

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA UNIDAD
MEDICA FAMILIAR NO. 8 "SAN ANGEL"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

139

FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:

DRA. JUDITH ROSALBA VARGAS PEREZ



FACULTAD DE MEDICINA
Sec. de Serv. Escolares

asesor de tesis
DR. JOSE MARI TRIS AGUILAR

JEFATURA DE ENSEÑANZA

FEB. 15 2003

HOSPITAL GENERAL DE ZONA
SAN ANGEL
Unidad de Servicios Escolares
MEXICO, D.F.

2003

289144



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

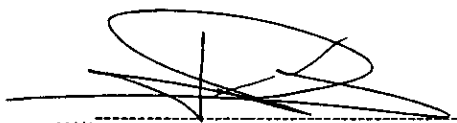
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



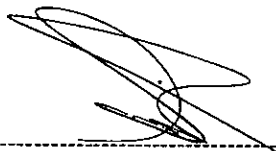
DRA. ROSA MARIA VAZQUEZ ENRIQUE
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HGZ/UMF No. 8 "SAN ANGEL"



DRA. BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
HGZ/UMF No. 8 "SAN ANGEL"



DR. JOSE MARIA IRIS AGUILAR
ASESOR DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL No. 1 "GABRIEL MANCERA"



DRA. JUDITH ROSALBA VARGAS PEREZ
MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR
H.G.Z./U.M.F. No. 8 "SAN ANGEL"

DEDICATORIA

A DIOS por ayudarme a subir cada cuesta y permitirme ver lo bello que es la vida.

A mi MAMA por ser mi consuelo y un ejemplo a seguir.

A mi PAPA por su apoyo.

A mis abuelitos SOFIA Y JOAQUIN por ser como mis padres.

A mis HERMANOS: Gaby, Rafa y Rony por estar siempre que los necesito.

FER gracias por tu cariño y tolerancia.

A la familia ARZATE ALCANTARA por su cariño que me brindan.

A mis maestros, pero sobre todo "AMIGOS" que encontré durante mis años de residencia, con aprecio y cariño:

Dr. Felipe Barradas García.

Dr. Antonio Corona Tapia.

Dr. Juan Carlos Lara Figueroa.

Dr. Miguel Ángel Ramírez.

A mis amigos de siempre y a los que encontré en mi camino de residente.

Al tercer milagro por seguir siendo lo más importante.

Al Dr. José María Iris Aguilar asesor de tesis, por su entusiasmo y paciencia, con profundo agradecimiento.

INDICE

Resumen	1
Introducción.	2
Material y Métodos	6
Resultados8
Discusión	10
Conclusiones.....	14
Bibliografía	15
Tablas y Gráficas	17

RESUMEN

Objetivo: Comparar los factores sociales en diabéticos.

Material y Método: Se colectaron pacientes del servicio de medicina familiar y de urgencias. Se incluyeron a pacientes con diabetes tipo 2 únicamente del sexo masculino productivos laboralmente. Se practicó una encuesta con variables socioeconómicas, y sobre el manejo de la diabetes y factores de riesgo coronario.

Resultados: 23 pacientes internados en urgencias y 39 pacientes de la consulta de medicina familiar. Los internados en observación tenían niveles de glicemia superiores y menor porcentaje de diabéticos estaban bajo tratamiento con hipoglucemiantes.

No hubo diferencias de clases sociales. Encontramos menos pacientes propietarios de su lugar de residencia entre los pacientes hospitalizados y mas pacientes que vivían con hacinamiento y menos escolaridad que los de medicina familiar. Los factores de riesgo asociados fueron similares.

Conclusión: Existe un menor nivel educativo y económico entre los pacientes de urgencias con mayor descontrol metabólico.

Palabras clave. Diabetes Mellitus, factores socioeconómicos, factores de riesgo asociados, urgencias, medicina familiar, calidad de la atención.

