

30

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20



"ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DETERIORO EN LA FUNCION RENAL ESTABLECIDA CON FORMULA DE CROCKCROFT-GAULT EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCION"



TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

U.M.F. No. 20
BIBLIOTECA

DR. MARIO FRANCISCO CANCINO ROMERO

ASESORES DE TESIS:
DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS

DRA. VIRGINIA PINEDA AQUINO

DR. MAURILIO ESPINO GARCIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

JULIO DEL 2002.



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.

Yolanda E. Valencia Islas

ASESOR METODOLOGICO

DRA. YOLANDA E. VALENCIA ISLAS

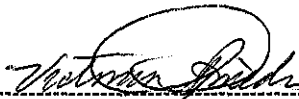
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN MEDICA DE LA
U.M.F. 20
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR



VoBo

DR. MAURILIO ESPINO GARCIA

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
UMF No. 20 VALLEJO, DELEGACIÓN UNO NOROESTE, DF, IMSS



VoBo

DRA. VIRGINIA PINEDA AQUINO

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
UMF No. 20 VALLEJO, DELEGACIÓN UNO NOROESTE, DF, IMSS



DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

INDICE

CARÁTULA	1
ÍNDICE	4
AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	6
ANTECEDENTES	7
MARCO TEORICO	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
METODOLOGÍA:	20
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	20
POBLACIÓN DE ESTUDIO	20
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	20
TAMAÑO DE LA MUESTRA	21
TIPO DE MUESTREO	21
DEFINICIÓN DE VARIABLES	22
SÍNTESIS NARRATIVO	25
RESULTADOS:	26
TABLAS Y GRAFICOS	30
ANÁLISIS DE RESULTADOS	63
CONCLUSIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	67
ANEXOS	69

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES: por el empeño, confianza y valores depositados en mi, por ser el ejemplo vivo de desempeño, tenacidad, astucia y destreza, por brindarme los elementos necesarios para resolver cualquier problema que se presenta en la vida. Gracias por educarme como lo han hecho y siguen haciéndolo.

A MIS ASESORES: por no dejar de presionar y apretar la tuercas para que las tareas queden lo mejor posible, reconociendo que en cualquier problema que se suscita en la vida necesitamos de estos empujones.

A MIS COMPAÑEROS: que han sabido adoptar la diversidad de caracteres, humores y personalidades en nuestro proceso grupal durante 3 años, en especial a Miguel González González, Bernardo Moran Aguilera, Fernando Alvarado Luna, Alain Rincón Pérez, Araceli Flores Elizalde y Sandra Duran Vázquez.

A ELENA PATRICIA GONZALEZ HERRERO: por depositar en mi todos sus sentimientos y preocupaciones, haciendo de esta vida mas plena de lo que es. Por la tolerancia y aceptación que me ha mostrado, así mismo... a través de nuestras vidas, hacer realidad la convivencia de las mismas como pareja y como familia sin tener que dejar de crecer un poco día a día.

RESUMEN

El presente es un estudio de tipo descriptivo transversal, realizado en las unidades de primer nivel adscritas la HGZ 24 del IMSS de septiembre del 2001 a marzo del 2002. Objetivo: Determinar la estructura y funcionalidad familiar y nivel de funcionalidad renal según fórmula de CROCKCROFT-GAULT; en pacientes entre 45 y 64 años con diagnóstico o sospecha de IRC según factores de riesgo. En pacientes con sexo indistinto entre 45 y 65 años con sospecha de IRC con creatinina sérica mayor o igual 1.2 mg/dl, realizando una encuesta diseñada para este estudio que incluyó datos generales, determinación de IRC según Crockcoft – Gault, topología familiar y funcionalidad familiar según la escala de Emma Espejel. La prueba estadística realizada fue la de X^2 con un significado estadístico $p < 0.05$. Se estudio a un total de 456 pacientes de los cuales hubo una mayor frecuencia en pacientes con edad entre 55 a 65 años, un diagnóstico primario de DM, una relación hombre mujer de 1:1.6, tipología familiar primaria nuclear, se encontró IRC en 395 pacientes de los cuales predominó la IRC moderada; habiendo asociación entre IRC y rango de edad entre 55 a 59 años, diagnóstico primario a la IRC de DM, sexo femenino, y función de recurso. Concluyendo que no hay relación directa entre funcionalidad familiar e IRC pero los pacientes con IRC incrementan el dominio de recurso para adaptarse a los cambios de la enfermedad.

ANTECEDENTES

ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales. La familia, el ambiente más importante en el que el hombre ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad y según Ralph Linton, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie. Se ha estudiado desde la mitad del siglo XIX cuando Morgan, McLennan y Bachofen, la consideran como una institución social e histórica, cuya estructura y función son determinados por el desarrollo de la sociedad¹.

Históricamente se ha estudiado desde el salvajismo con su total promiscuidad posteriormente la familia monogámica hasta la exogamia, endogamia, poliandria y poligenia. Morgan por su parte apoyo las teorías de Engels en su obra el origen de la familia, la sociedad privada y el Estado, resaltando la génesis de la familia y describiendo a la familia consanguínea, punalúena, sindiasmica o patriarcal, y a la familia monogámica. Ya desde el siglo XIX como se menciona se ha venido observando un creciente interés por el estudio de la familia, teniendo entre otras aspiraciones, el definirla con la mayor claridad posible¹.

La Organización Mundial de la Salud en 1970, define a la familia como miembros del hogar emparentados entre si, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El Censo Canadiense a finales de los 70s define a la familia como esposo y esposa con o sin hijos; o padre o madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo. El Censo norteamericano la define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción².

Como se ha observado la familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social primario. Es un grupo primario y sus características son las propias de un sistema natural abierto en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros y en él mismo, por eso, no debe ser entendida sólo en su función¹.

Las enfermedades, sobre todo las crónicas o terminales, ocasionan una serie de procesos que afectan no solo al individuo que las padece, sino que dan lugar a cambios radicales en el interior de la familia, fundamentalmente influidos por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado.

Estos cambios dependen en gran medida de las características propias de cada familia, de la etapa del ciclo vital en que se encuentre, del momento en la vida del paciente, del lugar que ocupe en el grupo familiar y de los requerimientos de la enfermedad y su tratamiento. Dependiendo del grado de funcionalidad familiar, estos cambios pueden provocar reacciones crónicas que exacerben la situación prolongando un círculo vicioso difícil de romper³.

El individuo enfrenta una crisis en sucesos tales como el diagnóstico de alguna enfermedad grave, ser sometido a una cirugía, pérdida de algún miembro del cuerpo, o bien, incapacidad física; estos hechos sumergen a la persona y a su familia en un estado temporal de desorganización, el cual se caracteriza sobre todo por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando sus métodos acostumbrados para solucionar problemas³.

Es de esperarse que la estructura familiar del paciente crónico cambie, ya que como en otras enfermedades crónicas, su figura se torna central por la tendencia de los límites a diluirse, ocasionando que consecuentemente, las interacciones en la familia giren en torno a él. Los niveles de jerarquía se modifican; pueden aparecer alianzas y coaliciones que, aunadas a los sentimientos del paciente, pueden obstaculizar el manejo eficaz de la enfermedad³.

Hablar de familia implica tener en cuenta una diversidad de conceptos, situaciones, características, tradiciones y mitos; es decir, contemplar la dinámica del núcleo familiar, en su momento actual y la influencia ejercida por generaciones anteriores que son determinantes y que se perfilan dentro de un mismo contexto¹.

La familia es un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar del otro y donde a la vez "La familia se comporta como si fuera una unidad"³.

Recordemos que el inicio de la enfermedad crónica durante la vida adulta, en especial cuando el individuo se encuentra alrededor de la quinta década de su vida, coincide con un período centrifugo de la vida familiar, lo cual tiene consecuencias organizacionales bastante importantes, ya que su presentación ocasionará por lo menos una regresión al período centrípeto, o bien, disparará un proceso de huida de los miembros que conduzca a una disfunción familiar o a una desintegración³.

Todas las enfermedades crónicas que producen recaídas que alternan con periodos asintomáticos, se caracteriza por lapsos en que la familia sufre un sobreinvolucramiento y otros en que permite llevar a cabo los proyectos individuales. Sin embargo, el estado de alerta mantiene a una parte de la familia dentro de un modelo centripeto de vida a pesar de que a veces se curse por un periodo médicamente asintomático³.

La presentación de una enfermedad crónica en un miembro del grupo familiar implica necesariamente una situación de crisis, la cual dependerá de varios factores, como el grado de posibilidades que existan de lograr un equilibrio metabólico que garantice la salud del individuo; las circunstancias que hayan rodeado al diagnóstico inicial; el grado de dolor que la enfermedad o los tratamientos impliquen para este individuo en particular; la evolución del padecimiento al momento del diagnóstico y la velocidad del deterioro; las secuelas invalidantes; la narrativa particular y familiar que el grupo dé a la enfermedad; y la posibilidad de crear un significado que los ayude a enfrentar y sobrellevar la enfermedad².

Para lograr una buena adaptación se necesitará que todos participen en programas educativos relacionados con el padecimiento –los cuales deberán incluir temas como etiología, manejo y las consecuencias de la enfermedad–, así como en programas psicoterapéuticos que incluyan terapeutas familiares, conductuales e individuales, con el propósito de que un equipo multidisciplinario actúe y oriente a la familia en la situación de crisis. (30). Al proveer una adecuada información; crear conciencia en la familia de lo importante de la dieta y el ejercicio; y fomentar la responsabilidad del auto cuidado en el paciente, son fundamentales para un tratamiento adecuado³.

Para el estudio de toda familia, incluyendo aquella con problemas de salud como la insuficiencia renal, requieren de establecer dos condiciones fundamentales: su estructura y su funcionalidad¹. La familia es una estructura definida como unidad básica de desarrollo social y con influencia importante en el proceso salud enfermedad, que siempre amerita ser estudiada para situar los procesos no solo biológicos, sino sociales y psicológicos importantes para el desarrollo integral del ser humano en su micro ambiente (la familia)². Los factores sociales del proceso salud enfermedad de una familia pueden aumentar el riesgo individual, o amortiguar el efecto de un proceso biopsicosocial anómalo, poniendo en marcha sistemas de defensa familiares para proveer la atención necesaria al individuo en familia (en nuestro caso: adultos mayores con IRC) contribuyendo a su recuperación^{1 3}.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La insuficiencia renal crónica (IRC) o uremia crónica es un síndrome clínico complejo que resulta del deterioro progresivo de la estructura anatómica renal. Cuando las pérdidas del parénquima sobrepasan el 50%, por lo común se agota la reserva funcional renal y la reducción posterior del funcionamiento impide progresivamente el mantenimiento de la homeostasis orgánica⁴.

La uremia, o síndrome urémico en la insuficiencia renal terminal (IRCT), se caracteriza por: manifestaciones neurológicas, centrales y periféricas (insomnio, somnolencia diurna, cefalea, irritabilidad neuromuscular, calambres, convulsiones, apatía, desorientación, confusión, astenia, obnubilación y coma); cardiovasculares (pericarditis y cardiomiopatía), pulmonares (neumonitis, edema pulmonar atípico y pleuritis fibrinosa); gastrointestinales (anorexia, náusea, vómito, estomatitis, gastritis, enterocolitis, pancreatitis, sangrado gastrointestinal y úlcera péptica), dermatológicas (cambios en la pigmentación de la piel, escarcha urémica, prurito y calcificación distrófica); Hematológicas (anemia, diátesis hemorrágica, con disfunción plaquetaria), endocrinológicas (hiperparatiroidismo, distiroidismo, amenorrea, esterilidad, disfunción sexual y atrofia testicular) y oftálmicas (síndrome de ojos rojos, calcificaciones conjuntivales o corneales)⁵.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es la disminución progresiva de las funciones homeostáticas del riñón, por un período mayor a 3 meses, que altera el balance interno y lo hace incompatible con la vida². La IRC se define como concentraciones de creatinina sérica dos o más veces mayor que lo normal para edad y género, o una filtración glomerular (F.G.) inferior a 30 ml/ min / 1.73 m² de S.C por al menos 3 meses. Otros incluyen niños con creatinina sérica mayor de 1.5 mg/ dl o depuración de creatinina menor del 50% de lo normal para su edad o ambos casos⁴.

La lesión primaria causa daño histológico en el parénquima renal y las alteraciones y adaptaciones de las nefronas restantes causan cicatrices y más pérdidas de nefronas, lo cual perpetúa el círculo vicioso que conlleva a la insuficiencia renal terminal. Las características genéticas del individuo y la fisiopatología de la entidad modifican la progresión de esta. El parénquima renal tiene una gran reserva y, una vez se pierde la actividad de uno de los riñones, el otro aumenta su capacidad de filtración de manera compensadora. A los 2 a 3 meses se ha incrementado el tamaño en la mitad y la filtración glomerular residual es un 10 a 20 % más de lo inicial. Para que se produzca IRC se requiere que se pierda más del 50% de las nefronas funcionantes con una lesión asociada en el parénquima. Según el porcentaje de nefronas funcionantes se presentan las manifestaciones de la IRC⁵.

Con el 50% de nefronas se tiene una FG entre 80-100% sin representación clínica, hasta menos del 5% en la cual la FG es <10% (5). El concepto de Suficiencia Renal se aplica cuando los riñones desempeñan al 100% sus funciones (homeostática, endocrina, excretora y metabólica). El término Deficiencia Renal se utiliza cuando la función renal se encuentra por debajo del 100%, hasta aproximadamente el 35%. Es la etapa durante la cual se consume y acaba la Reserva Renal. Cuando la función renal se encuentra por debajo del 35% es incapaz de mantener la homeostasis (equilibrio del medio interno o líquido extracelular), se establece el diagnóstico de Insuficiencia Renal⁵.

La incidencia y prevalencia de las causas de IRC varían de unas regiones a otras, pero en los últimos años se ha notado un considerable incremento de la nefropatía diabética y las causas vasculares (hipertensión arterial y arteriosclerosis) que en algunos países superan el 50% de las causas de insuficiencia renal terminal (IRCT). En tercer lugar se encuentran las glomerulonefritis, que son procesos inflamatorios del glomerulo. Otras causas como las nefropatías intersticiales son producidas por infecciones renales de repetición, abuso de algunos fármacos, y otros motivos. Las enfermedades quísticas son hereditarias y en ellas los riñones presentan degeneraciones quísticas que acaban impidiendo su función. En todas estas enfermedades se afectan ambos riñones. La pérdida de un riñón por traumatismo u otra causa no produce IRC⁶.

Cabe destacar que hasta el año 2000, la causa más frecuente es la nefropatía diabética, habiendo desplazado a otras nefropatías que años atrás ocupaban este lugar. Nótese que hay causas de IRC prevenibles, como son: la repercusión renal de la Hipertensión Arterial (nefroesclerosis), las nefropatías intersticiales crónicas por drogas (analgésicos), la uropatía obstructiva y nefropatía por reflujo vésicoureteral. Otras enfermedades que producen IRC pueden ser manipuladas medicamento de tal manera de retardar e incluso evitar la aparición de IRC, como ocurre con las nefropatías diabética y lúpica, las vasculitis y algunas glomerulopatía primitivas⁷. La prevalencia de las diversas etiologías de IRC se observa en la siguiente Tabla:

Causas de la IRCT	
Nefropatía diabética	10 - 40 %
Nefropatías vasculares	10 - 25 %
Glomerulonefritis	15 - 20 %
Enfermedades quísticas	3 - 12 %
Nefropatías intersticiales	8 - 18 %
Causas indeterminadas	10 - 25 %
Otras causas	5 - 10 %

Los 4 factores de riesgo más importantes para el desarrollo de IRCT son la edad, la raza, el sexo y los antecedentes familiares. La tasa de IRCT en adultos entre 65-74 años es seis veces superior que entre los de 20-44 años. Igualmente, las personas de raza negra presentan una tasa de IRCT tres veces superior que los blancos. Con relación al sexo, la incidencia de IRCT es mayor en los hombres que en las mujeres (entre 55 y 60 % de los pacientes con IRCT son varones). A pesar de esta mayor incidencia en los varones, algunas enfermedades causantes de IRCT son más frecuentes en mujeres. En cuanto a la historia familiar en ciertas enfermedades como la poliquistosis renal del adulto, enfermedad quística medular, esclerosis tuberosa, enfermedad de Fabry, cistinosis, oxalosis, y enfermedad poliquística infantil, existen familiares con la misma enfermedad^{4 5 7, 8}.

Se consideran además otros factores de riesgo para evolucionar a una insuficiencia renal crónica como la presión arterial alta, proteinuria, suministro alto de proteínas en la dieta, hiperparatiroidismo secundario, hipercolesterolemia e hipertrigliciridemia, hiperglucemia, acidosis metabólica, producción elevadas de hormonas contra reguladores principalmente glucocorticoides y la hiperfiltración glomerular; otros factores también determinantes son la raza el sexo y el tabaquismo^{5 9}.

La diabetes mellitus (DM) es la principal causa de insuficiencia renal en nuestro país y su primera evidencia clínica es la aparición de niveles bajos pero anormales de excreción de albúmina en orina (microalbuminuria ³ 30 mg/día o 20mg/min) y se considera que estos pacientes presentan nefropatía incipiente. Una elevada proporción de pacientes con DM tipo 2 (DM2) presentan microalbuminuria y nefropatía poco tiempo luego de realizado el diagnóstico de su DM, debido a que ésta ya se encontraba presente muchos años antes de realizado su diagnóstico. Sin intervenciones, el curso natural es que un 20-40% de los diabéticos tipos 2 con microalbuminuria progresen a nefropatía^{11 12 13 14}.

Una vez que el filtrado glomerular comienza a declinar, la tasa de disminución por año es muy variable entre los distintos individuos, pero no son muy diferentes entre la DM tipo 1 y 2. Sin embargo el mayor riesgo en la población de adultos mayores con DM 2, es de muerte por enfermedad coronaria el cual puede ser prevenido en los estadios tempranos de la neuropatía antes de su progresión a IRCT. Como los tratamientos y las intervenciones para las enfermedades cardiovasculares continúan mejorando, una mayor cantidad de pacientes con DM 2 puede desarrollar insuficiencia renal^{15 16, 17}.

La micro albuminuria además de ser el primer indicio de neuropatía, es un marcador de riesgo aumentado de morbimortalidad cardiovascular para los pacientes ya sea con DM tipo 1 o 2 o hipertensos. Por lo tanto el hallazgo de micro albuminuria es un indicador de posible daño vascular y la conducta deberá ser en consecuencia, la búsqueda de posible patología vascular y un tratamiento agresivo en el manejo de todos los factores de riesgo^{5 18}.

En la DM 1 raramente ocurre antes de la pubertad o antes de pasados los 5 años de realizado el diagnóstico, en cambio en la DM 2 ante la dificultad para precisar el inicio de la enfermedad se sugiere su búsqueda en el momento del diagnóstico, luego si no se detecta deberá realizarse un control anual. Como existe una gran variabilidad en la excreción día a día de albúmina se debe realizar por lo menos el diagnóstico luego de 2 o 3 recolecciones, ocurridas en el lapso de 3 a 6 meses^{4 19}.

En los pacientes con DM2 el desarrollo de la hipertensión arterial sistémica (HAS) frecuentemente se encuentra presente al momento del diagnóstico. La coexistencia de intolerancia a la glucosa, HAS, LDL y Tg elevados y una reducción en el HDL, obesidad y aumento del riesgo cardiovascular, sugiere que tienen en común una misma base fisiopatológica como la resistencia a la insulina^{17 19}.

La HAS en el diabético tipo 2 puede deberse a la neuropatía diabética, a la coexistencia con HAS esencial o ser debida a causas secundarias. Generalmente esta HAS se caracteriza por expansión del volumen plasmático, aumento de las resistencias periféricas y actividad de renina disminuida. Tanto la HAS sistólica como diastólica aceleran marcadamente la progresión de la neuropatía diabética y el manejo antihipertensivo agresivo es capaz de disminuir la tasa de declinación de filtrado glomerular. Según las últimas normas de los consensos de diabetes e hipertensión, el objetivo en los pacientes diabéticos mayores de 18 años es disminuir la presión arterial (PA) a $< 130/85$ mmHg. Si se le agregara una eliminación de proteínas de 1 g el objetivo es igual, sin embargo si la eliminación de proteínas es mayor de 1 g se reduce a $125/75$ mmHg¹⁸.

