

Testar en medicina familiar: Cuidar tres generaciones sin factores de riesgo para diabetes mellitus (DM2)

Rodrigo Alejandro Montero Barragán.
Pasante de la Lic. de Medicina.
Universidad de Guadalajara.

4. Distribución adecuada de recursos para la salud, con sentido de justicia social.
5. Descentralización-desconcentración de la atención por sus mismos actores.
6. Investigación científica en salud de problemas de aquí y ahora.
7. Puesta en marcha de estrategias y tácticas de organización y gestión coparticipativa.
8. Participación popular activa en la evolución cualitativa de los logros en salud.
9. Inclusión de la salud como tema de las organizaciones políticas.
10. Docencia en salud, reflexiva, participativa y crítica.

Y para tener un Seguro Social Universal de larga vida, que continúe el legado social de uno de sus principales impulsores en el mundo: Sir William Beveridge se hacen necesarios:

1. Subsidios para los hijos pagados, tanto cuando el padre o la madre responsables trabajen, como cuando estén desocupados.
2. Amplios servicios sanitario-asistenciales y rehabilitatorios, para prevenir, curar enfermedades y restaurar la capacidad de trabajo, a disposición de todos los miembros de la comunidad.
3. Apoyos sustentables para la ocupación, o sea la supresión del desempleo.

Si se está de acuerdo con la implantación de una Seguridad Social Universal, como un legado de salud y bienestar para las futuras generaciones, es necesario tomar conciencia que para implantarla se requieren tres condiciones para afirmar su desarrollo y permanencia:

1. Implantación de la justicia en lugar de la violencia como árbitro en la sociedad.
2. Oportunidades para desempeñar un trabajo productivo para todo individuo.
3. Ingresos suficientes para estar al cubierto de toda indigencia cuando no se pueda trabajar.

Bibliografía

García de Alba G JE y Salcedo Rocha AL.
Historia Natural y Social de la Enfermedad.
En Martínez y Martínez. La Salud del niño y del adolescente.
El Manual Moderno. México. 2009.

Max - Neff. M. Desarrollo a escala humana
Fundación Dag Hamarskjold. Santiago de Chile. 1986.

Restrepo y Málaga.
Como Construir Vida Saludable.
Editorial Panamericana. México. 2001.

Sen, A K. La idea de la justicia. Taurus Ediciones. España. 2010.
Tetelboin C. Cohesión social como mecanismo de protección.
XI Curso Taller OPS/OMS-CIESS. Legislación en Salud: Marco regulatorio para la extensión de la protección social en salud. México, DF. 6 - 10 de Septiembre de 2004.

El testimonio en medicina es aprovechar las oportunidades para diagnosticar y atender personas en riesgo de padecer diabetes para una intervención oportuna.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es precedida de un proceso prolongado y dinámico en el que confluyen múltiples factores, que evoluciona desde la normoglucemia, pasando por obesidad, resistencia a la insulina, glucosa alterada en ayuno e intolerancia a la glucosa. Esta alteración de la glucosa puede durar entre 1 y 10 años (5 en promedio), previo a que se instituya la DM2. Este proceso hiperglucémico puede ser revertido si el conocimiento médico interviene convirtiendo los factores de riesgo en factores protectores, evitando o postergando el estado patogénico de la DM2 el cual es irreversible. Es por eso que insistimos en la aplicación de los criterios de cribado de la ADA (cuadro 1) para la intervención oportuna, logrando así la reversión hacia la normoglucemia. Debemos hacer un esfuerzo a como dé lugar para evitar los nuevos casos de intolerancia a la glucosa, así reduciremos la frecuencia de diabetes mellitus y sus complicaciones. Si esto lo sostenemos durante tres generaciones seguidas la diabetes pasará a ser una enfermedad histórica.¹⁵



En México, la DM es la primera causa de muerte desde el año 2000.³ Aparentemente, la mortalidad en México es más alta en mujeres mayores de 55 años, aunque hay reportes de tasas superiores en el sexo masculino. **Cada hora se registran seis muertes por diabetes y 10% de los adultos, es decir, 5.6 millones de mexicanos padecen esta enfermedad, además de que más de un millón ignora tenerla,**⁴ es lo más grave de la situación, que hay una gran población oculta de menores de 40 años que desconocen que tienen esta enfermedad, es decir, cuatro de cada 10 la padecen y no saben que están enfermos.⁴

Según la Federación Mexicana de Diabetes A.C., los costos humanos y económicos de la diabetes mellitus tipo 2 podrían ser significativamente disminuidos si se invierte en detección temprana, en razón de prevenir el desarrollo de las complicaciones por diabetes.² Así, hay evidencia concluyente de que un buen control de la glucosa puede reducir sustancialmente los riesgos de desarrollar complicaciones y hace más lenta la progresión de todos los tipos de diabetes.²

Criterios de cribado ADA:

Cada 3 años en mayores de 45 años.

