



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 78

MÉXICO ORIENTE.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL
DE LA UMF No. 183 DEL IMSS.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

RAFAEL HERRERA HERNÁNDEZ

CIUDAD NEZAHUALCOYOTL EDO.DE MEXICO ORIENTE 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL
DE LA UMF No. 183 DEL IMSS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

RAFAEL HERRERA HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSE MAZON RAMÍREZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA.

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL
DE LA UMF No. 183 DEL IMSS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

RAFAEL HERRERA HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES

DRA. ANA LILIA GONZÁLEZ RAMÍREZ.

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ADSCRITO A LA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 78 NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE
MÉXICO.

DRA. MARGARITA PALACIOS BONILLA.

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ADSCRITO A LA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 78 NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE
MÉXICO.

ASESOR DE TESIS.

DRA. MARGARITA PALACIOS BONILLA.

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ADSCRITO A LA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 78 NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE
MÉXICO.

ASESOR METODOLÓGICO.

DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA

COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SECUELAS DE
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL DE LA UMF N° 183 DEL IMSS.

AUTOR: Rafael Herrera Hernández

Unidad Médica de Adscripción: UMF 183 Netzahualcóyotl, Edo. de México.

Lugar de trabajo: Edo de México, Oriente.

Teléfono: 55-24-27-38-01

Correo electrónico: herreragaleno@hotmail.com

ASESOR TEMÁTICO: Margarita Palacios Bonilla

ASESOR METODOLÓGICO: Margarita Palacios Bonilla

TESISTA: Rafael Herrera Hernández

Lugar donde se realizará el estudio: UMF 183 IMSS. Edo. de México.

INDICE

CONTENIDO-

Objetivos.....	4
Marco teórico.....	5
Planteamiento del problema.....	12
Justificación.....	13
Hipótesis.....	14
Materiales y métodos.....	14
- Características del lugar donde se realizó el estudio.....	14
- Diseño.....	14
- Grupo estudio.....	14
- Tamaño de la muestra y muestreo.....	15
- Definición y operacionalización de las variables.....	15
- Descripción general del estudio.....	20
- Análisis de los datos.....	20
Aspectos éticos.....	23
Recursos humanos, físicos y financieros.....	23
Resultados.....	25
Cronograma de actividades.....	33
Referencias bibliográficas.....	34
Anexos.....	37

Resumen estructurado

Título: Funcionalidad familiar en pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral, de la UMF no. 183.” **Antecedentes:** La enfermedad vascular cerebral es un problema de salud pública en el mundo, en México ocupa la 4ª causa de mortalidad general en el año 2000 con poco más de 25,000 muertes, a ser en el año 2008 la tercera causa de muerte, dando cuenta de más de 30,000 defunciones. Según el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) el Instituto Mexicano del Seguro Social registró en el año 2004 al 2011, 182,937 egresos hospitalarios por enfermedad vascular cerebral en pacientes de ambos sexos, de edades de 1 año a 65 y más y en el año 2012 hubo 16,683 egresos hospitalarios es decir el 4.1 por ciento. Su etiopatogenia se debe principalmente a factores aterotrombóticos y cardioembólicos, los cuales ocasionan una obstrucción transitoria o permanente con el consiguiente déficit neurológico. Los gastos que conllevan al tratamiento, la rehabilitación y el cuidado de un paciente con secuelas de enfermedad vascular cerebral son enormes y repercuten en varios ámbitos lo que puede afectar la funcionalidad familiar. Se considera una familia funcional aquella que enfrenta y supera cada una de sus tareas de familia, como las necesidades que preservan la vida, los lazos afectivos, identidad social, el manejo de crisis teniendo bien definido el rol y la función de cada miembro de la familia. **Objetivo:** Se investigó si a menor grado de capacidad funcional física por secuelas de enfermedad vascular cerebral se deterioró o mejoró la funcionalidad familiar. **Material y métodos:** Fue un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y abierto. Se realizó en pacientes con secuelas de EVC que acudieron a la consulta, ambos géneros, mayores de 59 años, ambos turnos, excluyendo aquellos pacientes que vivían solos, a los cuales se les aplicó la escala de Rankin modificada así como Índice de Barthel para medir el grado de capacidad funcional física del paciente con secuelas post enfermedad vascular cerebral y la escala de APGAR familiar al cuidador y al paciente en la que se evaluó la funcionalidad familiar y por último se aplicó una cedula sociodemográfica para conocer las variables de antecedentes familiares, sexo, edad, escolaridad, estado civil, somatometría y co-morbilidades. Se realizó el análisis estadístico para la estadística descriptiva con media, mediana y moda y para comprobación de hipótesis se utilizaron tablas de contingencia de 2 x2 para conocer el riesgo relativo. **Recursos materiales:** Balanza con estadímetro, cédulas sociodemográficas y financieros propios del investigador, se contó con un investigador. **Infraestructura.** Se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No 183 del IMSS, el cual cuenta con 7 consultorios. **Experiencia del grupo.** Fue un estudio inicial. **Tiempo en que se desarrolló.** Noviembre 2013-Febrero 2014.

Palabras clave: Secuela de EVC, funcionalidad familiar.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

OBJETIVO GENERAL.

- Reconocer la funcionalidad familiar en pacientes con secuelas de enfermedad cerebral de la UMF 183 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el grado de capacidad funcional física en pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral.

MARCO TEORICO

Antecedentes

La enfermedad vascular cerebral es un problema de salud pública. La organización mundial de salud (OMS) calcula que el 63% de los 57 millones de muertes registradas en el mundo en 2008, se debieron a enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades cardiovasculares (48%). De las cuales en los países en vías de desarrollo, la proporción de muertes prematuras (antes de los 70 años) es mayor (48%) que en los países de ingresos altos (26%). Según las previsiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), si todo sigue igual, la cifra anual de muertes por enfermedades no transmisibles aumentará a 55 millones en 2030. Los conocimientos científicos demuestran que la carga de enfermedades no transmisibles se puede reducir mucho si se aplican de forma eficaz y equilibrada intervenciones preventivas y curativas costo-efectivas ya existentes¹. La enfermedad vascular cerebral mata a más de 137.000 personas al año. Eso es alrededor de 1 de cada 18 muertes. En promedio, cada 4 minutos alguien muere de un derrame cerebral. Alrededor del 40 por ciento de las muertes por enfermedad vascular cerebral ocurre en los hombres y 60 por ciento en las mujeres².