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

El impacto de la diabetes en nuestro país no sólo se relaciona con su magnitud epidémica sino con las peculiaridades biológicas, psicosociales y sociales que caracterizan a los diabéticos mexicanos, y las propias del sistema social y de atención a la salud en el que se desenvuelve. Hay muchos indicios de que la incidencia de diabetes va realmente en aumento, lo que se traduce en un incremento de la demanda de atención médica, de la mortalidad y de la frecuencia de complicaciones y secuelas (1).

HIPERGLUCEMIA CRÓNICA Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Actualmente la hiperglucemia crónica y el tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus (DM), se asocian a un mayor número de complicaciones crónicas, tales como las de tipo micro y macroangiopatías; dentro de las que ameritan hospitalización, son las renales las causas principales de complicación en los pacientes diabéticos. En México, la prevalencia de la DM tipo 2 (DM 2) es del 8 - 10%, siendo el sexo femenino el más afectado. La DM 2 tiene altas tasas de complicaciones crónicas, siendo éstas las de tipo micro y macroangiopatías. Dentro de las microangiopatías se consideran la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía; y dentro de las macroangiopatías se consideran a la arteriopatía periférica, la enfermedad coronaria y la cerebrovascular. Los factores de riesgo asociados a la DM 2

son la edad, obesidad, hipertensión e hipercolesterolemia, siendo la hiperglucemia crónica y el tiempo de evolución de la DM las asociadas a las complicaciones crónicas (2).

La incidencia de complicaciones de la DM que ameritan hospitalización ha mostrado un crecimiento progresivo la última década en la población perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Las complicaciones renales están presentes en todos los grupos etarios, y en la actualidad son la causa principal de hospitalización de los pacientes diabéticos. estabilizándose a partir de los 65 años de edad. Su contribución porcentual se ha incrementado sensiblemente en éstos 10 años de manera semejante a los trastornos de la circulación periférica, aunque éstos últimos en menor grado. En la edad adulta, además de las complicaciones renales le siguen en frecuencia los trastornos de la circulación periférica, las complicaciones neurológicas y finalmente las oftálmicas (3).

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

El paciente diabético presenta algún padecimiento psiquiátrico, encontrándose en el 71% de los pacientes. Además la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos es más alta (20%) que en la población en general (3 a 10%).

La ansiedad y la depresión son características del patrón de personalidad del paciente diabético, además de la presencia de estrés el cual contribuye al descontrol del paciente diabético, sin olvidar las disfunciones familiares presentes. El paciente con diabetes mellitus presenta un mayor grado de psicopatología, con mayor predominio en los pacientes diabéticos tipo 2. Dentro de los síntomas están: pérdida de peso, cansancio, hipersomnia, disminución de la actividad psicomotriz y pérdida del interés sexual. En los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 cuando se presenta en los primeros 5 años de vida los pacientes presentan disminución de la capacidad de aprendizaje, Memoria, rendimiento escolar, disminución del coeficiente intelectual, hasta llegar al daño estructural y funcional del Sistema Nervioso Central.(4)

FACTORES SOCIALES QUE DETERMINAN EL ESTADO DE SALUD

El desempleo, la falta de casa propia, la clase social baja, la falta de coche, el nivel escolar inferior a secundaria son factores fuertemente asociados con los niveles de mortalidad en el paciente diabético, particularmente en el adulto joven. Siendo estos factores sociales de gran importancia para explicar las diferencias de las condiciones del estado de salud en el paciente diabético.(5,6)

CAUSAS MAS FRECUENTES DE MORTALIDAD

El Dr. Lifshitz considera que la tecnología y la atención médica han prolongado la vida de los pacientes diabéticos con deterioro de su calidad. El manejo integral del paciente diabético , el instituir programas para este tipo de pacientes, logrará disminuir el número de ingresos al medio hospitalario, así como reducir la morbilidad y mortalidad. La mortalidad observada en los pacientes diabéticos, como principal causa es la insuficiencia renal crónica, la enfermedad cerebro vascular y la cetoacidosis. (7)