Hasta la actualidad se contaba sólo con el estudio de Lewis y col publicado en el año 1993 en DBT tipo 1 quienes demostraron que era posible reducir en un 50% la morbimortalidad CV en este tipo de pacientes utilizando un IECA (en este caso captopril), comparado con placebo^{8 9}.

MARCO TEORICO

ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La estructura familiar puede clasificarse según su tipología y una de las utilizadas es la propuesta por de la Revilla et al la cual ha sido modificada para nuestro medio socioeconómico por Marquez Contreras et. al²⁰, sin embargo el abordaje integral del estudio familiar en nuestro país ha sido mejor estudiado por la Dra. Emma Espejel Aco y Cois²¹ quien presenta un instrumento factible para medir la estructura y la funcionalidad familiar: "La Escala de Funcionamiento Familiar" apoyado en una encuesta cuya validez se tiene bien fundamentada Este instrumento que aporta una valuación de estructura y funcionalidad familiar, ha sido probada en familias mexicanas con una muestra significativa en el estado de Tlaxcala, así mismo reevaluada para su validación gracias al apoyo de la Universidad Autónoma de Tlaxcala y La Universidad Autónoma de México, y su utilización da una aproximación lo mas cercana al realidad de familias mexicanas en la actualidad. Además de amplía el estudio de la familia pues cuenta con una topología familiar basada en los cambios actuales de las familias mexicanas; evalúa la funcionalidad familiar global además de otros items de funcionalidad como son el la autoridad, el control, la supervisión, el afecto, el apoyo, la conducta disruptiva, la comunicación, el afecto negativo y los recursos en el estudio integral de la funcionalidad de las familias mexicanas.

La escala de funcionalidad familiar presentada por Emma Espejel Aco y Cois es el resultado de trabajos previos con sujetos y familias mexicanas comparándolas con otros estudios de origen extranjero como Canadá, Estados Unidos de América y Cuba; este ultimo país se encargo de aportar esta escala siendo el idioma español desde su origen; teniendo solamente la necesidad de adaptar y recrear este instrumento para nuestra población. Para este instrumento fungieron como jueces miembros reconocidos del Instituto de Familia y maestros e investigadores de la Facultad de Psicología de la UNAM. Una vez validado y confiabilizado como instrumento de detección comunitaria para evaluar familias se realizaron cuatro investigaciones: la primera en donde surgió este instrumento, la segunda aplicando el cuestionario adaptando las formas de las preguntas, la tercera aplicándola literalmente y fue útil puesto que 12 items fueron no significativos lo que permitió eliminarlos y la cuarta investigación se realizo con familias clínicas y no clínicas con el formato actual. La sensibilidad para las distintas áreas exploradas fue mayor del 50% (52.9%); su especificidad alcanzo valores del 93.4%, el valor global del Test (eficiencia) fue mayor del 75% en casi todas las áreas (excepto comunicación). La aplicación clínica de este y otros métodos puede favorecer una rápida intervención en la crisis, a la vez que entrena al personal en novedosas formas de abordarlas.

El instrumento define la tipología familiar en base a 9 ítems: familia primaria nuclear, integrada por padre, madre e hijos de ambos, sin que haya uniones previas con hijos; familia primaria semiextensa, a la familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges; familia primaria extensa, familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal; familia reestructurada, formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos; familia reestructurada semiextensa, familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, y que incluyen bajo un mismo techo a uno o mas miembros de la familia de origen de alguno de ellos; familia reestructurada extensa, formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido unión previa con hijos y que vive con la familia de origen de le o de ella; familia uniparental nuclear, integrada por padre o madre con uno o mas hijos; familia uniparental semiextensa, integrada por padre o madre con uno o mas hijos y que reciben en su hogar a uno o más miembros de la familia de origen; familia uniparental extensa, integrada por padre o madre con uno o mas hijos que vive con su familia de origen²¹.

Así mismo, define ítems de funcionalidad familiar en donde: la Funcionalidad familiar global, como un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar del otro y en donde la familia se comporta como si fuera una unidad; Autoridad es la eficiencia funcional de autoridad entre ambos padres; Control es el orden de límites y conductas siendo funcionales los límites bien establecidos y respetados; Supervisión a la vigilancia de normas y comportamientos; Afecto a las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia; Apoyo a la forma en que la familia aporta soporte social interno; Conducta disruptiva al manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas de autoridad u otra situación emergente; Comunicación a la forma de relación verbal o no verbal de una familia; Afecto negativo al malestar, enojo, en donde la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia son funcionales y por ultimo al Recurso, refiriéndose a la existencia de potencialidades instrumentales o afectivos y a la capacidad de la familia a desarrollarlos²¹.

FORMULA DE CROCKCROFT-GAULT

La mejor forma de evaluar la función renal es mediante la valoración del filtrado glomerular renal (FGR). Para explicar este hecho es necesario un breve recuerdo de la fisiología renal (26). Sin embargo, para determinar el pronóstico y los efectos de la terapia, la valoración del daño funcional renal se logra mediante la determinación de la creatinina sérica o la estimación del volumen de filtrado glomerular, e indirectamente, por la aplicación de la fórmula de Cockcroft y Gault^{22 23}:

Depuración de Creatinina = $(140 - \text{edad}) \times \text{peso corporal} / \text{Creatinina sérica} \times 72$

Para las mujeres, se utiliza la misma fórmula pero el resultado se multiplica por la constante 0.85 (6), el resultado se expresa en ml/min.

La predicción de la funcionalidad renal con esta fórmula se basa en la correlación con el nivel de filtrado glomerular basándose en la siguiente tabla^{22 23}:

ESTADIO	FILTACION GLOMERULAR (ml/min.)
HIPERFILTRACION	MAS DE 140 ml/min
NORMAL	50 – 120 ml./min
IRC LEVE	11 – 49 ml/min
IRC MODERADA	5 – 10 ml/min
IRC SEVERA	MENOS DE 5 ml/min

Han sido publicadas diversas fórmulas para conocer el filtrado glomerular, o al menos el filtrado de creatinina, a partir de la creatinemia, como las de Edward 1959, Jelliffe 1973, Mawer 1972 pero sin que se difundiera su aplicación. Más recientemente aparecieron ecuaciones basadas en el nivel de Creatinemia con Variables Antropométricas y Demográficas^{7 8 9}. Las tres más significantes son:

Ecuación de Cockcroft y Gault de 1976, Ecuación de Walser, Drew y Guldan de 1993, Ecuación del estudio MRDR de 1996. La ecuación de Cockcroft y Gault es sin duda alguna, la más usada en el mundo, aunque la misma más bien determina el filtrado de creatinina que el filtrado glomerular. Pero debe hacerse la salvedad que la ecuación determina con bastante precisión el filtrado de creatinina sólo en pacientes sin significativa insuficiencia renal desde que la ecuación fue desarrollada a partir de estudios de pacientes de asilos geriátricos, con relativa normal función renal (47). Esta fórmula es usada para decisiones trascendentes como ser: Incorporación de enfermos a diálisis crónica, seguimiento de función renal en trasplantados, adecuación de antibióticos, dosificación de drogas antitumorales^{6 8}.

PROBLEMA

¿Qué estructura y funcionalidad familiar tendrán los pacientes entre 45 y 64 años con función renal establecida con fórmula de Crockoft – Gault en el primer nivel?

JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad tan grave que al limitar la función global del riñón, limita la homeostasis en el individuo que la padece, con la consecuente invalidez progresiva del mismo. Mundialmente, la insuficiencia renal es consecuencia de enfermedades importantes como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. En nuestro país no se cuentan con cifras exactas sin embargo las cifras estadísticas de muertes por DM, y HAS (30). La incidencia de la insuficiencia Renal crónica en México se estima en 4000 casos nuevos al año. En un numero considerable de casos no se logra determinar la causa inicial pero la neuropatía diabética se considera como la principal causa. (el Internista) y representan una de las primeras causas de muerte según cifras de mortalidad reportadas por las secretaría de salud en 1995 y siendo la IRC una de las principales secuelas a largo plazo de estas patologías su importancia aumenta la incidencia de IRC que se estima de 4 a 5 mil casos por año.

El Instituto Mexicano del Seguro Social desde hace 12 años ha sostenido una demanda económica importante en situaciones de padecimientos con erogación presupuestal entre atención y pensión los cuales son los pacientes con VIH/SIDA, Cáncer e Insuficiencia Renal Crónica. El deterioro de la función renal representa un gasto alto en programas de salud y apoyo a pacientes en criterios de diálisis, en el IMSS se ha estimado que representa del 35 al 40% de gasto en el presupuesto global²⁴ Cada año comienzan tratamiento con diálisis entre 80 – 120 personas p.m.p. (por millón de población), habiéndose convertido la IRC en un problema sanitario, social y económico de primera magnitud²⁴. En la practica clínica se ha demostrado que la adherencia al tratamiento, de los pacientes con IRC, se ve afectada factores psicosociales como la depresión, ansiedad, falta de autoestima, problemática laboral, relaciones familiares, así como el desequilibrio en la economía familiar. (16, 49). La forma en que la familia ve este proceso en un miembro y sus mecanismos de defensa individuales y grupales, la expectativa de vida de un paciente con IRC y el sentimiento de apoyo de sus familiares, contribuye a que el paciente se interese en la forma de cómo controlara su enfermedad y encontrar apoyo en su propio circulo de origen^{2, 3, 25}. La relevancia de la insuficiencia renal reside en la búsqueda de factores de riesgo, antes de la aparición de la enfermedad e iniciar la detección, control y rehabilitación de la misma.

El propósito del estudio es identificar las disfunciones familiares en pacientes con factores de riesgo de IRC o con IRC en estadios tempranos para agilizar el abordaje integral de estos mismos pacientes. Es por esto necesario, estudiar la estructura y funcionalidad de familias de pacientes con IRC, y clasificar su enfermedad para conocer el estado de su funcionalidad renal actual y correlacionarlo con el actuar del medico familiar, teniendo un panorama integral de estos pacientes y estatificar su enfermedad.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar la estructura y funcionalidad familiar así como nivel de funcionalidad renal según fórmula de CROCKCROFT-GAULT; en pacientes entre 45 y 64 años con diagnóstico o sospecha de IRC según factores de riesgo.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- 1 Establecer una detección oportuna en el deterioro inicial de la funcionalidad renal con la fórmula de CROCKCROFT-GAULT en unidades de primer nivel de atención.
- 2 Determinar la frecuencia de etiología en pacientes entre 45 y 65 años con diagnóstico de IRC.
- 3 Clasificar la IRC según la fórmula de CROCKCROFT-GAULT en leve moderada y severa.
- 4 Determinar la estructura familiar, por tipología según las clasificaciones actuales, en pacientes entre 45 y 64 años con diagnóstico de IRC.
- 5 Determinar la funcionalidad familiar de pacientes entre 45 y 64 años con diagnóstico de IRC.
- 6 Determinar la distribución de frecuencias por edad, sexo, diagnóstico primario de la IRC, tipología y funcionalidad familiar de acuerdo a la presencia o no de IRC según fórmula establecida.
- 7 determinar la distribución de frecuencias por edad, sexo diagnóstico primario de la IRC, tipología y funcionalidad familiar de acuerdo al grado de IRC según fórmula establecida.

METODOLOGIA

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Este es un estudio de tipo descriptivo y transversal.

Se analizaran las características de la funcionalidad renal de acuerdo a si se presenta IRC o no, para después profundizar con el grado de insuficiencia renal de acuerdo al índice de CROCKCROFT-GAULT. Asociándolos con las siguientes características como: edad, sexo, diagnóstico primario de la IRC, tipología familiar y la funcionalidad familiar global y sus demás items; utilizando cuando el caso lo amerite:

- ❖ Medidas de tendencia central
- ❖ Pruebas no paramétricas según sea el caso, como chi cuadrada y f de fisher con un significado estadístico cuando $p = o < 0.05^{26}$.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La realización de este estudio se llevo a cabo en las UMF 20, 40, 41, 44, adscritas al HGZ 24, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación 01 Noroeste del Distrito Federal . Con pacientes adscritos sexo indistinto entre 45 y 65 años con sospecha de IRC con creatinina sérica mayor o igual 1.2 mg/dl

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Se contara con una selección de pacientes de acuerdo a los siguientes criterios:

INCLUSIÓN: pacientes derechohabientes adscritos a las unidades pertenecientes al HGZ # 24 Insurgentes (clínica 20, 40, 41,44), entre 45 y 64 años con diagnóstico o sospecha de IRC, creatinina sérica > 1.4 mg/dl vigente (un mes a la fecha de estudio).

EXCLUSIÓN: pacientes con creatinina sérica menor de 1.2 mg/dl sin sospecha objetiva de IRC, hospitalizados por deterioro de IRC, en diálisis o hemodiálisis, que no deseen entrar al estudio, que no se puedan localizar,

ELIMINACIÓN: pacientes con abandono social y familiar y/o deterioro mental que impida el uso de la memoria.

TAMAÑO DE MUESTRA

Se obtuvo la muestra en base a la prevalencia del 10%, de acuerdo a la siguiente fórmula²⁶:

$$N = Z^2 (p-q) / l^2$$

Obteniéndose una muestra de 1116 pacientes diagnosticados con IRC.

TIPO DE MUESTREO

Por conveniencia estratificado por consultorios

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICIÓN
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	La disminución progresiva de las funciones homeostáticas del riñón, por un período mayor a 3 meses, que altera el balance interno concentraciones de creatinina sérica dos o más veces mayor que lo normal para edad y género o una filtración glomerular (F G) inferior a 30 ml/ min. / 1.73 m ² de S.C	Fórmula de Cockcroft y Gault: Depuración de Creatinina = $(140 - \text{edad}) \times \text{peso} / \text{Creatinina sérica} \times 72$ Para las mujeres, el resultado se multiplica por la constante 0.85, expresándose en ml/min	<ul style="list-style-type: none"> ❖ LEVE ❖ MODERADA ❖ SEVERA
ESTRUCTURA FAMILIAR	un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción	"La Escala de Funcionamiento Familiar"	<ul style="list-style-type: none"> ❖ PRIMARIA NUCLEAR ❖ PRIMARIA SEMIEXTENSA ❖ PRIMARIA EXTENSA ❖ REESTRUCTURADA NUCLEAR ❖ REESTRUCTURADA SEMIEXTENSA ❖ REESTRUCTURADA EXTENSA ❖ UNIPARENTAL ❖ UNIPARENTAL SEMIEXTENSA ❖ UNIPARENTAL EXTENSA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Familias asintomáticas que no manifiestan problemas graves	"La Escala de Funcionamiento Familiar"	<ul style="list-style-type: none"> ❖ FUNCIONAL ❖ DISFUNCIONAL

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICIÓN
AUTORIDAD	La eficiencia funcional de autoridad entre ambos padres	"La Escala de Funcionamiento Familiar"	❖ FUNCIONAL ❖ DISFUNCIONAL
CONTROL	El orden de límites y conductas siendo funcionales los límites bien establecidos y respetados	"La Escala de Funcionamiento Familiar"	❖ FUNCIONAL ❖ DISFUNCIONAL
SUPERVISIÓN	La vigilancia de normas y comportamientos	"La Escala de Funcionamiento Familiar"	❖ FUNCIONAL ❖ DISFUNCIONAL
AFECTO	Muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia	"La Escala de Funcionamiento Familiar"	❖ FUNCIONAL ❖ DISFUNCIONAL
APOYO	Forma en que la familia aporta soporte social interno	"La Escala de Funcionamiento Familiar"	❖ FUNCIONAL ❖ DISFUNCIONAL
CONDUCTA DISRUPTIVA	El manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas de autoridad u otra situación emergente	"La Escala de Funcionamiento Familiar"	❖ FUNCIONAL ❖ DISFUNCIONAL
COMUNICACIÓN	Forma de relación verbal o no verbal de una familia	"La Escala de Funcionamiento Familiar"	❖ FUNCIONAL ❖ DISFUNCIONAL
AFECTO NEGATIVO	Malestar enojo en donde la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia son funcionales	"La Escala de Funcionamiento Familiar"	❖ FUNCIONAL ❖ DISFUNCIONAL
RECURSO	Potenciales instrumentales o afectivos para que una familia se desarrolle	"La Escala de Funcionamiento Familiar"	❖ FUNCIONAL ❖ DISFUNCIONAL

VARIABLES UNIVERSALES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICIÓN
EDAD	Número de tiempo vivido por una persona	Edad en años	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 45 – 49 ❖ 50 – 54 ❖ 55 – 59 ❖ 60- 65
SEXO	Género de una persona	Género de una persona	<ul style="list-style-type: none"> ❖ MASCULINO ❖ FEMENINO
DÍAGNOSTICO PRIMARIO DE LA IRC	Entidad patológica que condiciona el inicio de la insuficiencia renal en una persona	El diagnóstico previo que se relaciona directamente con la insuficiencia renal en una persona	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diabetes mellitus (DM) ❖ Hipertensión arterial sistémica (HAS) ❖ Uropatía obstructiva ❖ Otras entidades patológicas relacionadas (OTRAS)

SÍNTESIS NARRATIVO

Se tomo por consultorios de atención en las unidades de medicina familiar 20, 40, 41 y 44 con criterios de inclusión al estudio. Capturándose la información dada por el paciente, por medio de una encuesta diseñada específicamente para este estudio. Se entrevistaron a cada uno de los individuos incluidos en el estudio sobre su estructura y funcionalidad familiar según el instrumento realizado por la Dra. Emma Espejel Aco y cols. (13), determinando en cada uno de ellos el tipo de estructura y función familiar. De cada expediente se obtuvo la edad, peso y creatinina sérica reciente para aplicar fórmula de CROCKCROFT-GAULT y clasificar la IRC en leve moderada o severa.

El estudio se apego a los siguientes lineamientos y normas éticas de estudio en humanos: la Ley General de Salud, la declaración de Helsinki en 1975 y enmendada en 1987 actualizada en 1989. consentimiento informado al paciente. Se presento ante el comité local de investigación de la UMF 20, Se presentara antes de realizar el estudio la forma de consentimiento informado a cada paciente que participara en el estudio

Los datos de la entrevista y la clasificación de IRC se recopilaran en una base de datos para correlacionar las variables y analizar los resultados Los resultados se analizaron de acuerdo a tablas de frecuencias descriptivas y porcentajes por sexo, edad, diagnóstico primario de la insuficiencia renal, clasificación de insuficiencia renal según el resultado de la fórmula de CROCKCROFT-GAULT, tipología familiar, funcionalidad familiar global, y las características de la familia según: autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recurso

RESULTADOS

De los resultados del presente estudio de investigación, el cual se realizó en 456 pacientes que acudieron a consulta de primer nivel con sospecha clínica de IRC, encontramos lo siguiente:

De acuerdo a la fórmula de Crockcoft – Gault encontramos 395 pacientes con IRC y 61 no la presentaron, además se clasificó en grados en donde encontramos a 117 pacientes (25.7%) con IRC leve, 188 (41.2%) con IRC moderada y 90 (19.7%) con IRC severa (ver tabla 1 gráfico 4)

El promedio de edad en los pacientes estudiados fue de 58.5 años y la mediana de 57 años (ver tabla 1). Se clasificaron por rangos de edad de 5 años y se obtuvo: entre 45 - 49 años 70 pacientes (15.4%) (ver tablas 1, gráfico 1), de los cuales 55 (13.92%) presentaron algún grado de IRC y 15 (24.59%) no tuvieron esta patología (ver tabla 3 y gráfico 16), y al clasificarlos encontramos que 24 casos (20.5%) tuvieron IRC leve, 21 (11.2%) IRC moderada y 10 (11.1%) IRC severa (ver tabla 28, gráfica 25).

