	PROMEDIO ANUAL	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MÍNIMAS/AÑO	MAXIMAS/AÑO
<b>MASCULINO</b>	104.5	±82.4	16	366
<b>FEMENINO</b>	101.4	±106.7	10	690



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## CAPÍTULO IV DISCUSIÓN

### 4.1 Discusión de los resultados

Una cuarta parte de la población femenina que asistió a un Primer nivel de atención era analfabeta y dos cuartas partes solo tenía Primaria. En la población masculina se encontraron menos analfabetas, solo una quinta parte y tres quintas partes tenían estudios básicos de Primaria. Aquí se observa más estudios básicos en los hombres que en las mujeres. El modelo sociológico de Suchman (1984) enfatiza sobre los niveles de conocimiento que el individuo tiene, ya que los considera como un factor que determina las actitudes que toma sobre la enfermedad y su tratamiento<sup>60</sup>.

Arredondo (1992) añade que la educación de una persona puede afectar la salud de otra y su demanda de servicios de salud. Una mayor

---

educación del individuo permite la identificación temprana de los síntomas de la enfermedad, por lo que se espera que una familia con más educación utilice más los servicios de salud<sup>61</sup>. Con respecto a lo anterior se observa que el hombre tiene más educación básica y media, sin embargo más adelante nos damos cuenta que quien usa más los servicios de salud para atenderse y controlarse en un primer nivel de atención son las mujeres, y a esto le podemos agregar que quien deja más el tratamiento y control para esta enfermedad son los hombres.

Cuatro quintas partes de la población masculina que acudió a un primer nivel de atención por motivo de la DMT2 tienen un trabajo y solo un 12% de la población femenina trabaja, el resto se dedican a realizar actividades del hogar.

Estos datos muestran que los hombres son más económicamente productivos que las mujeres, sin embargo conforme evoluciona la enfermedad, las complicaciones crónicas y las hospitalizaciones esto tiende a disminuir. La población femenina en su mayoría tiene dependencia económica casi siempre. Por tratarse de un padecimiento incurable, los diabéticos deben recibir tratamiento durante toda su vida. Esto determina que una gran parte de ellos con el tiempo manifiesten una baja adherencia al tratamiento asistiendo regularmente solo una parte a los servicios de salud<sup>62</sup>. Quizá la dependencia económica de las mujeres en este caso no afectó mucho el uso de los servicios de salud y el llevar su tratamiento y control.

La propuesta de los organismos internacionales sobre el tratamiento de la DMT2 se basa principalmente en la modificación de la dieta, una actividad física acorde a la edad, sexo y ocupación, y, en caso necesario, el empleo de

agentes Hipoglucemiantes orales y de insulina<sup>63 64</sup>. En este estudio se encontró que la mitad de la población masculina que asistió a un primer nivel de atención por motivo de la DMT2 se controlaba con HGO (Hipoglucemiantes orales) y un 43% no llevaban ningún tratamiento ni control. En cambio una mayoría de la población femenina (72%) tomaba HGO para control de la diabetes y solo una quinta parte de ellas no llevaban ningún tratamiento ni control. Los medicamentos orales y la insulina predominan sobre la dieta y el ejercicio y no debe ser así puesto que también son parte del tratamiento. En Maryland, EEUU, Harris (2000) realizó un estudio sobre el cuidado y estado de salud de pacientes con DMT2 y encontró que tres cuartas partes se trataban con HGO o con insulina<sup>65</sup>.

La población femenina acudió con más frecuencia a consultar en un primer nivel de atención por motivo de la DMT2 (promedio de 7.6 consultas al año) que la población masculina (5.1 consultas promedio al año). Bañuelos (1999) en su estudio sobre el autocuidado y control glucémico en adultos mayores con DMT2 señala que las mujeres están más comprometidas al cuidado de salud que los hombres<sup>66</sup>. En otro estudio realizado por Salazar (1995) sobre capacidades y actitudes en adultos con DMT2 se encontró que la demanda de los servicios de salud está más alta en el género femenino. La mujer usa los servicios de salud con mayor frecuencia que el hombre<sup>67</sup>.

En cuanto a las prescripciones médicas indicadas con mayor frecuencia en el expediente clínico en un primer nivel de atención a los pacientes con DMT2 predomina en ambos géneros la solicitud de exámenes de laboratorio y en segundo lugar los HGO (Hipoglucemiantes orales) contra los aspectos higiénicos de la dieta y el ejercicio. Robles (1993) al estudiar los patrones de prescripciones médicas en enfermos con DMT2 encontró que predominan los medicamentos sobre los aspectos dietéticos y la actividad física<sup>68</sup>.

