



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO**
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

TÍTULO DE TESIS

**“FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA
MICHOACÁN”**

PRESENTA

DR. MANUEL ALEJANDRO GARCÍA ZAMUDIO

MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR DE TESIS

M.E.M. RAFAEL VILLA BARAJAS

TUTORA

M.C.M. LETICIA DUARTE PEDRAZA

CO-TUTOR

MATEMÁTICO CARLOS GOMEZ ALONSO

Morelia, Michoacán, México. Febrero 2013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1602
H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA 22/12/2011

M.C. LETICIA DUARTE PEDRAZA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESCONTROLADA, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA MICHOACÁN"

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2011-1602-15

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIO ALBERTO MARTÍNEZ LEMUS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1602

IMSS

DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA
MICHOACÁN”

TESIS QUE PRESENTA:

MANUEL ALEJANDRO GARCÍA ZAMUDIO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

COORDINADORA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. LUÍS ESTRADA SALAZAR

COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. RUBÉN RICARDO GARCÍA JIMENEZ

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

DRA. AIDA MENDIETA FERNÁNDEZ

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF

No 80

DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES

PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

“FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA
MICHOACÁN”

TESIS QUE PRESENTA:

MANUEL ALEJANDRO GARCÍA ZAMUDIO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. VICTOR MANUEL FARÍAS RODRÍGUEZ

JEFE DE DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHÁVEZ”
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHÁVEZ”
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

Este trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Avenida Madero Poniente no. 1200, Col. Centro, C.P. 58000, Morelia Michoacán México con apoyo del Centro de Investigación Biomédica del Estado de Michoacán, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

DIRECTOR DE TESIS

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS

MAESTRO EN EDUCACIÓN MÉDICA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Y BIOLOGICAS "DR IGNACIO CHAVEZ"

TUTORA:

DRA. LETICIA DUARTE PEDRAZA

MAESTRA EN CIENCIAS MÉDICAS.

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

CO-TUTOR:

FÍSICO MATEMÁTICO CARLOS GÓMEZ ALONSO

INVESTIGADOR Y COORDINADOR ANALISTA

CIBIMI-IMSS

ESTE TRABAJO SE PRESENTÓ EN FOROS ESPECIALIZADOS:

XIII JORNADAS DE MEDICINA FAMILIAR, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 80
IMSS MORELIA, MICH. 29 Y 30 DE NOVIEMBRE 2012

AGRADECIMIENTOS

A la **Dra. Leticia Duarte Pedraza** por el tiempo y dedicación que tuvo conmigo para realizar el presente trabajo, y sobre todo por estar siempre pendiente de mi, por hacerme crecer como profesionalista y como persona, por su profesionalismo y sobre todo por su valiosa amistad. Muchas gracias Doctora Lety.

Al **Dr. Rafael Villa Barajas** por su valiosa orientación, dedicación y conocimiento, que fueron valiosísimos para desarrollarme como especialista y por lo atento y flexible que fue conmigo para culminar de buena forma mi trabajo. Un honor trabajar con usted Doctor.

Al **Matemático Carlos Gómez Alonso**, por su valiosa ayuda, su paciencia, confianza y por la amistad que me demostró durante este tiempo. Mil gracias Carlos.

A los bibliotecarios **Marisa Navarrete Orozco y Juan Trigueros Ramírez** por estar siempre en las buenas y en las malas, por estar siempre apoyándonos en forma incondicional y por su buena disposición y con un buen gesto ante cualquier necesidad que teníamos. Gracias amigos.

DEDICATORIA

A **Dios** por haberme brindado todo en la vida, por su infinita bondad, por haberme brindado salud, energía y ganas de salir adelante pero sobre todo, por no haberme dejado solo en ningún momento y por la maravillosa experiencia que puso en mi camino. Eternamente agradecido.

A mis padres **Eugenio García y Cristina Zamudio** por ser mis más grandes ejemplos de vida, por enseñarme a vivir y enseñarme a salir adelante a pesar de las adversidades que han sido muchísimas, por sus valiosos consejos, su amor, comprensión, su valioso tiempo dedicado a mi y su valiosa compañía, pero en especial por haberme dado esta vida tan maravillosa y por el sacrificio que hicieron para que tenga todo lo que he logrado. Los amo padres, son mis mas grande tesoro.

A mis hermanos **Omar y Berenice**, por apoyarme siempre y por estar siempre en esos momentos que mas los necesitaba, por su amor, su alegría y su compañía. Los amo mis chaparros.

A mis amigos, porque estuvieron conmigo siempre en las buenas y en las malas, por su compañía y su ayuda. Gracias **Viridiana Farías, Sandra Durán, Diana Mondragón, Hugo Farías, Mario Aguilar, Brisa Manjarrez, Leslie Gasca, Sidartha Olvera, y Yesica Rodríguez**. Los voy a extrañar.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
I RESUMEN	1
II SUMMARY	2
III ABRAVIATURAS	3
IV GLOSARIO	4
V RELACIÓN DE TABLAS	6
VI INTRODUCCIÓN	7
VII ANTECEDENTES	9
VIII PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
IX JUSTIFICACION	21
X HIPOTESIS	22
XI OBJETIVOS	23
XII MATERIAL Y METODOS	24
XIII ASPECTOS ÉTICOS	31
XIV RECURSOS	32
XV RESULTADOS	33
XVI DISCUSIÓN	46
XVII CONCLUSIONES	47
XVIII SUGERENCIAS	48
XIX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
XX RELACION DE ANEXOS	51
Total de páginas	69

I. RESUMEN:

Funcionalidad y Perfil Clínico Familiar en Pacientes con Hipertensión Arterial, Primer Nivel de Atención.

García-Zamudio M. A., Duarte-Pedraza L., Villa-Barajas R., Alonso-Gómez C.

ANTECEDENTES: En atención primaria, la primera causa de consulta es la hipertensión arterial sistémica y un alto porcentaje está descontrolado. En FACES III la funcionalidad familiar se relaciona con niveles intermedios y la disfuncionalidad con niveles extremos en ambas dimensiones. Analizamos el perfil clínico familiar considerando las variables específicas de cada sujeto como herramienta para identificar íntegramente a cada familia.

OBJETIVOS: Identificar el perfil clínico familiar y la funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, observacional y comparativo. Se aplicó FACES III para evaluar cohesión y adaptabilidad clasificando familia extrema (disfuncional) y rango medio (funcional). El perfil clínico se determinó mediante la historia clínica y para control o descontrol de la hipertensión arterial se aplicó el criterio de JNC7. Estadísticamente se utilizó χ^2

RESULTADOS: El presente trabajo se realizó en la UMF 80 IMSS Morelia. Se incluyeron 60 varones edad promedio 51.6 ± 6.8 años cumplidos, predominó escolaridad primaria, ocupación empleados y estado civil casados. 55% (33) presento HTA controlada y 45% (27) descontrolada, estos últimos se asociaron a familias extremas con 13.3% ($p= 0.041$) en rubro de cohesión ($p=0.035$).

PALABRAS CLAVE: HAS, Familia, Perfil Clínico Familiar.

II. SUMMARY

Functionality and Family Clinical Profile in Patients With Hypertension in Primary Care.

García-Zamudio M. A., Duarte-Pedraza L., Villa-Barajas R. Alonso-Gómez C.

BACKGROUND: In primary care, the first cause of consultation is systemic hypertension and a high percentage is out of control. In FACES III family functioning is related to intermediate levels and dysfunction with extremes on both dimensions. We analyzed the clinical profile family considering specific variables for each subject as a tool to fully identify each family.

OBJECTIVES: To identify the clinical profile family and family functioning in patients with hypertension.

MATERIAL AND METHODS: A retrospective, descriptive, observational, and comparative study. FACES III was applied to assess family cohesion and adaptability classifying extreme (dysfunctional) and midrange (functional). The clinical profile was determined by medical history and to control or uncontrolled high blood pressure is applied the JNC7. Statistically used Chi²

RESULTS: This study was conducted in the UMF 80 IMSS Morelia. The study included 60 males average age 51.6 ± 6.8 years old, primary school prevailed, occupation and marital status married employees. 55% (33) presented controlled hypertension and 45% (27) uncontrolled latter extreme families were associated with 13.3% ($p = 0.041$) in the heading of cohesion ($p = 0.035$).

KEYWORDS: HAS, Family, Family Clinical Profile.

III. ABREVIATURAS

HAS.....	Hipertensión arterial sistémica
IAM.....	Infarto agudo al miocardio
JNC7.....	Séptimo reporte del comité Nacional de Hipertensión Arterial
MMHG.....	Milímetros de mercurio
OMS.....	Organización Mundial de la Salud
FACES III.....	Escala de Evaluación del Funcionamiento familiar
LDL.....	Lipoproteínas de baja densidad
HDL.....	Lipoproteínas de alta densidad
REV.....	Revista
COLS.....	Colaboradores
MED FAM.....	Medicina familiar
ESP.....	Española
VOL.....	Volumen
SPSS.....	Paquete de estadística para ciencias De la salud
IMSS.....	Instituto Mexicano del Seguro Social
PFC.....	Perfil clínico familiar

IV. GLOSARIO

Adrenérgico: Relativo al sitio donde interactúan catecolaminas.

Angiotensina: Sustancia endógena producida por el hígado y activada por la renina utilizada como regulador de la presión arterial y forma parte de sistema renina angiotensina aldosterona.

Aateroesclerosis: Síndrome caracterizado por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas en las paredes de las arteriales de mediano y grueso calibre.

Cardiovascular: Relativo al corazón y los vasos sanguíneos. El aparato circulatorio del corazón y los vasos sanguíneos son el aparato cardiovascular.

Cerebro vasculares: Relativo al cerebro y a los vasos sanguíneos que lo irrigan.

Diastólica: Presión más baja medida en las arterias; se produce cuando el músculo cardíaco está relajado entre latidos.

Endotelina: Péptido producido por las células endoteliales que actúa como potente vasoconstrictor.

Enzima: Fermento soluble que hace asimilables a las materias alimenticias.

Etiología: Es la ciencia que estudia la causa de las cosas, en medicina se refiere al origen de la enfermedad.

Familia Extrema: relacionado a rígido y caótico (adaptabilidad) y desligado o no relacionada y aglutinado (cohesión) del instrumento FACES III, traduce familia disfuncional

Familia en Rango Medio: relacionado a estructurado y flexible (adaptabilidad) y separado o semirelacionada y conectada o relacionada (cohesión) del instrumento FACES III, traduce familia funcional.

Fibrinógeno: Sustancia contenida en el plasma sanguíneo que permite la formación de fibrina.

Hiperinsulinemia: Referente al aumento en la cantidad de insulina en el torrente sanguíneo.

Hiperlipidemia: Referente al aumento en la cantidad de lípidos en sangre.

Hipertrofia: aumento de volumen de una parte de órgano o de un órgano.

Homosisteina: Es un homólogo del natural aminoácido cisteína.

Lipoproteínas: Lípidos rodeado por una proteína; la proteína hace posible que el lípido sea soluble (pueda disolverse) en la sangre.

Óxido nítrico: Gas incoloro y poco soluble en agua presente en pequeñas cantidades en mamíferos. En el organismo actúa como vasodilatador

Morfológico: Adjetivo que tiene relación con la morfología; estudio de las formas.