Anualmente y a cualquier edad, en población de riesgo de diabetes:

- Antecedentes familiares de DM2 en primer grado.
- Antecedentes personales de diabetes gestacional y/o fetos macrosómicos (>4Kg de peso al nacer).
- Diagnóstico previo de ITG o GBA.
- Etnias de alto riesgo.
- Antecedentes personales de enfermedad cardiovascular.
- Otros marcadores de resistencia insulínica:
 - Dislipidemia (HDL < 35 y/o TG > 250).
 - Obesidad (IMC > 27) y/o perímetro abdominal > 102(H) o > 88(M).
 - Sedentarismo.
 - HTA.
 - Síndrome de ovario poliquístico o acantosis nigricans.

Cuadro 1. Criterios de cribado para detección de DM, American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre 4 y 5% de los presupuestos de salud se gastan en las enfermedades relacionadas con la diabetes y que los gastos médicos de una persona con diabetes son dos a cinco veces más altos que los de una persona sin esta enfermedad. Esta es la causa de la mayor parte de las visitas médicas, la razón principal de adquisición de aditamentos médicos y de medicamentos así, como la primera causa de ingreso a los hospitales.⁵

Las acciones tempranas que se tomen en el desarrollo de la enfermedad son más benéficas en términos de calidad de vida y más efectivas en cuanto a costo, específicamente si esta acción puede prevenir hospitalizaciones.

También implica costos indirectos para la sociedad, mientras más personas con diabetes continúan disfrutando de vidas altamente productivas tanto en empleos remunerados como en sus hogares, algunos ya no pueden continuar trabajando. La baja en la productividad (resultado de discapacidades, ausencia por enfermedad, retiro prematuro o muerte prematura) es el mayor colaborador en los costos indirectos de la diabetes.

Por otra parte, se ven implicados los costos intangibles o psicosociales, que tienen un gran impacto en la vida de la gente con diabetes y en sus familias. Incluyen estrés, dolor y ansiedad. La expectativa y calidad de vida pueden resultar muy deterioradas por la diabetes.

Por todo lo anterior, es de suma importancia no dejar pasar ninguna oportunidad para la detección temprana de factores de riesgo de padecer la enfermedad en la totalidad de pacientes que acuden a solicitar servicios de salud en cualquiera que sea su dimensión, principalmente en primer nivel que es donde se presentan la gran mayoría de consultas de primera vez.

Se han identificado las principales características de los pacientes diabéticos según la Secretaría de Salud que incluyen: Antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus tipo 2 en el 57% de los casos; sedentarismo en el 62% de los casos; la prevalencia de obesidad de 40%; la mediana de edad de 47 años y escolaridad menor a primaria en el 62% de los casos.

Consideramos como oportunidades perdidas para prevención de diabetes mellitus la falta de medición o de registro en las fichas clínicas de: Presión arterial, antecedentes patológicos personales, hábitos viciosos (alcohol y tabaco), índice de masa corporal (peso y talla) y circunferencia abdominal, asesoría nutricional y de actividad física, medición de glucemia rutinaria en pacientes mayores de 40 años que presenten factores de riesgo y que acudan al médico por cualquier circunstancia.

En general, los centros de atención primaria fallan en proveer información relevante sobre las medidas de prevención general y especialmente sobre los factores de riesgo y su diagnóstico, los cuales se constituyen como oportunidades perdidas¹. Así, en el estudio realizado en la Universidad de Colorado por Morrato y col.^{1, 6} en una encuesta nacional donde participaron 26,878 adultos diabéticos y no diabéticos se encontró que sólo el 34% de los pacientes habían sido orientados a realizar ejercicio físico periódico, también el estudio de Brull et col.^{1,7} en Canadá donde se entrevistó a 100 pacientes previa alta hospitalaria se vio que 55.2% de los pacientes habían sido instruidos sobre las enfermedades prevenibles, en el estudio de Foss y col., donde se realizó una encuesta nacional en Gran Bretaña entre 2,676 hipertensos sólo 60% de estos recibieron recomendación sobre perder peso, 47% sobre una dieta saludable, 38% en hacer ejercicio, 38% en dejar de fumar y 36% sobre el abuso de alcohol^{1,8}.

En general, hay una tendencia de los profesionales de la salud a dar consejos a cierto grupo de pacientes, como en el estudio de Morrato y col.,^{1,6} los consejos aumentaron en los pacientes con mayor edad e índice de masa corporal (IMC), en los diabéticos la proporción de consejos fue de 73% en comparación al 31% de los no diabéticos. En el estudio de Egede y col. La frecuencia de consejos de los profesionales de la salud sobre cambios en el estilo de vida fue mayor en diabéticos que en no diabéticos en cuanto a perder peso (50% vs. 21%), dejar de fumar (78% vs. 67%), consumir alimentos saludables (78% vs. 71%), realizar ejercicio físico periódico (67% vs. 36%)^{1,9}. Según Hendrix y col. que estudiaron 48,863 pacientes hipertensos y dislipidémicos en Medical University of South Carolina, las mujeres recibieron menos prescripción que los hombres de recibir estatinas, cualquier otra medicación antilipídica o controles periódicos de niveles de colesterol^{1, 10}.