En la clase entre 50 - 54 años encontramos a 87 pacientes (19.1%) (ver tabla 1, gráfico 1), con IRC 71 casos (17.97%) 16 (26.22%) no la presentaron (ver tabla 4), al clasificar a los que tienen IRC encontramos 26 casos (22.2%) con IRC leve, 31 (16.5%) con IRC moderada y 14 (15.6%) con IRC severa (ver tabla 28, gráfica 25)

En el rango de edad entre 55 - 59 años encontramos a 117 casos (25.7%) (ver tabla 1, gráfico 1), de los cuales 112 casos (28.35%) presentaron IRC y 5 (8.19%) no lo presentaron (ver tabla 5, gráfico 17), de los cuales 29 (24.8%) tuvieron IRC leve, 63 (33.5%) tuvieron IRC moderada y 14 (15.6%) presentaron IRC severa (ver tabla 28, gráfica 25).

En la clase de 60 - 65 años estudiamos a 182 pacientes (39.9%) (ver tabla 1, gráfico 1), con IRC 157 casos (39.74%) y 25 (40.98%) no la presentaron (ver tabla 6) y se encontraron 38 casos (32.5%) con IRC leve, 73 (38.8%) IRC moderada y 46 (51.1%) IRC severa (ver tabla 28, gráfico 25).

Respecto a la distribución por sexos, fue de la siguiente manera: 176 pacientes masculinos que corresponde al 38.6% y 280 femeninos (61.4%), con una relación hombre / mujer de 1:1.6 (ver tabla 1, Gráfico 2) De los pacientes masculinos, 162 (41.02%) presentaron IRC y 14 casos (22.96%) no tuvieron IRC, con lo que respecta al sexo femenino se encontraron 233 casos (58.98%) con algún grado de IRC y 47 casos (77.04%) no tuvieron esta característica (ver tabla 7, gráfico 18); Al clasificar la IRC encontramos que se presentaron con IRC leve 46 (39.3%) masculinos y 71 (60.7%) femeninos; con IRC moderada fueron 83 (44.1%) masculinos y 105 (55.9%) femenino; y por último con IRC severa se presentaron 33 (26.7%) masculinos y 57 (63.3%) femeninos (ver tabla 29, gráfico 26).

La distribución de los diagnósticos primarios fue:

En primer lugar el diagnóstico de DM con 263 casos (57 %) (tabla 1, grafico 3), en donde 237 (60%) presentaron IRC y 26 (42.62%) no tuvieron esta patología (tabla 8, grafico 19), clasificándolos encontramos que con IRC leve 70 (59.8%), con IRC moderada 112 (59.6%) y con IRC severa 55 pacientes (61%)(tabla 30, grafico 27).

Los pacientes con diagnóstico de HAS fueron 147 casos (32.2%) (tabla 1, grafico 3), de los cuales 117 (29.62%) presentaron algún grado de IRC y 30 (49.18%) no (tabla 9, grafica 20), de los cuales 33 (28.2%) presentaron IRC leve, 61 (32.4%) IRC moderada y 23 (25.6%) IRC severa (tabla 30, grafico 27).

Teniendo como diagnóstico a la Uropatía obstructiva encontramos a 20 casos (4%) (tabla 1, grafico 3), en donde 16 (4.05%) presentaron IRC y 4 (6.55%) no (tabla 10), con 8 pacientes (6.8%) con IRC leve, 7 (3.7%) con IRC moderada y 1 paciente (1.1%) tuvo IRC severa (tabla 30, grafico 27).

Por ultimo, se estudiaron otras patologías primarias a la IRC en las que se incluyeron enfermedades reumatológicas, glomerulopatías, renales congénitas y alteraciones renovasculares, presentándose 26 casos (5.7%) (ver tabla 1, grafico 3), de los cuales 25 (6.32%) tuvieron IRC y 1 (1.63%) no tuvo IRC, en donde 6 pacientes (5.1%) tuvieron IRC leve, 8 (4.3%) tuvieron IRC moderada y 11 (12.2%) presentaron IRC severa (tabla 30, grafico 27).

Al clasificar a los pacientes por tipología familiar los resultados mostraron que:

La tipología primaria nuclear se encontró en 257 pacientes (56.4%) (tabla 1, grafico 5), de los cuales 214 casos (54.17%) presentaron algún grado de IRC y 43 (70.49%) no (tabla 11, grafico 21), y al clasificar a la IRC 65 pacientes (55.6%) tuvieron IRC leve, 109 (58%) tuvieron IRC moderada y 40 (44.4%) tuvieron IRC severa (tabla 31, grafico 28)

Los pacientes con familia primaria semiextensa se encontró en 104 casos (22.8%) (Tabla 1, grafico 5), de los cuales 92 pacientes (23.29%) presentaron IRC y 12 (19.67%) no (tabla 12), y al clasificar a la IRC encontramos que 29 casos (24.8%) presentaron IRC leve, 37 (19.7%) tuvieron IRC moderada y 26 (28.9%) IRC severa (tabla 31, grafico 28).

Los pacientes con familia primaria extensa en 46 casos (10.1%) (tabla 1, grafico 5), de los cuales 43 pacientes (10.88%) presentaron IRC y 3 (4.91%) no tuvieron IRC (tabla 13), 14 (12%) tuvieron IRC leve, 14 (7.4%) IRC moderada y 15 (16.7%) IRC severa (tabla 31, grafico 28)

Los pacientes con familia reestructuradas se presentaron en 17 casos (3.7%) (tabla 1, grafico 5), presentando algún grado de IRC 16 pacientes (4.05%) y 1 (1.63%) no tuvo IRC (tabla 14), y al clasificarlos 5 (4.3%) tuvieron IRC leve, 8 (4.3%) IRC moderada y 3 (3.3%) IRC severa (tabla 31, grafico 28).

Los pacientes con familia reestructurada semiextensa se presentaron en 12 casos (2.%) (tabla 1, grafico 5), de los cuales todos presentaron IRC (tabla 15), 2 pacientes (1.7%) presentaron IRC leve, 4 (2.1%) IRC moderada y 6 (6.7%) IRC severa (tabla 31, grafico 28).

Los pacientes con familia uniparental nuclear se presentaron en 8 casos (1.8%) (tabla 1, grafico 5) en donde 6 pacientes (1.51%) tuvieron IRC y 2 casos (3.27%) no (tabla 16), de los pacientes con IRC (n =6) todos estuvieron en la clasificación de IRC moderada (3.2%) (tabla 31, grafico 28).

Los pacientes con familia uniparental semiextensa se presento en 12 casos (2.6%) (tabla 1, grafico 5), los cuales todos tuvieron IRC (3.03%) (tabla 17), 2 pacientes con IRC leve (1.7%) y 10 pacientes con IRC moderada (5.3%) (tabla 31, grafico 28).

Cabe mencionar que ningún caso en este estudio tuvo tipología familiar reestructurada extensa ni uniparental extensa.

En cuanto a la funcionalidad familiar en los pacientes estudiados se encontró la siguiente distribución de casos:

Con funcionalidad global hubo 228 casos funcionales (50%) y 228 disfuncionales (50%) (tabla 2, grafico6). De los casos funcionales 197 (49.8%) tenían IRC y 31 (50.81%) no; con IRC leve se presentaron 52 pacientes (44.4%), con IRC moderada se presentaron 84 (44.7%) y con IRC severa 61 (67.8%). De los pacientes disfuncionales 198 casos (50.13%) tenían IRC y 30 (49.19%) no; 65 (55.6%) con IRC leve, 104 (55.3%) con IRC moderada y 29 (32.2%) con IRC severa (tablas 18 y 32, grafico 29).

En el dominio de autoridad 219 casos fueron funcionales (48%) y 237 disfuncionales (52%) (tabla 2, grafico 7). De los pacientes funcionales 180 (45.56%) tenían IRC y 39 (63.93%) no; de los cuales 67 tenían IRC leve (57.3%), 80 IRC moderada (42.6%) y 33 IRC severa (36.7%). De los pacientes disfuncionales 215 casos (54.44%) tenían IRC y 22 (36.07) no; 50 (42.7%) tuvieron IRC leve, 108 (57.4%) IRC moderada y 57 (63.3%) IRC severa (tablas 19 y 33, gráficos 22 y 30).

En la función de control 245 casos fueron funcionales (53.7%) y 211 (46.3%) disfuncionales (tabla 2, grafico 8). Con control funcional encontramos 213 pacientes (53.92%) con IRC y 32 (52.45%) sin IRC; 64 casos (54.7%) con IRC leve, 100 (53.2%) con IRC moderada y 49 (54.4%) con IRC severa. Con control disfuncional hubo 182 casos (48.08%) con IRC y 29 (47.55%) sin IRC; 53 (45.3%) con IRC leve, 88 (46.8%) con IRC moderada y 41 (45.6%) con IRC severa (tabla 20 y 34).

En el dominio de supervisión 179 casos fueron funcionales (39.3%) y 277 disfuncionales (60.7%) (tabla 2, grafico 9) Con supervisión funcional 160 pacientes (40.5%) tuvieron IRC y 19 (31.14%) no tuvieron IRC; de los cuales 33 (28.2%) tuvieron IRC leve, 85 (45.2%) IRC moderada y 42 (46.7%) IRC severa. Con supervisión disfuncional 235 (59.5%) tuvieron IRC y 42 (68.86%) no la presentaron; 84 (71.8%) tuvieron IRC leve, 103 (54.8%) IRC moderada y 48 (53.3%) IRC severa (tablas 21 y 35).

En la función de afecto 264 pacientes fueron funcionales (57.9%) y 192 disfuncionales (42.1%) (tabla 2, grafico 10). Con funcionalidad se presentaron 229 casos (57.97%) con IRC y 35 (57.37%) no tuvieron IRC; 73 (62.4%) con IRC leve, 105 (55.9%) IRC moderada y 51 (56.7%) IRC severa. Con disfuncionalidad se presentaron 166 pacientes (42.03%) con IRC y 26 (42.63%) sin IRC; 44 (37.6%) con IRC leve, 83 (44.1%) IRC moderada y 39 (43.3%) IRC severa (tablas 22 y 36).

Con el dominio de apoyo se encontró a 301 funcionales (66%) y 155 disfuncionales (34%) (tabla 2, grafico 11). De los pacientes funcionales 263 (66.58%) tuvieron IRC y 38 (62.29%) no; 84 (71.8%) tuvieron IRC leve, 166 (61.7%) IRC moderada y 63 (70%) IRC severa. De los pacientes disfuncionales 132 casos (33.42%) tuvieron IRC y 23 (37.71%) no; 33 (28.2%) IRC leve, 72 (38.3%) con IRC moderada y 27 (30%) con IRC severa (tabla 23 y 37).

En la función de conducta disruptiva encontramos a 239 casos funcionales (52.4%) y 217 disfuncionales (47.6%) (tabla 2, grafico 12). En la conducta disruptiva funcional 211 casos (53.41%) tuvieron IRC y 28 (35.9%) no lo tuvieron; de los cuales 67 (57.3%) tuvieron IRC leve, 104 (55.3%) IRC moderada y 40 (44.4%) IRC severa. De los pacientes con disfunción en la conducta disruptiva 184 casos (46.59%) tuvieron IRC y 33 (54.1%) no; 50 (42.7%) IRC leve, 64 (44.7%) IRC moderada y 50 (55.6%) IRC severa (tabla 24 y 38).

Para el dominio de comunicación fueron 251 casos funcionales en (55%) y 212 disfuncionales (45%) (tabla 2, grafico 13). Con funcionalidad 209 casos (52.91%) tuvieron IRC y 42 (68.85%) no; de los cuales 42 (35.9%) tuvieron IRC leve, 103 (54.8%) IRC moderada y 64 (71.1%) IRC severa. Con comunicación disfuncional 186 casos (47.09%) tuvieron IRC y 19 (31.05%) no; 75 (64.1%) IRC leve, 85 (45.2%) IRC moderada y 26 (28.9%) IRC severa (tabla 25 y 39, grafica 25 y 31).

En la función de afecto negativo resultaron 244 pacientes funcionales (53.5%) y 212 disfuncionales (46.5%) (tabla 2, grafico 14). De los pacientes funcionales 215 casos (54.43%) tuvieron IRC y 29 (47.54%) no; de los cuales 57 (48.7%) tuvieron IRC leve, 107 (56.9%) IRC moderada y 51 (56.7%) IRC severa. De los pacientes disfuncionales 180 casos (45.57%) tuvieron IRC y 32 (52.46%) sin IRC; 60 (51.3%) IRC leve, 81 (43.1%) IRC moderada y 39 (43.3%) IRC severa (tabla 26 y 40).

Finalmente en la función de recurso se encontraron a 350 casos funcionales (76.8%) y 106 disfuncionales (23.2%) (tabla 2 grafico 15). Con funcionalidad encontramos 309 casos (78.22%) con IRC y 41 (67.21%) sin IRC; de los cuales 99 (84.6%) tuvieron IRC leve, 150 (79.8%) IRC moderada y 60 (66.7%) IRC severa. Con disfunción 86 casos (21.78%) tuvieron IRC y 20 (32.79%) no; 18 (15.4%) IRC leve, 36 (20.2%) IRC moderada y 30 (33.3%) IRC severa (tabla 27 y 41, grafico 24 y 32).

TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1. Distribución entre la edad, sexo, diagnóstico primario de IRC, grado de IRC según formula de crockcoft-gault y tipología familiar de los pacientes de las UMF 20, 40, 41, 44; durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

N=456

EDAD	n	(%)
45 - 49	70	15.4
50 - 54	87	19.1
55 - 59	117	25.7
61 - 65	182	39.9
PROMEDIO	58.5	
MEDIANA	57	
SEXO	n	(%)
FEMENINO	280	61.4
MASCULINO	176	38.6
RELACION MASCULINO/FEMENINO	1:1.6	
DIAGNOSTICO	n	(%)
DM	263	57.7
HAS	147	32.2
UROPATIA OBSTRUCTIVA	20	4.4
OTROS	26	5.7
CROCKOFF-GAULT	n	(%)
LEVE	117	25.7
MODERADO	188	41.2
SEVERO	90	19.7
NORMAL	61	13.4
TIPOLOGIA FAMILIAR	n	(%)
PRIMARIA NUCLEAR	257	56.4
PRIMARIA SEMIEXTENSA	104	22.8
PRIMARIA EXTENSA	46	10.1
REESTRUCTURADA	17	3.7
REESTRUCTURADA SEMIEXTENSA	12	2.6
UNIPARENTAL NUCLEAR	8	1.8
UNIPARENTAL SEMIEXTENSA	12	2.6

FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

Gráficos 1 y 2 que muestran la distribución entre rangos de edad y sexo de los pacientes de las UMF 20, 40, 41, 44; durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

Gráfico 1

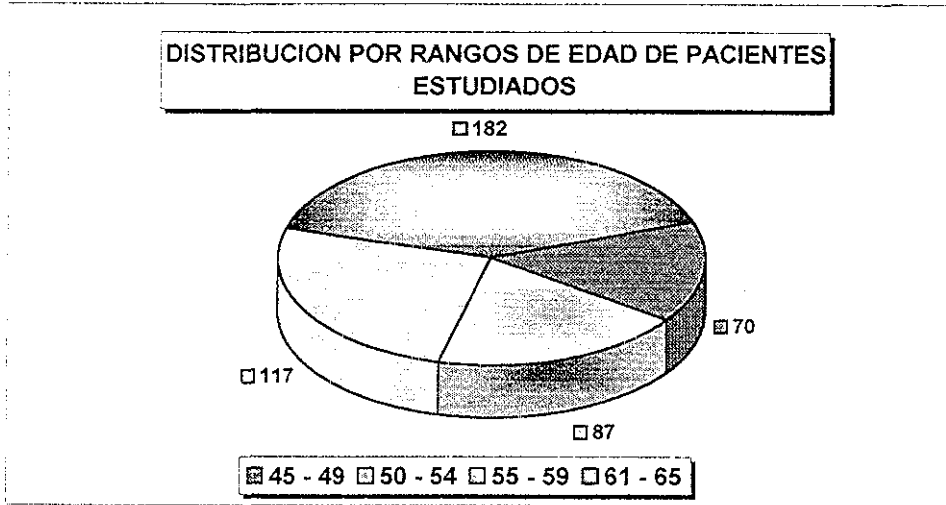
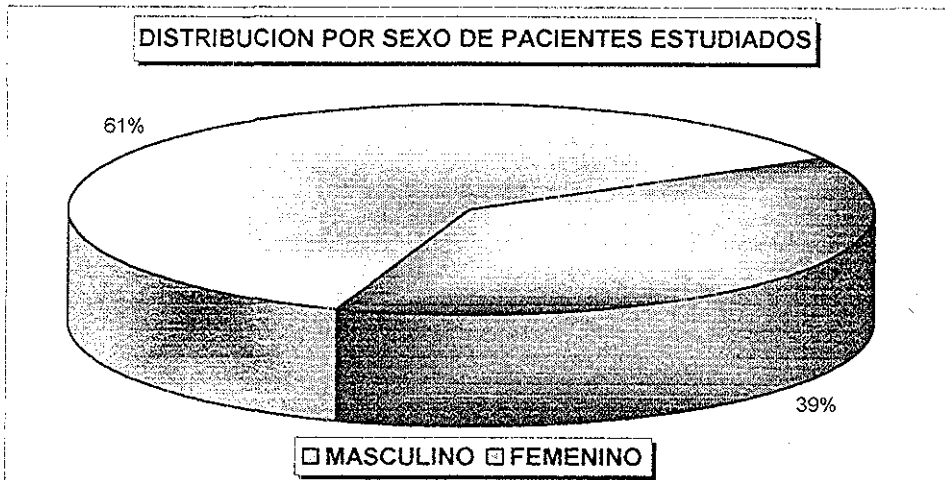


Gráfico 2



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Gráficos 3 y 4 que muestran la distribución entre el diagnóstico primario de IRC y grado de IRC según fórmula de Crockcroft-Gault de los pacientes de las UMF 20, 40, 41, 44; durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

Grafico 3

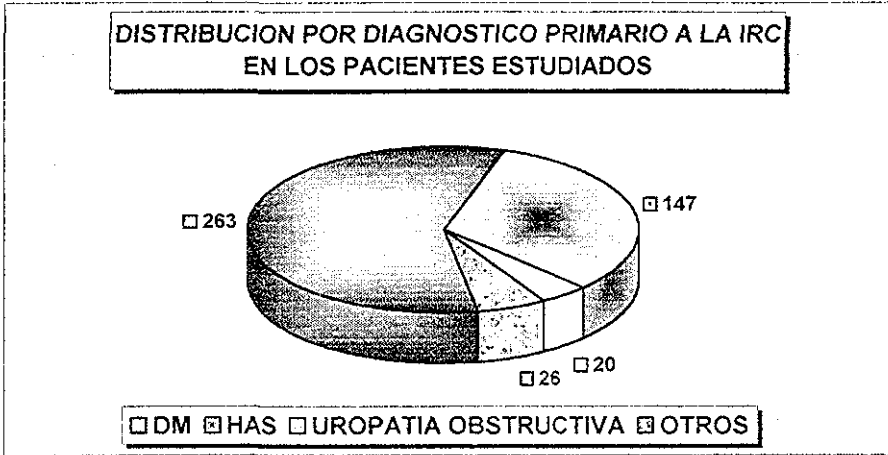
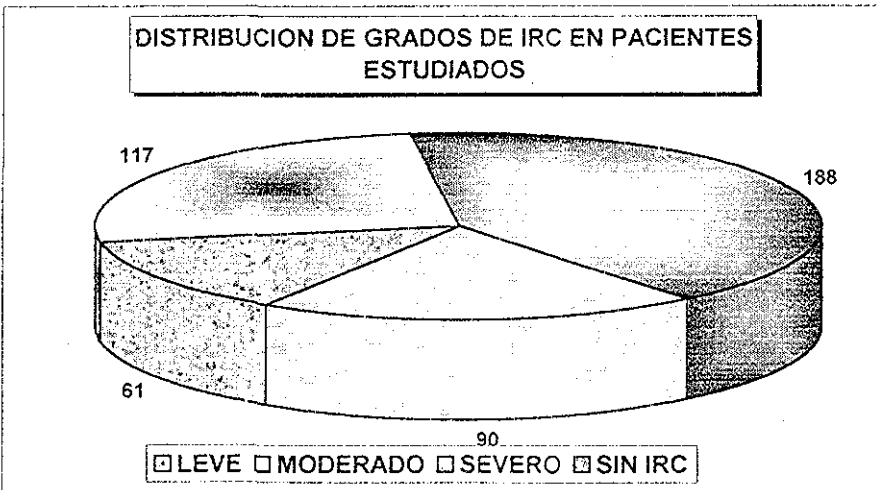