Renal: adjetivo referente a riñón.

Sedentarismo: estado de inactividad física.

Sistólica: Presión más alta medida en las arterias. Se produce cuando el corazón se contrae con cada latido.

PFC: Perfil clínico familiar (edad, género, escolaridad, estado civil y ocupación)

V. RELACION DE TABLAS

TABLA I	Relación de Pacientes Hipertensos Controlados y Descontrolados.	34
TABLA II	Fiabilidad del Instrumento de Dinámica Familiar FACES III.	35
TABLA III	Dominios del FACES III asociados al descontrol de la HTAS	36
TABLA IV	Relación de la Hipertensión Arterial y la Funcionalidad Familiar.	37
TABLA V	Edad y Ocupación asociadas a HTAS.	38
TABLA VI	Escolaridad y Estado Civil asociados con HTAS.	39
TABLA VII	Edad y Ocupación asociadas al Tipo de Familia.	40
TABLA VIII	Escolaridad y Estado Civil asociados al Tipo de Familia.	41
TABLA IX	Factores de Riesgo asociados a HTAS.	43
TABLA X	Factores de riesgo asociados a HTAS (continuación)	44
TABLA XI	Factores de Riesgo asociados a HTA S (continuación)	45

VI. INTRODUCCIÓN

El médico de familia tiene como objeto de conocimiento a la *persona*, *parte de* un todo, un ser integrado en su *familia*, dentro de la sociedad. Cada integrante envía y recibe mensajes verbales y analógicos de los otros miembros, y cada familia tiene factores característicos; relaciones, dinámica, hechos y coincidencias. Esto logramos obtenerlo a través de la entrevista, dichos factores pueden ser su estructura, estima, importancia de sus personajes, autoridad, tolerancia y otros que los llevan a indicadores y lo podemos utilizar para evitar etiquetas lineales y realmente conocerla como un *grupo natural con historia*. La relación entre aquellas personas que poseen conocimientos técnico-científicos y el ser humano, frágil y angustiado, que vive la dificultad de una enfermedad que afecta emocional y profundamente su ser personal y todo su entorno. Es verdad que no se pueden crear vínculos afectivos con los pacientes, pero esto no debe impedir, ni dejar que se produzca la ausencia de calidez en las relaciones humanas. Sin embargo es una pauta en el tratamiento integral que ofrece el médico familiar y debe sobresalir como herramienta en el binomio salud-enfermedad de la familia que tiene a su cargo. Todo esto nos da la oportunidad de cuestionar cual es el mejor enfoque que se debe dar al investigar a cada uno de los integrantes de la familia, mirándolos tanto de una manera individual como en forma grupal. Así pues se ha pensado a cerca de la propuesta del Dr. Arnulfo Irigoyen Coria de considerar variables específicas de cada uno de los sujetos que nos puedan servir como herramientas tanto clínicas como de análisis integral de la familia, por lo que llamaremos “*perfil clínico familiar*” a ese conjunto de variables que abordan lo siguiente: 1. Género al referirse al sexo biológico, 2. Edad en años cumplidos considerándolo desde el nacimiento, 3. Escolaridad cuando nos referimos a estudios cumplidos por niveles como primaria, secundaria, etc., 4. Ocupación en relación a actividades laborales remuneradas y 5 estado civil otorgado por el estado. Dado a esto incluimos en el presente estudio de investigación la propuesta dada por Dr. Irigoyen a la M.C.M. Leticia Duarte Pedraza Profesora Titular de la Especialidad en Medicina Familiar. El PCF fue evaluado durante el presente trabajo de tesis y al terminar dicha investigación se asocio a cada una de las

variables de la función familiar para conocer la influencia en las futuras evaluaciones de la dinámica familiar en determinados momentos del ciclo familiar, a su vez se propone a la comunidad médica como un instrumento de abordaje clínico familiar. PCF: GEOE. La hipertensión arterial (HAS) es un padecimiento crónico cuya morbilidad y mortalidad afecta de manera importante a la población mundial, con altos costos económicos y sociales. En México es una de las primeras causas de demanda en la consulta médica en el primer y segundo nivel de atención al proceso salud-enfermedad. Lograr el control de las cifras tensionales en los pacientes que padecen la enfermedad, retardan las complicaciones y con ello posiblemente disminuyan las etapas de descompensación y/o crisis hipertensivas que ponen al paciente en riesgo de discapacidad, convalecencia prolongada, muerte súbita; y mejorar la calidad de vida en el individuo y la familia en la que se encuentra inserto. De esto partimos para estudiar a familias con al menos uno de sus integrantes con diagnóstico de HAS. El identificar el perfil clínico familiar (PCF), nos da posibilidades de desarrollar programas de mejora, si esto es así y la función familiar asociada al PFC identificaremos factores de riesgo en el descontrol de cifras tensionales. Se espera incidir en ello y proponer programas encaminados al área de enseñanza para *Abordaje de familias disfuncionales*, con carga genética o integrantes con HAS. Lo esperado fue encontrar *disfunción* en familias desintegradas, con crisis para normativas, que generan impulsos y por supuesto descontrol de la enfermedad en los pacientes con hipertensión arterial. En sí, se trata de determinar qué tan importante puede ser la estructura familiar en el control de hipertensión arterial. Partimos de la premisa; *investigar es aprender del mundo en que vivimos. A través de la investigación podemos descubrir lo desconocido, cuestionar verdades heredadas o solucionar problemas*. Y así nuestros resultados arrojan un PCF a través del GEOE predominando hombres de la quinta década de la vida, empleados y casados, se relacionan a mayores dificultades que afectan el buen control de cifras tensionales; así mismo se padece de hipertensión arterial a pesar de acudir de manera regular a consulta con médico familiar y tener apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Suponemos así, utilizar estas herramientas y asociarlas de acuerdo a su composición, desarrollo, función e integración.

VII. ANTECEDENTES

A través de la historia la familia.

Desde que el ser humano apareció sobre la tierra, tomó como premisa la conservación y la convivencia en grupos de su especie, la cual se cree que en un principio se unían a otros grupos en una forma desordenada, asociación libre que a nadie y nada obligaba, y además era de duración limitada solo a la necesidad pasajera que los había formado.¹ *La familia* históricamente reconocida como grupo social, se nos ha presentado como una institución que está envuelta de múltiples aspectos desde sus orígenes, que le ha permitido organizarse de otra manera por la presencia y precisión de nuevas ideas y necesidades. Constituye la fuente principal de su felicidad. Los miembros tienen en común una importante herencia biológica y cultural, que transmite generacionalmente e incluye normas, valores e identidades², por lo tanto las acciones dirigidas a estos grupos deben darle importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial³. Principalmente las enfermedades con mayor incidencia de morbilidad y mortalidad. Por supuesto considerarla como un proceso donde es necesaria la participación *activa* del individuo, la familia y la comunidad⁴.

El estudio de las funciones globales de la familia inicia a partir de la época de los años 50s y 60s. Se contaba con tres referentes teóricos; 1. Teoría general de los sistemas. 2. Teoría de comunicación humana y 3. La teoría de grupos. Esto permite a observadores iniciar el estudio de la familia como tal.

Existen en la actualidad una gran variedad de definiciones de familia, ya que a través de la historia, el hombre ha experimentado con diferentes clases de familias y como los individuos varían de cultura a cultura también lo hacen las familias. El concepto según el censo americano es: “un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen ellos y se consideran unidad”.

Para la organización mundial de la salud, “la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas”⁵

Para entender mejor a la familia es indispensable clasificarla de la siguiente forma:

DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN:

- Familia nuclear:** formada por el padre, la madre y los hijos.
- Familia mono parental:** uno de los padres ha fallecido o solamente hay un progenitor (padre o madre).
- Familia extensa:** formada por los padres, los hijos y otro pariente.
- Familia compuesta:** formada por los padres, los hijos y por no parientes.
- Familia de tres generaciones:** formada por abuelos, padres e hijos.
- Familia con segundo trabajo:** en donde la mujer representa una fuente importante de ingreso económico al hogar.
- Familia de adulto mayor:** formada por un anciano o por una pareja de ancianos que viven solos.
- Familia de pax de deux:** familias de dos personas, ejemplo, un progenitor y un hijo, o una pareja en la que los hijos se han ido.
- Padre (soltero) o madre (soltera) con hijos:** padre o madre solteros, con hijos, en los que el matrimonio no se ha realizado.

SEGÚN SU DESARROLLO:

- Familia arcaica:** familia en la que la mujer se dedica a las labores del hogar. Juega el rol de esposa-madre.
- Familia moderna:** la mujer participa en la fuerza de trabajo y en la economía de la familia. Tiene el rol de esposa-compañera y de esposa-colaboradora.

DE ACUERDO A SU LUGAR DE RESIDENCIA

- Familia rural:** la familia vive en un lugar de menos de 1, 500 habitantes.
- Familia urbana:** familia que vive en un lugar de más de 1, 500 habitantes.

DE ACUERDO A SU FUNCIÓN:

- **Familias acordeón:** uno de los progenitores permanece alejado por períodos prolongados. Ejemplo, las familias de trailereros o inmigrantes.
- **Familias cambiantes:** cambian constantemente de domicilio.
- **Familias reconstituidas:** familias con padrastro o madrastra. Cuando un persona con hijos se casa de nuevo.
- **Familias con un fantasma:** la familia que ha sufrido muerte o separación, y que presenta problemas para reasignar las tareas del miembro que falta.
- **Familia con adolescentes:** con miembros entre los 10 y los 19 años de edad.
- **Familias psicósomáticas:** son familias aglutinadas donde hay sobreprotección, fusión o unión excesiva entre sus miembros, incapacidad para resolver conflictos y una rigidez extrema, con un miembro susceptible a la enfermedad y que es triangulado en una relación conflictiva.

SEGÚN SU INTEGRACIÓN:

- **Integrada:** en la cual ambos padres viven y cumplen sus funciones.
- **Semi-integrada:** en la cual los padres viven y cumplen más o menos sus funciones.
- **Desintegrada:** en la que uno de los padres ha dejado el hogar por muerte, divorcio o separación. No se cumplen las funciones.

EN BASE A SU OCUPACIÓN:

Campesina

Obrera

Empleada

Profesional

Comerciante⁶

La funcionalidad familiar se mide según el FACES III en términos de adaptabilidad cohesión.

Cohesión: vinculación emocional entre los miembros de la familia, que incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. Los niveles de cohesión son: desligada (no relacionada), separada (semirelacionada), conectada (relacionada) y aglutinada.

Adaptabilidad: habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo. Los niveles de adaptabilidad son: rígido, estructurado, flexible y caótico.

La funcionalidad se relaciona con los niveles intermedios de ambas dimensiones y la disfuncionalidad familiar con los niveles extremos de ambas dimensiones.

La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas funciones de la familia por alteraciones en algunos de los subsistemas familiares. La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad así como la adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente de las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis medicas agudas.

El ciclo vital de la familia es un concepto que da a entender la evolución en forma secuencial de las familias y las crisis transicionales que éstas atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de cada uno de sus miembros. Su valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes⁷.

El “organismo familiar” como todo ser vivo nace, crece, se reproduce y muere.