En un tercer nivel de atención no se encontraron diferencias, pues el promedio de internamientos al año de los hombres fue de 1.3 y de las mujeres de 1.2. En cuanto a los días estancia tampoco hubo diferencia en ambos géneros, en los hombres se dio un promedio de 9.3 días y en las mujeres 9.6 días. El diagnóstico más frecuente de internamiento en la población masculina fue el pie diabético y en la población femenina con igual porcentaje resultaron el pie diabético y la DM descompensada. Cuando Pedraza (1997) estudió las

complicaciones de diabéticos tipo 2 encontró que casi cuatro quintas partes de los pacientes habían sido internados a causa de la diabetes al menos una vez durante su enfermedad. Entre las causas de hospitalización destacan las de tipo metabólico en el primer año de diagnosticada la enfermedad incrementándose las causas vasculares a los 2-5 años<sup>40</sup>. Según Myerly (1977) del Dpto de Medicina Podiátrica en California, USA las úlceras en pies por neuropatía, es la complicación seria más común en los pacientes diabéticos que los lleva a hospitalizarse<sup>70</sup>. Cuando Angulo (1996) estudió las complicaciones en pacientes con DMT2 encontró que la complicación más frecuente en ambos géneros fue la neuropatía con un 84 por ciento<sup>71</sup>.

Es importante mencionar que se trabajó, no con información del sistema oficial que existe en este hospital, sino se hizo directamente con los expedientes clínicos y radiológicos de cada uno de los casos seleccionados en

---

la muestra, lo que permitió realizar un análisis y un diagnóstico más fino de todos los servicios que usa el paciente con DMT2 según el género. Como administrador de los servicios de enfermería puede ver datos relevantes y algunas implicaciones en el uso de los servicios de salud en los dos niveles de atención de acuerdo al género de los pacientes

Si esta información recabada en este estudio pudiera ser automatizada dentro del sistema de información oficial del hospital para los servicios que atienden estos pacientes, se podrían eficientizar más los recursos que se tienen, permitiendo no solo un mejor diagnóstico de las necesidades de estos pacientes de acuerdo al género sino una atención específica encaminada a mejorar su nivel de vida en ambos géneros

## 4.2 Conclusiones:

1. La Hipótesis Ha1: Existen diferencias según el género en el uso de los servicios de salud en un primer nivel de atención en pacientes con diabetes tipo 2 es significativa, por lo que se acepta la hipótesis de que existen diferencias entre los géneros masculino y femenino en el uso de los servicios de salud en un primer nivel de atención en pacientes con DMT2, siendo el género femenino el que más usa los servicios de salud.
2. La Hipótesis Ha 2: Existen diferencias según género en el uso de los servicios de salud en un tercer nivel de atención en pacientes con diabetes tipo 2 no resultó significativa por lo que se acepta la Hipótesis nula (Ho2) de no existen diferencias según el género en el uso de los servicios de salud en un tercer nivel de atención en pacientes con DMT2, en virtud de que el número de internamientos a un hospital por motivo de la DMT2 es muy similar en ambos géneros incluso los diagnósticos de ingreso.
3. El grupo de pacientes con DMT2 que resultó económicamente más activo en un Primer nivel de atención fue el correspondiente al género masculino (79% de ellos). Este porcentaje disminuye considerablemente en un tercer nivel de atención (56%) ya que los pacientes comienzan a sufrir algunas complicaciones causadas por esta enfermedad.
4. El diagnóstico médico que más se encontró en pacientes hospitalizados por motivo de la DMT2 fue el Pié diabético en ambos géneros. De igual manera el promedio de días – estancia hospitalaria por motivo de esta enfermedad fue muy similar en los dos grupos, 9.3 días en el género masculino y 9.6 días en el femenino.

5. Los exámenes de laboratorio clínico que utilizaron más los pacientes con DMT2 en un primer nivel de atención fueron en el caso del género masculino la Química sanguínea (QS) y en el grupo femenino destacó la Glucosa sérica (GS). Sin embargo, cuando los pacientes se hospitalizaron por motivo de esta enfermedad los exámenes de laboratorio que se practicaron con más frecuencia fueron los mismos en ambos géneros la Biometría Hemática (BH) y Química sanguínea (QS) en el 100% de los casos. Cabe resaltar una diferencia que hubo en el uso de las Enzimas cardíacas (EC), pues resultó ser mayor en el género masculino.

#### **4.3 Recomendaciones:**

##### **4.3.1 Recomendaciones de salud:**

- Participación de los Educadores en diabetes en la implementación de acciones y estrategias más específicas que logren cambios positivos en la salud preventiva de la población masculina con DMT2 (vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo, promover estilos de vida saludables).
- Proponer la formación de grupos de pacientes con DMT2 de ambos géneros a los empleadores en empresas, fábricas, etc. Que incluya un programa que los motive, los controle, y sobre todo les de educación sobre este padecimiento que les permita estilos de vida saludables y mejorar su nivel de vida.