En un estudio en el periodo comprendido de enero de 1980 a diciembre de 1994, en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Durango, se observó que la Diabetes Mellitus se ha convertido desde 1990 en la primera causa de mortalidad en adultos mayores de 40 años, y en la primera causa de demanda de consulta externa y hospitalización. El riesgo de morir se incrementó de manera importante a partir de los 45 años. Presentándose más la mortalidad en frecuencia en las mujeres después de los 35 años. Siendo la causa de mortalidad las manifestaciones renales, la cual de 1980 a 1994 tuvo una tasa de mortalidad que progresó de 4.4 a 24.7% por cada 100,000 derechohabientes, con un incremento paulatino a partir de los 40 años que declina en sujetos de más de 80 años. (8)

En otro estudio realizado en 1999 por el Dr. Iris y cols, en sala de observación adultos del servicio de urgencias, refiere que la primera causa de ingreso al servicio de urgencias fue por diabetes mellitus. (9)

OBJETIVO

Comparar los factores sociales en Diabéticos.

MATERIAL Y METODOS

Diseño: Transversal analítico. El protocolo fue aprobado por el comité de investigación.

Durante el mes de enero del año 2000 se seleccionaron todos los pacientes de un consultorio de medicina familiar de las siguientes características: diabéticos, entre 18 y 60 años de edad que no estaban desempleados ni jubilados y que aceptaban contestar una encuesta. En el servicio de observación adultos se pasaba visita todos los días para identificar a los pacientes que habían sido hospitalizados por diabetes mellitus descompensada o por alguna enfermedad relacionada con la diabetes o de daño a órgano blanco cardiovascular. (6). El instrumento que se aplicó identificaba las clases sociales con escala de intervalo, de acuerdo a la profesión que desempeñaban:

Clase I: Profesionistas, ganaderos, autores, científicos, directivos.

Clase II: técnicos, dueños de negocios, granjeros.

Clase III: artesanos, supervisores, vendedores de seguros, empleados.

Clase IV: trabajadores semiespecializados, choferes, taxistas, operativos de empresas, meseros.

Clase V: obreros, sirvientes, campesinos, trabajadores casuales.

Posteriormente se identificaba si el trabajo era manual: clase IV y V, o no: clases I a III.

Las variables económicas eran categóricas e identificaban a los sujetos que eran dueños de su casa, si vivían en condiciones de hacinamiento, si tenían deudas y si poseían un auto.(10)

Se consideraban a los pacientes que acudían a la consulta de medicina familiar como prototipos de buen control metabólico. Se consideró a los pacientes internados en el servicio de urgencias como representantes de mal control metabólico.

Se identificó en el expediente los niveles de glicemia mas recientes que tenía cada uno de los pacientes y se les interrogó acerca del uso de hipoglucemiantes, seguimiento sistemático de una dieta y practica periódica de ejercicio. Se interrogo sobre los factores de riesgo asociados.

Análisis estadístico: Se realizaron mediciones de tendencia central y dispersión, con cálculo de la p para las variables socioeconómicas y del control de la diabetes. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Con respecto a los factores de riesgo asociados se calculo la razón de momios e intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS

Se colectaron a 23 pacientes del servicio de observación adultos y 39 pacientes del servicio de medicina familiar. Los pacientes que ingresaron a través de la consulta de urgencias tenían casi la mitad el diagnóstico de diabetes mellitus descompensada, la otra mitad cursaban con enfermedades graves siendo los pacientes diabéticos.(Tabla 1). Entre los pacientes del servicio de medicina familiar los pacientes acudieron a la consulta para manejo de infección de vías urinarias (12.82%) o bien por diabetes mellitus descompensada (10.25%), el resto para control periódico de su diabetes mellitus (76.92%).