El ciclo vital familiar ayuda a establecer un perfil de riesgo psicosocial, su conocimiento ayuda al médico familiar porque le permite prever crisis y anticiparse a sus posibles consecuencias, a la que Hennen llama la “orientación anticipada”.

COMPARACIÓN ENTRE EL DESARROLLO INDIVIDUAL Y DE LA FAMILIA

Individuo:

Feto
Recién nacido
Lactante-preescolar
Escolar
Adolescente
Adulto joven
Madurez
Senectud
Muerte

Familia:

Noviazgo
Matrimonio
Procreación
Crianza
Emancipación
Independencia
Reencuentro de la pareja
Jubilación y retiro
Muerte⁸

Ciclo vital familiar de Duvall

I	Comienzo de la familia (“nido sin usar”)
II	Familias con hijos (el hijo mayor hasta 30 meses)
III	Familias con hijos pre escolares (el hijo mayor entre 30 meses y 6 años)
IV	Familias con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años)
V	Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)
VI	Familias como “plataforma de colocación” (desde que se va el primer hijo hace que lo hace el ultimo)
VII	Familias maduras (desde el “nido vacío” hasta la jubilación)
VIII	Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos)

Tomada de De De la Revilla. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Ediciones D DDoyma. España. 1994.p.38 (9)

Ciclo vital familiar de Geyman

Fase de matrimonio	Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo
Fase de expansión	Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”
Fase de dispersión	Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
Fase de independencia	Etapas en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen
Fase de retiro y muerte	Etapas en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.

Tomada del Rigoyen A. Nuevos Fundamentos de medicina familiar. 3ra. edición. Editorial Medicina familiar Mexicana. México. 2006. p.187. (10)

La importancia de relacionar a la familia con las enfermedades crónicas ha sido estudiada por diversos autores. En el abordaje de la familia se debe prestar atención especial a través de la recogida de datos y a las condiciones humanas de los enfermos, tanto datos heredofamiliares, antecedentes patológicos y otros vínculos además de los somáticos y síntomas patognomónicos, pero sobre todo a las relaciones familiares, entre ellos los motivos de fracasos terapéuticos de un enfermo en una familia¹¹.

La asociación entre disfunción familiar y grado de control en el paciente diabético tipo 2 asocia la disfunción familiar con mayor frecuencia de descontrol en el paciente diabético¹². Al explorar la *participación familiar en el control de la Hipertensión arterial*, relaciona las *familias Disfuncionales (FD)* con un *pobre control* de cifras tensionales, donde solo 6.5% de los enfermos de HAS estaban controlados¹³. Entre los factores asociados al descontrol de la presión arterial de los adultos mayores, se citan; ser habitantes de la zona rural, solteros y adultos mayores. Por otro lado el consumo de alcohol moderado en mujeres se relaciona con un mejor control¹⁴, en otros estudios el descontrol de la presión arterial lo relacionan a factores del propio paciente, tales como dieta, obesidad, tratamiento farmacológico y la intervención del médico¹⁵.

En la UMF No. 80 del IMSS, la hipertensión arterial sistémica es la primera causa de atención médica, en una población derechohabiente de 198, 560 registrados en el año 2009, en el mismo año se otorgaron consultas con diagnóstico de HAS con un total de 61, 349 pacientes, de los cuales fueron de primera vez 608 (0.99%) y subsecuentes 43, 953 (71%), representan el 19.97% del total de la atención médica otorgada en ese año con altos costos y con 30% de ellos con cifras de tensión arterial controladas.

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad de etiología múltiple caracterizada por elevación persistente y sostenida de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas. Es uno de los problemas de salud pública más importantes de la población adulta en el mundo. En México la prevalencia es de 30% con algunas diferencias en su distribución geográfica como pueden ser la raza, altura sobre nivel del mar y costumbres¹⁶

Los valores óptimos se basan en el perfil de riesgo cardiovascular individualizado, considerando las características personales, médicas y las diferencias étnicas y culturales de cada región. Es un padecimiento donde el 90% de su etiología se desconoce por lo que se le ha denominado hipertensión arterial esencial con una fuerte influencia de tipo hereditario, y del 5 al 15% de los casos hay una enfermedad directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales denominándosele así hipertensión arterial secundaria.

Los riesgos para la salud atribuibles al aumento en la presión arterial en población adulta son continuos y comienzan a partir de cifras de 115/75 mmHg. La asociación norteamericana del corazón en su séptimo reporte (JNC7), han mantenido la definición de hipertensión comenzando a partir de cifras de 120/90 mmHg para personas mayores de 18 años¹⁷.

Clasificación De Hipertensión Arterial Según La Asociación Norteamericana Del Corazón Jnc7

NIVEL DE PRESION ARTERIAL (mmHg)			
CATEGORIA	SISTOLICA		DIASTOLICA
NORMAL	<120	Y	<80
PREHIPERTENSION	120-139	O	80-89
HIPERTENSION ARTERIAL			
HIPERTENSIÓN ESTADIO I	140-159	O	90-99
HIPERTENSION ESTADIO 2	160	O	100

La clasificación de la JNC7 está basada en el promedio de ≥ 2 medidas de la presión arterial en posición sentado, correctamente realizadas con equipos bien mantenidos en cada una de ≥ 2 visitas médicas. De acuerdo con esto han dividido a la hipertensión en estadios 1 y 2, como se muestra en la tabla 1. El JNC7 ha definido la presión sanguínea normal como menor de 120 y menor de 80 mmHg. Los niveles intermedios, 120 a 139 y 80 a 89 mmHg están definidos ahora como pre hipertensión, un grupo que ha venido incrementando los riesgos de la salud y desde el cual definitivamente se progresa al de hipertensión arterial.

A su vez, la OMS, la sociedad internacional de Hipertensión y la sociedad europea de hipertensión/sociedad europea de cardiología, en su publicación 2007 consideran similarmente que la hipertensión arterial se diagnostica a partir de 140/90 mmHg (inclusive), aunque a diferencia de la JNC7, consideran tres categorías en los niveles menores de 140/90 mmHg, con un nivel óptimo similar a lo que considera JNC7 como normal y dos categorías: normal y normal alta entre 120/80 y 139/89 mmHg.

Estas asociaciones también dividen el estadio 2 en la clasificación del JNC7, con un estadio 3 que comienza en ≥ 180 y ≥ 110 mmHg.¹⁸

La HAS es un importante factor de riesgo para enfermedades cerebro vasculares, cardiovasculares y renales, mientras que los cambios morfológicos de la pared arterial causadas por la calcificación se asocian en particular al engrosamiento arterial, y el proceso tiene alta prevalencia en el desarrollo de las mismas.

La resistencia a la insulina y su resultante la hiperinsulinemia, son factores que a través de diversos mecanismos, favorecen, entre otras alteraciones a la hipertensión arterial y la aterosclerosis. La activación del sistema nerviosos simpático y el crecimiento y proliferación de las células del musculo liso vascular en todo hipertenso, debe de considerar la posibilidad de que la resistencia a la insulina esté involucrada en la génesis de la enfermedad ya que tiene efectos vasculotóxicos a nivel endotelial que condiciona un desbalance entre la producción de óxido nítrico y la endotelina. Estudios han demostrado que los niveles elevados de leptina en pacientes con hipertensión arterial, obesidad, resistencia a la insulina y con elevación de lipoproteínas de baja densidad, se relacionan a dicho suceso.¹⁹

Los factores de riesgo clínico como la historia familiar de aparición de la enfermedad cardiovascular antes de los 55 y 65 años de edad para los hombres y mujeres respectivamente, habito tabáquico, hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes mellitus, obesidad, historia familiar de enfermedad isquémica del corazón y presencia de comorbilidades como el IAM constituye uno de los principales predictores de complicaciones y la mortalidad a corto plazo²⁰ que han estado aumentado sostenidamente durante las últimas décadas en nuestro país.

Así pues, podemos citar que los principales factores de riesgo son la edad, sexo, antecedentes heredo familiares, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, obesidad, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia (aumento de LDL y/o disminución de HDL) diabetes mellitus, menopausia, uso de anticonceptivos hormonales, hipertensión arterial sistémica, estrés, hipertrofia del ventrículo izquierdo, lipoproteína A, homosisteina, fibrinógeno y ácido úrico.

Clasificación:

Según la etiología se puede considerar:

- 1.- HAS esencial, primaria o idiopática: representa 80-80% de los casos y se considera el término cuando no hay causa orgánica alguna.
- 2.- HAS secundaria: se determina cuando existe una causa orgánica conocida.
- 3.- HAS de bata blanca: en este grupo entran aquellos pacientes que de manera consistente presentan cifras elevadas de presión arterial cuando se realiza la medición en el consultorio médico o en el hospital.²¹

El control adecuado de las cifras de presión arterial en pacientes hipertensos aumenta su esperanza de calidad de vida, sin embargo, uno de los problemas inherentes en su tratamiento es que la elevación de la presión arterial no produce de manera habitual manifestaciones clínicas relevantes, por lo que el paciente puede tener la falsa impresión de que la enfermedad se encuentra controlada.

La prioridad del personal de salud debe estar encaminado a realizar actividades de prevención primaria y secundaria, para alcanzar el control adecuado de pacientes con HAS, en fases tempranas reducir las complicaciones, la muerte prematura y la tasa de mortalidad general asociada a ella.

Las medidas de tratamiento incluyen dos enormes vertientes, el no farmacológico del cual se desprenden las modificaciones en el estilo de vida como la suspensión del tabaquismo, el control del sobrepeso, adecuada alimentación y la realización de ejercicio aeróbico entre otras medidas. El tratamiento farmacológico óptimo consiste de la elección de fármacos que ofrezcan un mayor beneficio al paciente.

Dentro de este rubro tenemos los adrenérgicos beta, bloqueadores de los canales del calcio, bloqueadores de la enzima convertidora de la angiotensina, bloqueadores de los receptores de la angiotensina e Inhibidores adrenérgicos centrales y periféricos entre otros.

Pero a pesar del tratamiento no farmacológico debemos tener en cuenta el buen funcionamiento familiar ya que éste se encuentra íntimamente relacionado con la integración de la familia, la adecuada autoestima y los sistemas de apoyo social, de igual manera el estrés crónico individual y familiar ejerce efectos perjudiciales a largo plazo, aunque depende de la capacidad de adaptación.²²

El fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento, el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego.

El apego al tratamiento se vincula de manera directa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo. La supresión la ingesta diaria de medicamentos que requiere el manejo integral de la HAS son objetivos difíciles de lograr sin una participación convencida de los enfermos y sus familiares. El entorno familiar ejerce una influencia significativa sobre el apego al tratamiento y podría ser una de las causas de falla terapéutica. Los pacientes hipertensos tienen un mayor apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar, de lo que se desprende la necesidad de dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento del entorno familiar.