En México la enfermedad vascular cerebral, ha pasado de ser la cuarta causa de mortalidad general en el año 2000 con poco más de 25,000 muertes, a ser en el año 2008 la tercera causa de muerte, dando cuenta de más de 30,000 defunciones. Mientras que en países desarrollados la mortalidad por enfermedad vascular cerebral ha mostrado un patrón descendente, en países como México se aprecia el fenómeno opuesto, se estima que los costos de atención por enfermedad vascular cerebral oscilan alrededor de los 148,859 pesos. Además de los costos sociales, como los cuidados informales y las alteraciones en la funcionalidad familiar en torno a los pacientes.³

Ante todo este panorama epidemiológico con elevados costos en varios rubros, en los próximos años la atención por enfermedad vascular cerebral tendrá que enfocarse en su prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, así como en los aspectos psicosociales de la discapacidad a largo plazo.

Según la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en una tabla que muestra los principales motivos de consulta en medicina familiar, de consulta de especialidad y de egresos hospitalarios para adulto mayor (65 años y más), en el año 2011 la enfermedad vascular cerebral ocupó el 6^o lugar con 16,311 casos con un porcentaje del 4.1 en

lo que se refiere a egresos hospitalarios y para el año 2012 hubo 16,683 egresos hospitalarios con un porcentaje de 4.1 y del año 2004 al 2011 según el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAI S) Se obtuvo un total de egresos hospitalarios por enfermedad vascular cerebral de 182,937 casos tomando en cuenta ambos sexos y todas las edades.⁴

La enfermedad vascular cerebral se define como aquellos signos clínicos o focales de índole neurológico que se desarrollan repentinamente de por lo menos 24 horas de duración que tienen origen vascular.⁵

Se clasifica en 2 subtipos: isquemia y hemorragia. La isquemia cerebral que es el resultado de la oclusión de un vaso y puede tener manifestaciones momentáneas (ataque isquémico o transitorio) o permanentes, lo que implica un daño neuronal irreversible. En la hemorragia intracerebral (HIC) la rotura de un vaso da lugar a una colección hemática en el parénquima cerebral o en el espacio subaracnoideo.⁶

Las consecuencias clínicas abarcan desde un déficit cognitivo leve (memoria, atención) hasta el estado vegetativo persistente por necrosis neocortical e incluso, si la duración es elevada, muerte cerebral por afección toncoencefálica.⁷

La enfermedad vascular cerebral (Ictus) pueden subdividirse con base en diferentes parámetros, previamente deberá realizarse: interrogatorio (anamnesis), exploración física, estudio de neuroimagen electrocardiograma, medir flujo sanguíneo (Doppler) de troncos supraórticos y transcraneal, estudios de hemostasia; y ecocardiograma, monitorización ambulatoria del registro electrocardiográfico (Holter), angiografía cerebral y estudios especiales de laboratorio si fuesen precisos.

Las escalas de valoración neurológica nos permiten cuantificar de forma bastante fiable la gravedad del ictus, su progresión y desenlace. Se deben aplicar de forma regular al ingreso y en intervalos establecidos.

Para simplificar su búsqueda se han subdividido en 3 categorías:

Valoración aguda del ictus

Nivel de conciencia

Escalas funcionales

ESCALA DE VALORACIÓN AGUDA DEL ICTUS.- Esta Escala de Ictus de Instituto Nacional de la Salud (National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS).

Es la escala más empleada para la valoración de funciones neurológicas básicas en la fase aguda del ictus isquémico, tanto al inicio como durante su evolución. Está constituida por 11 ítems que permiten explorar de forma rápida: funciones corticales, pares craneales superiores, función motora, sensibilidad, coordinación y lenguaje. Nos permite detectar fácilmente mejoría o empeoramiento neurológico (aumento de al menos 4 puntos respecto al estado basal).

ESCALA CANADIENSE.- Es una escala de valoración neurológica, sencilla, que comprende aspectos cognitivos (Conciencia, lenguaje y orientación), determinando las posibilidades de comunicación con el paciente, y motores.⁸

ESCALA DE HUNT Y HESS.- Es la escala más utilizada en la valoración y seguimiento de la Hemorragia Subaracnoidea (HSA). Relaciona los síntomas neurológicos que presenta el paciente y su deterioro a través del grado asignado, con la gravedad de la patología intracraneal asociada, con riesgo quirúrgico y el riesgo de complicaciones, también determina el manejo terapéutico del paciente.⁹

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG).- Es una escala de nivel de conciencia se aplica al momento inicial del evento como posteriormente, asigna una puntuación basada en 3 parámetros de función neurológica: apertura ocular, mejor respuesta verbal y mejor respuesta motora. La definición de coma se puede definir entonces como "un estado en que no se obedecen órdenes, no se pronuncian palabras y no se abren los ojos a los estímulos dolorosos". Esto significa que todos los pacientes con una suma de 7 y el 50% de los pacientes con una suma de 8, están en coma (Price 1986).¹⁰

ESCALA DE RANKIN MODIFICADA (E-RM) es una escala que valora la funcionalidad física del paciente posterior al evento vascular cerebral de forma global, el grado de la discapacidad física tras un ictus. Se divide en 7 niveles, desde 0 (sin síntomas) hasta 6 (muerte) (Keun-Sik 2009). Esta es una de las escalas más utilizadas en la literatura para cuantificar la discapacidad de los supervivientes a un ictus (Bamford et al, 1986). Puntuación desde asintomático (cero puntos) hasta grave (cinco puntos). En algunas reproducciones de la escala se añade la categoría muerte (seis puntos). Se deriva de la escala original de Rankin, que puntuaba de 1 a 5 (Rankin, 1957). De amplio uso en el campo epidemiológico poblacional, se ha mostrado su validez y elevada correlación con otras escalas o Índices como la de Índice de Barthel. En los estudios clínicos ha mostrado una peor sensibilidad al cambio en la situación del sujeto a corto-medio plazo (New y

Buchbinder, 2006). En recientes ensayos clínicos en fase aguda del ictus es una herramienta que viene empleándose con más frecuencia, habiéndose desarrollado programas multimedia de entrenamiento específicos en esta escala para mejorar la fiabilidad del valor identificado de un observador y otro.¹¹ Cuadro 1.

INDICE DE BARTHEL.- Evalúa la capacidad funcional para las actividades basales de la vida diaria (ABVD), valorando 10 áreas: alimentación, baño, aseo personal, vestirse, control de esfínteres anal y vesical, manejo del inodoro, desplazamiento silla/cama, deambulaci3n, subir y bajar escaleras). Se puntúa de 0 (total dependencia) a 100 (total independencia). Como punto de corte se ha establecido el 60 (Cid-Ruzafa 2007) por encima del cual y a se considera independencia para ABVD.¹²

Aporta informaci3n tanto a partir de la puntuaci3n global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad, permitiendo as3 conocer de manera m3s espec3fica cu3les son las deficiencias de la persona y facilita la valoraci3n de su evoluci3n temporal. Cuadro 2.