- Que las instituciones de salud en un Primer nivel de atención ofrezcan programas educativos y de apoyo a la población femenina tomando en cuenta que económicamente la mayoría dependen de alguien.
- Establecer nexos con autoridades competentes para que establezcan Programas de apoyo a pacientes diabéticos tipo 2 como: tarjetas de descuento para medicamentos, precios accesibles para material de diagnóstico (tiras, lancetas, jeringas, etc.), sitios para practicar ejercicio, alimentos saludables a su alcance.
- Uso de medios electrónicos para capturar el uso de los servicios de salud por estos grupos de pacientes.

#### **4.3.2 Recomendaciones de investigación:**

- Búsqueda de factores que determinen el uso de los servicios de salud.
- Línea de investigación en conducta, de acuerdo a percepciones y conocimientos en ambos géneros.
- Investigar de acuerdo al género la cultura de prevención en pacientes con DMT2
- Evaluación del uso de los servicios según géneros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de salud. (2000). Programa de Acción: Diabetes. (1ª. Ed.). México.
  2. Secretaría de salud. Op. Cit.
  3. Instituto Mexicano del seguro Social. (2002). Programas integrados de salud. Guía técnica, Mujeres de 20 a 59 años. Editorial IMSS. México.
  4. Kandrack, M.A., Grant, K.R., Segal, A. (1991). Gender Differences in Health related Behaviour: some unanswered questions. Soc. Sci. Med. Vol.32, No.5, pp.579-590.
  5. Secretaría de salud. 1er. Taller para la Reestructuración del Sistema Nacional de Enfermería. México. pp. 25-26.
  6. Kandrac,MA., Op. cit. pp 579-580
- 
7. Macintyre S. (1993). Gender differences in the perceptions of common cold symptoms. Soc. Sci. Med. 36, 15.
  8. Annandale E. and Hunt K. (1990). Masculinity, femerinity and sex: an exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health. Soc. Hith Illness. 12,24.
  9. Sweeting H., (1994). Reversals of fortune? Sex differences in health in childhood and adolescence. Soc. Sci. Med. 40,77.
  10. Blaxter M., (1990). Health and Lifestyles. Routledge, London.
  11. Secretaría de salud. Op. cit.
  12. Lerman,I. (1994). " Atención integral del paciente diabético". Nva. Ed. Interamericana. Pp 12-13.

13. Bourn, D.M. (1994). Impaired glucose tolerance and NIDDM: Does a lifestyle intervention program have an effect? Diabetes care. 17: 1311-1319.
14. Internacional Diabetes-Federación. (2000). Diabetes Atlas 2000 (resumen). 14-15.
15. Comunicación y perspectiva de audiencias. (2000). Una investigación cualitativa para la Diabetes. Endocrinología y Nutrición. (8) 1: 5-13.
16. Dirección General de Epidemiología, SSA/ INNSC. (1993). Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Secretaría de salud. México.
17. Aguilar Salinas, C., Reyes Rodríguez, E., Ordóñez Sánchez, M., et al. (2001). Early-onset type 2 diabetes: Metabolic and genetic characterization in the Mexican population. J Clin Endo Metab.
18. Eriksson, K.F., Lingard, F. (1991). Prevention of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and exercise, the 6-year Malmö feasibility study. Diabetología. 34: 891-898.
19. Bronfman M., Castro R., Zúñiga E., Miranda C., Oviedo J. (1997). Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México. 39: 442-450.
20. Joseph, A.E., Phillips, D.R. (1984). Accessibility and utilization. Geographical perspectives on health care delivery. Cambridge (MA): Harper and Row Publishers. 139-141.
21. Donabedian, A. (1988). Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. (1ª. Ed.) México: Fondo de Cultura Económica. p. 71-83.
22. Arredondo, A., Meléndez, V. (1992). Modelos Explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Pública de México. 34:36-49.

23. Donabedian, A., Op Cit. p 71-83
24. Arredondo, A., Op Cit p 36-49
25. Arredondo, A., Op. Cit. p 36-49.
26. Donabedian, A., Op Cit. p 34-38.
27. Rosenstock JM ,(1966). "Why people use health services" (part two) in the  
Milbank Memorial Fund Quarterly 44(3) 385-393
28. Joseph A., et. al (1984). "Accessibility and utilization". First published.  
Taufel publications. London. P 3-77
29. Hulka B, Wheat J., (1985) "Patterns of utilization Patient perspective".  
Medical Care 23 (5) 38-460
30. Fielder HL., (1981). "A review of the Literature on access and utilization of  
medical care" Soc Sci and Med 21 (15) 129-142
31. Tanner L., et Al. (1983). "Predicting physician utilization in medical care".  
Health Services Research 20 (3): 263-269.
32. Schultz T., (1962). "Reflections on investment in man" Journal of Political  
Economy 70: 101-109
33. Grossman M., (1972). "On the concept of health capital and the demand for  
health". Journal of Political Economy. 80: 223-225
34. Phelps Ch., Newhouse J., (1973) "Coinsurance and the demand for the  
medical care services". Paper No. R-964, OEO/ NYC, Santa Mónica, USA.  
Rand. Corp.
35. Miners L., (1979). "The familys demand for health a rural investigation Ph.  
D Dissertation, University of North Caroline at Chapel Hill Citado en Akin

et.al., "The demand for primary health services in the tirad worl". Rowman and Allan held. New Jersey.