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es la familia un sistema dinámico, sometido a un continuo establecimiento de reglas y búsqueda de acuerdos con cambios y modificaciones. Su análisis es vital cuando se centra en las relaciones que establecen sus integrantes,²³ sus experiencias pasadas pueden influir en este tipo de interacción. El subsistema conyugal es un reagrupamiento de familias; la intención explícita de formar una familia es compartir intereses, objetivos y metas.²⁴

Los integrantes de una familia conforman de manera importante el principal apoyo para mantener y rescatar diversas situaciones cotidianas. Una familia funcional sufre por supuesto crisis normativas y paranormativas igual que la familia disfuncional. El abordaje en cada caso varía para enfrentarse y resolverlas. Suponemos que además de ello los factores relacionados en cada individuo influyen indirectamente. Hablamos de edad, género, nivel educativo ocupación y estado civil que llamamos en su conjunto perfil clínico familiar, como datos a considerar en pacientes con HAS controlada y descontrolada a partir de cuestionamientos durante la atención en la práctica del médico de familia.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Una familia disfuncional y el perfil clínico familiar desfavorecen el control adecuado en pacientes con hipertensión arterial en el primer nivel de atención?

IX. JUSTIFICACIÓN

La importancia de llevar a cabo el estudio es valorar la funcionalidad familiar como factor de riesgo en los pacientes diagnosticados como hipertensos y que se asocia a la evolución de la hipertensión y que actúa descontrolando a estos pacientes, y poder demostrar la importancia del mismo para poder dar una solución y llevar a mejor control a nuestros pacientes a nivel de atención primaria. Valorar el entorno, el perfil clínico y la funcionalidad familiar, podría ayudar al médico familiar a identificar pacientes con factores de riesgo para presentar descontrol hipertensivo, y poder retardar el inicio de la enfermedad, así como controlar la hipertensión arterial de forma estricta en el primer nivel de atención. Así pues, lo que se pretende es tratar de identificar si estos factores son relevantes en el descontrol de las cifras tensionales en aquellos pacientes ya hipertensos y puede ser un factor de control no farmacológico en la evolución de su enfermedad, y así mismo tratar de actuar desde antes de que se presente en aquellos pacientes no hipertensos pero con una predisposición genética y factores de riesgo que puedan desencadenar la enfermedad. Así pues lo que los resultados pueden aportar a la investigación es la importancia de que los pacientes hipertensos de reciente diagnóstico, además de tener el apoyo farmacológico para su control, se pueda apoyar también dentro de la funcionalidad familiar para que a su vez tenga un mejor apego a los mismos y para que podamos utilizar monoterapia antihipertensiva y evitar en cierto modo la polifarmacia en este tipo de pacientes y sus efectos colaterales.

El perfil clínico y la funcionalidad familiar son dos elementos importantes a tomar en cuenta para el control del paciente hipertenso y son de gran apoyo para el apego a su tratamiento, al lograr el buen control y mejor apego, modificamos la historia natural de la enfermedad, mejoramos la calidad de vida, se retrasan las complicaciones y habría una menor utilización de antihipertensivos.

Con esta investigación se pretende brindar apoyo no farmacológico al médico de primer nivel de atención quien es el que propicia el mejor control del paciente hipertenso. Conocer los factores de riesgo inmersos en el PCF (GEOE), permitirá un abordaje mas oportuno que asegure buenos resultados en el tratamiento integral.

X. HIPÓTESIS

Ho La familia funcional y el perfil clínico familiar favorecen el buen control del paciente con hipertensión arterial sistémica.

Ha La familia disfuncional y el perfil clínico familiar favorecen el descontrol del paciente con hipertensión arterial sistémica.

XI. OBJETIVOS

GENERAL: Identificar el perfil clínico y la funcionalidad familiar en los pacientes hipertensos descontrolados.

ESPECÍFICOS:

1. Relacionar la adaptabilidad y la cohesión con las cifras de presión arterial.
2. Conocer las cifras tensionales sistólica y diastólica en relación con:
 - A. Edad
 - B. Escolaridad
 - C. Ocupación
 - D. Estado civil
3. Conocer la familia extrema y en rango medio en relación con:
 - A. Edad
 - B. Escolaridad
 - C. Ocupación
 - D. Estado civil
4. Conocer los antecedentes heredofamiliares, personales patológicos y no patológicos de los pacientes y su relación a las cifras tensionales en control y descontrol.

XII. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO.

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Observacional y comparativo.

MÉTODO DE OBSERVACION: Transversal.

TIPO DE ANÁLISIS: Descriptivo.

TEMPORALIDAD: Retrospectivo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Hombres adultos de 30 a 60 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N° 80 del IMSS.

POBLACIÓN TOTAL

De un total de 61,349 pacientes hipertensos esenciales adscritos a esta unidad de medicina familiar No. 80 son un total de 18, 910 pacientes hombres de los cuales 257 son de primera vez y 18, 653 subsecuentes según el concentrado anual SIAIS UMF 80 en el año 2009-2010

ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Se calculó con base en población finita. De pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no. 80.

Se calculó con la ecuación de tamaño de muestra para estimar la proporción de la población.

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

$$n = \frac{257}{1 + 257 (.12)^2}$$

$$n = \frac{257}{1 + 257 (0.0144)}$$

$$n = \frac{257}{1 + 3.7152}$$

$$n = \frac{257}{4.7152} = 54.504 = \underline{\underline{55}}$$

DESCRIPCIÓN OPERATIVA:

A cada paciente que reunió los criterios de inclusión ya establecidos se le dio una cita en la Unidad de Medicina Familiar No 80 del IMSS en Morelia, Michoacán (anexo 1) para la realización de los siguientes puntos:

Se realizó interrogatorio directo dirigido, conforme la historia clínica del IMSS (anexo2) y se interrogó también sobre los puntos del instrumento de recolección de datos (anexo 3), anexados ambos en la parte final, después se le dio a firmar consentimiento informado (anexo 4) para posteriormente realizar exploración física con su respectiva toma de los signos vitales.

La población de estudio se subdividió en dos grupos, uno con pacientes y cifras de tensión arterial dentro de rangos de la normalidad o controlados, y el otro con pacientes y cifras de tensión arterial que indicaron descontrol.

La presión arterial: Se realizó con los pacientes sentados y quietos en una silla, después de permanecer 5 minutos en reposo, en posición sentada con un esfigmomanómetro marca Fumed calibrado a 0 mmHg, de mercurio 3 centímetros por arriba del pliegue del codo colocando el brazalete, con los pies en el suelo, y el brazo a la altura del corazón con brazalete que sobrepasa el 80 % del brazo, se tomó la presión arterial, realizando la lectura escuchando la presión arterial sistólica y diastólica en las fases 1 y 5 de Korotkof respectivamente de acuerdo a las

recomendaciones del Séptimo Informe del JNC 7 en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial.²⁵

Para la obtención de la funcionalidad familiar se aplicó el instrumento FACES III (anexo 5) dividiendo a los pacientes en dos grupos de acuerdo al puntaje obtenido, cohesión (números nones) y adaptabilidad (números pares) teniendo así en cada uno de ellos a la *familias extremas o disfuncionales* para familia no relacionada y aglutinada dentro de la cohesión, rígida y caótica dentro de la adaptabilidad y *rango medio o familias funcionales* para separada o semirelacionada y conectada o relacionada para la cohesión y finalmente estructurada y flexible para adaptabilidad (anexo3).

Para la categorización de la presión arterial en control y no control de cifras tensionales, nos basamos en la clasificación JNC7 partiendo en cifras mayores de 139 mmHg para la sistólica y mayores de 89 mmHg para la diastólica, para poder denominar así al paciente como descontrolado.

Una vez teniendo el tipo de familia de acuerdo al FACES III y la categorización de la presión arterial, se procedió a identificar la funcionalidad familiar y el perfil clínico familiar (edad, escolaridad, ocupación, estado civil) en los pacientes descontrolados, así como la relación del perfil clínico familiar y la funcionalidad familiar en relación con las cifras tensionales .

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables de carácter nominal fueron comparadas con las diferentes categorías del perfil clínico familiar, se comparó el perfil clínico con T de Student para muestras independientes en lo que a la edad se refiere. También se utilizó el análisis de varianza de una vía para establecer comparaciones múltiples distribuidas por escolaridad, ocupación, edad, estado civil, etc.

El procesamiento estadístico se llevó a cabo con un paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) versión 18.

Las cifras estadísticamente significativas son aquellas que asocian a un P-valor < 0.05. Se presentaron tablas y gráficas, las variables discretas con frecuencia y porcentaje respectivo y para variables continuas promedio y desviación estándar.

Se obtuvieron riesgos relativos con su respectivo intervalo de confianza de 95% para todos los factores de riesgo asociadas con el estadístico de contraste no paramétrico χ^2

Se empleó el coeficiente de correlación intraclase para observar la confiabilidad de dicha medida en base a la concordancia según su valoración y los coeficientes de correlación intraclase (CCI) propuesta por Landis y Koch²⁶

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF No. 80 de ambos turnos.
- Hombres de 30 a 60 años de edad.
- Hipertensión arterial sistémica en tratamiento regular.
- Que acepten participar en el estudio.
- Firmar consentimiento informado.
- Aquellos pacientes que tengan un apego adecuado a sus medicamentos y que los reciban constantemente por parte de la farmacia sin un desabasto importante del mismo.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- Hombres menores de 30 o mayores de 60 años.
- Individuos que no dieron su consentimiento informado o que decidieron retirarse del estudio.
- Pacientes hipertensos con otra enfermedad crónica metabólica
- Aquellos pacientes que no tengan un apego adecuado a sus medicamentos y que no los reciban constantemente por parte de la farmacia o que haya un desabasto importante del mismo.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no hayan acudido a su cita para la entrevista.
- Pacientes del sexo femenino.
- Pacientes que no hayan firmado consentimiento informado.
- Pacientes en estado de ebriedad o que se encuentren en forma inconveniente.
- Que hayan tomado en forma irregular su tratamiento antihipertensivo.
- Que hayan contestado las preguntas en forma incompleta.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Dependiente	Definición Operacional	Clasificación	Escala de Medición	Fuente	Análisis/Control
Hipertensión arterial	Enfermedad crónica de etiología múltiple caracterizada por la elevación persistente y sostenida de la presión arterial, sistólica, diastólica o ambas	Cuantitativa	Nominal	JNC7	Normal Pre hipertensión Hipertensión estadio I Hipertensión estadio II
Perfil Clínico Familiar	Variables sociodemográficas de análisis integral en el individuo	Cualitativa	Nominal cuantitativa	GEOE	Edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación

Variable Independiente	Definición Operacional	Clasificación	Escala de Medición	Fuente	Análisis/Control
Funcionalidad Familiar	Capacidad de la familia de superar las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Cualitativa	Ordinal	FACES III	Cohesión y adaptabilidad

Variable	Definición	Clasificación	Escala de	Fuente	Análisis/
----------	------------	---------------	-----------	--------	-----------

**‘FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL,
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA MICHOACÁN’**

Relacionada PFC	Operacional		Medición		Control
Edad	Años cumplidos considerado desde el nacimiento	Cuantitativa	Continua	Hoja recolección de datos	30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59 y 60 a 64 años.
Ocupación	Actividad realizada por el individuo y remunerada	Cualitativa	Nominal	Recolección de datos	Empleado, técnico, profesionista, obrero, sin ocupación.
Estado Civil	Estado civil otorgado por el estado	Cualitativo	Nominal	Recolección de datos	Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre, otro.
Escolaridad	Nivel académico alcanzado	Cualitativo	Nominal	Recolección de datos	Primaria, secundaria, bachillerato, profesional, sabe leer y escribir.