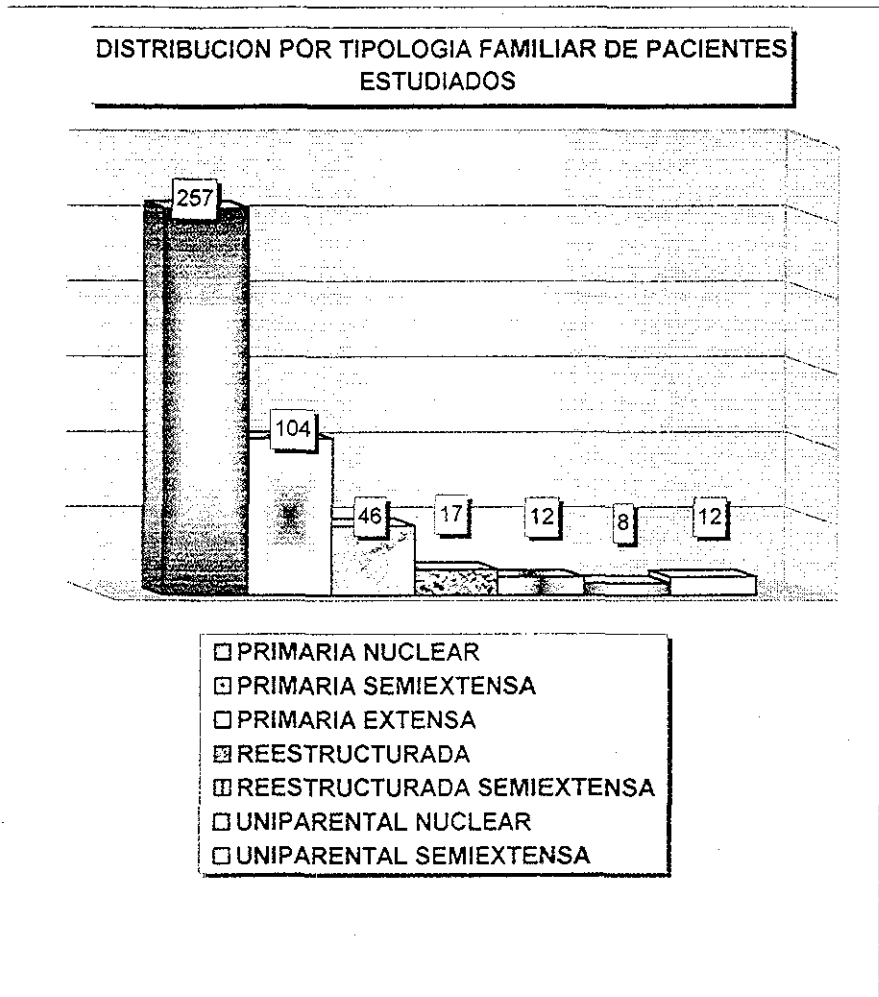
Grafico 4



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Grafico 5 que muestra la distribución de la tipología familiar en pacientes de las UMF 20, 40, 41, 44; durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 2 Funcionalidad familiar de los pacientes de las UMF 20,40, 41, 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

FUNCIONALIDAD GLOBAL	n		(%)
FUNCIONAL	228		50
DISFUNCIONAL	228		50
RELACION FUNCIONAL/DISFUNCIONAL		1:1	
AUTORIDAD	n		(%)
FUNCIONAL	219		48
DISFUNCIONAL	237		52
RELACION FUNCIONAL/DISFUNCIONAL		1:1 08	
CONTROL	n		(%)
FUNCIONAL	245		53 7
DISFUNCIONAL	211		46 3
RELACION FUNCIONAL/DISFUNCIONAL		1:0 8	
SUPERVISIÓN	n		(%)
FUNCIONAL	179		39-3
DISFUNCIONAL	277		60 7
RELACION FUNCIONAL/DISFUNCIONAL		1:1 54	
AFECTO	n		(%)
FUNCIONAL	264		57 9
DISFUNCIONAL	192		42 1
RELACION FUNCIONAL/DISFUNCIONAL		1:0 72	
APOYO	n		(%)
FUNCIONAL	301		66
DISFUNCIONAL	155		34
RELACION FUNCIONAL/DISFUNCIONAL		1:0 51	
CONDUCTA DISRUPTIVA	n		(%)
FUNCIONAL	239		52 4
DISFUNCIONAL	217		47 6
RELACION FUNCIONAL/DISFUNCIONAL		1:0 9	
COMUNICACIÓN	n		(%)
FUNCIONAL	251		55
DISFUNCIONAL	205		45
RELACION FUNCIONAL/DISFUNCIONAL		1:0 81	
AFECTO NEGATIVO	n		(%)
FUNCIONAL	244		53 5
DISFUNCIONAL	212		46 5
RELACION FUNCIONAL/DISFUNCIONAL		1:0 86	
RECURSO	n		(%)
FUNCIONAL	350		76 8
DISFUNCIONAL	106		23 2
RELACION FUNCIONAL/DISFUNCIONAL		1:0 3	

FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

Grafico 6. Distribución de funcionalidad familiar global en los pacientes de las UMF 20,40, 41, 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

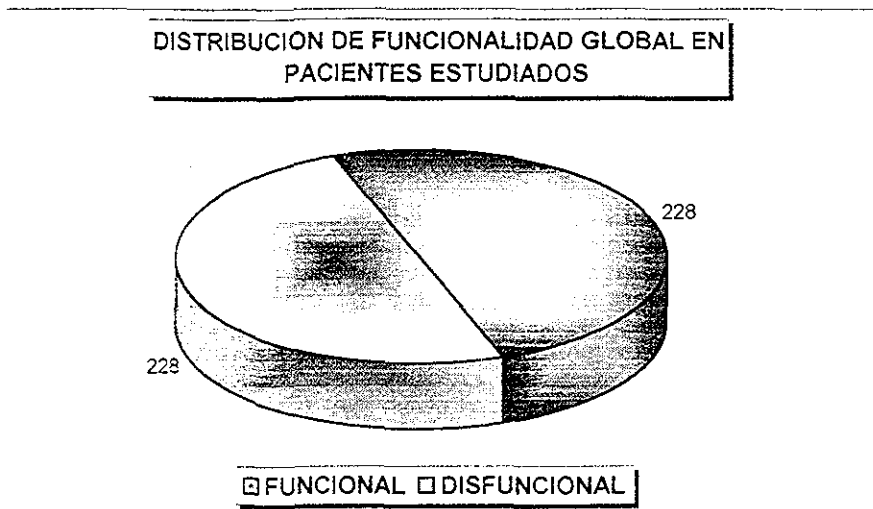
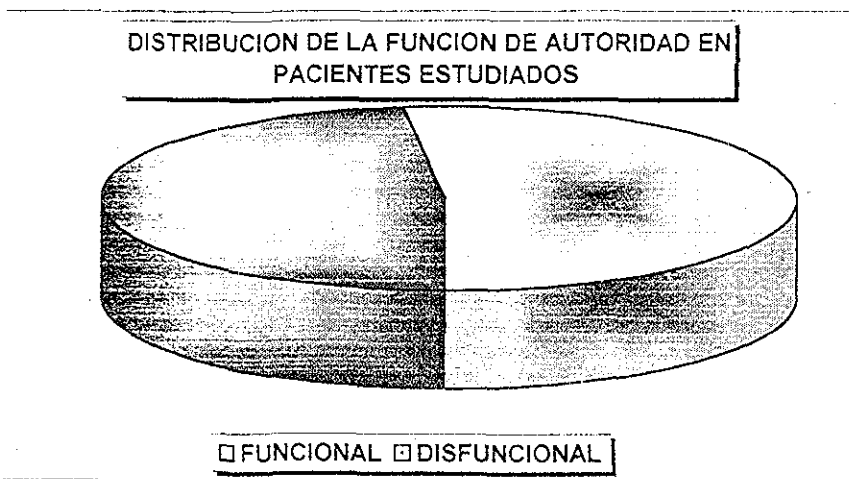


Grafico 7. Distribución de la función de autoridad en los pacientes de las UMF 20,40, 41, 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF:
20, 40, 41, 44

Grafico 8. Distribución de la función de control en los pacientes de las UMF 20,40, 41, 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

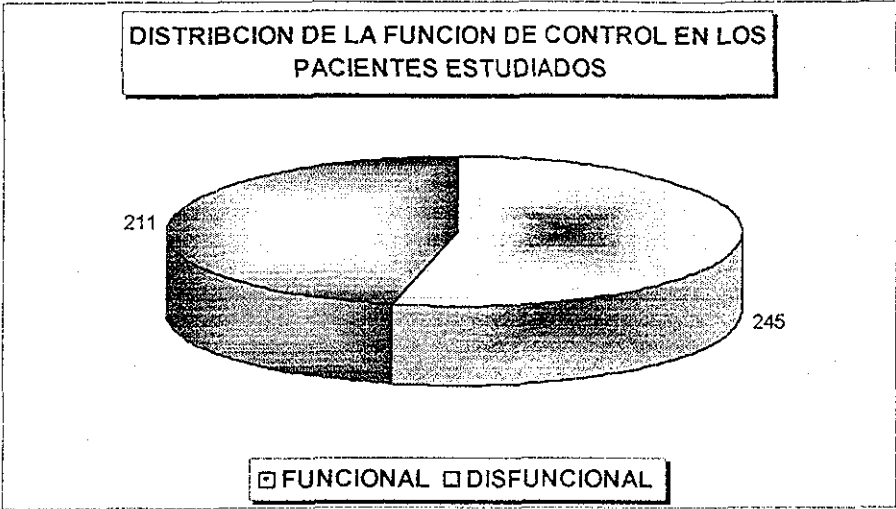
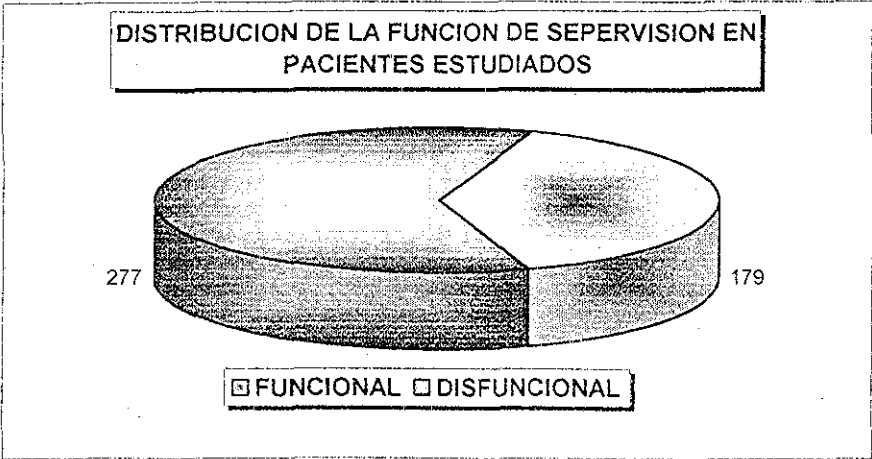


Grafico 9. Distribución de la función de supervisión en los pacientes de las UMF 20,40, 41, 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Grafico 10. Distribución de la función de afecto en los pacientes de las UMF 20,40, 41, 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

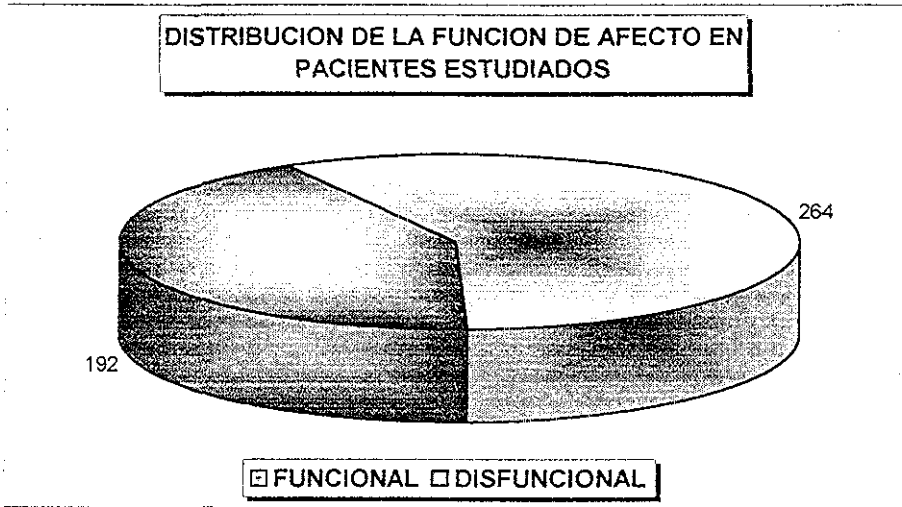
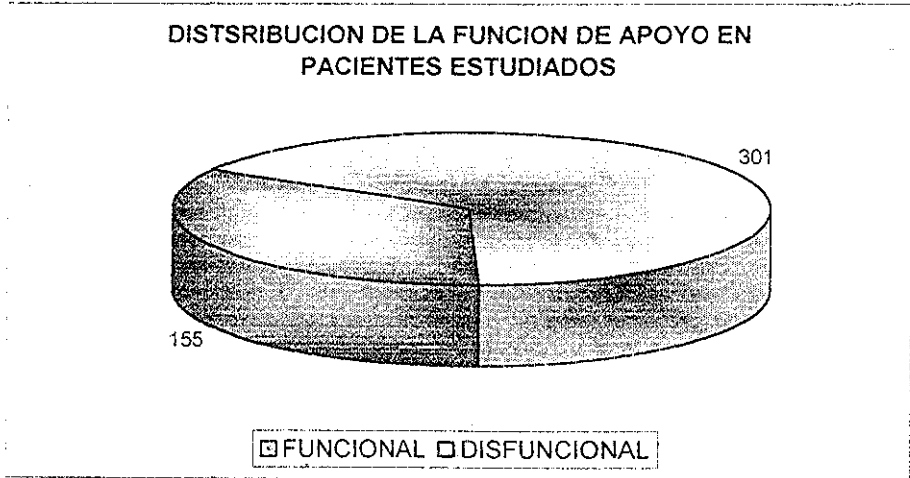


Grafico 11. Distribución de la función de apoyo en los pacientes de las UMF 20,40, 41, 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Grafico 12. Distribución de la función de conducta disruptiva en los pacientes de las UMF 20,40, 41, 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

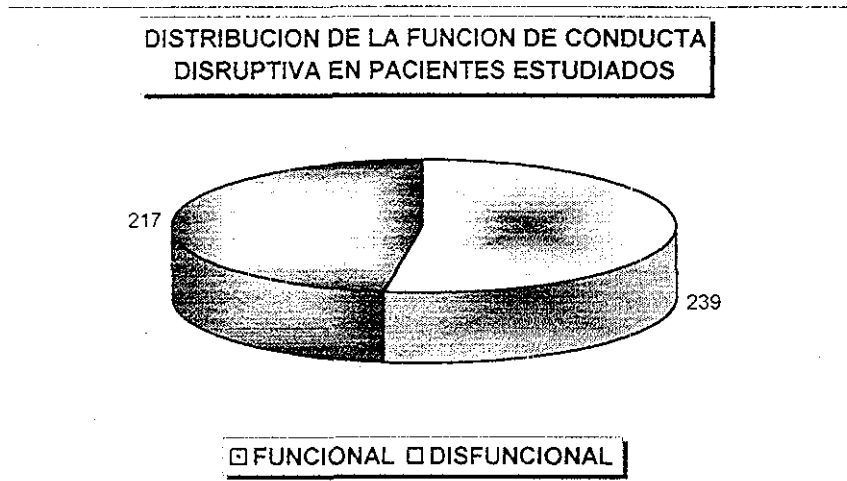
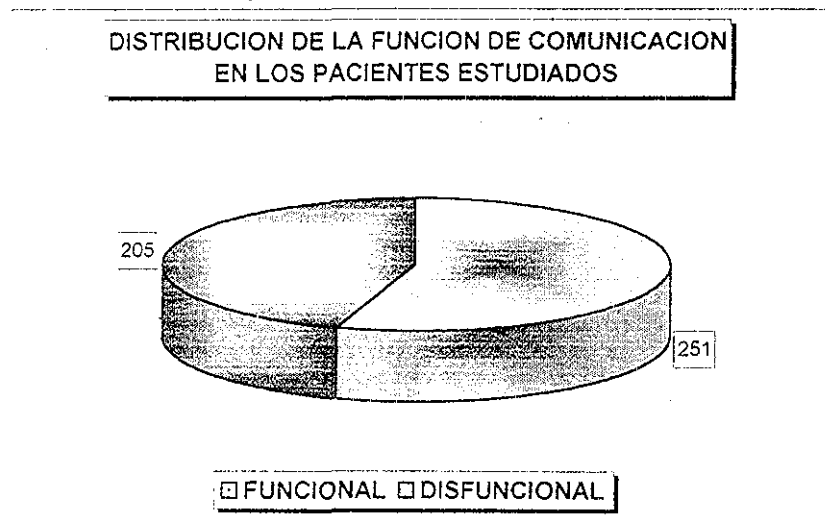


Grafico 13. Distribución de la función de comunicación en los pacientes de las UMF 20,40, 41, 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

Grafico 14. Distribución de la función de afecto negativo en los pacientes de las UMF 20,40, 41, 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

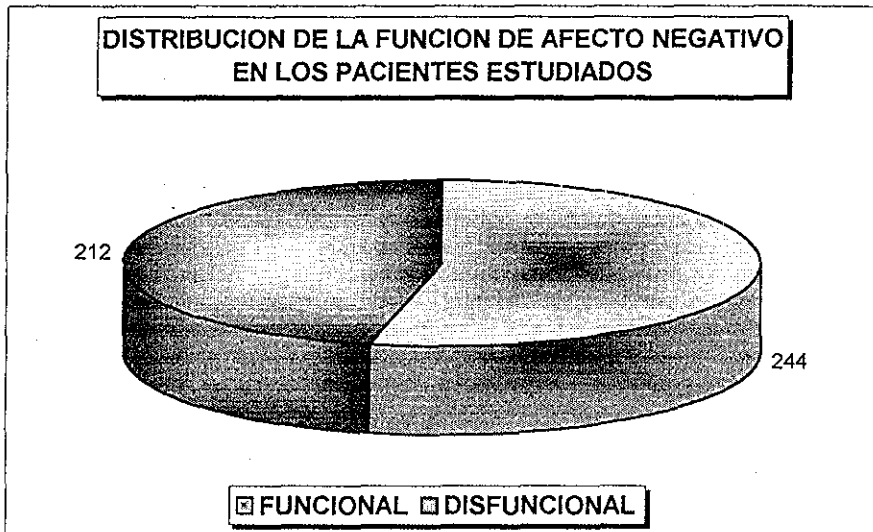
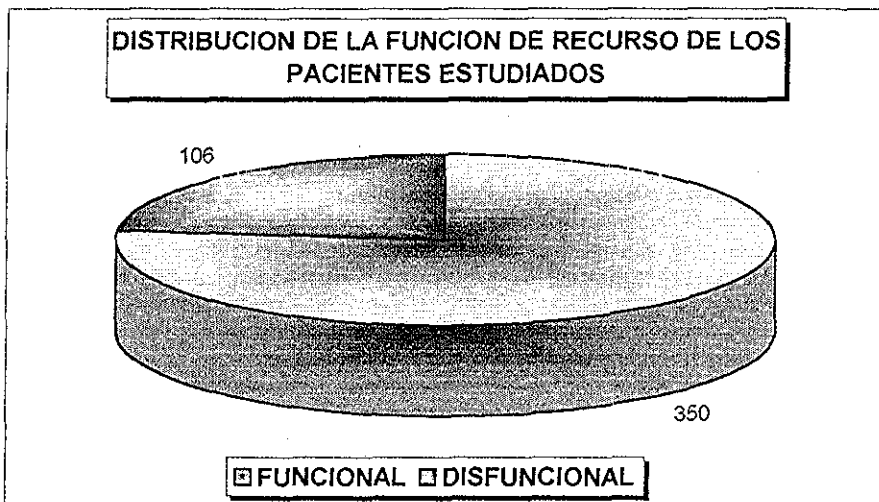