La edad de los pacientes fue similar en ambos grupos. Los niveles de glicemia, fueron mayores significativamente entre los pacientes de urgencias sin embargo la mediana de glicemia también fue alta entre los pacientes del servicio de medicina familiar.(Tabla 2). Y el uso de hipoglucemiantes fue mas frecuente entre los pacientes de los consultorios de medicina familiar. La practica de un ejercicio rutinario y el seguimiento de la dieta fue referido por los pacientes de ambos grupos en proporciones semejantes. Hubo prácticamente el mismo porcentaje de pacientes casados entre los dos grupos, así como el empleo manual y no hubo diferencias en cuanto a clases sociales, ni a deudas ni a tenencia de auto. En cambio si se encontró un mayor porcentaje de pacientes que era propietario de su casa habitación entre los pacientes del servicio de medicina familiar y había menos hacinamiento en este grupo ambas con significancia estadística.(Tabla 3)

Los factores de riesgo coronario se encontraron en el mismo porcentaje en ambos grupos sin embargo se encontró un porcentaje muy superior de pacientes del servicio de urgencias que ignoraba si padecía de dislipidemia con significancia estadística ($p=0.00069$). (Tabla 5)

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

DISCUSION

Los niveles de glicemia fueron diferentes en ambos grupos, así como el porcentaje de pacientes que utilizaban hipoglucemiantes orales. Es de llamar la atención los niveles de glicemia tan elevados en los dos grupos, los pacientes del servicio de medicina familiar están muy lejos de tener niveles en límites terapéuticos aceptables cuando se reporta una mediana de 200. Aunado a llevar la dieta en menos del 50% de los pacientes y una practica de ejercicio en menos del 30%, en ambos grupos, sugiere una falta de interés por parte del médico familiar en llevar un manejo integral del paciente, así como implementar medidas preventivas permitiendo una mejor calidad de atención así como un menor riesgo para que estos pacientes lleguen al servicio de urgencias. Sin mencionar que estos pacientes con un nivel intelectual mas que suficiente no tienen la educación adecuada para manejar eficientemente su enfermedad.

Con respecto a los pacientes de urgencias el menor uso de hipoglucemiantes puede ser explicado por el menor nivel de escolaridad, el descuido en el uso rutinario del hipoglucemiante para manejar su enfermedad, o bien factores culturales que llevan al paciente al uso de tratamientos alternativos como la homeopatía o medidas alternativas; o simplemente la falta de disciplina del paciente para acudir con su médico familiar para recibir la educación de que la diabetes no se cura sino solo se controla.

Estudios realizados en Trinidad refieren que la morbilidad en la diabetes mellitus fue mayor en grupo de bajo status socioeconómico. Mientras la morbilidad asociada a bajo nivel educativo fue mayor en personas de edad avanzada; los resultados sugieren la posibilidad

de que la diabetes puede contribuir a incrementarse en grupos de la fuerza laboral. La medicina privada fue menos accesible a grupos sociales con altos niveles de morbilidad y el incremento de fundaciones de salud gubernamentales fueron importantes para reducir la utilización de los servicios médicos.(8)

En nuestro trabajo encontramos que el grado de escolaridad de los pacientes era mas alto entre los pacientes de la consulta de medicina familiar que entre los pacientes del servicio de urgencias. Dentro de los 23 pacientes del servicio de urgencias 56.5% ignoraban si padecían hiperlipidemia contra 15.3% de los 39 pacientes del servicio de medicina familiar para una p de 0.0006. Así mismo encontramos un mayor porcentaje de pacientes que poseían casa propia y un menor porcentaje de pacientes que vivían en condiciones de hacinamiento. Todos estos valores tenían significancia estadística. En cambio el porcentaje de pacientes casados fue similar en ambos grupos, así como el empleo manual y las clases sociales. Y el porcentaje de pacientes que tenían deudas fue también similar.