Variables Relacionadas HAS	Definición Operacional	Clasificación	Escala de Medición	Fuente	Análisis/ Control
Sistólico	Presión más alta medida en las arterias, cuando el corazón se contrae con cada latido.	Cuantitativa	Nominal	JNC7	Normal Pre hipertensión Hipertensión estadio I Hipertensión estadio II
Diastólico	Presión más baja medida en las arterias; el músculo cardíaco está relajado entre latidos.	Cuantitativa	Nominal	JNC7	Normal Pre hipertensión Hipertensión estadio I Hipertensión estadio II

**‘FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL,
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA MICHOACÁN’**

Variable Relacionada Funcionalidad Familiar	Definición Operacional	Clasificación	Escala de Medición	Fuente	Análisis/Control
Adaptabilidad	Habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo	Cualitativa	Nominal	FACES III	Rígido, estructurado, flexible y caótico.
Cohesión	Vinculación emocional entre los miembros de la familia, que incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido.	Cualitativa	Nominal	FACES III	Desligada (no relacionada), separada (semirelacionada), conectada (relacionada) y aglutinada

XIII. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se realizó de acuerdo a lo estipulado en la declaración de Helsinki, Finlandia de 1964 y revisada en forma posterior por la asamblea médica mundial de Tokio, Japón en 1975; en Venecia, Italia en 1983; Hong Kong en 1989, en el XLVIII asamblea de Summerest West, Sudáfrica de 1996, en la 52ª Asamblea general de Edimburgo, Escocia, octubre 2000, y de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la investigación. Debe de tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad. De igual forma se apega al reglamento de la ley de salud y a los reglamentos del instituto mexicano del seguro social en materia de investigación en salud, así también se apega a lo códigos de ética de Núremberg que en su primer punto dice: que el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona envuelta debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; deben estar situada en tal forma que le permita ejercer su libertad de escoger, sin intervención de cualquier otro elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor posterior para obligar a coercer, y debe tener suficiente conocimiento y comprensión de los elementos de la materia envuelta para permitirle tomar una decisión correcta.

Esta investigación se considera de riesgo mínimo o nulo al no conferir riesgo alguno para la salud, ya que se han determinado solamente encuestas y variables antropométricas Se solicitó consentimiento informado por escrito y previa invitación verbal.

Se respetó la confidencialidad de los pacientes, sin divulgar sus datos personales y evaluando solo los resultados obtenidos por parte de los investigadores responsables.

XIV. RECURSOS

HUMANOS:

- Coordinador de la Especialidad De Medicina Familiar de la Facultad De Ciencias Medicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”.
- Maestros en Ciencias Médicas y en Educación Médica.
- Médicos Especialistas En Medicina Familiar.
- Residentes de Medicina Familiar.

MATERIALES

- Lapiceros negro y azul marino
- Lápiz
- Laptop Gateway 2009 nv5207u
- Una memoria de almacenamiento USV datatraveler 120 4 gb
- Instalaciones de la UMF 80

XV. RESULTADOS

El presente trabajo se realizó en la U.M.F. 80 pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Morelia Michoacán México.

Todos los pacientes cumplieron los criterios de inclusión y se respetó la confidencialidad y anonimato de cada uno de ellos. Participaron sesenta pacientes confirmados con diagnóstico de hipertensión arterial, con cita mensual a médico familiar, abastecimiento adecuado de medicamentos y apego al tratamiento, todos ellos varones, cuyo promedio de edad fue de 51.60 ± 6.8 años cumplidos.

Las variables estudiadas fueron: presión arterial sistólica y diastólica, cohesión y adaptabilidad, edad, ocupación, escolaridad, estado civil, antecedentes heredofamiliares de diabetes, hipertensión arterial, cáncer, antecedentes personales quirúrgicos, traumáticos, transfusionales, alérgicos, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, actividad física, consumo de sal y café.

En la tabla I se muestra la relación de las cifras tensionales diastólicas y sistólicas en control y descontrol de los pacientes estudiados, teniendo así a 33 (55%) pacientes controlados y 27 (45%) descontrolados, asociándose a una variabilidad no natural ($\chi^2 = 72.913$, $gl = 3$, $sig = 0.000$).

Tabla I. Relación de pacientes hipertensos controlados y descontrolados

**‘FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL,
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA MICHOACÁN’**

P A S	PAD				TOTAL	
		<80	80-89	90-99	100 y mas	
	<120	9 (15%)				9 (15%)
	120-139	4 (6.7%)	20 (33.3%)	7 (11.7%)		31 (51.7%)
	140-159			9 (15%)	7 (11.7%)	16 (26.7%)
	160 y mas		1 (1.7%)	1 (1.7%)	2 (3.3%)	4 (6.7%)
	Total	13(21.7%)	21 (35%)	17(28.3%)	9 (15%)	60 (100%)

- Pacientes controlados 55% (33)
- Pacientes descontrolados 45% (27)

La fiabilidad del instrumento de dinámica familiar FACES III se muestra en la tabla II, el cual contiene 20 reactivos en escala tipo Likert el cual puntuó en un abanico de respuestas desde nunca (1) valor menor hasta siempre (5) con estructura homogénea conteniendo dos dominios, cohesión para reactivos nones y adaptabilidad para reactivos pares.

Dicho instrumento fue validado mediante el Alpha Cronbach aportando un valor de 0.647 y 0.609 respectivamente, mismo que se reconfirio con el método de mitades (Spearman-Brown) aportando los valores nuevamente de 0.798 y 0.602, posterior a ello y de acuerdo a las respuestas, se obtuvieron dos subgrupos de cada uno de los dominios que fueron: familia extrema o disfuncional con le 18.3% (11) y rango medio o funcional el 81.7% (49).

Tabla II. Fiabilidad del Instrumento de Dinámica Familiar FACES III

FACTOR	REACTIVOS	Alpha de Cronbach	Método de mitades
Cohesión	1,3,5,7,9,11,13,15,17,19	.647	.798
Adaptabilidad	2,4,6,8,10,12,14,16,18,20	.609	.602
GLOBAL	1 al 20	.695	.457

En la tabla III, en lo que corresponde al dominio de la Cohesión, se encontró en familia No relacionada el 5% (3), y en los pacientes controlados ninguna familia se ubicó en este grupo, en la familia aglutinada predominaron los pacientes con cifras tensionales controladas con el 15% (9), mientras en los descontrolados fue de 11.7% (7), ambos tipos de familia son disfuncionales, la familia semirelacionada predominó en los pacientes no controlados con el 16.67% (10), mientras que los controlados fue del 10% (6), en la familia relacionada existió un predominio en los pacientes controlados con el 30% (18) y en los no controlados fue del 11.7% (10), estos dos tipos de familias se consideran como funcionales.

En esta correlación se encontró una ($\chi^2 = 8.576$, $gl = 3$, $sig = 0.035$). Considerándose con significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

En el dominio de Adaptabilidad la familia rígida predominó en los pacientes no controlados con el 6.67% (4), y en los controlados fue de 3.3% (2), la familia caótica predominó en los pacientes controlados con el 31.67% (19), sobre los no controlados en donde el porcentaje fue de 15% (9), estos dos tipos de familia se consideran disfuncionales, la familia estructurada mostró mismo comportamiento en pacientes no controlados que en los controlados con el 11.7% (7) y la familia flexible existió un predominio en los pacientes no controlados con el 11.7% (7), en los pacientes controlados fue del 8.3% (5), estos dos tipos de familia se consideran como funcionales, al realizar esta correlación se encontró una ($\chi^2 = 4.012$, $gl = 3$, $sig = 0.260$) por lo que se considera sin significancia estadística, por un valor de $p > 0.05$.

Tabla III. Dominios del FACES III asociados al descontrol de la HTAS

FACTOR	No Controlados n = 27 F (%)	Controlados n = 33 F (%)	Ch²	Sig.
COHESIÓN				
No Relacionada	3(5.00)	-	8.576	.035*
Semirelacionada	10(16.67)	6(10.00)		
Relacionada	7(11.67)	18(30.00)		
Aglutinada	7(11.67)	9(15.00)		
ADAPTABILIDAD				
Rígida	4(6.67)	2(3.33)	4.012	.260
Estructurada	7(11.67)	7(11.67)		
Flexible	7(11.67)	5(8.33)		
Caótica	9(15.00)	19(31.67)		

* Cifra estadísticamente significativa (p<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la tabla IV, se aplicó la relación de la hipertensión arterial y la funcionalidad familiar, en la que mostramos que el 18.3% (11) en su funcionalidad familiar se ubicó en familia extrema y el 81.7% (49) correspondió a familias en rango medio, en relación a la tensión arterial el 45% (27) se encontraron descontrolados y el 55% (33) controlados, en las familias con funcionalidad extrema el 13.3% (8) se encontraron descontroladas y solo el 5% (3) controladas, en las familias con rango medio ocurrió lo contrario el 50% (30) su tensión arterial fue controlada y el 31.7% (19) descontrolada, dichas frecuencias se asociaron a una variabilidad no natural ($\chi^2 = 4.184$, $gl = 1$, $sig = 0.041$) asociado a un RR= 1.876 significativo IC95% (1.132, 3.107). Como se puede observar el no control de la HTA se asoció a la familia extrema y fue significativo.

Tabla IV. Relación de la hipertensión arterial y la funcionalidad familiar.

FAMILIA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL						
	NO CONTROLADA		CONTROLADA		Ch ²	Sig.	RR IC95%(Li,Ls)
	No.	%	No.	%			
Extrema	8	13.3	3	5	4.184	.041*	1.876(1.132,3.107)
Rango medio	19	31.7	30	50			
Total	27	45	33	55			

* Cifra estadísticamente significativa (p<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la tabla V, se muestra la relación de edad, ocupación e HTAS, la edad predominante fue de 55 a 59 años de edad, con el 36.7% (22) en este rango de edad, el mayor porcentaje se encontró en controlados con el 20% (12), y no controlados con el 16.7% (10), seguido por el grupo de edad de 50 a 54 años de los cuales el 15% (9) se encontraron controlados y el 13,3% (8) no controlados y la menor frecuencia se encontró en los dos extremos correspondientes a los grupos de 30 a 34 y de 60 a 64 años con el mismo porcentaje de 1.7% (1); en esta asociación no se encontró significancia estadística.

En la asociación con la ocupación predominó el grupo de empleados en el 35% (21), de los cuales el 18.3% (11) fueron no controlados y el 16.7% (10) controlados, seguido por el obrero con el 30% (9), en el mismo porcentaje entre no controlados y controlados, y en tercer lugar fueron los pacientes sin ocupación con el 11.7% (7), con el 6.7% (4) para controlados y el 5% (3) para los no controlados, en ésta relación no se encontró significancia estadística.

Todo resultó estar dentro de variabilidad natural (chi² 4.570, gl= 6, sig .600).