Grafico 15. Distribución de la función de recurso en los pacientes de las UMF 20, 40, 41, 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

TABLA 3. Distribución de IRC en el rango de 45 a 49 años de los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

EDAD	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
45 - 49	55 (13.92)	15 (24.59)	70
Otras edades	340 (83.08)	46 (75.41)	386
TOTAL	395	61	456

p < 0.05

Grafica 16. Distribución de IRC en el rango de 45 a 49 años de los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

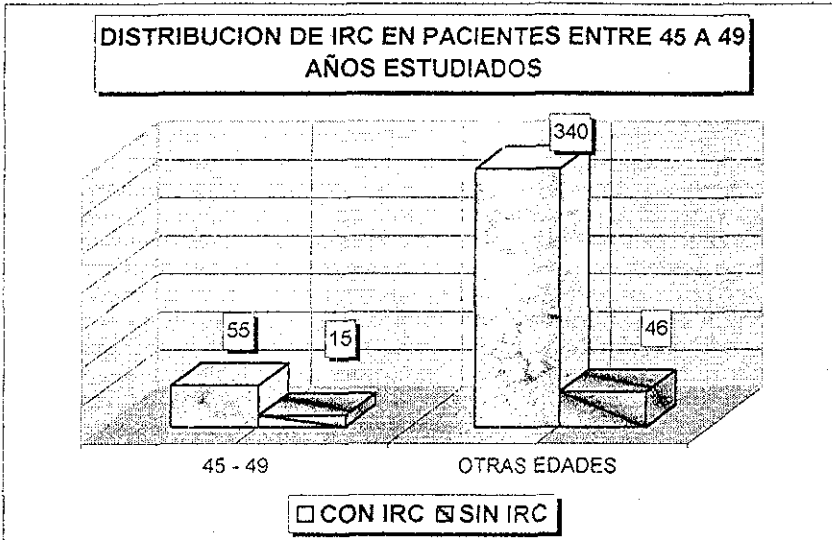


TABLA 4. Distribución de IRC en el rango de 50 a 54 años de los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

EDAD	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
50 -54	71 (17.97)	16 (26.22)	87
Otras edades	324 (82.03)	45 (73.78)	369
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 5. Distribución de IRC en el rango de 55 a 59 años de los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

EDAD	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
55 - 59	112 (28.35)	5 (8.19)	117
Otras edades	283 (71.65)	56 (91.81)	339
TOTAL	395	61	456

p < 0.001

Grafica 17. distribución de IRC en el rango de 55 a 59 años de los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

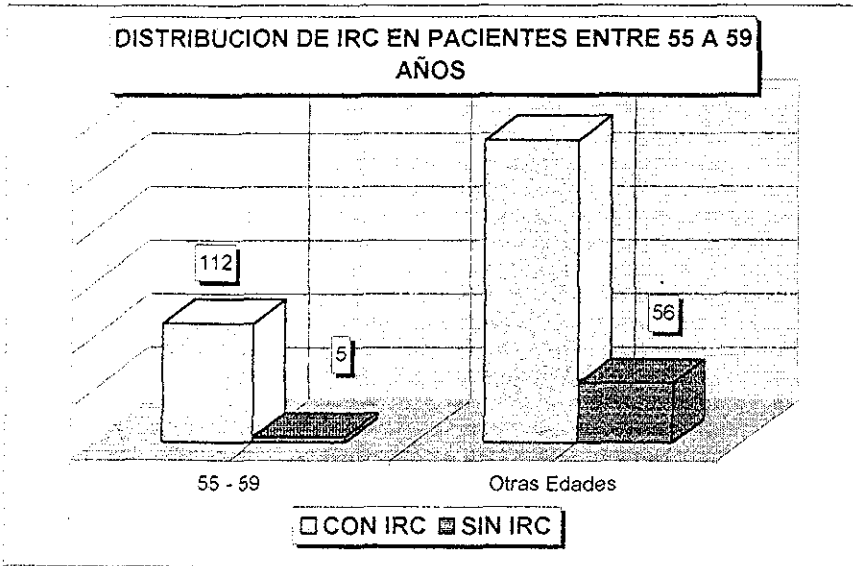


TABLA 6 Distribución de IRC en el rango de 60 a 65 años de los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

EDAD	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
60 - 65	157 (39.74)	25 (40.98)	182
Otras edades	238 (60.26)	36 (59.02)	274
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

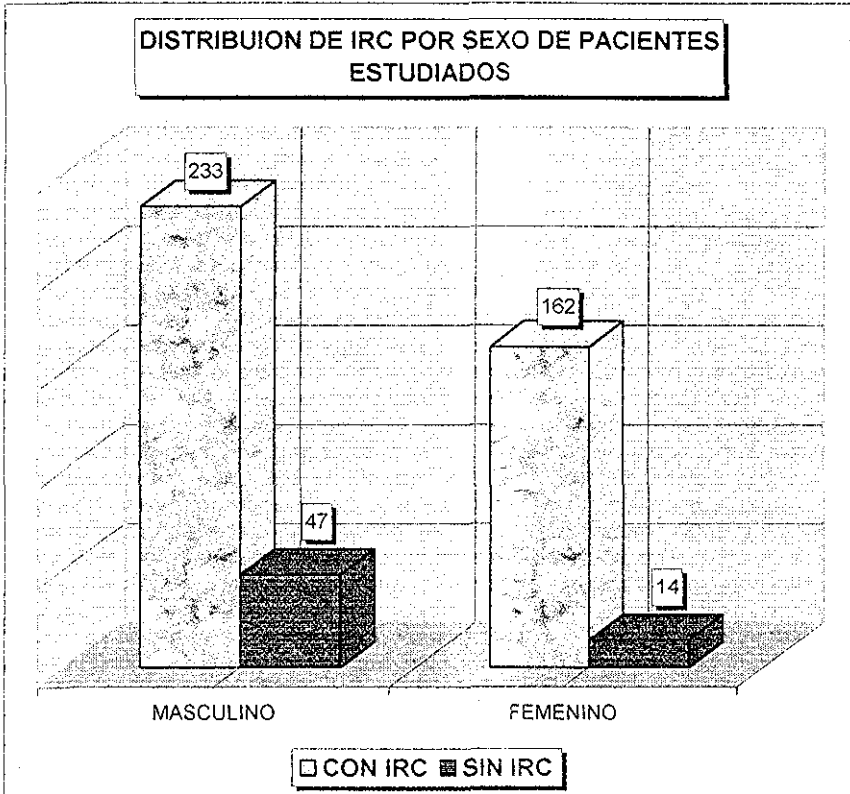
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 7 Distribución de IRC y sexo de los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

SEXO	IRC SEGUN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
FEMENINO	162 (41.02)	14 (22.96)	176
MASCULINO	233 (58.98)	47 (77.04)	280
TOTAL	395	61	456

p < 0.01

Grafica 18. Distribución de IRC y sexo de los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

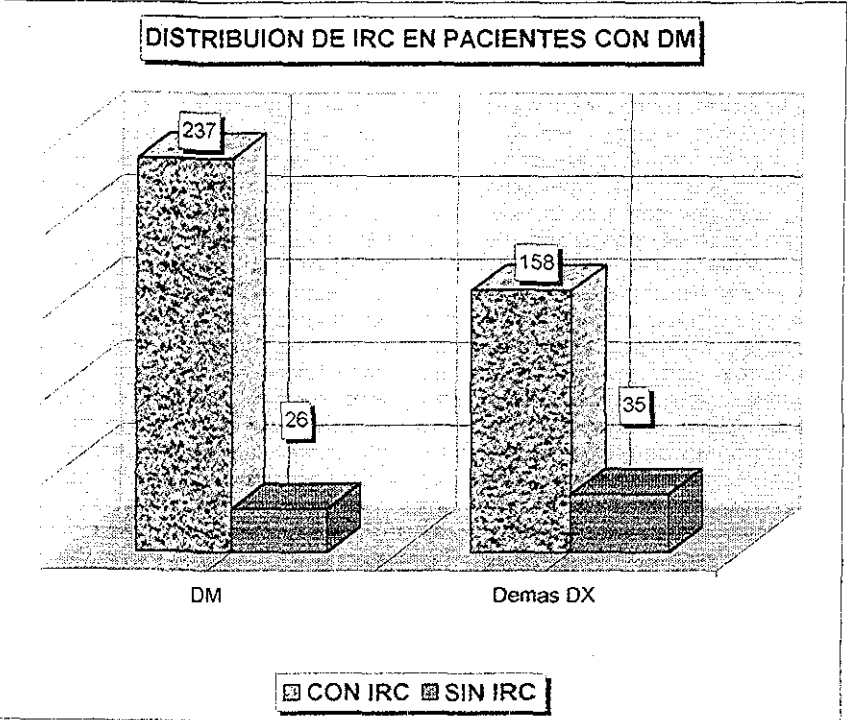
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 8. Distribución de IRC y DM en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

DIAGNOSTICO	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
DM	237 (60.0)	26 (42.62)	263
OTRAS PATOLOGÍAS	158 (40.0)	35 (57.38)	193
TOTAL	395	61	456

p > 0.01

Grafica 19 Distribución de IRC y DM en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

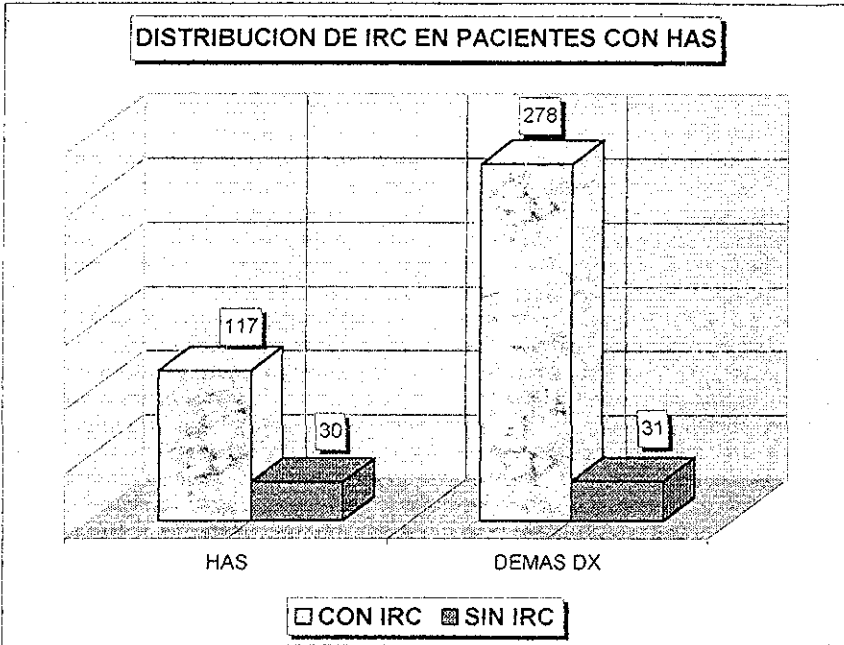
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 9. Distribución de IRC y HAS en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

DIAGNOSTICO	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
HAS	117 (29.62)	30 (49.18)	147
OTRAS PATOLOGIAS	278 (70.38)	31 (50.82)	386
TOTAL	395	61	456

p > 0.001

Grafica 20. Distribución de IRC y HAS en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 10. Distribución de IRC y Uropatía obstructiva en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

DIAGNOSTICO	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
UROPATIA OBSTRUCTIVA	16 (4 05)	4 (6 55)	20
OTRAS PATOLOGÍAS	379 (95 95)	57 (93 45)	436
TOTAL	395	61	456

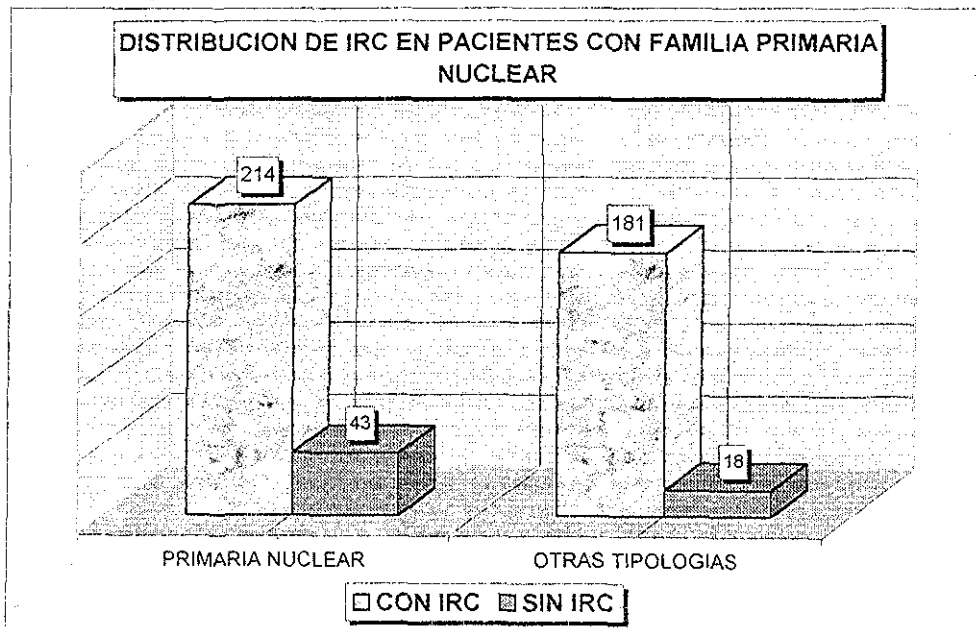
p > 0.05

TABLA 11. Distribución de IRC y tipología primaria nuclear en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

TIPOLOGIA FAMILIAR	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
PRIMARIA NUCLEAR	214 (54 17)	43 (70 49)	257
OTRAS TIPOLOGIAS	181 (45 83)	18 (29 51)	199
TOTAL	395	61	456

p < 0.02

Grafica 21. Distribución de IRC y tipología primaria nuclear en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

TABLA 12. Distribución de IRC y tipología primaria semiextensa en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

TIPOLOGIA FAMILIAR	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
PRIMARIA SEMIEXTENSA	92 (23 29)	12 (19 67)	104
OTRAS TIPOLOGIAS	303 (76 71)	49 (80 33)	352
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

TABLA 13. Distribución de IRC y tipología primaria extensa en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

TIPOLOGIA FAMILIAR	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
PRIMARIA EXTENSA	43 (10 88)	3 (4 91)	46
OTRAS TIPOLOGIAS	352 (89 12)	58 (95 09)	410
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

TABLA 14. Distribución de IRC y tipología reestructurada en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

TIPOLOGIA FAMILIAR	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
REESTRUCTURADA	16 (4 05)	1 (1 63)	17
OTRAS TIPOLOGIAS	379 (95 95)	60 (98 37)	439
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

TABLA 15. Distribución de IRC y tipología reestructurada semiextensa en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

TIPOLOGIA FAMILIAR	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
REESTRUCTURADA SEMIEXTENSA	12 (3 03)	0 (0)	12
OTRAS TIPOLOGIAS	383 (96 97)	61 (100)	410
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

TABLA 16. Distribución de IRC y tipología uniparental nuclear en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

TIPOLOGÍA FAMILIAR	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
UNIPARENTAL NUCLEAR	6 (1 51)	2 (3 27)	8
OTRAS TIPOLOGIAS	389 (98 49)	59 (96 73)	448
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

TABLA 17. Distribución de IRC y tipología uniparental semiextensa en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

TIPOLOGÍA FAMILIAR	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
UNIPARENTAL SEMIEXTENSA	12 (3 03)	0 (0)	12
OTRAS TIPOLOGIAS	383 (96 97)	61 (100)	444
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

TABLA 18. Distribución de IRC y funcionalidad global en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

FUNCIONALIDAD GLOBAL	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
FUNCIONAL	197 (49 87)	31 (50 81)	228
DISFUNCIONAL	198 (50 13)	30 (49 19)	228
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

TABLA 19. Distribución de IRC y autoridad en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

AUTORIDAD	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
FUNCIONAL	180 (45 56)	39 (63 93)	219
DISFUNCIONAL	215 (54 44)	22 (36 07)	237
TOTAL	395	61	456

p < 0.01

FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

Grafica 22. Distribución de IRC y función de autoridad en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

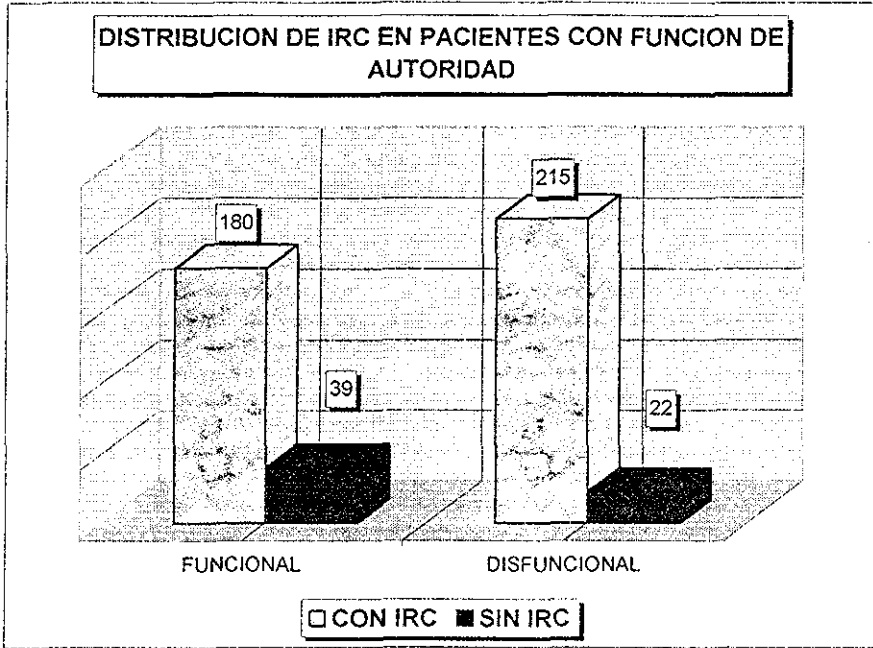


TABLA 20. Distribución de IRC y función de control en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

CONTROL	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
FUNCIONAL	213 (53.92)	32 (52.45)	245
DISFUNCIONAL	182 (48.08)	29 (47.55)	211
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 21. Distribución de IRC y función de supervisión en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

SUPERVISIÓN	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
FUNCIONAL	160 (40.5)	19 (31.14)	179
DISFUNCIONAL	235 (59.5)	42 (68.86)	277
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

TABLA 22. Distribución de IRC y función de afecto en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

AFECTO	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
FUNCIONAL	229 (57.97)	35 (57.37)	264
DISFUNCIONAL	166 (42.03)	26 (42.63)	192
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

TABLA 23. Distribución de IRC y función de apoyo en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

APOYO	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
FUNCIONAL	263 (66.58)	38 (62.29)	301
DISFUNCIONAL	132 (33.42)	23 (37.71)	155
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

TABLA 24. Distribución de IRC y función de conducta disruptiva en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

CONDUCTA DISRUPTIVA	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
FUNCIONAL	211 (53.41)	28 (35.9)	239
DISFUNCIONAL	184 (46.59)	33 (54.1)	217
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