Los efectos de la enfermedad vascular cerebral depende de varios factores, incluyendo la ubicaci3n de la obstrucci3n y la cantidad de tejido cerebral que se ve afectado; algunos de estos efectos pueden ser: incoordinaci3n motriz (Ataxia), mano torpe (Disartria), dificultad en la degluci3n de los alimentos (Disfagia), problemas relacionados con el aprendizaje (Discalculia), ausencia de la visi3n hacia un lado de campo visual en ambos ojos (Hemianopsia hom3nima), trastornos del lenguaje (Afasia), debilidad en un lado del cuerpo (Hemiparesia)¹³

Para un n3mero significativo de v3ctimas la muerte es la consecuencia de la enfermedad vascular cerebral. Para quienes sobreviven a la enfermedad vascular cerebral, el impacto puede ser catastr3fico, con una grave discapacidad que tiene un impacto dr3stico sobre su salud y bienestar. La enfermedad vascular cerebral tambi3n impone una carga sustancial, tanto emocional como f3sica en los familiares cercanos de quienes sobreviven a la misma y no sorprende que la carga econ3mica de la enfermedad vascular cerebral sea enorme.¹⁴

Por lo general, se han centrado en los resultados del sobreviviente, pero estudios recientes revelan que la autoestima y optimismo del cuidador est3 relacionada con la depresi3n del paciente, tanto los cuidadores como el paciente deben ser tratados en conjunto y no individualmente. Por lo tanto la familia juega un papel importante al cuidado del paciente con secuelas de una enfermedad vascular cerebral en donde la funcionalidad familiar se ver3 afectada.¹

La familia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. La familia es la primera agrupación socializadora, en la cual se educa y forma al individuo, para que sus miembros sean competentes y logren ser personas autónomas, que puedan enfrentarse e integrarse a la vida, así mismo la familia tiene que enfrentar responsabilidades, como son:

- . Abastecer alimentos, vestido, dinero, etc. Necesidades que conservan la vida.
- . Progreso, lo que se va consiguiendo con el tiempo, como sentimientos, identidad familiar, sexual, social; los progresos tienen que ver con las crisis tanto a nivel individual como familiar.
- . Manejo de crisis que se dan como resultado de enfermedades, pérdida de trabajo, accidentes, etc.

Al enfrentar y superar cada una de sus responsabilidades la familia mantiene una armonía, que les permite avanzar en las crisis; estas pueden ser normativas o paranormativas.

Crisis normativas: son cambios obligados, que forman parte de la transformación de la vida familiar.

Crisis paranormativas: no se pueden predecir son pruebas adversas o inesperadas. Estas provocan mayor disfunción en la familia.¹⁶

Cada familia tiene su forma de mantener su armonía emocional, su funcionalidad está apoyada en estímulos, pensamientos, emociones y hechos, estos pueden ser positivos o negativos; la manera de actuar de cada miembro provocará que la familia se acerque o se aleje, que haya progreso o estancamiento y pueden ocasionar un clima seguro o inestable y de tensión.¹⁷

Todas las familias enfrentan problemas; no se pueden tener solo pensamientos o emociones positivas hacia otra persona, es una característica inevitable del ser humano.

Familia funcional. Se considera una familia funcional aquella que enfrenta y supera cada una de sus responsabilidades de familia, como las necesidades que conservan la vida, sentimientos, personalidad, el manejo de crisis tienen bien definido el papel que desempeña (papá, mamá, hijos, etc.) y la función de cada miembro de la familia, logran mantener una armonía que les permite progresar.

La familia funcional ve los problemas como situaciones que afectan a todos; la familia se adapta a las circunstancias, expresan con libertad sus sentimientos o por el contrario permiten la expresión libre del enojo y el desacuerdo; esperan, meditan y deciden con calma mejores opciones, consideran que cada miembro tiene necesidades, pensamientos y sentimientos diferentes, en los momentos de dificultad y frustración su comunicación es clara y directa.

Familia disfuncional. Los conflictos que favorece el deterioro en el funcionamiento familiar por no saber hacer frente o superar cada una de sus responsabilidades fundamentales, de progreso así como crisis inesperadas o experiencias adversas, provocan que se altere la armonía en la función de cada miembro de la familia, provocando en estos una disfunción familiar. La familia disfuncional no ve los problemas como una oportunidad de cooperar y unirse, no pide ni dan afecto, cuando se enojan explotan de coraje causando tensión en la familia; los padres disfuncionales dan a los hijos poder de adultos, los hijos amenazan a los padres al grado que no se atreven a poner límites.

La disfunción en una familia se puede presentar en forma transitoria no necesariamente permanente solo que no cuentan con la capacidad para manejar circunstancias estresantes.¹⁸

El vínculo de los miembros de una familia es infinitamente complejo con cambios que pueden producir salud o enfermedad, funcionalidad o disfuncionalidad, lo cierto es que, la aparición inesperada de un evento de crisis como es el caso de la enfermedad vascular cerebral así como las secuelas que puede dejar, no solo tiene consecuencias en una familia disfuncional por necesitar de una base sólida, sino que una familia funcional en determinado momento puede encontrarse con sentimientos transitorios negativos y sentir insatisfacción de un miembro respecto a otro.

En muchos casos, es imposible que una sola persona pueda manejar todos los aspectos del cuidado. Para aliviar la frustración y el estrés, los cuidadores en general tienen que recibir ayuda de otros, el apoyo emocional y ayudar con las tareas de cuidado. En el presente trabajo se demostró la repercusión en la funcionalidad familiar la aparición de la enfermedad vascular cerebral y sus secuelas (cuando del caso se trate).¹⁹

En este trabajo utilizamos la escala de APGAR familiar, para evidenciar el estado funcional de cada familia, en los siguientes casos: Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente, a los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir, a los miembros de familia problemáticos y cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos

recomendados, particularmente en enfermedades crónicas. En servicios orientados hacia la medicina familiar, el APGAR familiar se puede usar rutinariamente en todos los pacientes o usuarios.

El APGAR familiar fue diseñado en 1978 por el Doctor Gabriel Smilkstein; es un cuestionario de cinco preguntas, es útil en la identificación de familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario. Evalúa cinco funciones básicas de la familia, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada. Cuadro ³.

El APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

Para el registro de los datos el APGAR familiar muestra un formato, el cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto aquellos que no sepan leer, en este caso el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser realizado de forma personal (auto-administrado idealmente), cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Alg unas veces, 3: Casi siempre y 4: siempre. Cuadro ⁴.