36. Kandrack, A.M., Op. Cit. pp. 579-590

37. Ramírez, J.C.(1991). Género y salud. (PIEGE)Programa Interdisciplinario de Estudios de Genero. Guadalajara, México.

38. Funke, S.,M. Gantier y P. Olguín. "La sexualidad humana", en la educación de la sexualidad humana, v.1 Sociedad y sexualidad, Conapo, México, p.31-

46

39. Elu, M.C. "La reproducción desde una perspectiva de género", en De carne y hueso. Estudios sociales sobre género y reproducción, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C. México, 1992. pp. 5-10.

40. De los Ríos, R. "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción", en Gómez, Elsa. Género, salud y población en las Americas, Publicación

Científica num. 541, Organización Panamericana de la Salud, 1999. pp.3-18.

41. Ramírez, J.C. Op. Cit.

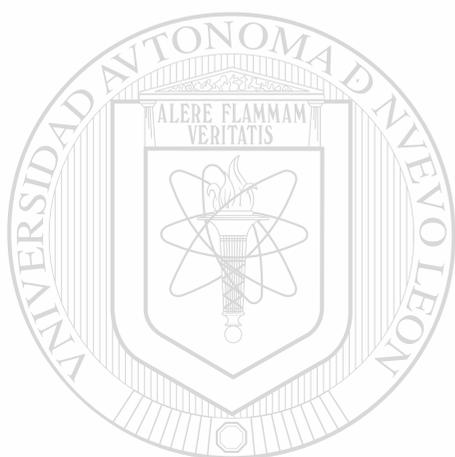
42. Bronfman M. Op. Cit, 39 :442-450.

43. Bañuelos, B. (1999). Autocuidado y Control Glucémico en adultos mayores con Diabetes tipo 2. Tesis inédita de Maestría en Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León.

44. Jiménez, E. (2001). Autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 residentes en el área no metropolitana. Tesis inédita de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.

45. López Avendaño, R. (2001). Autocuidado en adultos con Diabetes residentes del sur de Veracruz. Tesis de Maestría en Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.
46. Salazar Rubial, R. (1995). Capacidades y actitudes de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo II. Tesis de maestría en Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.
47. Angulo, V., Damián A., López, CM., Fong HS. (1996). Frecuencia de complicaciones crónicas en DMNID. Servicio de Endocrinología Congreso nacional de Biomédica.
48. Pedraza Loredo, C. (1997). Creencias de salud y complicaciones de diabéticos no insulino dependientes. Tesis de Maestría en enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.
49. Myerly SM, Stauosty JW. (1997). An Alternative method for reducing plantar pressures in neuropathic ulcers. Adu wound Care, 10 (1): 9-26.
50. Cuervo CA. (2001). Factores personales, apoyo social y estilo de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo II. Tesis de Maestría en Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.
51. Arredondo A., Op. Cit. 34:36-49.
52. Valdez FI., Aldrete RM., Alfaro AN., (1993). Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública de México. 35:464-470.
53. Organización Mundial de la Salud. (1985). Informe de un grupo de estudio de la OMS. Diabetes Mellitus. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie de informes Técnicos. 727: 48-74.

54. Alberti KG., Gries FA., (1988). Management of non-insulin-dependent diabetes mellitus in Europe: A consensus view. Diabetic Medicine. 5: 3-19.
55. Robles SL., Alcántara HE., Mercado MF. (1993). Patrones de prescripción médica a individuos con Diabetes Mellitus tipo II en el primer nivel de atención. Salud Pública de México. 35: 161-168.
56. Harris MI., (2000). Health care and health status and outcomes for patients with type 2 diabetes. Diabetes care. Jun, 23(6): 754,8.
57. Ahluwalia HK., Miller CE., Pickard SP., Prevalence and Correlates of preventive care among adults with diabetes in Kansas.
58. Kandrack, MA., Op. Cit. pp.579-590.
59. Cañedo L., (1987). "Investigación Clínica". Nueva Editorial Interamericana. México. pp 36-47.
60. Joseph A., Op. Cit. pp 3-77
- 
61. Arredondo, A., Op. Cit. pp 36-49
62. Internacional Diabetes-Federación. Op. Cit.
63. Organización Mundial de la salud (1985) Op. Cit.
64. Alberti KG., (1988). Op. Cit.
65. Harris MI., (2000). Op. Cit.
66. Bañuelos, B. (1999) Op. Cit.
67. Salazar, R. (1995) Op. Cit.
68. Robles, S., (1993). Op. Cit.
69. Pedraza, L. (1997). Op. Cit.
70. Myerly, S. (1997). Op. Cit.
71. Angulo, V. (1996). Op. Cit.