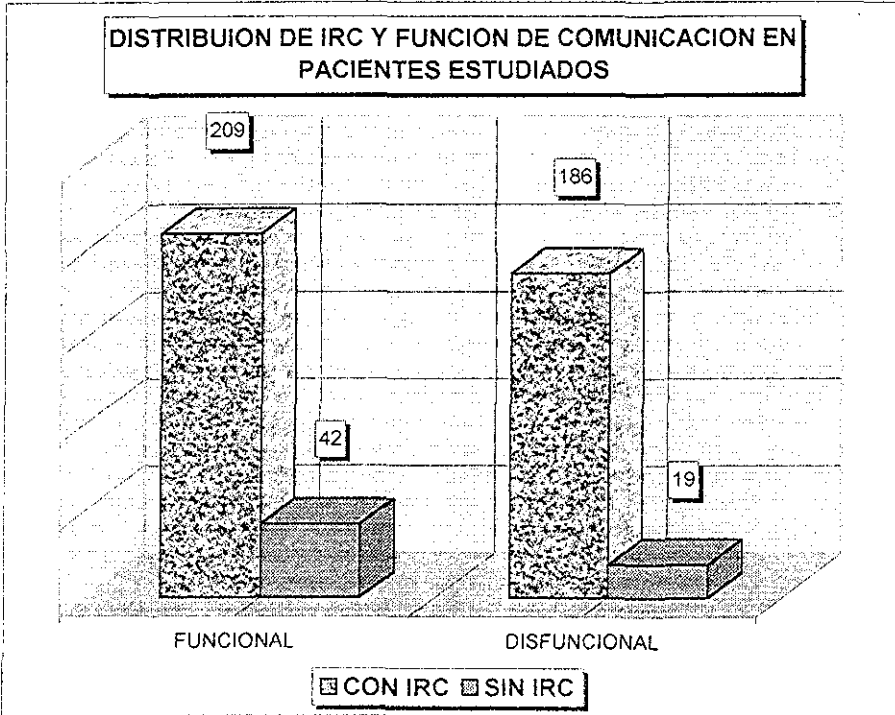
FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

TABLA 25. Distribución de IRC y función de comunicación en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

COMUNICACIÓN	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
FUNCIONAL	209 (52.91)	42 (68.85)	251
DISFUNCIONAL	186 (47.09)	19 (31.15)	205
TOTAL	395	61	456

p < 0.02

Grafica 23. Distribución de IRC y función de comunicación en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 26. Distribución de IRC y función de afecto negativo en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

AFECTO NEGATIVO	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
FUNCIONAL	215 (54.43)	29 (47.54)	244
DISFUNCIONAL	180 (45.57)	32 (52.46)	212
TOTAL	395	61	456

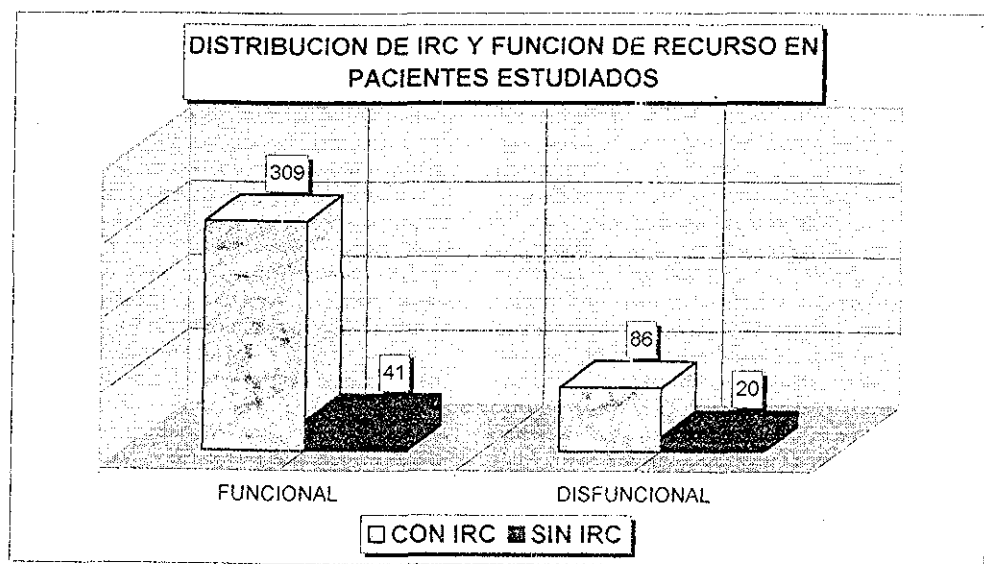
p > 0.05

TABLA 27. Distribución de IRC y función de recurso en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

RECURSO	IRC SEGÚN (C.G.)		TOTAL
	SI (%)	NO (%)	
FUNCIONAL	309 (78.22)	41 (67.21)	350
DISFUNCIONAL	86 (21.78)	20 (32.79)	106
TOTAL	395	61	456

p > 0.05

Grafica 24. Distribución de IRC y función de recurso en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

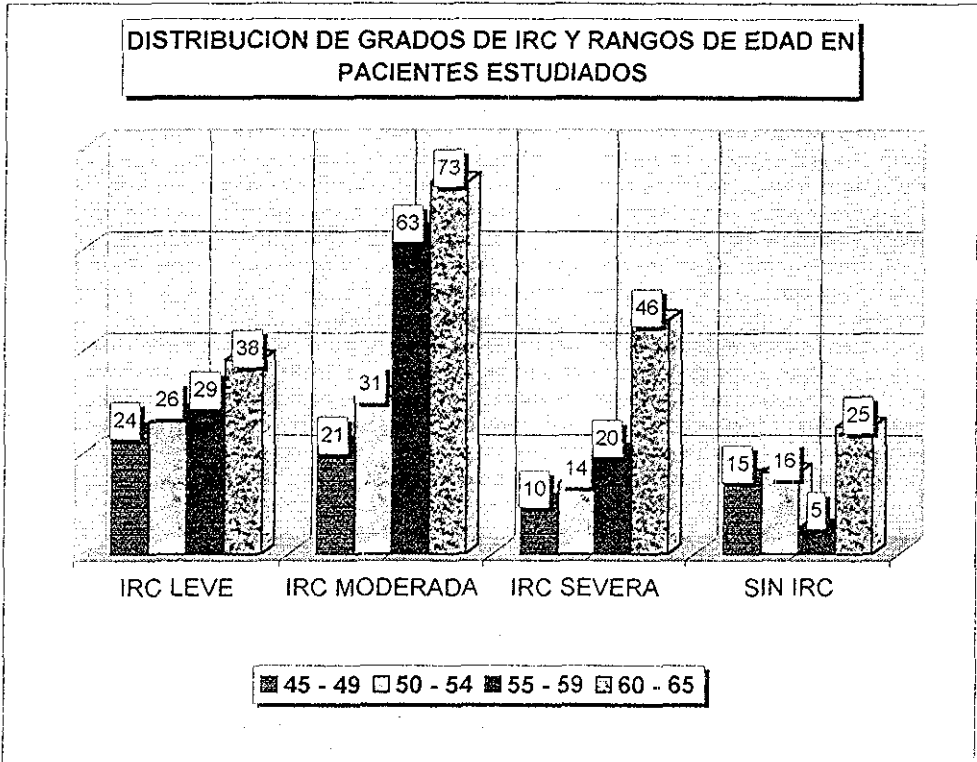


FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

Tabla 28. Relación de edad de los pacientes de las UMF 20, 40, 41, 44 y grado de IRC según fórmula de Crockoff-Gault, durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

	LEVE	MODERADA	SEVERA	SIN IRC
EDAD	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
45 - 49	24 (20.5)	21 (11.2)	10 (11.1)	15 (24.6)
50 - 54	26 (22.2)	31 (16.5)	14 (15.6)	16 (26.2)
55 - 59	29 (24.8)	63 (33.5)	20 (22.2)	5 (8.2)
60 - 65	38 (32.5)	73 (38.8)	46 (51.1)	25 (41.0)

Grafica 25. Distribución de grados de IRC y rangos de edad en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

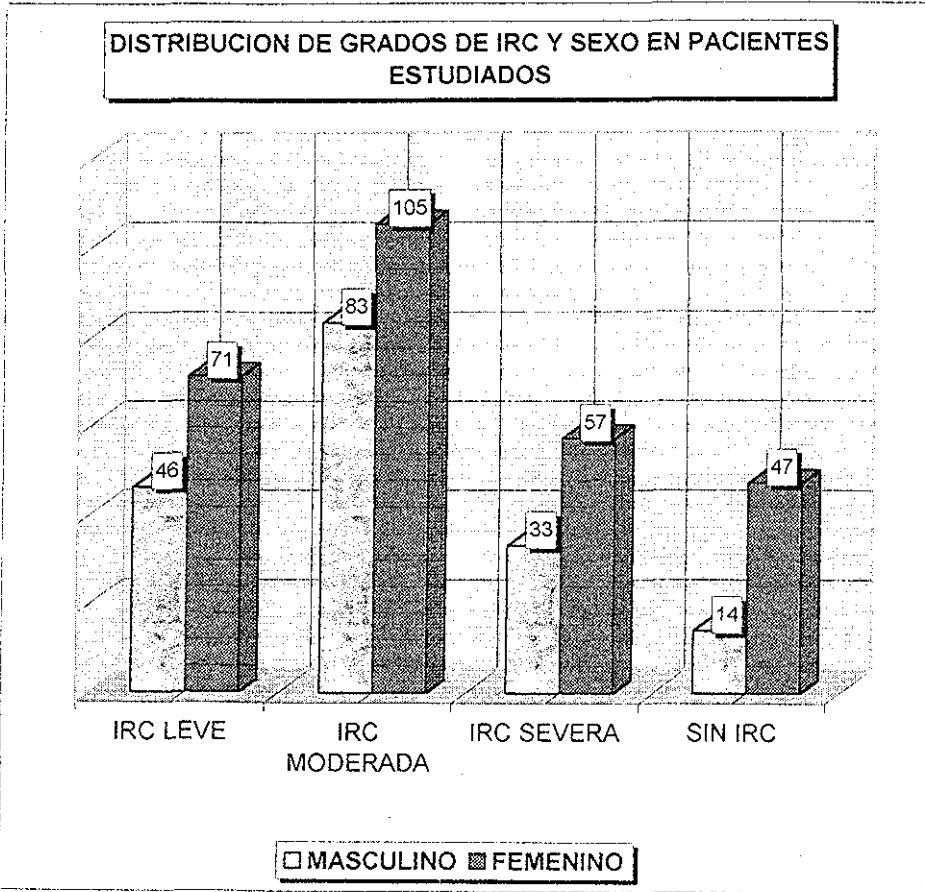


FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

TABLA 29. Distribución de grados de IRC y sexo de los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

	LEVE	MODERADA	SEVERA	SIN IRC	
SEXO	n (%)	n (%)	n (%)	N	(%)
MASCULINO	46 (39.3)	83 (44.1)	33 (36.7)	14	23.0
FEMENINO	71 (60.7)	105 (55.9)	57 (63.3)	47	77.0

Gráfica 26. Distribución de grados de IRC y sexo de los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



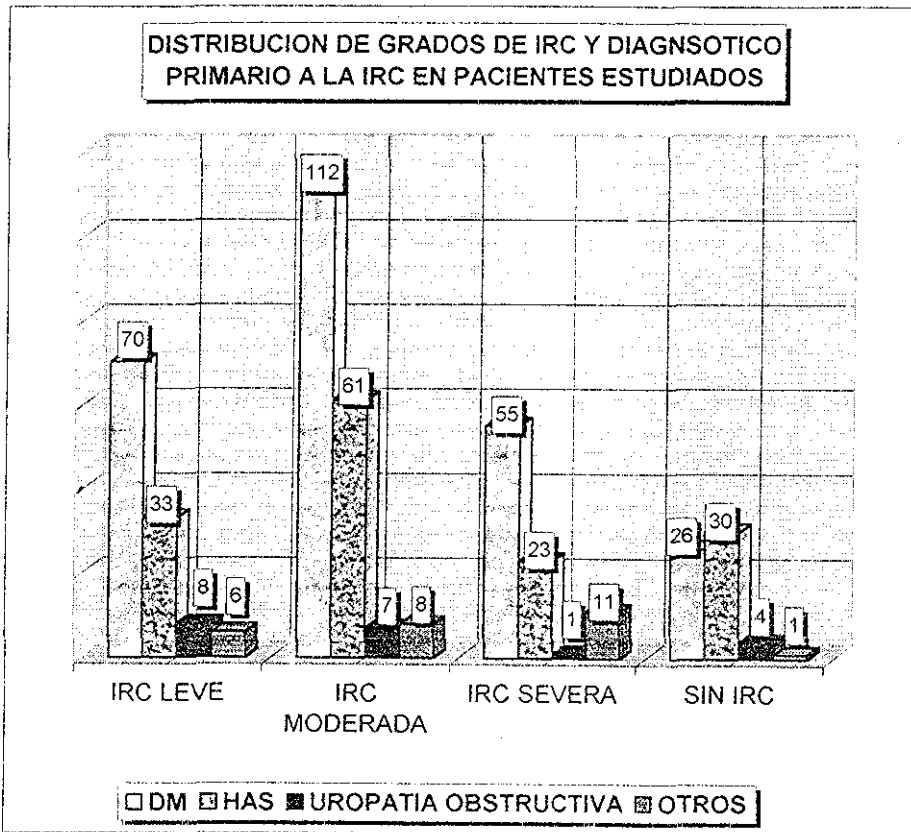
FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41, 44

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 30. Distribución de grados de IRC y diagnóstico primario a la IRC en pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

DIAGNOSTICO	LEVE	MODERADA	SEVERA	SIN IRC	
	n (%)	n (%)	n (%)	n	(%)
DM	70 (59.8)	112 (59.6)	55 (61.1)	26	42.6
HAS	33 (28.2)	61 (32.4)	23 (25.6)	30	49.2
Uropatía Obstructiva	8 (6.8)	7 (3.7)	1 (1.1)	4	6.6
OTROS	6 (5.1)	8 (4.3)	11 (12.2)	1	1.6

Grafica 27. Distribución de grados de IRC y diagnósticos primarios a la IRC en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



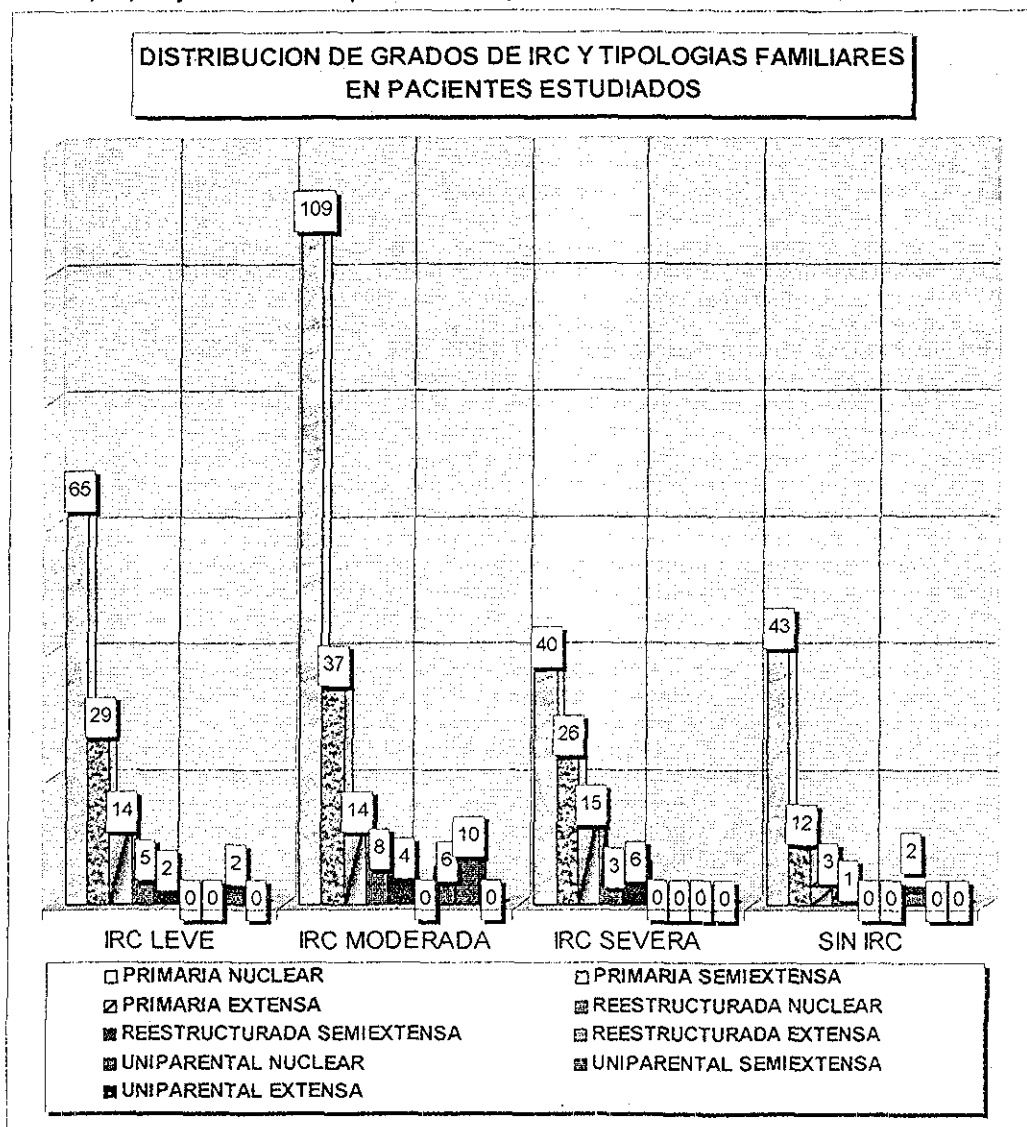
FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41,

TABLA 31. Distribución de grados de IRC y tipología familiar los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

TIPOLOGIA FAMILIAR	LEVE	MODERADA	SEVERA	SIN IRC	
	n (%)	n (%)	n (%)	n	(%)
PRIMARIA NUCLEAR	65 (55.6)	109 (58.0)	40 (44.4)	43	70.5
PRIMARIA SEMIEXTENSA	29 (24.8)	37 (19.7)	26 (28.9)	12	19.7
PRIMARIA EXTENSA	14 (12.0)	14 (7.4)	15 (16.7)	3	4.9
REESTRUCTURADA NUCLEAR	5 (4.3)	8 (4.3)	3 (3.3)	1	1.6
REESTRUCTURADA SEMIEXTENSA	2 (1.7)	4 (2.1)	6 (6.7)	0	0.0
REESTRUCTURADA EXTENSA	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0	0.0
UNIPARENTAL NUCLEAR	0 (0)	6 (3.2)	0 (0)	2	3.3
UNIPARENTAL SEMIEXTENSA	2 (1.7)	10 (5.3)	0 (0)	0	0.0
UNIPARENTAL EXTENSA	0 (0)	0 (0)	0	0	0.0

FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41,

Grafica 28. Distribución de grados de IRC y tipología familiar en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