Al sumar los cinco parámetros el puntaje varía entre 0 y 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia. Basados en estos puntajes, la calificación de la función familiar se hace de acuerdo a lo especificado. Este cuestionario no tiene una precisión absoluta, aun cuando constituye un instrumento que proporciona, una idea global sobre el grado de funcionalidad de la familia, por ello es importante no considerar los grados de disfuncionalidad mostrados si no considerar preferentemente los resultados como una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia. Reevaluar cuando la situación cambie o se sospeche disfunción familiar.²⁰ Cuadro 4^a.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad vascular cerebral es un problema de salud pública y presenta una tendencia ascendente en el ambiente de una población que ha tenido una transformación tecnológica así como cambios en el nivel de vida, como es, el llevar un estilo de vida no saludable, esto afecta en el número de casos nuevos de esta enfermedad; por otra parte debido a nuevos tratamientos médicos durante la etapa aguda y subaguda, los pacientes superan el evento agudo, dando como resultado un incremento de pacientes supervivientes discapacitados.

La aparición inesperada de la enfermedad vascular cerebral no solo produce cambios físicos permanentes en los patrones de vida de las personas afectadas sino que involucra también a sus familias y su funcionalidad. Estos cambios son tanto físicos de diferentes grados de discapacidad como de conducta así como emocionales, generando estrés constante y severo. Por lo general los estudios se centran en los resultados del sobreviviente pero la autoestima y optimismo del cuidador está relacionada con la depresión del paciente.

Una vez expuesto lo anterior, se realizó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral de la U.M.F. 183 del IMSS?

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad vascular cerebral es un problema de salud pública, es una de las primeras causas de muerte y discapacidad principalmente en adultos, se asocia a costos elevados por su atención y pérdida de productividad. En México presenta una tendencia a incrementarse, el IMSS es la institución pública que más egresos tiene por enfermedad vascular cerebral, según datos proporcionados por el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) del año 2004 al 2011, tuvo 182,937 egresos, le sigue SALUD con 125,347; ISSSTE con 41,425; PEMEX con 7,376, SEMAR con 936 y SEDENA con 376 egresos. El aumento en la consulta por secuelas de enfermedad vascular cerebral en las unidades de medicina familiar por consecuencia se ha incrementado, tal es el caso de U.M.F. No. 183. Por lo tanto si se encuentra una relación directa que, entre mayor grado de discapacidad tanto física como cognitiva ha y mayor deterioro en la funcionalidad familiar, sería importante para México y el Instituto Mexicano del Seguro Social, considerar que agregado al tratamiento de rehabilitación física y manejo médico se deberá tratar en conjunto al paciente, cuidador y a su familia con un equipo multidisciplinario constituidos por un médico familiar, psicólogo, trabajadora social y asistente médico, que realice diagnóstico de funcionalidad familiar y detectar áreas de oportunidad orientando al cuidador familia y paciente, estimulando la sana convivencia, haciendo programas que tengan como objetivo equilibrar la funcionalidad familiar, y tener una mejor calidad de vida para todos.

HIPÓTESIS

Estudio descriptivo sin hipótesis.

Cuenta con hipótesis de trabajo: Los pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral presentan una funcionalidad familiar alterada.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO:

El presente estudio se realizó en la UMF 183 del IMSS. La unidad se encuentra ubicada en el municipio de Cd. Nezahualcóyotl Edo. de México la cual proporciona los servicios de consulta externa 1er nivel, medicina preventiva. Los pacientes acudieron a la unidad por mutuo propio.

Los sujetos de estudio fueron pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral, se incluyó una muestra por conveniencia donde participaron pacientes de ambos sexos mayores de 59 años de edad. La información se obtuvo en forma prospectiva.

DISEÑO: Observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y abierto

GRUPO DE ESTUDIO: Derechohabientes que acudieron a la consulta externa de la UMF 183 del IMSS, con secuelas de enfermedad vascular cerebral con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Derecho habiente del IMSS adscritos a la UMF. No.183.

Ambos géneros

Ambos turnos

Pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral.

Carta de consentimiento informado

Criterios de exclusión

Pacientes con secuelas de EVC que vivan solos

Criterios de eliminación

Respuesta incompleta de los instrumentos

TAMAÑO DE LA MUESTRA Y MUESTREO.

Se tomaron al total de pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral captados en un periodo de tiempo de noviembre 2013 a febrero 2014

Descripción del estudio

Se detectó mediante informe de Arimac a todos los pacientes mayores de 59 años de edad de la U.M.F. No. 183 del IMSS que tienen secuelas de enfermedad vascular cerebral y previo conocimiento de las autoridades y su permiso así como de la aceptación de cada paciente y acompañante se les preguntó si deseaban participar en el estudio, y una vez aceptados se les solicitó que elaboraran el formato de consentimiento informado. Posteriormente se aplicó la escala de Rankin modificada así como el Índice de Barthel y se les proporcionó el formato de la escala de APGAR familiar, una vez llenados dichos formatos se les pidió un número de teléfono para su localización con la intención de dar a conocer los resultados.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</i>	<i>DEFINICIÓN OPERACIONAL</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>UNIDAD DE MEDICIÓN</i>
Secuelas de enfermedad Vascular Cerebral	Signos clínicos o focales de índole neurológico que se desarrollan repentinamente de por lo menos 24 horas de duración que tiene origen vascular.	Pacientes con Enfermedad vascular cerebral que hayan quedado con una discapacidad y tengan dependencia leve mediana o total.	Dependiente	Cualitativa ordinal	- Índice de Barthel 1.Independiente 100 (95 en silla de ruedas) 2.Dependiente leve (91-99) 3.Dependiente moderado (61 - 90) 4.Dependiente grave (21-60)

					<p>5. Dependiente total: (0-20)</p> <p>-Escala De Rankin Modificada</p> <p>0 asintomático-co</p> <p>6 muerte</p>
<p>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</p>	<p>Se considera una familia funcional aquella que enfrenta y supera cada una de sus responsabilidades de familia, como las necesidades que conservan la vida, sentimientos, personalidad el manejo de crisis tienen, bien definido el papel que desempeña (papá, mamá etc.) y la función de cada miembro de la familia, logran mantener una armonía que les permite progresar.</p>	<p>Que los pacientes con enfermedad vascular cerebral y cuidadores puedan ser atendidos en conjunto con el fin de superar un impacto drástico sobre su salud y bienestar y así poder lograr un equilibrio recuperando en la medida de lo posible su funcionalidad familiar.</p>	<p>Independiente</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>APGAR familiar</p> <p>1. Disfunción familiar leve (APGAR familiar 14-17)</p> <p>2. Disfunción familiar moderada (APGAR familiar 10-13)</p> <p>3. Disfunción familiar severa (APGAR familiar 9 o menos)</p>
<p>Edad</p>	<p>Tiempo transcurrido desde el nacimiento en el que se encuentra dividida la vida de una persona en la infancia, adolescencia, madurez y senectud.</p>	<p>Preguntando al paciente y cuidador su edad al momento de la encuesta</p>	<p>Independiente Nominal</p>		<p>Mayores de 59 años</p>