Debemos tener en cuenta al ponderar nuestros resultados sobre factores socioeconómicos que los derechohabientes del seguro social se encuentran dentro de una gama social donde los pacientes extremadamente pobres y extremadamente ricos no se encuentran englobados por lo que es muy probable que la falta de significancia estadística en la clase social, el tipo de empleo, y la tenencia de auto tenga que ver con esta limitación ya que en estudios previos se ha visto que estos indicadores son muy poderosos para determinar la severidad de un padecimiento.(5,8)

Por otro lado al seleccionar los pacientes de urgencias como pacientes típicos de diabetes mellitus descontrolada y al tomar pacientes del servicio de medicina familiar como pacientes típicos de buen control también podría distorsionar nuestros resultados cuando el seleccionar a los pacientes de ambos servicios con niveles de glicemia normales con

controles y aquellos con cifras anormales como casos podría ser una alternativa que diera resultados mas confiables.

Sin embargo este diseño nos permite además de valorar a los pacientes diabéticos evaluar el tipo de población que acude a cada servicio. En la literatura anglosajona se ha reportado que la gente que no tiene acceso al servicio de consulta de medicina familiar como los pobres, los negros y la gente sin seguro son desproporcionadamente dependientes de los servicios de urgencias. (17). En un trabajo reciente se estudiaron a 20,000 pacientes de 5 hospitales de Massachusets durante un periodo de 6 meses: 51% ingresaron a través de urgencias, los ancianos y los pobres fueron los que mas frecuentemente ingresaron por urgencias y tuvieron un 27% mas de permanencia hospitalaria y un 13% mas de costos. (18). El abuso en los servicios de urgencias puede empeorar la atención para un grupo de gente en que el estado de salud ya se encuentra seriamente comprometida. (16)

El haber encontrado menor escolaridad entre los pacientes de urgencias y un menor porcentaje de pacientes que saben si presentan dislipidemia confirma los hallazgos de trabajos extranjeros mencionados en nuestro país y particularmente en el IMSS. Si consideramos que la sobreocupación de los servicios de urgencias es un problema actual de nuestra institución (19) pareceria una conclusión lógica sensibilizar a esa población que por su menor educación es dependiente de urgencias para que acuda con regularidad con su médico familiar para romper ese circulo vicioso de baja cultura, abandono de tratamiento y mayor incidencia de complicaciones. Esto lograria disminuir la frecuencia de complicaciones en el paciente diabético y abatir los costos por ocupación hospitalaria dentro del IMSS.

Respecto a los factores de riesgo coronario no hubo diferencias entre uno y otro grupos mas que en la proporción de pacientes que sabían si tenían o no dislipidemia a favor del servicio

de medicina familiar como era de esperarse en una serie de personas que se preocupan por ir mes con mes a visitar al médico familiar. Dado que nuestra variable dependiente eran los factores socioeconómicos el encontrar los factores de riesgo coronario asociados en proporción semejante nos confirma que las diferencias socioeconómicas están mas relacionadas presencia de una mayor alteración metabólica y con diferente servicio a donde se encuentran los pacientes que a pacientes de naturaleza diferente.

CONCLUSION

Existió un menor nivel educativo y económico entre los pacientes de urgencias con mayor descontrol metabólico.

El detectar oportunamente el descontrol metabólico del paciente diabético en la consulta de Medicina Familiar evitará el ingreso al servicio de urgencias, así como el requerimiento de hospitalización.