Tabla V. Edad y Ocupación asociadas a HTAS

**‘FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL,
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA MICHOACÁN’**

FACTOR	No Controlados n = 27 F (%)	Controlados n = 33 F (%)	Chi²	Sig.
GRUPOS DE EDAD			1.946	.925
30 a 34	1(1.7)	1(1.7)		
35 a 39	-	1(1.7)		
40 a 44	4(6.7)	3(5.0)		
45 a 49	3(5.0)	4(6.7)		
50 a 54	8(13.3)	9(15.0)		
55 a 59	10(16.7)	12(20.0)		
60 a 64	1(1.7)	3(5.0)		
OCUPACION			4.570	.600
Empleado	11(18.3)	10(16.7)		
Obrero	9(15.0)	9(15.0)		
Técnico	1(1.7)	-		
Profesionista	1(1.7)	4(6.7)		
Comerciante	1(1.7)	2(3.3)		
Sin Ocupación	3(5.0)	4(6.7)		
Otro	1(1.7)	4(6.7)		

* Cifra estadísticamente significativa (p<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la tabla VI, se muestra la relación entre escolaridad y estado civil asociado a la hipertensión arterial, en la escolaridad predominó a nivel de primaria con el 40% (24), con el mismo porcentaje para no controlados y controlados de 20% (12), seguido con el nivel de licenciatura con el 26.7% (16), de ellos el porcentaje más elevado fue para los pacientes controlados con el 16.7% (10) y el 10 % (6) para los no controlados, el porcentaje más bajo se encontró en el nivel técnico y el que sabe leer y escribir con el mismo porcentaje de 1.7% (1).

El de nivel técnico se encontró no controlado y el que sabe leer y escribir como controlado, en esta asociación no se encontró significancia estadística (chi² 2.761, gl= 5, sig .737). En lo referente al estado civil existió una gran predominancia en el casado con el 91.7% (55), el porcentaje más elevados de ellos se encontró

controlado con el 51.7% (31) y descontrolado con el 40% (24). En esta asociación no se encontró significancia estadística. (χ^2 5.344, gl= 4, sig .254).

Tabla VI. Escolaridad y Estado Civil asociados con HTAS

FACTOR	No Controlados n = 27 F (%)	Controlados n = 33 F (%)	Ch²	Sig.
ESCOLARIDAD			2.761	.737
Primaria	12(20.0)	12(20.0)		
Secundaria	5(8.3)	7(11.7)		
Preparatoria	3(5.0)	3(5.0)		
Nivel Técnico	1(1.7)	-		
Licenciatura	6(10.0)	10(16.7)		
Sabe Leer y Escribir	-	1(1.7)		
ESTADO CIVIL			5.344	.254
Soltero	2(3.3)	-		
Casado	24(40.0)	31(51.7)		
Viudo	-	1(1.7)		
Divorciado	1(1.7)	-		
Otro	-	1(1.7)		

* Cifra estadísticamente significativa ($p < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la tabla VII, al correlacionar la edad y ocupación con la funcionalidad familiar encontramos: en el rango de edad predominante que fue de 55 a 59 años, el 31.7% (19), se encontró en rango medio (funcional) y el 5% (3) en rango extremo (disfuncional), el rango de edad que le continuó en frecuencia fue el de 50 a 54, de ellos el 25% (15), fueron de rango medio (funcional) y el 3.3% (2) en rango extremo (disfuncional), mismo comportamiento de predominio de la familia funcional sobre la disfuncional se encontró en los rangos de 40 a 44 y 45 a 49, en esta asociación no se encontró significancia estadística (χ^2 9.440, gl= 6, sig.150).

En la relación con la ocupación se encontró, que la actividad predominante fue la de empleado, de ellos el 28.3% (19) se encontraron en rango medio (funcionales) y el 6.7% (4) en rango extremo (disfuncional), siguiéndole en frecuencia el obrero de los cuales el 28.3% (19) estuvieron en rango medio (funcionales) y el 1.7% (1) en rango extremo (disfuncional), en el resto de las ocupación se mostro el mismo comportamiento con predominio de las familias en rango medio (funcionales), por lo tanto tampoco se encontró significancia estadística (χ^2 8.147, $gl= 6$, sig .228).

Tabla VII. Edad y Ocupación asociadas al tipo de familia

FACTOR	Extrema n = 11 F (%)	Rango Medio n = 49 F (%)	Chi²	Sig.
GRUPOS DE EDAD			9.440	.150
30 a 34	1(1.7)	1(1.7)		
35 a 39	1(1.7)	-		
40 a 44	1(1.7)	6(10.0)		
45 a 49	1(1.7)	6(10.0)		
50 a 54	2(3.3)	15(25.0)		
55 a 59	3(5.0)	19(31.7)		
60 a 64	2(3.3)	2(3.3)		
OCUPACION			8.147	.228
Empleado	4(6.7)	19(28.3)		
Obrero	1(1.7)	17(28.3)		
Técnico	-	1(1.7)		
Profesionista	-	5(8.3)		
Comerciante	1(1.7)	2(3.3)		
Sin Ocupación	3(5.0)	4(6.7)		
Otro	2(3.3)	3(5.0)		

* Cifra estadísticamente significativa ($p < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

La tabla VIII, mostramos la relación de escolaridad y estado civil con la funcionalidad familiar, en la escolaridad se encontró predominio a nivel de primaria con el 40%

(24), de los cuales el 30% (18) se ubicaron en rango medio (funcional) y el 10% (6) en rango extremo (disfuncionales), seguido por el nivel licenciatura con el 26.6% (16), de los cuales el 23.3% (14) fueron ubicados en rango medio (funcionales) y el 3.3% (2) como disfuncionales, los otros grados de escolaridad mostraron mismo comportamiento de un porcentaje más elevado las familias en rango medio (funcionales) sobre las familias en rango extremo (disfuncionales), en esta asociación no existió significancia estadística. (χ^2 1.558, gl= 5, sig .906).

En el estado civil la predominancia fue para el casado con el 91.7% (55), de los cuales el 75% (45) se ubicaron en rango medio (funcionales) y el 16.7% (10) en rango extremo (disfuncionales), mismo comportamiento con el resto en donde existe el predominio de las familias en rango medio (funcionales), en esta relación tampoco existió significancia estadística (χ^2 2.014, gl= 4, sig .733).

Tabla VIII. Escolaridad y Estado Civil asociados al Tipo de Familia

FACTOR	Extrema n = 11 F (%)	Rango Medio n = 49 F (%)	Ch²	Sig
ESCOLARIDAD			1.558	.906
Primaria	6(10.0)	18(30.0)		
Secundaria	2(3.3)	10(16.7)		
Preparatoria	1(1.7)	5(8.3)		
Nivel Técnico	-	1(1.7)		
Licenciatura	2(3.3)	14(23.3)		
Sabe Leer y Escribir	-	1(1.7)		
ESTADO CIVIL			2.014	.733
Soltero	1(1.7)	1(1.7)		
Casado	10(16.7)	45(75.0)		
Viudo	-	1(1.7)		
Divorciado	-	1(1.7)		
Otro	-	1(1.7)		

* Cifra estadísticamente significativa (p<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En las tablas IX, X y XI, correspondientes a los antecedentes y factores de riesgo asociados con positividad, se encontraron: DM2 con el 56.6% (34), HTAS en el 66.6% (37), cáncer 25% (14), cardiopatías 30% (18), Tabaquismo 60% (36), alergias 10% (6), quirúrgicos 51.6% (31), traumáticos 37.7% (19), transfusiones 11.7% (7), hospitalizaciones 56.7% (32), dislipidemias 43.3% (26), alcoholismo 66.7% (40), estrés laboral 66.7% (40), no actividad física 38.4 (33), café 63.4% (38), duermen mal 41.6% (25) y drogas 1.7% (1).

Llama la atención que en los pacientes controlados los porcentajes son más elevados que en los no controlados, pero en ninguno existió significancia estadística. Los factores predominantes fueron: estrés laboral, alcoholismo, HTAS, ingesta de café y DM2.

Tabla IX. Factores de Riesgo asociados a HTAS

FACTOR	No Controlados n = 27 F (%)	Controlados n = 33 F (%)	Chi²	Sig	RR IC95%(Li,Ls)
ANTECEDENTES:					
DM2					
SI	14(23.3)	20(33.3)	.463	.496	.824(.472,1.436)
NO	13(21.7)	13(21.7)			
HAS					
SI	17(28.3)	20(33.3)	.035	.852	1.057(.590,1.892)
NO	10(16.7)	13(21.7)			
Cáncer					
SI	6(10.0)	9(15.0)	.202	.653	.857(.428,1.716)
NO	21(35.0)	24(40.0)			
Cardiopatía					
SI	6(10.0)	12(20.0)	1.414	.234	.667(.325,1.370)
NO	21(35.0)	21(35.0)			
Tabaquismo					
SI	18(30.0)	18(30.0)	.909	.340	1.333(.724,2.457)
NO	9(15.0)	15(25.0)			
Alergias					
SI	3(5.0)	3(5.0)	.067	.795	1.125(.479,2.642)
NO	24(40)	30(50.0)			
Quirúrgicos					
SI	11(18.3)	20(33.3)	2.347	.126	.643(.361,1.145)
NO	16(26.7)	13(21.7)			

* Cifra estadísticamente significativa (p<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla X. Factores de riesgo asociados a HTAS (continuación)

FACTOR	No Controlados n = 27 F (%)	Controlados n = 33 F (%)	Ch ²	Sig	RR IC95%(Li,Ls)
Antecedentes:					
Traumáticos					
SI	7(11.7)	12(20.0)	.748	.387	.755(.388,1.472)
NO	20(33.3)	21(35.0)			
Transfusiones					
SI	1(1.7)	6(10.0)	3.021	.082	.291(.046,1.825)
NO	26(43.3)	27(45.0)			
Hospitalización					
SI	12(20.0)	22(36.7)	2.986	.084	.612(.349,1.073)
NO	15(25.0)	11(18.3)			
Concomitantes (Dislipidemias)					
SI	9(15.0)	17(28.3)	1.999	.157	.654(.353,1.211)
NO	18(30.0)	16(26.7)			
Alcoholismo					
SI	19(31.7)	21(35.0)	.303	.582	1.188(.634,2.225)
NO	8(13.3)	12(20.0)			
Estrés Laboral					
SI	17(28.3)	23(38.3)	.303	.582	.850(.482,1.499)
NO	10(16.7)	10(16.7)			
Actividad Física					
NO	10(16.7)	13(21.7)	.035	.852	.946(.529,1.694)
SI	17(28.3)	20(33.3)			

* Cifra estadísticamente significativa (p<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla XI. Factores de Riesgo asociados a HTA S (continuación)

FACTOR	No Controlados n = 27 F (%)	Controlados n = 33 F (%)	Chi²	Sig	RR IC95%(Li,Ls)
Antecedentes:					
Consumo Café					
SI	16(26.7)	22(36.7)	.351	.554	.842(.481,1.474)
NO	11(18.3)	11(18.3)			
Duerme Bien					
NO	11(18.3)	14(23.3)	.017	.895	.963(.544,1.703)
SI	16(26.7)	19(31.7)			
Drogas					
SI	-	1(1.7)	.832	.362	-
NO	27(45.0)	32(53.3)			

* Cifra estadísticamente significativa (p<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Como se pudo observar dentro de los antecedentes heredo familiares y personales no hubo mayor relevancia, puesto que todas las cifras fueron no significativas.