Sexo	Combinación y mezcla de rasgos genéticos dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenino y masculino.	Interrogando al paciente y cuidador.	Independiente	Nominal dicotómica	1.Femenino 2.Masculino.
Escolaridad	Nivel de educación de una persona	Preguntando el grado máximo de estudios del paciente y cuidador al momento de la encuesta.	Independiente	Cualitativa ordinal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Técnica 6. Licenciatura
Ocupación	Trabajo asalariado, al servicio de un empleador	Preguntando al paciente y cuidador su actividad laboral.	Independiente Nominal		1. Empleado 2. Desempleado
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Estado civil en el que se encuentra el paciente y cuidador	Independiente Nominal		1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Unión libre
Tiempo de evolución	Tiempo que ha transcurrido desde que egreso el paciente del hospital por enfermedad vascular cerebral hasta el momento de la encuesta.	Interrogando al paciente sobre la evolución en tiempo de la enfermedad vascular cerebral.	Independiente Ordinal		1. Días 2. Meses 3. Años.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

El estudio de investigación se llevó a cabo en la UMF 183 del IMSS, en Nezahualcoyotl, Edo. de México, informando sobre la metodología del protocolo de investigación a las autoridades de esta unidad y solicitando su autorización para que otorgaran las facilidades para su desarrollo. Se recolectó la muestra a partir de los pacientes que acudían a la consulta externa hasta completar el número de sujetos requeridos que cumplieron con los criterios de inclusión, que aceptaron participar en el estudio y firmaron la carta de consentimiento informado. Se les ayudó en el llenado de los datos personales de la cédula sociodemográfica y el investigador fue el responsable de anotar los resultados de las escalas de Rankin Modificada, Barthel y APGAR familiar. Esta recolección se hizo cada fin de semana por parte del investigador.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Posterior a la aceptación y realización del proyecto se llevó a cabo el análisis estadístico mediante la captura y análisis de datos en programa SPSS 22, describiéndose los datos para cada una de las variables.

Las pruebas estadísticas que se utilizaron χ^2 , valor de referencia e IC 95%

Factibilidad y Ética.

Nuestro estudio fue factible, ya que fue posible nuestra investigación: analizando los recursos humanos que utilizamos, contamos con el apoyo del personal indicado, los recursos para la toma de glucosa basal en ayuno, colesterol total y triglicéridos no fueron exorbitantes y respetamos la muestra indicada, el gasto de papelería corrió por parte del investigador. Se mantendrá la información obtenida en forma confidencial.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio de investigación fue lícito pues la aplicación del cuestionario no puso en peligro la vida de los pacientes y sí proporcionó beneficios mediatos y, que de alcanzarse el objetivo propuesto nos dará información que será de beneficio. El estudio se apegó a los principios básicos para toda investigación médica dados a conocer en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 54ª asamblea general de la Asociación Médica Mundial, Tokio, 2004, así como en la Ley General de Salud y el instructivo del CLIS del Instituto Mexicano del Seguro Social "Manual de Procedimientos para la evaluación, registro y seguimiento de proyectos de investigación en salud presentadas ante el Comité Local de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (Norma 2810-003-002).

RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En el estudio funcionalidad familiar en pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral (EVC) de la UMF num.183, se observa en el sexo femenino un total de 17 pacientes con un 55%, mientras que en el varón fue de una proporción de 14 siendo el 45% de la población de estudio; en relación al grupo de edad con secuelas de EVC se ubicaron 10 pacientes siendo el 32% del rango de 71 a 80 años, mientras que en el rango de edad de 81 a 90 años se encontraron a 4 pacientes siendo el 13%, la escolaridad registrada con mayor número de individuos es la de escolaridad menor a 12 años con una frecuencia de 21 siendo esta el 68%, no habiendo personas con escolaridad de más de 16 años de estudio.

En la actividad actual de la población en estudio se observó que los jubilados son 15 con un 48%. Solo 3 se encuentran laborando de forma activa siendo este el 10% de los sujetos de estudio. En relación al estado civil la mayoría se encuentra casado con un total de 23, siendo esta el 74%, solo 2 personas están como solteros siendo el 6%. (Tabla 1).

Tabla 1 Aspectos sociodemográficos de pacientes con secuelas EVC de la UMF 183 del IMSS en un periodo comprendido del mes de Febrero a Noviembre 2014.

Características	N	%
	31	
Sexo		
Femenino	17	55
Masculino	14	45
Grupos de edad		
51 a 60 años	8	26
61 a 70 años	9	29
71 a 80 años	10	32
81 a 90 años	4	13
Escolaridad		
Analfabeta	7	23
≤ 12 años de estudio	21	68
12 a 15 años de estudio	3	10
≥ 16 años de estudio	0	0
Actividad Actual		
Empleado	3	10
Jubilado	15	48
Desempleado	13	42
Estado Civil		
Soltero	2	6
Casado	23	74
Viudo	6	19

Fuente. Encuesta realizada en UMF 183 IMSS

En relación al índice de masa corporal se observaron a 14 pacientes con sobrepeso que representan el 46 % no habiendo pacientes con obesidad grado III en este estudio. (Tabla 2.)

Índice de Masa Corporal de pacientes con secuelas EVC de la UMF 183 del IMSS en un periodo comprendido del mes de Febrero a Noviembre 2014.

Características N		%
	31	
Índice de Masa Corporal		
Peso Normal (18.5 a 24.9)	7	23
Sobre peso (25 a 29.9)	14	46
Obesidad Grado I (30 a 34.9)	8	26
Obesidad Grado II (35 a 39.9)	2	7
Obesidad Grado III (Mayor 40)	0	0

Fuente. Encuesta realizada en UMF 183 IMSS

En los sujetos de estudio las secuelas más frecuentes; secundario al antecedente de EVC es la de tipo motor encontrando a 14 pacientes representando un 45% mientras que la secuelas sensitivas se encontraron en un 10% con n total de 3 pacientes. (Tabla 3)

Tabla 3 Tipos de Secuelas post EVC en población de 51 a 83 años de la UMF 183 del IMSS en un periodo de Febrero a Noviembre del 2014

Secuela N		%
	31	
Visual	7	23
Sensitivas	3	10
Motor	14	45
Lenguaje	7	23

Fuente Encuesta realizada en UMF 183 IMSS

En el índice de Barthel con dependencia moderada se ubicaron a 17 pacientes con un porcentaje de 55%, encontrando a una persona con una dependencia total siendo esta el 3%. Tabla 4