El implementar programas educativos en el primer nivel de atención (consulta de medicina Familiar) permitirá un mejor control del paciente diabético, con disminución de las complicaciones e índices de mortalidad, con una mejoría en la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Lifshitz G. A., Arreola F., Castro M. M.G., Fiorelli S., Islas A. S., Mendez F. J. D., y col. A propósito de la diabetes en México. *Rev Med IMSS* 1996; 34: 343-344.
2. Heras M. R., Macías G. R. C., Araíz R. Diabetes mellitus: complicaciones crónicas y factores de riesgo. *Rev Med IMSS* 1996; 34: 449-455.
3. Escobedo P. J. R., Verdín B. Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública Mex* 1996; 38: 236-242.
4. Vázquez E. F., Arreola F., Castro M. G., Escobedo P. J., Fiorelli S., Gutiérrez C., y col. Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. *Rev Med IMSS* 1994; 32: 267-270.
5. Vera C., Rusell M. Deprivation: explaining differences in mortality between Scotland and England and Wales. *British Med J* 1989; 299: 886-889.
6. Gulliford M. C., Ariyanayagam B. S., Bickram L., Picou D., Mahabir D. Social environment, morbidity and use of health care among people with diabetes mellitus in Trinidad. *Int J Epidemiol* 1997; 26: 620-627.
7. Mendiola S. I., Martínez J. F. Morbilidad y mortalidad hospitalaria en la atención integral del diabético. *Rev Med IMSS* 1996; 34: 303-308.
8. Guerrero R. J., Rodríguez M. M. Diabetes Mellitus: un análisis de mortalidad por causa básica. *Rev Med IMSS* 1996; 34: 43-47.
9. Iris J. M., Sánchez A., Ocampo J., Chávez A. Calidad de la atención en la sala de observación de urgencias. *Med. Int. Mex* 1999; 15 (6): 274-278.

10. Davey S. G., Bartley M., Blane D. The black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *British Med J* 1990; 301: 373-377.
11. Lazcano B. G., Rodríguez M. M., Guerrero R. F. Eficacia de la educación en el control de la glucemia de pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Med IMSS* 1999; 37(1): 39-44.
12. Tyrone P.H., Himmetslein D. V., Woolhender S.M. US Emergency department costs: No emergency. *Am J Public Health* 1996; 86(11): 1527-1531.
13. Stern R., Weissman J., Epstein A. The emergency department as a pathway to admission for poor and high-cost patients. *JAMA* 1991; 266(16): 2238-2243.

TABLA 1**DIAGNOSTICOS DE INGRESO
AL SERVICIO DE URGENCIAS****PORCENTAJES**

Diabetes Mellitus descompensada	43.47%
Infarto agudo del miocardio	8.69%
Pie diabético	8.69%
Infección de vías urinarias	4.34%
Hemorragia de tubo digestivo alto	17.39%
Crisis hipertensivas	4.34%
Abdomen agudo	4.34%
Infección de vías respiratorias	4.34%

TABLA 2			
	URGENCIAS N=23	MED.FAM. N=39	VALOR DE P
EDAD			
media + DS	50.2+5.8	47.2+7.8	0.12
ESCOLARIDAD			
media + DS	10.04 +3.05	12.7 +2.98	0.001*
GLICEMIA	300	200	0.000045*
mediana (%25,%75)	(240-400)	(180-240)	kruskal Wallis

*P<0.005 significativo

TABLA 3

	URGENCIAS	MED. FAM.	VALOR DE P
CASADOS	73.90%	82%	0.45
EMPLEO MANUAL	13%	18%	0.61
CLASE SOCIAL ALTA	8.60%	28.20%	0.09
CASA PROPIA	52.17%	92.30%	0.0002*
HACINAMIENTO	60.86%	17.94%	0.0006*
AUTO	56.50%	61.50%	0.69
DEUDAS	78.26%	61.53%	0.28
EJERCICIO	13.04%	28.20%	0.17
USO DE HIPOGLUCEMIANTES	69.56%	92.30%	0.04*
DIETA	43.47%	35.89%	0.5