XVI. DISCUSIÓN

El creciente aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial y su incidencia como factores de riesgo para la presencia de enfermedades cardiovasculares, ha hecho de éstas la primera causa de muerte en los países desarrollados y un importante problema de salud pública para éstos y las naciones en desarrollo, es por ello, que se ha planteado a nivel nacional, regional y local, como uno de los objetivos prioritarios en salud pública, principalmente en el ámbito de la prevención y promoción de la salud (OMS, 2003). Mc Daniel et al. (1998) señalan que el funcionamiento familiar, entendido como la forma en que la familia contribuye a la salud o enfermedad de sus miembros, mediante el desempeño de sus actividades, tareas o funciones básicas, se relaciona directamente, por ejemplo, con La presencia o control de una patología.

La disfuncionalidad encontrada en la presente investigación por la dimensión de la cohesión fue del 31.7% y por adaptabilidad del 56.7%, y los pacientes hipertensos no controlados por cohesión el 16.7% son disfuncionales y por adaptabilidad el 21.7%, lo que hace relevante la funcionalidad familiar para su control como se encontró en otros estudios como Valadez (1993), Florenzano (1995), Mc Daniel (1998), Hidalgo (1999), Yurss (2001), Méndez et al. (2003), Ysern (2003), Lucero (2004), Villaseca (2004), Colunga (2009) constatan también la importancia que tiene el cumplimiento adecuado de las funciones familiares en el control o descontrol de pacientes con enfermedad crónica.

En estudio realizado por Jesús Lázaro Amador Álvarez y Otros Autores²⁷, ellos encontraron que el factor de riesgo modificable el sedentarismo fue el más importante, en este estudio es uno de los factores más bajos con el 38%, concordando con otros estudios^{28 29 30}

En este mismo estudio, el factor de riesgo de tabaquismo fue de 61%, mientras que en el nuestro fue de 60%, las dislipidemias para ellos fue de 53% superior al nuestro de 43%, edad en rango predominante fue de 40 a 49 años con el 62% para nosotros el rango es de 50 a 59 con el 65% discretamente superior al de ellos, el factor de riesgo de DM2 e HTAS para ellos es muy inferior al nuestro.

XVII. CONCLUSIONES

- 1.- De la población de estudio el 45% fue descontrolado y el 55% fue controlado.

- 2.- Las cifras de tensión arterial en pacientes no controlados predominaron en los mayores de 50 años, en la ocupación predominó en empleados, la escolaridad mostró mayor descontrol a nivel de primaria y en el estado civil su mayor frecuencia fue en los casados.

- 3.- Al relacionar la funcionalidad familiar, la familia extrema mostró predominio del descontrol de las cifras tensionales con su asociación a mayor edad, en la ocupación a empleados, la escolaridad con primaria y con el estado civil a los casados y en los pacientes cuya funcionalidad se ubicó en rango medio existió un predominio de las cifras de tensión arterial controladas sobre las no controladas.

- 4.- Dentro de las familias extremas, los pacientes hipertensos con alteración en la cohesión tienen mayor riesgo para el descontrol de sus cifras tensionales.

- 5.- Los pacientes con hipertensión arterial controlada presentaron mayor asociación a los factores de riesgo como fueron: DM2, HTAS, tabaquismo, alcoholismo, estrés, consumo de café y menor asociación a la actividad física.

XVIII. SUGERENCIAS:

- 1.- Médico Familiar: identificar los factores de riesgo modificables e intentar modificarlos, aplicar la encuesta de FACES III con la finalidad de identificar la disfuncionalidad familiar y brindar apoyo a las familias.
- 2.- Trabajo social: hacer hincapié en el contenido de sus programas sobre la orientación en estos factores modificables y desarrollar estrategias que midan su impacto.
- 3.- Jefatura del Departamento Clínico: revisar expedientes clínicos de los pacientes hipertensos, para verificar las indicaciones de los Médicos Familiares con enfoque a los tratamientos no farmacológicos.
- 4.- Departamento de Educación e Investigación en Salud: continuar la actualización a los Médicos Familiares en donde se incluya la importancia de la funcionalidad familiar.
- 5.- Vincular más al equipo de salud con la finalidad de analizar a fondo los diferentes factores de descontrol e implementar otros instrumentos que brinden un mayor apoyo para el manejo integral del paciente.
- 6.- A la comunidad médica: se propone el perfil clínico familiar como un instrumento de abordaje clínico familiar. PCF: GEOE (Género, Edad, Ocupación, Escolaridad y Estado civil)
- 7.- Promover un espacio dentro de la unidad de medicina familiar en donde se puedan impartir psicoterapias para enfermos crónicos y sus familias.

XIX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Membrillo Luna A., Fernández Ortega M.A., Quiroz Pérez J. R., Rodríguez López J. L. Familia, Introducción al Estudio de sus Elementos. Editores de textos Mexicanos 2008; p.5-20.
- ² Luque A., González P., Mesa E., Mauroset R. Algunos Factores Psicosociales en la Dinámica Familiar en un Sector del Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen integr 1996; 12(1):39-43.
- ³ Almagro Domínguez F. Tendencias Actuales y Futuras de la Terapia de Familias. Rev Cubana Med Gen Integr. mayo-jun1996; 12(3):298-330.
- ⁴ Yepes Parra A. El Derecho a la Salud. Rev Cubana Salud Pública 1999; 25(2):112-22.
- ⁵ OMS-OPS. La Familia y la Salud. 37a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2003.p.5.
- ⁶ De La Cerda Salazar M.A. y Cols. Tipos de Familias de Niños y Adolescentes que acuden al Instituto Nuevo Amanecer A. B. P.:1-7.
- ⁷ Huerta J.L. Medicina Familiar. La Familia en el Proceso Salud Enfermedad. Editorial Alfil; 1ra. edición. México.2005.p.19.
- ⁸ Suarez Cuba M.A. El Médico Familiar y la Atención a la Familia. Rev Paceaña Med Fam 2006; 3(4): 95-100.
- ⁹ De la Revilla. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Ediciones D DDoyma. España.1994.p.38
- ¹⁰ Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3ra. edición. Editorial Medicina familiar Mexicana; México 2006.p.187.
- ¹¹ Achucarro C. y cols. Terapia Familiar Sistémica. Teoría Clínica e Investigación. Ed. Alberto Espina, Begoña Pumar. España1996: p 1-18.
- ¹² Méndez López D. M., Gómez López V. M., García Ruiz M. E., Pérez López J. H., Navarrete Escobar A. Disfunción Familiar y Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (4):281-284.
- ¹³ Alfredo González A., González Alfonso N., Vázquez González Y., González Alfonso L., Gómez Pacheco R. Importancia de la Participación Familiar en el Control de la Hipertensión Arterial. Medicentro 2004; 8 (2): 1-7.
- ¹⁴ Tuesca-Molina R., Guallar-Castillón P., Banegas-Banegas J. R., Graciani-Pérez R. A. Factores Asociados al Control de la Hipertensión Arterial en Personas Mayores de 60 años en España. Rev Esp Salud Pública 2006; 80: 233-242.
- ¹⁵ Mejía-Rodríguez O., Paniagua-Sierra R., Valencia-Ortíz M. del R., Ruiz-García J., Figueroa-Núñez B., Roa-Sánchez V. Factores Relacionados con el Descontrol de la Presión Arterial. Salud Pública Mex 2009; 51:291-297.
- ¹⁶ Mendoza González C. Guías del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” para el Tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica. Archivos de Cardiología de México, vol. 76 supl. 2/abril-junio 2006: S2, 279-284.

- ¹⁷ Pickering T. G. et al. recommendations for Blood Pressure Measurement in Humans: A Statement for Professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure research. *Hypertension*. 2005; 45:142-161.
- ¹⁸ Giuseppe Mancia, et al. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC): 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* (2007) 28, 1462-1536.
- ¹⁹ González Chávez A. y cols. La teoría metabólica en la génesis de la hipertensión arterial. Agentes antihipertensivos e implicaciones farmacoterapéuticas. *Revista Mexicana de Cardiología*. Oct 2000; 11(4):314-322.
- ²⁰ Sendra Gutiérrez J. M., Sarría-Santamera A. e Iñigo Martínez J. Desarrollo de un modelo de ajuste por el riesgo para el infarto agudo del miocardio en España: comparación con el modelo de Charlson y el modelo ICES. Aplicaciones para medir resultados asistenciales. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80:665-667.
- ²¹ Pickering T. G. et al; recommendations for Blood Pressure Measurement in Humans: A Statement for Professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure research. *Hypertension*. 2005; 45:142-161.
- ²² Huerta-Vargas D., Bautista-Samperio L., Irigoyen-Coria A., Arrieta-Pérez R. Estructura Familiar y Factores de Riesgo Cardiovascular en Pacientes con Hipertensión Arterial. *Archivos de medicina familiar*, vol. 7 (3) 2005:87-92.
- ²³ Bouche J. Hidalgo F. IV Curso de Experto Universitario en Meditación y Orientación Familiar. 2003-2004, 1ª ed. Madrid España: Ediciones Dykinson S.L.; 2003.
- ²⁴ González-Gallegos J.M. La Familia como Sistema, *Rev Paceaña Med Fam*. 2007;4(6):111-114.
- ²⁵ Seventh Report the Joint Nacional Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) Traducción de la Versión original en ingles publicada en 2003
- ²⁶ Michael S. kramer y Alvan R. Feinstein. Clinical Biostatistics LIV. The Biostatistics of Concordance. *Clin. Pharmacol. Ther.* January 1981, 111-123.
- ²⁷ Enviado por Dr. Jesús Lázaro Amador Álvarez y Otros Autores REVISTAS CIENCIAS.COM. Código ISPN de la Publicación: EEUAKLUPVEAHL0MFBU .
- ²⁸ Piedrola, G., et al: *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 8va. Ed. Salvat, 1998; 691-695.
- ²⁹ Friedberg, H.K.: *Enfermedades del Corazón* Rev. Instituto Cubano del libro. La Habana 2003.
- ³⁰³⁰ González, R. Factores de Riesgo en la Comunidad. *Rev. Cubana de Med. General Integral* 2004; (47):321-8.

ANEXO No.1

Atenta invitación a todos los médicos familiares de la UMF 80 para solicitar su apoyo y derivar a los pacientes que cumplan los criterios en el Trabajo de Investigación titulado:

“Funcionalidad y Perfil Clínico Familiar en pacientes con Hipertensión Arterial, Primer Nivel de Atención en Morelia Michoacán”

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF No. 80 de ambos turnos.
2. Hombres de 30 a 60 años de edad
3. Hipertensión arterial sistémica
4. Que acepten participar en el estudio.
5. Firmar consentimiento informado.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

1. Hombres menores de 30 o mayores de 60 años
2. Individuos que no dieron su consentimiento informado o que decidieron retirarse del estudio.
3. Pacientes hipertensos con otra enfermedad crónica metabólica
4. Mujeres

Favor de derivar a coordinación de enseñanza médica con:

RMF. Manuel Alejandro García Zamudio

Aula de la Biblioteca


8:00 a 12:00 horas, días lunes a viernes.

Por su atención y colaboración gracias. Al término del estudio se le informa de manera escrita los resultados obtenidos para su conocimiento y quedo a sus órdenes.