Es por esto que siendo que el Instituto Mexicano del Seguro Social absorbe gran cantidad de pacientes en la atención primaria y consultas de primera vez, deberíamos aprovechar esta condición para educar a la población que acude a él en cuanto a la prevención de enfermedades. Como en nuestro país la prevalencia de factores de riesgo en la población general es alta, se debería dar énfasis a la concientización sobre el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular, así como en la realización oportuna de paraclínicos al identificar dichos factores y con el adecuado seguimiento.

El autocuidado enfermero, medición multidisciplinaria necesaria para la atención del

*Brenda Elizabeth Sánchez Rojas.
Pasante de la Lic. de Enfermería.
Universidad de Guadalajara.*

Bibliografía

1. Pederzani Damen LM, Oportunidades perdidas para la prevención de Enfermedad Cardiovascular en consultorio externo de Clínica Médica del Hospital de Clínicas, Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 5(2) Diciembre 2007.
2. Federación Mexicana de Diabetes, A.C., <http://www.fmdiabetes.org/v2/paginas/sabiasque.php>
3. Estadísticas de Mortalidad. Secretaría de Salud México. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/estadisticas/mortalidad/mortalidad2000.htm>
- 4.- El Universal, salud, Mueren cada hora seis personas por diabetes en México. <http://www.eluniversal.com.mx/articulos/35832.html>
5. International Diabetes Federation, Diabetes Prevention <http://www.idf.org/node/1055?unode=3B968B19-C026-2FD3-876FA1E42D4905BE>
6. Morrato EH, Hill JO, Wyatt HR, Ghushchyan V, Sullivan PW. Are health care professionals advising patients with diabetes or at risk for developing diabetes to exercise more?. *Diabetes Care* 2006; 29(3): 543- 48.
7. Brull R, Ghali WA, Quan H. Missed opportunities for prevention in general internal medicine. *CMAJ* 1999; 160 (8): 1137-40.
8. Foss FA, Dickinson E, Hills M, Thompson A, Wilson V, Ebrahim S. Missed opportunities for the prevention of cardiovascular disease among British hypertensives in primary care. *British Journal of General Practice* 1996; 46: 571-75.
9. Egede LE, Zheng D. Modifiable cardiovascular risk factors in adults with diabetes: prevalence and missed opportunities for physician counseling. *Arch Intern Med.* 2002; 162(4): 427-33.
10. Hendrix KH, Mayhan S, Egan BM. Gender and age related differences in treatment and control of cardiovascular risk factors among high-risk patients with angina. *J Clin Hypertens.* 2005; 7(7):386-94.
11. García de Alba García JE, Algunas consideraciones sobre un Modelo Integral de Prevención, Boletín UISESS año 9 Sep-Dic 2008 Número 3 pp. 4



El proceso enfermero (PE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas, incluyendo las reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas que presentan tanto los individuos sanos como enfermos, éstas son personales y múltiples, ya que obedecen la naturaleza propia de cada individuo y surgen como resultado a una necesidad, de la interacción con el entorno y de los problemas que genera la pérdida de salud, centrados en el logro de objetivos de forma eficiente (1), en este caso la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Este método, nos permite mejorar y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios.

Es *sistemático* por que está conformado de 5 etapas, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, es *intencionado*, porque se centra en el logro de objetivos, guiando acciones para resolver o disminuir los factores de riesgo, es *dinámico*, por que está sometido a constantes cambios, es flexible porque se aplica en diversos contextos y se adapta a cualquier teoría o modelo de enfermería y es *interactivo* por requerir la interrelación enfermera(o)-usuarios para acordar y lograr objetivos comunes (1).

Los beneficios que se obtienen del PE, es delimitar el campo de acción de enfermería para *complementarse con otras disciplinas*, favorecer el ámbito multidisciplinario, incitar al desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementar la calidad de atención al individuo, la familia y la comunidad, al reducir a su mínima expresión los factores de riesgo e incrementar los factores protectores.

Es por ello que en base al PE y sus 5 etapas: La valoración que nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad, para identificar respuestas humanas y fisiopatológicas, el *diagnóstico* que consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico de problemas de salud reales o potencial a través de la NANDA, guía de los diagnósticos enfermeros, resultado de la creciente toma de conciencia de la necesidad de un lenguaje estandarizado (2), la *planeación* para establecer objetivos y acciones encaminadas a predecir, prevenir y tratar los problemas relacionados con la salud, la ejecución que consiste en llevar a la práctica las acciones que conducen al logro de objetivos y la *evaluación* que determina el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias (1), se puede adquirir una teoría o modelo de enfermería.

Dorothea Orem y su teoría del *autocuidado* puede ser de gran ayuda, ya que abarca todas las actividades llevadas a cabo de forma independiente por un individuo para promocionar y mantener el bienestar personal durante toda su vida a través de su capacidad para realizar las actividades de autocuidado (agencia de autocuidado), el *déficit de autocuidado* surge cuando la agencia de autocuidado no es capaz de satisfacerse (no tiene la capacidad) y la teoría de sistemas en enfermería: Sistema totalmente compensatorio (STC), sistema parcialmente compensatorio (SPC) y sistemas de apoyo educativo