* P < 0.05 significativo

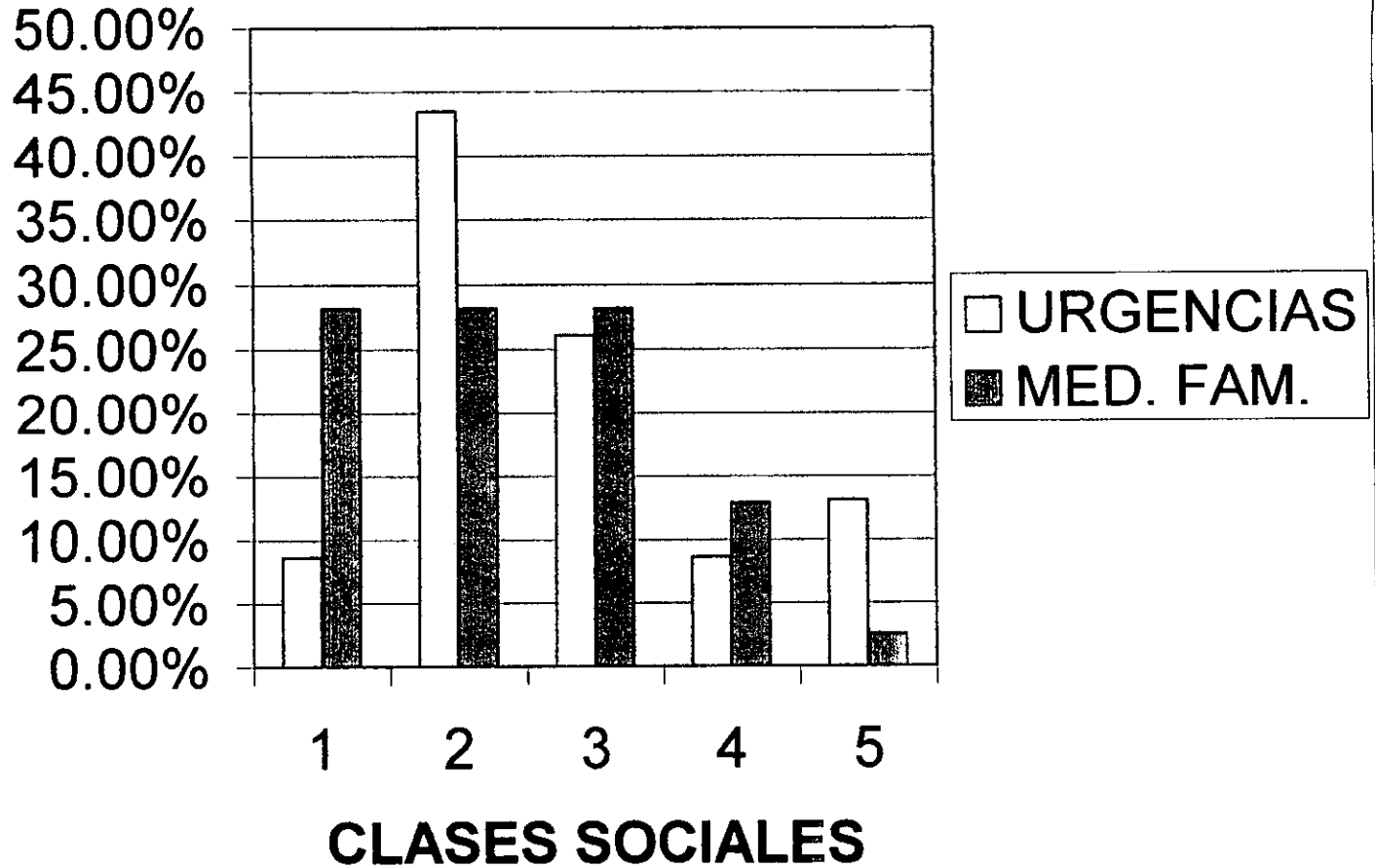
TABLA 4

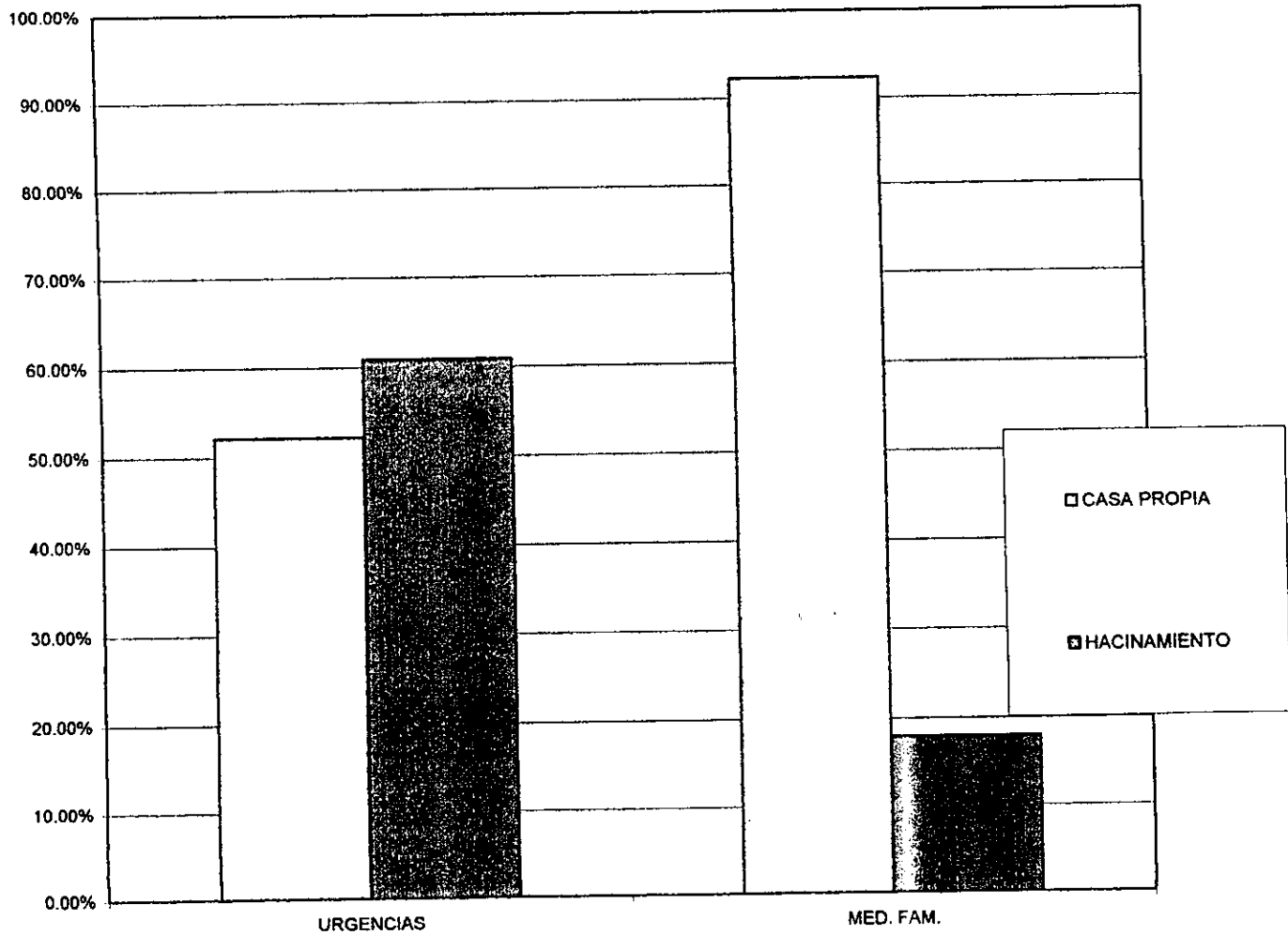
CLASE SOCIAL	URGENCIAS n=23	MED. FAM. n=39
1	8.69%	28.20%
2	43.47%	28.20%
3	26.08%	28.20%
4	8.69%	12.82%
5	13.04%	2.56%

TABLA 5

	URGENCIAS	MED. FAM.	RAZON DE MOMIOS	INTERVALO DE CONFIANZA
Tabaquismo	60.87%	53.84%	1.33	0.41-4.38
HAS	34.78%	30.84%	1.2	0.35-4.15
Dislipidemia	21.73%	17.94%	3.75	0.67-21.61

CLASE SOCIAL





FACTORES DE RIESGO