Tabla 4. Índice de Barthel en población de 51 a 83 años de la UMF 183 del IMSS en un periodo de Febrero a Noviembre del 2014

Funcionalidad	N	%
	31	
Independiente	4	13
Dependiente leve	1	3
Dependiente moderado	17	55
Dependiente grave	8	26
Dependiente total	1	3

Fuente encuesta realizada en UMF 183 IMSS

En la escala de Rankin Modificada se encontraron a 6 pacientes con discapacidad moderadamente grave correspondiendo a un 19 %, ubicando a 11 sujetos entrevistados con discapacidad leve correspondiendo a un 36%. (Tabla 5)

Tabla 5 Rankin Modificado aplicado a población de 51 a 83 años de la UMF 183 del IMSS en un periodo de Febrero a Noviembre del 2014

Funcionalidad Física	N	%
	31	
Muy leve	5	16
Leve	11	36
Moderada	9	29
Moderadamente grave	6	19

Fuente Encuesta realizada en UMF 183 IMSS

En los resultados de la aplicación del Apgar Familiar se encontró a 19 pacientes con buena función familiar representando el 61%, así mismo se encontraron 5 pacientes con disfunción familiar moderada representando el 16%. (Tabla 6)

Tabla 6 Apgar Familiar aplicado a población de 51 a 83 años de la UMF 183 del IMSS en un periodo de Febrero a Noviembre del 2014

Apgar Familiar	N	%
	31	
Buena función	19	61
Disfunción leve	7	23
Disfunción Moderada	5	16

Fuente Encuesta realizada en UMF 183 IMSS

La funcionalidad familiar Apgar en relación con las secuelas y tipo de estas en relación con buena función y disfunción familiar se encontraron a 19 pacientes con un porcentaje de 61% dentro de una buena función familiar y a 12 pacientes con un porcentaje de 39% que correspondieron a una disfunción familiar. En el tipo de secuela motor se encontró en una proporción de 8 pacientes correspondiendo a un 26% en el tipo de secuela sensitiva se encontraron a 2 pacientes con un porcentaje de 6.5% con respecto a buena función familiar. Se encontró una frecuencia de 6 pacientes con un porcentaje de 19% en relación al tipo de secuela motor referente a disfunción familiar así mismo tanto en el tipo de secuela visual y sensitiva se observaron una frecuencia de 1 paciente para ambos tipos de secuela con un porcentaje de 3.2% respectivamente referente a disfunción familiar. Tabla 7

Tabla 7 Funcionalidad Familiar en pacientes de 51 a 83 años con secuelas post EVC de la UMF 183 del IMSS en un periodo de Febrero a Noviembre del 2014

Apgar	Familiar	
	N 31	
	Buena Función Familiar	Disfunción Familiar
Secuelas	19 (61 %)	12 (39 %)*
Tipo de secuela		
Visual	6 (19%)	1 (3.2%)
Sensitivo	2 (6.5%)	1 (3.2%)
Motor	8 (26 %)	6 (19%)
Lenguaje	3 (10%)	4 (13%)

* κ 0.001 IC 95% (1.51 – 2.66)

Fuente encuesta realizada en UMF 183 IMSS

En el índice de Barthel aplicado a pacientes con secuelas post EVC, se encontraron dentro del tipo de secuela visual a 2 pacientes con un porcentaje de 7 %, correspondientes a independencia física, en el tipo de secuela sensitivo y del lenguaje se observaron una frecuencia de 1 paciente para cada tipo de estas secuelas con un porcentaje de 3% respectivamente, también dentro de la categoría de dependencia de tipo motor se observó una frecuencia de 14 pacientes con un porcentaje de 45%, en el tipo de secuela sensitivo se observó una proporción de 2 pacientes con un 7 % correspondientes al rubro de dependencia física de ambas secuelas. Tabla 8

Tabla 8 Índice de Barthel en pacientes de 51 a 83 años con secuelas post EVC de la UMF 183 del IMSS en un periodo de Febrero a Noviembre del 2014.

	Índice de Barthel	
	Independencia	Dependencia
	N 31	
Secuelas	4 (13 %)	27 (88 %)
Tipo de secuela		
Visual	2 (7 %)	5 (16 %)
Sensitivo	1 (3 %)	2 (7 %)
Motor	0 (0 %)	14 (45 %)
Lenguaje	1 (3 %)	6 (19%)

Fuente encuesta realizada en UMF 183 IMSS

En relación a la escala de Rankin Modificado en pacientes con secuelas post EVC. Se observaron a 2 pacientes con secuela de tipo visual y dos pacientes con secuela de tipo motor con un porcentaje de 7% respectivamente en el rubro de independencia, se observaron a 12 personas con secuela de tipo motor con un porcentaje de 39% dentro del rubro de dependencia así mismo se observaron a 3 pacientes con secuela de tipo sensitivo representando el 10% dentro del rubro de dependencia de esta escala. Tabla 9

Tabla 9 Rankin Modificado en pacientes de 51 a 83 años con secuelas post EVC de la UMF 183 del IMSS en un periodo de Febrero a Noviembre del 2014

Rankin	Modificado N 31	
	Independencia	Dependencia
Secuelas	5 (16 %)	26 (83 %)
Tipo de secuela		
Visual	2 (7 %)	5 (16 %)
Sensitivo	0 (0 %)	3 (10 %)
Motor	2 (7 %)	12 (39 %)
Lenguaje	1 (3 %)	6 (19%)

Fuente encuesta realizada en UMF 183 IMSS.

La enfermedad vascular cerebral se define como aquellos signos clínicos o focales de índole neurológico o que se desarrollan repentinamente de por lo menos 2 a 4 horas de duración que tienen origen vascular. Un accidente cerebrovascular sucede cuando se detiene repentinamente el flujo de la sangre hacia una parte del cerebro, éste puede ser de origen isquémico o hemorrágico.

En un accidente isquémico, el flujo de sangre hacia el cerebro se corta o reduce en gran medida, puede tener manifestaciones momentáneas o permanentes; la causa depende del tipo de accidente isquémico que haya tenido: Una trombosis cerebral, una embolia o una Hipoperfusión sistémica. Una trombosis cerebral: se presenta cuando se forma un coágulo (trombo) dentro de una arteria que va hacia el cerebro, lo que bloquea el paso de la sangre. Una embolia: también es causada por un coágulo, pero en este caso el coágulo se forma en otro lugar del cuerpo por lo general en el corazón, y viaja por el torrente sanguíneo hasta el cerebro. Una hipoperfusión sistémica: significa un flujo sanguíneo bajo y ocurre cuando la acción de bombeo del corazón falla.