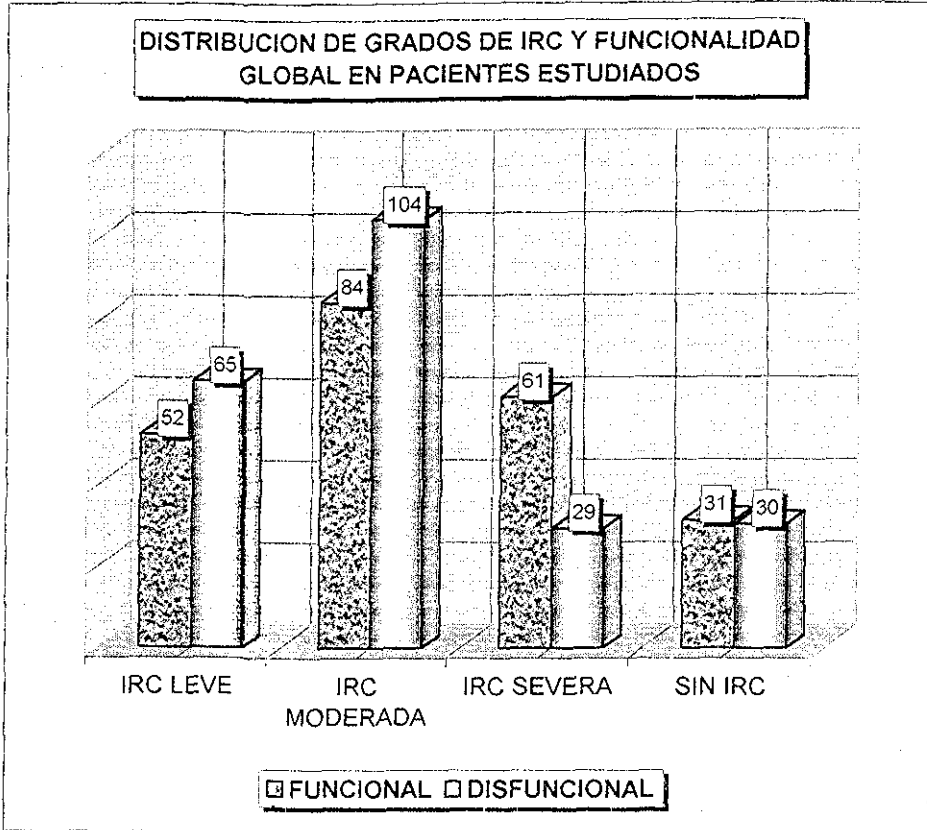
FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41,

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 32. Distribución de grados de IRC y funcionalidad global en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

	LEVE	MODERADA	SEVERA	SIN IRC	
FUNCIONALIDAD GLOBAL	n (%)	n (%)	n (%)	n	(%)
FUNCIONAL	52 (44.4)	84 (44.7)	61 (67.8)	31	50.8
DISFUNCIONAL	65 (55.6)	104 (55.3)	29 (32.2)	30	49.2

Grafica 29. Distribución de grados de IRC y funcionalidad global en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



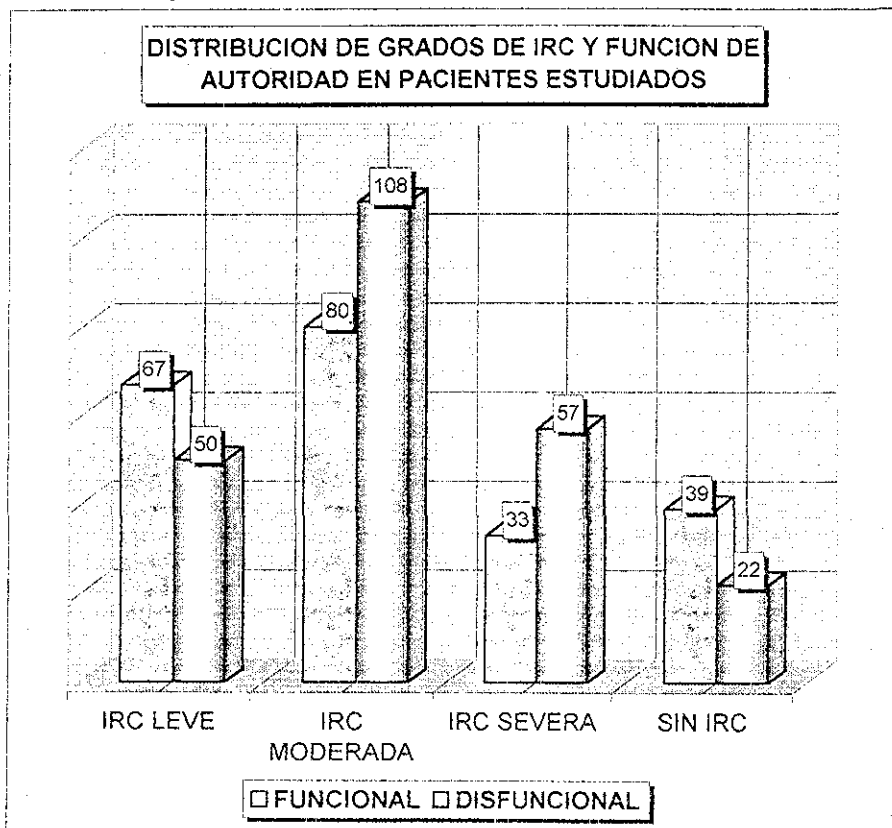
FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41,

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 33. Distribución de grados de IRC y función de autoridad en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

	LEVE	MODERADA	SEVERA	SIN IRC	
AUTORIDAD	n (%)	n (%)	n (%)	n	(%)
FUNCIONAL	67(57.3)	80 (42.6)	33 (36.7)	39	63.9
DISFUNCIONAL	50 (42.7)	108 (57.4)	57 (63.3)	22	36.1

Grafica 30. Distribución de grados de IRC y función de autoridad en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41,

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 34. Distribución de grados de IRC y función de control en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002

	LEVE	MODERADA	SEVERA	SIN IRC	
CONTROL	n (%)	n (%)	n (%)	n	(%)
FUNCIONAL	64 (54.7)	100 (53.2)	49 (54.4)	32	52.5
DIFUNCIONAL	53 (45.3)	88 (46.8)	41 (45.6)	29	47.5

TABLA 35. Distribución de grados de IRC y supervisión de autoridad en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

	LEVE	MODERADA	SEVERA	SIN IRC	
SUPERVISIÓN	n (%)	n (%)	n (%)	n	(%)
FUNCIONAL	33 (28.2)	85 (45.2)	42 (46.7)	19	31.1
DISFUNCIONAL	84 (71.8)	103 (54.8)	48 (53.3)	42	68.9

TABLA 36. Distribución de grados de IRC y función de afecto en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

	LEVE	MODERADA	SEVERA	SIN IRC	
AFECTO	n (%)	n (%)	n (%)	n	(%)
FUNCIONAL	73 (62.4)	105 (55.9)	51 (56.7)	35	57.4
DISFUNCIONAL	44 (37.6)	83 (44.1)	39 (43.3)	26	42.6

TABLA 37. Distribución de grados de IRC y función de apoyo en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

	LEVE	MODERADA	SEVERA	SIN IRC	
APOYO	n (%)	n (%)	n (%)	n	(%)
FUNCIONAL	84 (71.8)	116 (61.7)	63 (70.0)	38	62.3
DISFUNCIONAL	33 (28.2)	72 (38.3)	27 (30.0)	23	37.7

TABLA 38. Distribución de grados de IRC y función de conducta disruptiva en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

	LEVE	MODERADA	SEVERA	SIN IRC	
CONDUCTA DISRUPTIVA	n (%)	n (%)	n (%)	n	(%)
FUNCIONAL	67 (57.3)	104 (55.3)	40 (44.4)	28	45.9
DISFUNCIONAL	50 (42.7)	84 (44.7)	50 (55.6)	33	54.1

FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 39. Distribución de grados de IRC y función de comunicación en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

	LEVE	MODERADA	SEVERA	SIN IRC	
COMUNICACIÓN	n (%)	n (%)	n (%)	n	(%)
FUNCIONAL	42 (35.9)	103 (54.8)	64 (71.1)	42	68.9
DISFUNCIONAL	75 (64.1)	85 (45.2)	26 (28.9)	19	31.1

Grafica 31 Distribución de grados de IRC y función de comunicación en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

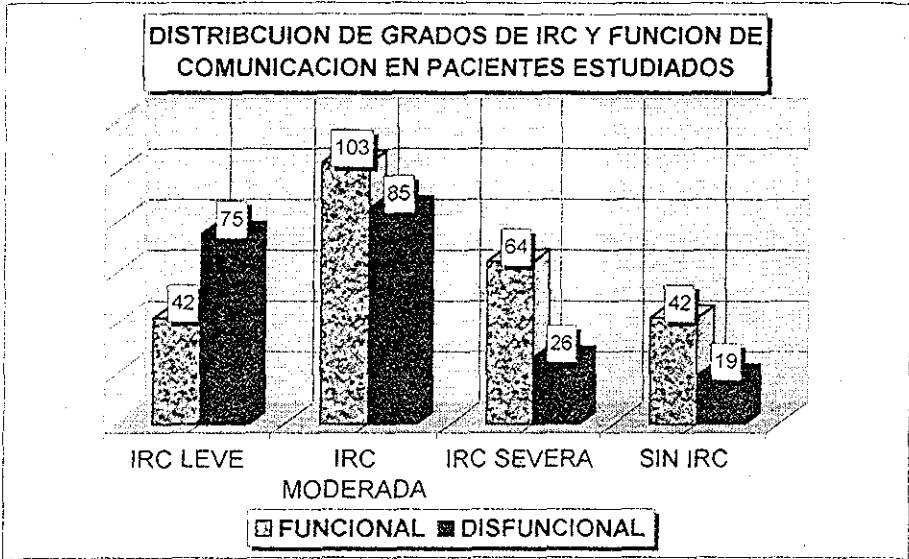


TABLA 40. Distribución de grados de IRC y función de afecto negativo en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

	LEVE	MODERADA	SEVERA	SIN IRC	
APECTO NEGATIVO	n (%)	n (%)	n (%)	n	(%)
FUNCIONAL	57 (48.7)	107 (56.9)	51 (56.7)	29	47.5
DISFUNCIONAL	60 (51.3)	81 (43.1)	39 (43.3)	32	52.5

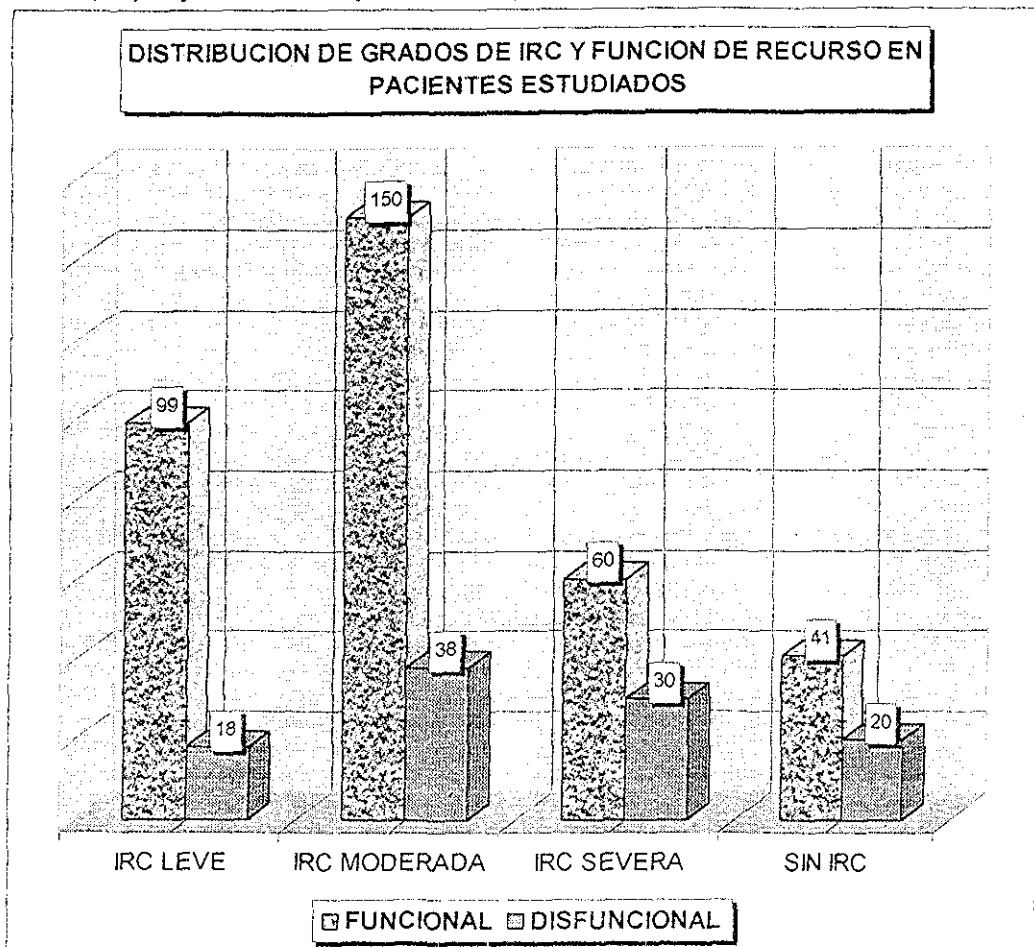
FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41,

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 41. Distribución de grados de IRC y función de recurso en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

	LEVE	MODERADA	SEVERA	SIN IRC	
RECURSO	n (%)	N (%)	n (%)	n	(%)
FUNCIONAL	99 (84.6)	150 (79.8)	60 (66.7)	41	67.2
DISFUNCIONAL	18 (15.4)	38 (20.2)	30 (33.3)	20	32.8

Grafica 32. Distribución de grados de IRC y función de recurso en los pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.



FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41,

TESIS CON
 DE ORIGEN

TABLA 42. Factores asociados a la IRC en pacientes de la UMF 20, 40, 41 y 44 durante el periodo de septiembre del 2001 a marzo del 2002.

CARACTERÍSTICA	(%) CON IRC	(%) SIN IRC	RMP	INTERVALO DE CONFIANZA	VALOR DE P
EDAD (AÑOS)					
55 A 59	28.35	8.19	4.43	1.65 – 12.92	<0.001
OTRAS EDADES	71.65	91.81			
SEXO					
FEMENINO	41.02	22.96	2.33	1.20 – 4.61	<0.01
MASCULINO	58.96	77.04			
DIAGNÓSTICOS PRIMARIOS					
DM	60	42.62	2.01	(1.13 – 3.61)	>0.01
OTRAS PATOLOGIAS	40	57.38			

FUENTE: encuesta realizada de septiembre del 2001 a marzo del 2002 en las UMF: 20, 40, 41,

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La presente investigación realizada describe a pacientes con rango de edad entre 45 a 65 años de edad, que cumplieron criterios de inclusión a los cuales se les realizó formula de Crockcoft – Gault, para clasificar IRC, además se clasificó su tipología familiar y se valoro la funcionalidad familiar mediante el instrumento de Emma Espejel Aco y cols²¹.

Es importante aclarar que no se realizo el ajuste a la Fórmula de Crockcoft – Gault de acuerdo a la edad estudiada por lo que probablemente hubiera menor frecuencia de presentar esta patología en este trabajo

Con respecto a la edad, encontramos que la mayor frecuencia de pacientes con IRC se encontró en la clase 60 a 65 años (n =182) con un porcentaje de 39.9%, sin tener un valor estadísticamente significativo, es de llamar la atención que entre 55 a 59 años solo encontramos 117 casos (25.7%), pero este rango mostró una asociación 4.43 veces para presentar IRC (intervalo de confianza =1.65 – 12.92), 3.69 veces con IRC leve (intervalo de confianza =1.26 – 11.59), 5.64 veces con IRC moderada (intervalo de confianza = 2.04 – 16.89) y 3.2 veces para presentar IRC severa (intervalo de confianza =1.05 – 10.45). Lo cual daría inicio a una línea de investigación para verificar esta, desde el punto de vista clínico y asistencial el medico familiar intencionadamente podría realizar la investigación de IRC por laboratorio en pacientes con estas características

En cuanto al sexo, encontramos un predominio de pacientes masculinos con una relación hombre / mujer de 1:1.6, lo cual coincide con lo reportado en la literatura^{8 17}. Sin embargo llama la atención que en este trabajo se encontró una asociación 2.33 veces mayor de padecer IRC en el genero femenino, esto se puede explicar probablemente a que las enfermedades primarias a la IRC, aparte de las mas importantes, las menos frecuentes como enfermedades reumáticas, glomerulopatias y uropatias se presentan mas frecuentemente en las mujeres.

En lo referente a los diagnósticos asociados a la IRC la patología que más frecuentemente se encontró fue la DM seguido de HAS, ambas presentan una diferencia estadísticamente significativa ($p<0.01$ y $p<0.001$ respectivamente), lo cual se encuentra ampliamente reportado en la literatura^{5 17}. Así mismo, es conocido que la DM se relaciona de manera importante con la IRC y en este estudio encontramos una asociación 2.01 veces de presentar IRC en esta entidad nosológica

Al realizar el análisis de la tipología familiar, encontramos que la familia primaria nuclear fue la mas frecuente con un porcentaje de 56.4%, seguido de la primaria semiextensa con un 22.8%, estas son las características de las familias que acuden a recibir atención medica en las unidades en donde se realizo la presente investigación. No se encontró asociación estadísticamente significativa con la presencia de IRC en ninguna de las clasificaciones de tipología familiar.

Para el análisis de funcionalidad familiar no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las familias con y sin IRC al hacer la evaluación global del instrumento de la Dra. Emma Espejel Aco y cols. Pero al analizar en cada un de sus dominios, se asocio 2.68 veces con un intervalo de confianza de 1.21 – 5.96, la IRC leve en pacientes con recurso funcional que con pacientes con recurso disfuncional. Entendiendo como recurso a la existencia de potencialidades, instrumentales y/ o afectivas, así como capacidades de la familia que le permiten su desarrollo lo cual esta ampliamente documentado en la literatura, ya que la familia con un paciente con Dx de IRC, manifiestan cambios y ajustes en sus roles, teniendo un acercamiento de tipo instrumental y un alejamiento afectivo para protegerse de la próxima pérdida por la muerte del enfermo. En conclusión los pacientes con IRC muestran mayor asociación con la funcionalidad, en el dominio de recurso que los pacientes sin IRC.

CONCLUSIONES

El presente estudio se realizó en las unidades de primer nivel de atención correspondientes al HGZ 24 del IMSS, en el periodo comprendido de septiembre del 2001 a marzo del 2002, en donde se realizaron encuestas a 456 pacientes de la consulta general con sospecha clínica de IRC, el cual nos permitió llegar a las siguientes conclusiones:

El sexo que con mas frecuencia se presentó fue el masculino con una relación de 1:1.6 con respecto a las mujeres

La edad de los pacientes con algún grado de IRC es mas frecuente en los rangos de edad entre 55 a 65 años (5ª y 6ª década de la vida) y menos frecuente en los rangos entre 45 a 54 años.

La tipología familiar que con mayor frecuencia se presentó fue la primaria nuclear, lo que demuestra que las familias aun adoptan este tipo de estructura en nuestra sociedad.

El diagnóstico primario a la IRC que con mas frecuencia se asocio fue la diabetes mellitus seguida de la hipertensión arterial sistémica y posteriormente la Uropatía obstructiva, relación que se ha demostrado con la literatura.

Mediante la formula de Crockcoft – Gault y su clasificación²³ se presentaron 395 pacientes de los cuales en un 25.7% (n =117) tuvieron IRC leve, 41.2% (n =188) IRC moderada y 19.7% (n =90) IRC severa.

Los pacientes con IRC tuvieron funcionalidad familiar adecuada con una frecuencia de La frecuencia de 197 casos (49.87%). Esto sugiere que desde el punto de vista familiar, las familias ajustan sus roles y funciones familiares para mantener un desarrollo adecuado. Además, se observo que el dominio recurso se asocia en pacientes con IRC leve, esto se explica ya que la familia con un paciente con enfermedad crónica tanto como la IRC como sus patologías de origen, incrementan su apoyo instrumental y se alejan sentimentalmente para que la familia acepte el cambio en el estilo de vida de esta enfermedad.

Los resultados de este estudio muestran que pacientes con una edad entre 55 a 59 años, con DM como patología asociada, deben ser estudiados minuciosamente, ya que se asocian estadísticamente con la presencia de IRC determinada con fórmula de Crockcoft – Gault, por lo que deben someterse a estudio con depuración de creatinina en orina de 24 horas para integrar el diagnóstico de certeza.