A T E N T A M E N T E

RMF Manuel Alejandro García Zamudio

**‘FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL,
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA MICHOACÁN’**

 <p align="center">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</p>							
ESTATURA	PESO REAL/IDEAL	I.M.C	TEMPERATURA	PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA		
					CARDIACA	RESPIRATORIA	
INSPECCION GENERAL:							
CABEZA:							
CUELLO:							
TORAX:							
ABDOMEN:							
E X P L O R A C I O N	COLUMNA VERTEBRAL:						
	GENITALES EXTERNOS:						
	GENITALES INTERNOS:						
	EXTREMIDADES:						
	DIAGNOSTICO (S):						
F I S I C A	TRATAMIENTO Y MANEJO INTEGRAL:						
PRONOSTICO:							
FECHA DE ELABORACION				NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA DEL MEDICO			
DIA	MES	AÑO					

**‘FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL,
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA MICHOACÁN’**

folio	
-------	--

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACION TITULADO:
FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLINICO FAMILIAR EN PACIENTES CON HAS, PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN EN MORELIA MICHOACAN**

Familia	
Fecha	
No. afiliación	
Tel.	

	TA	FC	PESO	TALLA
S	D			
D				

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre	E d a d	S e x o	Par ent esc o	Es col ari da d	E. Ci vil	Lugar de Nacimien to	Reli gió n	Ocu paci ón

SEXO:
1. Hombre

PARENTESCO:
A Esposa, B Esposo, C Hijos, D Abuelo (a), E Tío (a), F Primo (a), G otro.

ESCOLARIDAD:
1.- Analfabeta, 2 sabe leer y escribir 3. Primaria, 4. Secundaria, 5. Preparatoria, 6. Licenciatura, 7. Post-grado

OCUPACION:
A empleado, B obrero, C técnico, D campesino, E profesionista, F Comerciante, G Ama de casa
H estudiante, I otros.

RELIGION:
1. Católico, 2. Cristiano, 3 mormón, 4. Testigo de Jehová, 5. Protestante, 6.- ateo 7. Otros

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas que se presentan a continuación y señale con una X la respuesta correcta.

APNP.

	SI	NO	COMENTARIOS
¿Tiene casa propia?			
¿Su casa cuenta con todos los servicios?			
¿Su casa cuenta con piso y tejado de concreto?			
¿Hay más de 1 habitación en su casa?			
¿Regularmente consume frutas, verduras y carnes?			
¿Usted fuma o toma alcohol?			
¿Toma o ha tomado drogas?			
¿Hace usted deporte o acostumbra hacer alguna otra actividad física?			
¿Tiene todas sus vacunas?			
¿Agrega sal a su alimentación?			
¿Toma café diariamente?			
¿Duerme bien usted?			

APP

	SI	NO	COMENTARIOS
¿Sufrió usted alguna enfermedad importante cuando era niño?			
¿Es alérgico a algo?			
¿Alguna vez lo han operado?			
¿Alguna vez le han transfundido sangre?			

**‘FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL,
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA MICHOACÁN’**

¿Alguna vez se ha fracturado un hueso?			
¿Alguna vez lo han hospitalizado?			

Toma usted adecuadamente su medicamento tal y como lo indica su médico?

Si	
No	
A veces	

¿Le surten su medicamento mensualmente en la farmacia de su unidad?

Si	
No	
A veces	

¿Qué tratamiento antihipertensivo toma y que dosis del medicamento recibe?

¿El entorno familiar en su hogar le ocasiona estrés?

Nunca	
Casi nunca	
A veces	
Casi siempre	
siempre	

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.**

LUGAR Y FECHA: MORELIA MICHOACÁN

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA MICHOACÁN**

Registrado en el comité local de investigación médica con el número R-2011-1602-15

El objetivo de este estudio es determinar la influencia de la disfunción familiar sobre el control de las cifras tensionales de los pacientes hipertensos.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: aplicación de encuesta, historia clínica, toma de peso, talla y medición de cintura cadera así como la frecuencia cardiaca, respiratoria, temperatura y presión arterial.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: el presente estudio no ocasiona daño alguno, puesto que es solo interrogatorio y pudiera ocasionar solo molestia en la toma de la presión arterial y temperatura respectivamente.

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

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

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

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del investigador principal

INSTRUCCIONES PARA EVALUAR FACES III

CALIFICACIÓN DE COHESIÓN FACES III

COHESIÓN	AMPLITUD DE CLASE
FAMILIA NO RELACIONADA	10 A 34
FAMILIA SEMIRELACIONADA (SEPARADA)	35 A 40
FAMILIA RELACIONADA (CONECTADA)	41 A 45
FAMILIA DESLIGADA	46 A 50

CALIFICACIÓN DE ADAPTABILIDAD FACES III

ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
FAMILIA RÍGIDA	10 A 19
FAMILIA ESTRUCTURADA	20 A 24
FAMILIA FLEXIBLE	25 A 28
FAMILIA CAÓTICA	29 A 50

DIAGNÓSTICOS

TOTAL DE PUNTOS	COHESIÓN (NONES)	ADAPTABILIDAD (PARES)
DIAGNOSTICO:		

**‘FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL,
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA MICHOACÁN’**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION MICHOACAN UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 80.

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN ADSCRITA A MÉDICO FAMILIAR CENSO AL 30 DE
JUNIO 2010

EDAD	HOMBRES		MUJERES		AMBOS SEXOS	
	TOTAL	RELATIVA	TOTAL	RELATIVA	TOTAL	RELATIVA
<1	1.386	0.70	1.378	0.69	2.764	1.39
1 a 4	7.500	3.78	7.102	3.58	14.602	7.35
5 a 9	9.506	4.79	9.080	4.57	18.586	9.36
10 a 14	9.290	4.68	8.769	4.42	18.059	9.09
15 a 19	4.371	2.20	4.974	2.51	9.345	4.71
20 a 24	6.272	3.16	8.099	4.06	14.371	7.24
25 a 29	7.360	3.71	9.315	4.69	16.675	8.40
30 a 34	7.767	3.91	9.631	4.85	17.398	8.76
35 a 39	7.242	3.65	8.753	4.41	15.995	8.06
40 a 44	5.754	2.90	7.234	3.64	12.988	6.54
45 a 49	5.057	2.55	6.381	3.21	11.438	5.76
50 a 54	4.397	2.21	5.713	2.88	10.110	5.09
55 a 59	3.620	1.82	4.724	2.38	8.344	4.20
60 a 64	3.319	1.67	3.957	1.99	7.276	3.65
65 a 69	2.749	1.38	3.080	1.55	5.829	2.94
70 a 74	2.268	1.14	2.529	1.27	4.797	2.42
75 a 79	1.842	0.93	2.019	1.02	3.861	1.94
80 a 84	1.221	0.61	1.293	0.65	2.514	1.27
85 y mas	1.857	0.94	1.751	0.88	3.608	1.82
Total	92.778	46.73	105.782	53.27	198.560	100.00

FUENTE ACCESO A DERECHOHABIENTES (AcceDer) SIAIS

DISTRIBUCION POR GRUPOS PREVENIMSS SEGÚN ACCEDER		
NIÑOS 0 A 9 AÑOS	35952	18.11
ADOLESCENTES 10 A 19 AÑOS	27404	13.8
MUJERES 20 A 59	59850	30.14
HOMBRES 20 A 59	47469	23.91
ADULTO MAYOR 60 AÑOS	27885	14.04
TOTAL	198560	100.00

FUENTE ACCESO A DERECHOHABIENTES (AcceDer) SIAIS

**‘FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL,
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA MICHOACÁN’**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION MICHOACAN UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 80.

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA POR FRECUENCIA EN MEDICINA FAMILIAR
AÑO 2010

CIE	PADECIMIENTO	1ª VEZ		SUBSECUENTE		SUBTOTAL		TOTAL	%
		M	F	M	F	M	F		
I10	HIPERTENSION ESCENCIAL (PRIMARIA)	257	351	18653	42088	18910	42439	61349	15.57
E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	234	318	14736	22992	14970	23310	38280	12.46
J00	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	4179	5596	1459	1876	5638	7472	13110	4.27
Z34	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL	0	1935	0	9638	0	11573	11573	3.77
M54	DORSALGIA	850	1144	1736	2107	2586	3251	5837	1.90
J06	INFECC. AGUDAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	1727	2253	639	872	2366	3125	5491	1.79
J02	FARINGITIS AGUDA	1561	2512	482	715	2043	3227	5270	1.72
F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	164	476	1007	2983	1171	3459	4630	1.51
G40	EPILEPSIA	63	55	2427	1849	2490	1904	4394	1.43
E10	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE	16	17	1685	2633	1701	2650	4351	1.42
Z00	EXAMEN GRAL. E INVESTIG. PERSONA SIN QUEJA	957	875	1225	1064	2182	1939	4121	1.34
K29	GASTRITIS Y DUODENITIS	401	784	927	1774	1328	2558	3886	1.27
E78	TRASTORNO METABOLISMO LIPOPROTEINAS	299	350	1349	1567	1648	1917	3565	1.16
I87	OTROS TRASTORNOS DE LAS VENAS	76	235	624	2603	700	2838	3538	1.15
N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	523	1529	300	822	823	2351	3174	1.03
J30	RINITIS ALERGICA Y VASOMOTORA	162	186	1113	1508	1275	1694	2969	0.97
M19	OTRAS ARTROSIS	65	200	560	2119	625	2319	2944	0.96
E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	9	18	1125	1760	1134	1778	2912	0.95
Z71	PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS	257	476	775	1331	1032	1807	2839	0.92
A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS INFECCIOSA	936	1137	303	408	1239	1545	2784	0.91
K58	SINDROME DE COLON IRRITABLE	147	679	336	1600	483	2279	2762	0.90
J03	AMIGDALITIS AGUDA	845	1074	315	428	1160	1502	2662	0.87
034	ATENCION MATERNA POR ANORMALIDADES CONOC.	0	372	0	2200	0	2572	2572	0.84
M06	OTRAS ARTRITIS REUMATOIDES	10	74	270	2103	280	2177	2457	0.80
S13	LUXACIONES, ESGUINCES Y TORCEDURAS DE ARTIC.	152	260	693	1345	845	1605	2450	0.80
	LAS DEMAS CAUSAS	12119	22572	29732	42846	41851	65418	107269	34.92
	TOTAL DEL SERVICIO	26009	45478	82471	153231	108480	198709	307189	100.00

FUENTE CONCENTRADO ANUAL SIAIS UMF 80 % DEL TOTAL DE CONSULTAS DEL SERVICIO

**‘FUNCIONALIDAD Y PERFIL CLÍNICO FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL,
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MORELIA MICHOACÁN’**

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	2010				2011						2012		
	MA Y JUN	JUL AGO	SEP OCT	NOV DIC	ENE FEB	MAR ABR	MA Y JUN	JUL AGO	SEP OCT	NOV DIC	ENE FEB	MAR ABR	MA Y JUN
Búsqueda de información	+	+											
Recolección de información		+	+										
Estructura de anteproyecto				+	+								
Cita y entrevista de pacientes					+	+	+	+	+				
Relación de datos de muestra									+	+			
Análisis de avance de resultados								+	+	+	+		
Detallado de tesis									+	+	+	+	
tesis												+	+