El accidente hemorrágico, se produce cuando un vaso sanguíneo que irriga el cerebro se rompe (sangra). A causa de este sangrado, la parte del cerebro que normalmente se alimenta de este vaso ya no recibe sangre. Hay dos tipos de hemorragia que pueden causar un ACV, clasificados por el lugar en que produzcan en el cerebro; una hemorragia intracerebral (ICH por sus siglas en inglés) o una hemorragia subaracnoidea (SAH por sus siglas en inglés).

En ambos casos las consecuencias clínicas abarcan desde un déficit cognitivo leve (memoria, atención) hasta el estado vegetativo persistente por necrosis neocortical e incluso, si la duración es elevada, muerte cerebral por afeción

toncoencéfalica; imponiendo también una carga sustancial, tanto emocional como física en los familiares cercanos de quienes sobreviven a la misma.

De acuerdo a investigaciones realizadas acerca del impacto de la enfermedad en la familia; la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada una de sus miembros.

DISCUSIÓN

En el estudio realizado en la población de la UMF 183 del IMSS, con afección de secuelas de Evento vascular cerebral mostró que el género predominante es el femenino y la edad con mayor proporción es de 71 a 80 años de edad, el tipo de secuelas observadas con mayor predominio es la motora por ende la funcionalidad del paciente se ve afectada ya que las actividades básicas cotidianas de la vida diaria no se llevan a cabo de manera íntegra, afectando en algún grado, al paciente con secuela de EVC la percepción de este es la disminución de su propia independencia de forma leve, a su vez la familia no se desvincula de la afección clínica del familiar, es decir la familia con un paciente geriátrico con secuelas motoras presenta mecanismos de adaptación para la atención, cuidado, afecto de su familiar, esto se ve reflejado en el APGAR familiar ya que el 61% de las familias y pacientes tienen una percepción de funcionalidad familiar buena.

La familia de los pacientes con secuelas de EVC, enfrentan diversos problemáticas derivadas de la edad de su familiar, como bien son las afecciones que llegan a quedar como secuelas de un evento cerebrovascular, estas son de tipo visual, sensitivo, motora y de lenguaje, como se mencionó la motora es la más frecuente, pero la afección del lenguaje se afecta de tal modo que la funcionalidad física del paciente se encuentre limitada por la comunicación esto se observó en el índice de Barthel en la cual la dependencia mayor fue en el lenguaje alcanzando el 19% de la población comparando la literatura internacional los datos de la escala de Barthel se identifica que la disartria es una de las afecciones más frecuentes, este se relaciona con el trabajo realizado ya que el lenguaje se vio alterado, este incluye la afasia, la disartria y parafasias.

El desenlace clínico final de acuerdo a la escala de Rankin Modificada fue de discapacidad leve en un 36% con secuela de tipo motor. La rehabilitación según las Guías de Práctica Clínica para EVC logran un nivel funcional, físico y social óptimo para facilitar la independencia y la reintegración al entorno familiar, social y

laboral, los pacientes tienen que ser movilizados lo antes posible después de la enfermedad vascular cerebral.

Con respecto al Índice de Masa Corporal se ha señalado que la obesidad predominó en un 46 % de los pacientes estudiados, dato que coincide con investigaciones realizadas actualmente a nivel mundial en el que la obesidad que está dentro del grupo de las Enfermedades No Transmisibles (ETN) es un factor de riesgo importante no sólo para Enfermedad Vascular Cerebral sino para la mayoría de las enfermedades crónicas que prevalecen en nuestro país como son: diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otras.

De acuerdo a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, es la asistencia basada en métodos y tecnologías sencillas científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad, a un costo aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo, de aquí la importancia de no dejar de hacer hincapié, en los factores de riesgo y cambios de estilos de vida, como prevención primaria en la Enfermedad Vascular Cerebral (EVC); ya que de acuerdo a la OMS las principales causas de enfermedad vascular son el consumo de tabaco, la falta de actividad física y una alimentación poco saludable.

Se concluye que, si bien el 61% respecto al 39% de nuestros pacientes estudiados en la Unidad de Medicina Familiar No.183 cuentan con una buena función familiar el porcentaje a nivel de disfunción familiar sigue siendo alto afectando la calidad de vida no sólo del paciente sino de la familia, haciendo que esto tenga repercusiones tanto a nivel familiar como social. Las alteraciones en la funcionalidad familiar desempeñan un papel muy importante, según la American Stroke Association la recuperación del paciente con EVC depende en gran medida de la capacidad de manejo del cuidador.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, 2013-2020, versión 15 de marzo de 2013:2
2. American Stroke Association. Statistics about stroke. Artículo electrónico 2012 October Disponible en:
http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/About-Stroke_UCM_308529_SubHomePage.jsp
3. Rivera N SL, Miranda M LI, Pérez R, Flores J J, Rivera G B, et al. Guía de práctica clínica. Enfermedad vascular cerebral isquémica. Rev. Med. Inst. Mex. del S S 2012; 50 (3): 335-346.
4. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de egresos hospitalarios por morbilidad en Instituciones Públicas, 2004-2007 . *[en línea]*: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). *[México]*: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> *[Consulta: 01 abril 2009]*.
5. Zermeño Pöls F, Protocolo clínico de neurología. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez. 2010:13.
6. Arauz A, Ruíz-Franco A , et al. Enfermedad vascular cerebral. Universidad Nacional Autónoma de México, Vol. 55, No.3. 2012:11-19.
7. Díez T, O. Del Brutto, Alvarez S, Muñoz M, Abiusí G. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Vol. 17 No.4 Diciembre, 2001; 335.
8. Adams HP, Davis PH, Leira EC, et al. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke : a report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke treatment (TOAST). Neurology 1999;53:123-31.

9. Hunt WE, Hess RM. Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms. J Neurosurg 1968;28:14-20
10. Teasdale G, Jennet B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84.
11. Bonita R, Beaglehole R. Modification of Rankin Scale: Recovery of motor function after stroke. Stroke 1988 Dec;19(12):1497-1500.
12. Cid-Ruzafa J, et al. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista Española de Salud Pública. Feb 2007. Vol71 (2)
13. Bamford J, Sandercock P, Dennis M, et al. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. Lancet 1991; 337:1521-1526.
14. Alvaro A, Cantú C, González Z, True Hills M, Trudie Lobban MBE, Ayrton Massaro, Meschengieser S, Norrving P, Reyes Caorsi W. ¿Cómo reducir los accidentes cerebrovasculares en Latinoamérica?, Informe del grupo de trabajo: Prevención de accidentes cerebrovasculares en paciente con fibrilación auricular. 2011 Agosto:7-99.
15. Strokeconnection. Surviving Single. revista electrónica 2013 Summer. Disponible en:
http://www.nxtbook.com/nxtbooks/aha/strokeconnection_2013summer/#/2
16. Batista R. M. La familia y su papel en los problemas de promoción y prevención de salud. En: Colectivo de autores. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. Editorial Ecimed. La Habana, 2004. 45 - 56
17. Archivos en Medicina Familiar. II Conceptos básicos para el estudio de las familias. Vol. 7 Supl.1, 2005.15-19

18. Dulant o Gutiérrez. Academia Mexicana de Pediatría, A. C. La familia un espacio de encuentro y crecimiento para todos, 1998(17) p. 165-70.