**ANEXOS**

UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## ANEXO No. 1

CEDULA DE COLECCIÓN DE DATOS PARA PACIENTES QUE ACUDIERON  
A CONSULTA MÉDICA EXTERNA

MEDICINA FAMILIAR \_\_\_ MEDICINA GENERAL \_\_\_ No. De Exp. \_\_\_\_\_

Periodo del expediente: De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

## I. GÉNERO:

1. Masculino \_\_\_ 2. Femenino \_\_\_

CLAVE

\_\_\_\_\_

## II. SOCIODEMOGRÁFICAS:

2. Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

\_\_\_\_\_

## 3. Escolaridad:

1. Ninguna \_\_\_ 4. Preparatoria \_\_\_ 7. No datos \_\_\_

2. Primaria \_\_\_ 5. Profesional \_\_\_

3. Secundaria \_\_\_ 6. Otra \_\_\_\_\_

(Especificar)

\_\_\_\_\_

## 4. Estado civil:

1. Soltero(a) \_\_\_

4. Viudo(a) \_\_\_

2. Casado(a) \_\_\_

5. Unión libre \_\_\_

3. Divorciado(a) \_\_\_

6. No hay datos \_\_\_

## 5. Ocupación o actividad que realiza: \_\_\_\_\_

1. Ama de casa \_\_\_

5. Pensionado o jubilado \_\_\_

2. Estudiante \_\_\_

6. No trabaja \_\_\_

3. Empleado \_\_\_

7. Otro \_\_\_\_\_

4. Trabaja por su cuenta \_\_\_

8. No hay datos \_\_\_

## 6. Tabaquismo:

1. Positivo (+) \_\_\_

2. Negativo (-) \_\_\_

3. No datos \_\_\_

## 7. Alcoholismo:

1. Positivo (+) \_\_\_

2. Negativo (-) \_\_\_

3. No datos \_\_\_

## 8. Lugar donde vive: \_\_\_\_\_

Municipio

Estado

**III. ANTECEDENTES FAMILIARES:****CLAVE**

9. ¿Tiene familiares con antecedentes de Diabetes? \_\_\_\_\_

1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 3. No datos \_\_\_\_\_

Si la anterior es afirmativa conteste la siguiente:

10. Parentesco de familiares con antecedentes de diabetes: \_\_\_\_\_

1. padre \_\_\_\_\_ 4. hermana \_\_\_\_\_  
 2. madre \_\_\_\_\_ 5. Otro \_\_\_\_\_  
 3. hermano \_\_\_\_\_ 6. No datos \_\_\_\_\_

11. En su primera solicitud de consulta

¿sabía que tenía Diabetes? \_\_\_\_\_

1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

12. Tiempo de padecer la diabetes: \_\_\_\_\_

Recién Dx. \_\_\_\_\_ años

13. Manejo médico de su diabetes: \_\_\_\_\_

1. HGO \_\_\_\_\_  
 2. Dieta \_\_\_\_\_  
 3. Insulina \_\_\_\_\_  
 4. Otro \_\_\_\_\_

14. Consultas médicas y diagnósticos más frecuentes en el último año:

No.	Fecha	Dx. médico o motivo de consulta	peso corporal	T / A	Glucosa capilar	Glucosa sérica
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						

## 15. Prescripciones médicas:

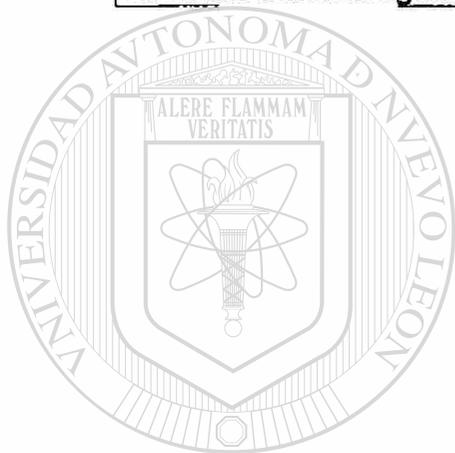
1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_

## 16. Exámenes de laboratorio y de gabinete solicitados en el último año:

Exámenes de laboratorio y / o gabinete	No. De exámenes realizados	TOTALES
Biometría completa Hemática		
Biometría Hemática c/ tiempos		
Biometría Hemática con VSG		
Glucosa sérica		
Química sanguínea		
Perfil de lípidos o lipoproteínas		
Hemoglobina Glucosilada		
Enzimas cardíacas		
PFH (pruebas de función hepática)		
Ácido Úrico		
Examen general de orina		
Urocultivo		
EKG (Electrocardiograma)		
RMN (Resonancia magnética Nuclear)		
Orina de 24 Hs. p/ Dep. Creat.		
Orina de 24 Hs. p/ proteínas		
Eco Renal		
Otros:		