El presente estudio, proporciona un instrumento para predecir la insuficiencia renal en unidades de primer nivel de atención con la fórmula de Crockcoft – Gault, así mismo coopera con un instrumento para los lineamientos de referencia de pacientes con IRC a 2° nivel de atención. Además, describe las características de estructura familiar y las funciones de las familias de pacientes con sospecha de IRC por lo que permite dar una explicación aproximada del comportamiento del paciente y su familia previo al diagnóstico de certeza de insuficiencia renal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huerta Gonzalez Jose Luis. Estudio de la Salud familiar PAC – MF: 1-4: 1999: 5 – 69
2. Gomez-Clavelina F.J Diagnóstico de salud familiar Fundamentos de Medicina familiar, 5ª ed. Medicina familiar Mexicana, México; 1998: 101-140
3. Velasco Maria Luisa, Julian Sinibaldi JF. Manejo del enfermeo crónico y su familia. Manual Moderno: 2001, 71-75 y 222 – 240
4. Halabe J. Lifshitz A. López J. Ramiro M. El internista. Medicina Interna para internistas McGraw-Hill Interamericana; 1997
5. Isselbacher K.J, Braunwald E, Wilson J.D, Martin J.B, Fauci A.S, Kasper D.L Harrison principios de medicina interna 13º ed, interamericana McGraw-Hill 1995: 1720-1727
6. El enfoque de riesgo en la atención de la salud. <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/n ot/libro37/ii>
7. <http://www.viarenal.com.ar/Paginas/Articulos/Hipertension/diabetes2.htm#Titulo>
8. <http://www.alter.org.pe/xclan/nutcl.08.htm>.
9. <http://www.friat.es/general/general.htm>
10. American Diabetes Association. Economic consequences of diabetes mellitus in the U.S. in 1997. Diabetes care; 21 (2); 1998
11. American Diabetes Association. Recomendaciones para la practica clínica. Diabetes Care. Vol. 19; supl.... 1; 1996.
12. Aviza R. Frati A. Diabetes mellitus. Nefropatía diabética e Hipertensión arterial. Actualidades en Medicina Interna; núm. 8; 24-27; 1997}
13. Guerrero J. Rodríguez M. Complicaciones de relacionadas con la mortalidad por diabetes mellitus: un análisis de mortalidad por causa múltiple. Medicina Interna de México; 13(6). 1997
14. Guía diagnóstica terapéutica, diabetes mellitus tipo 2. Revista Medica del IMSS; 35 (5); 1997
15. Programa para la detección y tratamiento temprano del paciente con IRC. Coordinación de atención medica. Comisión institucional de cuadros básicos de insumos para la salud. IMSS. 1998
16. Gutiérrez G., Suárez R. Nefropatía diabética: prevención o retraso por el médico general versus lamentos del nefrólogo. Rev Cubana Med Gen Integr 1997, 13 (1).
17. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA 2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria.
18. Rev. Nefrol. Diál. y Transpl., N° 50 - Marzo 2000, Pág. 1-4
19. Lebovitz H. Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus Complicaciones. Segunda Edición. American Diabetes Association. 1994.
20. Marquez-Contreras E., Gascon-Vivo J, Dominguez-Gomez B., Gutierrez-Marin M.C., Garrido-Burgos C Clasificación demográfica de la familia en la zona básica de salud la orden de hueva At Prim; 15 (1); 1995: 30-32

21. Espejel E y cols Manual para la escala de funcionamiento familiar Instituto de la familia A.C. departamento de educación especializada Universidad autónoma de Tlaxcala, 1997: 3-62.
22. Feldman E. Principios de nutrición clínica. Manual moderno. 1990.
23. Lineamientos para el tratamiento dietético temprano del paciente con IRC. Coordinación de atención medica. Comisión institucional de cuadros básicos de insumos para la salud. IMSS. 1998.
24. Manual de Investigación Médica en el IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Investigación Médica. 1999.
25. Barquin M. Sociomedicina. Cuarta edición. Méndez Editores, S.A. de C.V. 1994.
26. Downie N. M. Health R. W. Metodos Estadísticos Aplicados 5° edición, Karla, 1997; 228-250, apéndice D

ANEXOS

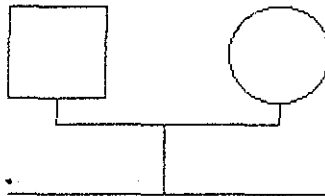
Instituto Mexicano del Seguro Social
 Delegación 1 Noroeste del D.F.
 Unidad de Medicina familiar Número 20
 Departamento de Enseñanza e Investigación Médica
 Protocolo de Tesis
 Instrumento De Recopilación De Datos

UNIDAD: CONSULTORIO: FOLIO:
 TURNO: M V:
 NOMBRE: AFILIACIÓN:
 EDAD: SEXO: M: F:
 DÍAGNÓSTICOS: 1. _____
 2. _____
 3. _____

IRC SECUNDARIO A:
 DM HAS UROPATIA OBSTRUCTIVA LES
 OTROS: ESPECIFICAR:

CREATININA SERICA	PES O	TALLA	FORMULA DE CROCKCOFF	ESTADIO IRC
				LEVE
				MOD
				SEV

FAMILIOGRAMA:



**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

ESTRUCTURA FAMILIAR POR TIPOLOGIA:

ANEXO EVALUACIÓN DE FX. FAMILIAR: EMMA ESPEJEL

1. ¿HAY EN SU FAMILIA ALGÚN O ALGUNOS MIEMBROS CONSIDERADOS COMO LOS MÁS TRABAJADORES?

4	Ambos o todos	3	Un padre o hijos	2	Otro miembro que no sea el padre	1	Nadie o un hijo pequeño
---	---------------	---	------------------	---	----------------------------------	---	-------------------------

2. ¿QUIEN ORGANIZA LA ALIMENTACIÓN EN LA FAMILIA?

4	Ambos o todos	3	Cuando los 2 padres trabajan cuando se encarga un hijo	2	Todos y otra persona, cuando uno de los padres trabajan	1	Nadie o un hijo pequeño cuando están los padres
---	---------------	---	--	---	---	---	---

3. ¿HAY ALGÚN O ALGUNAS PERSONAS QUE SEAN MAS RECONOCIDAS Y TOMADAS EN CUENTA?

4	Ambos o todos	3	Un solo miembro no parental	2	Otro miembro familiar	1	Nadie u otro no familiar
---	---------------	---	-----------------------------	---	-----------------------	---	--------------------------

4. SI SE REÚNE SU FAMILIA PARA VER LA TELEVISIÓN ¿QUIÉN DECIDE EL PROGRAMA?

4	Ambos o todos	3	Un padre o hijo en forma alterna	2	Otro miembro familiar	1	Nadie u otro no familiar
---	---------------	---	----------------------------------	---	-----------------------	---	--------------------------

5. ¿QUIÉN O QUIENES DE LA FAMILIA TIENEN MAS OBLIGACIONES?

4	Todos, nadie o el subsistema parental	3	Un solo padre mas otro subsistema	2	Otro miembro familiar uno o varios hijos	1	Si son los hijos
---	---------------------------------------	---	-----------------------------------	---	--	---	------------------

6. ¿QUIÉN O QUIENES DE SU FAMILIA INTERVIENEN CUANDO LOS PADRES DISCUTEN O PELEAN ENTRE SI?

4	Nadie	3	Otro no familiar	2	Otro miembro familiar	1	Todos o cualquier otro
---	-------	---	------------------	---	-----------------------	---	------------------------

7. EN LOS PROBLEMAS DE LOS HIJOS ¿QUIÉN O QUIENES INTERVIENEN?

4	Ambos padres	3	Un miembro parental	2	Hermanos, otro miembro familiar	1	Otro no familiar, otro familiar, nadie, todos
---	--------------	---	---------------------	---	---------------------------------	---	---

8. ¿QUIÉN REPRENDE A LOS HIJOS CUANDO COMETEN UNA FALTA?

4	Ambos	3	Un solo padre u otro familiar ausencia de padres	2	Otro miembro familiar o hermanos	1	Todos o nadie
---	-------	---	--	---	----------------------------------	---	---------------

9. SI EXISTEN HORARIOS PARA COMER O LLEGARA A LA CASA ¿QUIÉNES RESPATAN LOS HORARIOS?

4	Todos o nadie de acuerdo a ciclo vital	3	Todos respetan menos el parental	2	Cuando una sola persona lo respata	1	Nadie o no existen horarios
---	--	---	----------------------------------	---	------------------------------------	---	-----------------------------

10. SI UNO DE LOS PADRES CASTIGA AL HIJO ¿QUIÉN INTERVIENE?

4	No ha ocurrido el padre	3	Otra persona en ausencia del otro padre	2	Todos o cualquiera que se oponga	1	Nadie
---	-------------------------	---	---	---	----------------------------------	---	-------

11. ¿CUÁNDO ALGUIEN INVITA A LA CASA A QUIEN SE LE AVISA?

4	Avisan padre a madre, madre a padre o hijos a padres	3	Dependiendo del acuerdo previo	2	A veces de acuerdo previo	1	No avisan
---	--	---	--------------------------------	---	---------------------------	---	-----------

12. ¿QUIÉNES PARTICIPAN Y QUIENES NO EN LA ECONOMÍA FAMILIAR?

4	Padre o padres que trabajan	3	Hijos que trabajan y participan en el contexto	2	Otros familiares o hijos que costean sus estudios	1	Cuando trabajan y no participan
---	-----------------------------	---	--	---	---	---	---------------------------------

13. SI CADA QUIEN TIENE OBLIGACIONES DEFINIDAS ¿QUIÉN SUSTITUYE A QUIEN PARA CUMPLIRLAS CUANDO NO PUEDE HACERLO EL RESPONSABLE?

4	Cualquiera que sustituya y sea adecuado	3	Sustituye a la persona adecuada de otro subsistema	2	Es sustituido pero no por la persona adecuada	1	No se sustituye
---	---	---	--	---	---	---	-----------------

14. EN LAS DECISIONES IMPORTANTES ¿QUIÉN PARTICIPA?

4	Sistema ejecutivo o todos cuando están en edad	3	Cuando decide uno de los hijos en ausencia de la adecuada	2	Cuando decide uno de los hijos en presencia de los padres	1	Cuando deciden los hijos u otro familiar
---	--	---	---	---	---	---	--

15. PARA AUSENTARSE DE LA CASA ¿QUIÉN LE AVISA O PIDE PERMISO A QUIEN?

4	Si se avisa a la persona adecuada	3	Se avisa a otra persona en ausencia de los padres	2	Avisa pero no a la persona adecuada	1	No se avisa
---	-----------------------------------	---	---	---	-------------------------------------	---	-------------

16. CUANDO ALGUIEN COMETE UNA FALTA ¿QUIÉN Y COMO CASTIGA?

4	Ambos padres o uno solo dependiendo del ciclo vital	3	Un solo padre o un hijo dependiendo de la edad y contexto	2	Cuando en presencia de los padres castigan a los hijos	1	No se castiga o castiga otro familiar
---	---	---	---	---	--	---	---------------------------------------

17. SI ACOSTUMBRAN A HACER PROMESAS SOBRE PERMISOS O CASTIGOS ¿QUIÉNES LAS CUMPLEN SIEMPRE?

4	Cualquier subsistema o persona que cumpla	3	Cuando a veces cumplen y a veces no	2	Cuando uno de los padres cumple y el otro no	1	Cuando consistentemente dejan de cumplir padres o hijos
---	---	---	-------------------------------------	---	--	---	---

18. CUANDO ALGUIEN SE SIENTE TRISTE, DÉCAIDO O PREOCUPADO ¿QUIÉN PIDE AYUDA?

4	Cualquiera dentro del mismo subsistema	3	Cuando la pide el subsistema jerárquico superior	2	Se pide ayuda externa	1	Nadie
---	--	---	--	---	-----------------------	---	-------

19. ¿QUIÉNES DE USTEDES SALEN JUNTOS CON CIERTA FRECUENCIA?

4	Cuando se alternan salidas entre sistemas	3	Siempre o casi siempre por subsistemas	2	Rara vez por subsistemas	1	Nunca salen o siempre salen todos juntos
---	---	---	--	---	--------------------------	---	--

20. EN ESTA FAMILIA ¿QUIÉN PROTEGE A QUIEN?

4	Todos, cuando es del subsistema superior o igual	3	Cuando un padre protege y el otro es sustituido	2	Cuando hay sobreprotección de cualquiera	1	Nadie u otro familiar
---	--	---	---	---	--	---	-----------------------

21. SI CONVERSAN ¿QUIÉN LO HACE CON QUIEN?

4	Cuando se cubre comunicación por completo	3	Cuando se da en cada subsistema	2	Comunicándose otros familiares o no familiares o no se comunican entre subsistemas	1	Cuando no se comunican
---	---	---	---------------------------------	---	--	---	------------------------

22. SI CONSIDERAN QUE EXPRESAN LIBREMENTE SUS OPINIONES ¿QUIÉNES SON LOS QUE LO HACEN?

4	Todos	3	Cuando se da en cada subsistema	2	Los subsistemas con exclusión de miembros con otros familiares	1	Nadie
---	-------	---	---------------------------------	---	--	---	-------

23. ¿QUIÉNES TIENEN MEJOR DISPOSICIÓN PARA ESCUCHAR?

4	Todos	3	Un subsistema o un miembro del subsistema con otro	2	Familiar o no familiar o no se comunican entre subsistemas con exclusión de alguno	1	Nadie
---	-------	---	--	---	--	---	-------

24. CUANDO ENTRE ALGUNO DE USTEDES SE TOMA UNA DECISIÓN IMPORTANTE ¿A QUIENES SE LES HACE SABER CON CLARIDAD?

4	Cuando un subsistema lo comunica a otro	3	Cuando los acuerdos son parciales	2	Cuando es necesaria la intervención de otro familiar o no	1	Cuando no se comunican autocrítica o no hay acuerdos
---	---	---	-----------------------------------	---	---	---	--

25. ¿QUIÉN SUPERVISA EL COMPORTAMIENTO ESCOLAR DE LOS HIJOS?

4	Cuando ambos o uno de los padres interviene	3	Cuando interviene un sustituto parental	2	Cuando varios subsistemas intervienen	1	Nadie según la edad
---	---	---	---	---	---------------------------------------	---	---------------------

26. ¿QUIÉN SE RESPONSABILIZA DE LOS HABITOS HIGIÉNICOS?

4	Padre madre o ambos	3	Cuando interviene un sustituto parental en ausencia de padres	2	Cuando habiendo padres es otro quien se responsabiliza	1	Todos y nadie dependiendo de ciclo
---	---------------------	---	---	---	--	---	------------------------------------

27. PARA TRASMITIR LOS VALORES MÁS IMPORTANTES DE LA FAMILIA ¿QUIÉN SE RESPONSABILIZA DE TRASMITIRLOS Y SU VIGENCIA?

4	Los padres	3	Un solo padre	2	Otro familiar o no familiar en ausencia de hijos o padres	1	Nadie
---	------------	---	---------------	---	---	---	-------

28. CUANDO ALGO SE DESCOMPONE ¿QUIÉN ORGANIZA SU REPARACIÓN?

4	Subsistema parental o un padre y un hijo	3	Siempre un solo de los padres	2	Los hijos u otro familiar	1	Nadie
---	--	---	-------------------------------	---	---------------------------	---	-------

29. ¿QUIÉN O QUIENES PARTICIPAN EN LA SOLUCIÓN DE UN PROBLEMA GRAVE?

4	Padre madre o ambos	3	Un solo padre o todos	2	Otro familiar o hijos según ciclo vital	1	Nadie
---	---------------------	---	-----------------------	---	---	---	-------

30. ¿QUIÉNES TOMARON LA DECISIÓN DE VIVIR EN ESTE LUGAR?

4	Padre madre o ambos o una institución	3	Solo uno de los padres	2	Los hijos u otro familiar	1	Otro no familiar. no hubo acuerdo
---	---------------------------------------	---	------------------------	---	---------------------------	---	-----------------------------------

31. EN ESTA FAMILIA ¿QUIÉNES SON LOS MAS ALEGRES O LOS QUE SE DIVIERTEN MAS?

4	Todos	3	Casi todos	2	Cuando solo uno o un subsistema se divierte	1	Nadie
---	-------	---	------------	---	---	---	-------

32. ¿QUIÉN ESTA FAMILIA ESTIMULA LAS HABILIDADES Y APTITUDES?

4	Padre madre o todos	3	Uno de los padres	2	Los hijos u otros familiares o no familiares	1	Nadie
---	---------------------	---	-------------------	---	--	---	-------

33. ¿QUIÉNES EN LA FAMILIA SE ABRAZAN ESPONTANEAMENTE?

4	Todos	3	Cuando solo se da dentro del subsistema	2	Cuando se excluye a uno de los miembros	1	Nadie o solo con otros familiares o no familiares
---	-------	---	---	---	---	---	---

34. CUANDO SE LLEGAN A ENOJAR EN ESTA FAMILIA ¿QUIÉNES SON LOS QUE LO HACE Y CON QUIENES?

4	Cualquiera de los subsistemas o hablándolo	3	A veces cualquiera y poca comunicación	2	Frecuentemente cualquiera con poca comunicación	1	Muy frecuentemente se enojan y se dejan de hablar
---	--	---	--	---	---	---	---

35. ¿SE HAN LLEGADO A GOLPEAR EN ESTA FAMILIA? ¿QUIÉN CON QUIÉN?

4	Nadie a nivel de juego los niños	3	Los padres o los hijos dependiendo del ciclo vital	2	Los hijos entre si dependiendo del tipo de golpes y la edad	1	Hijos a padres padres entre sí, otros familiares o no familiares
---	----------------------------------	---	--	---	---	---	--

36. ¿EN ESTA FAMILIA HAY ALGUIEN QUE SE EMBRIAGUE CON ALCOHOL O ALGÚN TIPO DE ESTIMULANTE?

4	Nadie	3	Cuando alguien lo hace de manera social rara vez	2	Cuando se hace frecuentemente alguien o algunos social y no social	1	Cuando uno o varios lo hace por adicción
---	-------	---	--	---	--	---	--

37. ¿QUIÉN TIENE O HA TENIDO PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO EN LA ESCUELA EL TRABAJO O CON LOS DEMÁS?

4	Nadie	3	Alguien dentro del subsistema hijos	2	Alguien del subsistema parental	1	Todos frecuentemente
---	-------	---	-------------------------------------	---	---------------------------------	---	----------------------

38. SI EN ESTA FAMILIA HA HABIDO PROBLEMAS CON LA AUTORIDAD (POLICIA JEFES MAESTROS ETC.) ¿QUIÉN LOS HA TENIDO?

4	Nadie	3	Alguien alguna vez	2	Frecuentemente alguien del subsistema hijos	1	Muy frecuentemente cualquier subsistema
---	-------	---	--------------------	---	---	---	---

39. ¿QUIÉN HA PRESENTADO UN PROBLEMA EMOCIONAL?

4	Nadie	3	Alguna vez alguien cualquier subsistema	2	Uno o varios involucrando el subsistema parental	1	Uno o todos continuamente o mas de cada subsistema
---	-------	---	---	---	--	---	--

40. ¿QUIÉN EN LA FAMILIA SE AISLA?

4	Nadie	3	A veces alguien de los hijos	2	Frecuentemente el subsistema parental	1	Uno o algunos muy frecuentemente
---	-------	---	------------------------------	---	---------------------------------------	---	----------------------------------

FUNCIÓN	PREGUNTA/PUNTAJE	SUMA	DISFUNCIONA L	FUNCIONAL
AUTORIDAD	1,3,4,5,11,12,14,28,39,40		<34	>35
CONTROL	8,10,17,26,31,34,35,40		<25	>25
SUPERVISIÓN	16,25,26,28		< 0 = 14	>14
AFECTO	22,23,24,27,31,32,33		<21	>21
APOYO	7,16,18,20,39,40		<15	>15
CONDUCTA DISRUPTIVA	5,9,36,37,38,39,40		<23	>23
COMUNICACIÓN	4,10,15,18,19,21,22,36,38		<30	>30
AFECTO NEGATIVO	6,15,29,34		<13	> 0 =13
RECURSO	2,12,13,14,17,40		< 0 = 20	>20
PUNTAJE GLOBAL	TODOS		<130	>130