**17. Evaluación de factores de riesgo en el último año:**

<b>Medidas de evaluación y control</b>	<b>No. De veces que se realizó en el último año</b>
<b>Monitoreo de glucosa capilar</b>	
<b>Monitoreo de glucosa sérica</b>	
<b>Monitoreo del peso</b>	
<b>Monitoreo de la T/ A</b>	
<b>Monitoreo de lípidos</b>	
<b>Detección de Microalbuminuria</b>	
<b>Exploración periódica de los pies</b>	
<b>revisión oftalmológica</b>	



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## ANEXO No. 2

**CEDULA DE COLECCIÓN DE DATOS PARA PACIENTES QUE FUERON  
HOSPITALIZADOS POR DIABETES MELLITUS TIPO 2**

SERVICIO \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

Periodo de estudio del expediente: De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**I. GENERO:**

1. Masculino \_\_\_ 2. Femenino \_\_\_

**CLAVE**

\_\_\_\_\_

**II. SOCIODEMOGRÁFICAS:**

**2. Edad:** \_\_\_\_\_ años cumplidos

**3. Escolaridad:**

1. Ninguna \_\_\_\_\_

2. Primaria \_\_\_\_\_

3. Secundaria \_\_\_\_\_

4. Técnica \_\_\_\_\_

5. Preparatoria \_\_\_\_\_

6. Profesional \_\_\_\_\_

7. No hay datos \_\_\_\_\_

**4. Estado civil:**

1. Soltero(a) \_\_\_\_\_

2. Casado(a) \_\_\_\_\_

3. Divorciado(a) \_\_\_\_\_

4. Viudo(a) \_\_\_\_\_

5. Unión libre \_\_\_\_\_

6. No hay datos \_\_\_\_\_

**5. Ocupación o actividad que realiza:**

1. Ama de casa \_\_\_\_\_

2. Estudiante \_\_\_\_\_

3. Empleado \_\_\_\_\_

4. No trabaja \_\_\_\_\_

5. Trabaja por su cuenta \_\_\_\_\_

6. Pensionado o jubilado \_\_\_\_\_

7. Otro \_\_\_\_\_

8. No hay datos \_\_\_\_\_

**6. Tabaquismo.**

1. Positivo (+) \_\_\_\_\_

2. Negativo (-) \_\_\_\_\_

3. No datos \_\_\_\_\_

**7. Alcoholismo:**

1. Positivo (+) \_\_\_\_\_

2. Negativo (-) \_\_\_\_\_

3. No datos \_\_\_\_\_

**8. Lugar donde vive:**

\_\_\_\_\_ Municipio

\_\_\_\_\_ Estado

**III. ANTECEDENTES FAMILIARES:****CLAVE****9. ¿Tiene familiares con antecedentes de Diabetes?** \_\_\_\_\_

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 3. No hay datos \_\_\_\_\_

Si la anterior es afirmativa conteste la siguiente:

**10. Parentesco de familiares con antecedentes de diabetes:** \_\_\_\_\_

1. Padre \_\_\_\_\_ 4. Hermana \_\_\_\_\_  
 2. Madre \_\_\_\_\_ 5. Otro \_\_\_\_\_  
 3. Hermano \_\_\_\_\_ 6. No hay datos \_\_\_\_\_

**11. ¿En su primer internamiento sabía que tenía Diabetes?** \_\_\_\_\_

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

**12. Tiempo de padecer la Diabetes:** \_\_\_\_\_

1. Recién Diagnosticada \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ Años

**13. Manejo médico de su Diabetes:** \_\_\_\_\_

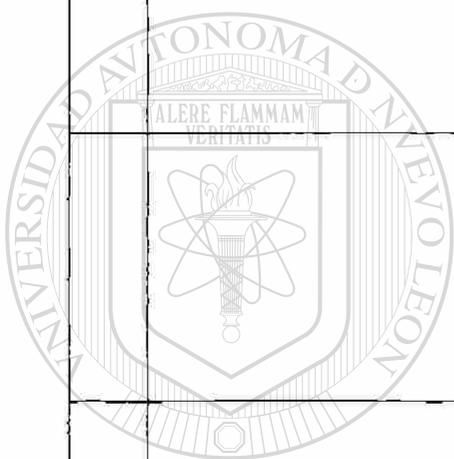
1. HGO \_\_\_\_\_  
 2. Dieta \_\_\_\_\_  
 3. Insulina \_\_\_\_\_  
 4. Otros \_\_\_\_\_

**14. Complicaciones ya presentes en el paciente por la Diabetes:**

1. Cardiopatías \_\_\_\_\_  
 2. ACV (Accidente cerebro-vascular) \_\_\_\_\_  
 3. Ceguera por Retinopatía \_\_\_\_\_  
 4. Pie Diabético \_\_\_\_\_  
 5. Amputación(es) \_\_\_\_\_  
 6. HTA (Hipertensión arterial) \_\_\_\_\_  
 7. IRC (Insuficiencia Renal Crónica) \_\_\_\_\_  
 8. Otras \_\_\_\_\_

**15. SERVICIOS DONDE ESTUVO HOSPITALIZADO EL PACIENTE POR MOTIVO DE LA DIABETES DURANTE UN AÑO EN RELACION CON SUS DIAS ESTANCIA Y DIAGNOSTICOS MÉDICOS MAS FRECUENTES**

No.	SERVICIO	Fecha de ingreso	Fecha de egreso	Días estancia	Al ingreso Al egreso Glu-NU/Cre – Glu-NU/Cre	Diagnósticos médicos de ingreso



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

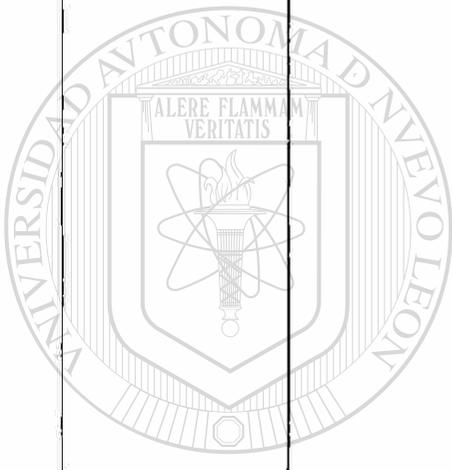
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

**16. EXÁMENES DE LABORATORIO Y ESTUDIOS SOLICITADOS EN CADA INTERNAMIENTO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO:**

Exámenes de laboratorio:	Internamientos						
	servicios						y
Glucosa sérica							
Química sanguínea							
Biometría Hemática							
Biometría con tiempos							
Perfil de lípidos							
Hgb Glucosilada							
PFH (pruebas de función hepática)							
Electrolitos séricos (Cl, K, Na, Ca, F, Mg )							
Enzimas cardíacas							
Examen gral. De orina							
Gases venosos							
Gases arteriales							
Urocultivo							
Electrolitos urinarios							
Dep. Creat. Orina 24 hs.							
Proteínas Orina 24 hs.							
Grupo y Rh							
Citoquímico de liq.							
Diálisis							
Hierro							
Estudios radiológicos y de Diagnóstico.							
Tele de tórax							
Simple de abdomen							
Electrocardiograma							
Eco renal							
Eco abdominal							
S. de vías urinarias							
Ecocardiograma							
Otros (especificar):							

**COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON EN CADA INTERNAMIENTO DURANTE UN AÑO**

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



**18. PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y CIRUGÍAS REALIZADAS EN CADA INTERNAMIENTO DURANTE UN AÑO**

Tratamiento médico o quirúrgico:				

**19. SERVICIOS QUE APOYARON EN CADA INTERNAMIENTO DURANTE UN AÑO.**

<b>Servicios de apoyo</b>					
<b>Enfermería</b>					
<b>Nutrición</b>					
<b>Farmacia</b>					
<b>Eq. Médico</b>					
<b>Radiología</b>					
<b>Laboratorio</b>					
<b>EKG</b>					
<b>Radio Dx.</b>					
<b>Banco/sangre</b>					
<b>Bacteriología</b>					
<b>Otros:</b>					

**20. INTERCONSULTAS MÉDICAS SOLICITADAS EN CADA INTERNAMIENTO DURANTE UN AÑO:**

<b>IC médicas solicitadas</b>					
<b>Medicina Interna</b>					
<b>Cirugía General.</b>					
<b>Nefrología</b>					
<b>Endocrinología</b>					
<b>Urología</b>					
<b>Anestesiología</b>					
<b>Cardiología</b>					
<b>Infectología</b>					
<b>Gastroenterología</b>					
<b>Neumología</b>					
<b>Psiquiatría</b>					
<b>Otros.</b>					

**21. VISITAS MÉDICAS REALIZADAS EN CADA INTERNAMIENTO DURANTE UN AÑO**

<b>Visitas médicas realizadas</b>					
<b>Prescripciones médicas</b>					

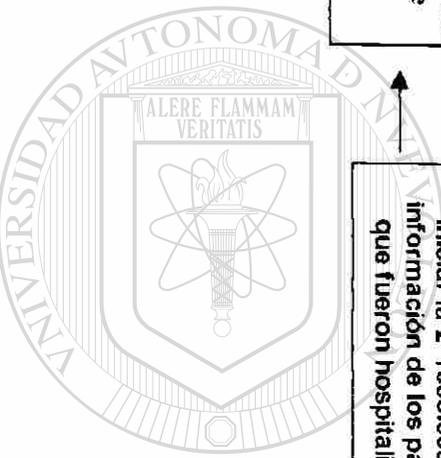
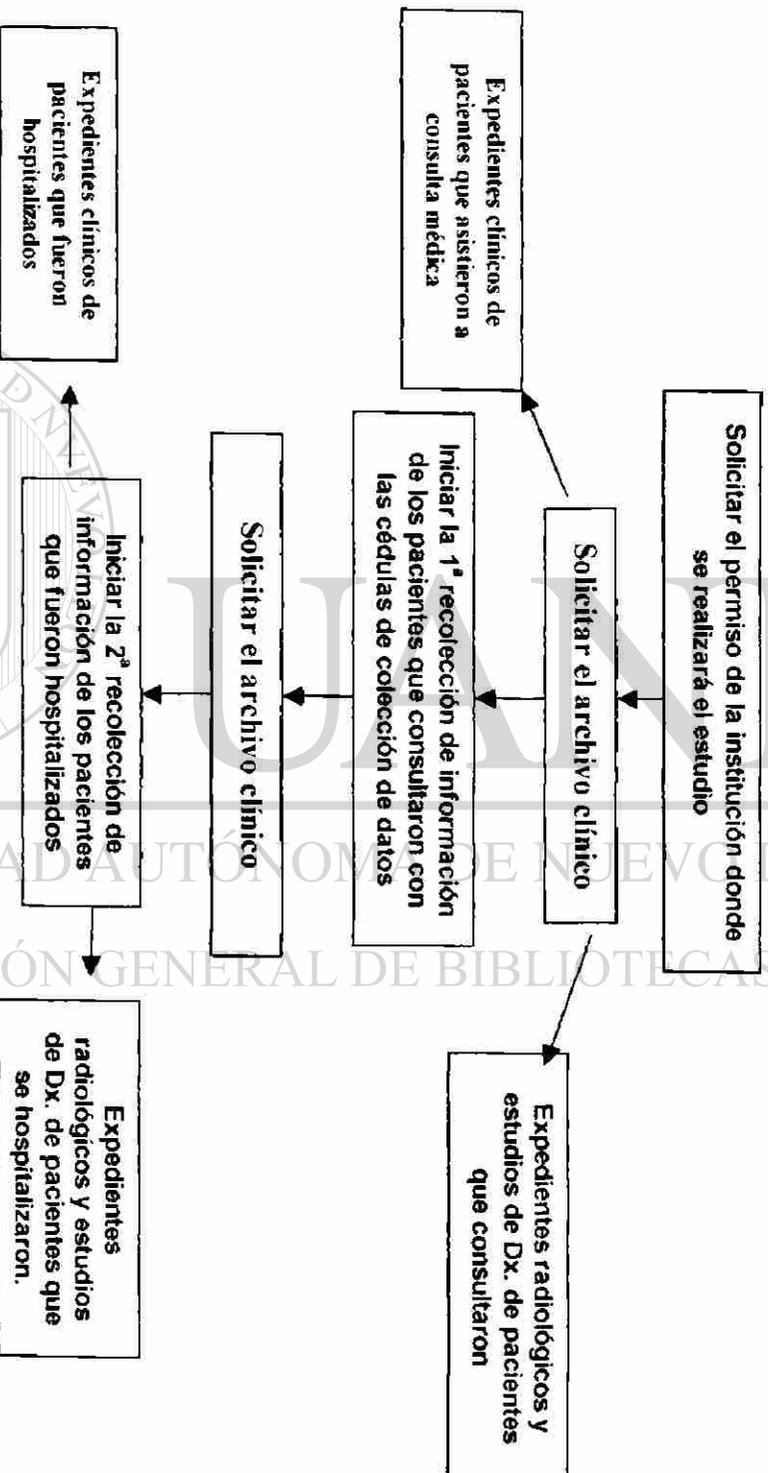


**23. PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS DE ENFERMERÍA REALIZADOS EN  
CADA INTERNAMIENTO DURANTE UN AÑO**

Procedimientos específicos de Enfermería					
Adm.medic.IV					
Adm.medic.VO					
Adm.medic.SC					
Destrostix					
Toma de Signos vitales					
Medir PVC					
Baño de esponja					
Cuidados Pre-operatorios					
Cuidados post-operatorios					
Sello venoso					
Venoclisis					
Movilización en cama					
Movilizar fuera de cama					
Diuresis horaria					
Oxigenoterapia					
Toma de muestras/sangre					
Control estricto de líquidos					
Aspirar secreciones					
Uso de bomba de infusión					
Nebulizaciones					
Micronebulizaciones					
Terapia Percusiva					
Transfusión de sangre					
Alimentación enteral					
maniobras de RCP					
Dialisis peritoneal (recambios)					
Control de hipotermia					
Curaciones					
Monitoreo cardiaco					
Vigilar edo. De conciencia					
Cistocclisis					
lavado gástrico					
Cetonurias					
Otras:					

**ANEXO 3**

**FLUJOGRAMA**



## ANEXO 4

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	OCT.02	NOV.02	DIC.02	ENE.03	FEB.03	MZO.03	ABR.03	MAY.03
Elaboración del protocolo	X	XXXX						
Aceptación del proyecto de tesis			XXX					
Registro del protocolo en el Comité local de investigación			X	X				
Prueba piloto				XX				
Colección de información				XX	XX			
Captura de datos					XX	XX		
Análisis de datos							XX	
Redacción de documentos finales								XXX

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