19. Strokeconnection. When Hercules Had a Stroke. (Revista electrónica) 2011 Nov-Dec. Disponible en:
http://www.nxtbook.com/nxtbooks/aha/strokeconnection_20111112/#/4

20. Smilkstein G. La familia APGAR : una propuesta de familia prueba de funcionamiento y su uso por los médicos. 1978; 6: 1231-9.

XII. ANEXOS

ANEXO I.....	Consentimiento informado
ANEXO II.....	Escala de Rankin modificada
ANEXO III.....	Indice de Barthel y escala de puntuación
ANEXO IV.....	APGAR familiar
ANEXO V.....	Cuestionario para la evaluación de APGAR familiar, y escala de puntuación
ANEXO VII.....	Hoja de cédula de identificación personal y de recolección de datos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Funcionalidad familiar en pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral de la UMF No 183 del IMSS
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Nezahualcóyotl .Edo. de México . Mayo 2015
Número de registro:	R-203-1401-41
Justificación y objetivo del estudio:	Reconocer la funcionalidad familiar en pacientes con secuelas de enfermedad cerebral de la UMF 183
Procedimientos: Entrev	ista
Posibles riesgos y molestias:	Ningún Riesgo
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Atención oportuna de riesgos
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se hará del conocimiento a los pacientes
Participación o retiro:	Mi participación en éste es voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o abandonar en cualquier momento, sin afectar ni poner en peligro mi atención Médica futura.
Privacidad y confidencialidad:	La información que proporcione será confidencial y utilizada para efectos de la investigación.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/>	
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/>	
Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros. <input type="checkbox"/>	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Atención oportuna de riesgos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador	Dr. Rafael Herrera Hernández.
Responsable:	
Colaboradores:	Dra. Ana Lilia González Ramírez.
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ORIENTE UMF 183
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E
INVESTIGACION MÉDICA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

FECHA: _____

FOLIO []

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 183.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL DE LA U.M.F. No.183 DEL IMSS, que se registrará ante el Comité Local de Investigación en Salud.

El objetivo es, identificar si las secuelas de Enfermedad Vascular Cerebral influyen en la Funcionalidad familiar de estos pacientes, que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 183, del I.M.S.S.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador contestar un cuestionario especialmente para ello, en donde se determinan características específicas para este estudio.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Los resultados de esta investigación, permitirán a las autoridades de salud conocer la importancia de la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

Los procedimientos antes descritos no implican riesgos.

Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a mi participación en este estudio, será contestada por el investigador.

Podré retirarme de este estudio en cualquier momento, sin ser obligado (a) a dar razones y sin que esto me perjudique en ningún sentido.

Los resultados del estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y mis datos relacionados con mi privacidad serán confidenciales.

Se me proporcionara la información que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Dr. Rafael Herrera Hernández

CÉDULA: 1947197

Investigador

Paciente

Testigo

Testigo

CUADRO 1. ESCALA DE RANKIN MODIFICADA (ERM).

NIVEL		GRADO DE INCAPACIDAD
0	Asintomático	
1	Muy leve	Pueden realizar tareas y actividades habituales, sin limitaciones.
2	Leve	Incapacidad para realizar algunas actividades previas, pero pueden valerse por sí mismos, sin necesidad de ayuda.
3	Moderada	Requieren algo de ayuda, pero pueden caminar solos.
4	Moderadamente grave	Dependientes para actividades básicas de la vida diaria, pero sin necesidad de supervisión continuada (necesidades personales sin ayuda)
5	Grave	Totalmente dependientes. Requieren asistencia continuada.
6	Muerte	

CUADRO 2. INDICE DE BARTHEL

1.- Comer	Totalmente dependiente	0
	Necesita ayuda para cortar, untar, usar condimentos...	5
	Independiente	10
2.- Bañarse /ducharse	Necesita ayuda	0
	Independiente	5
3.- Aseo personal	Necesita ayuda	0
	Independiente para lavarse las manos, la cara, los dientes, peinarse, afeitarse, manejar maquinilla eléctrica, maquillarse. No incluye capacidad de trenzarse o moldearse el pelo.	5
4.- Vestirse/desvestirse	Totalmente dependiente	0
	Necesita ayuda, pero puede hacer al menos la mitad	5
	Independiente	10
5.- Control esfínter anal	Incontinencia o necesita ayuda para ponerse un enema	0
	Algún accidente de incontinencia (1/semana)	5
	Continente	10
6.- Control vesical	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa por si solo	0
	Algún accidente (1 o menos /24hrs)	5
	Continente (durante al menos 7 días)	10

7.- Manejo del retrete	Totalmente dependiente	0
	Necesita ayuda	5
	Independiente	10
8.- Desplazamiento silla /cama	Totalmente dependiente	0
	Necesita gran ayuda; se mantiene sentado	5
	Necesita mínima ayuda, física o verbal	10
	Independiente	15
9.- Desplazamiento	Incapaz de desplazarse	0
	Independiente en silla de ruedas (50m)	5
	Necesita ayuda	10
	Independiente	15
10.- Subir y bajar escaleras	Dependiente	0
	Necesita ayuda, física o verbal	5
	Independiente	10

CUADRO 2 a. Grado de dependencia según puntuación de Índice de Barthel

Dependencia total	0-20
Dependencia grave	21-60
Dependencia moderada	61-90
Dependencia escasa	91-99
Independencia 100	

CUADRO 3. FUNCIONES DE LA FAMILIA EVALUADAS POR EL APGAR FAMILIAR

FUNCIONES	CONTENIDO
ADAPTACION	Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos íntra y extra-familiares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.
PARTICIPACION	Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas
GANANCIA	Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye a las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.
AFECTO	Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.
RECURSOS	Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.

CUADRO 4. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA DEL APGAR FAMILIAR

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de me familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a)El tiempo para estar juntos, b)Los espacios en la casa, c)El dinero					

0=NUNCA, 1=CASI SIEMPRE, 2=ALGUNAS VECES, 3= SIEMPRE, 4= SIEMPRE

CUADRO 4a. ESCALA PARA LA CALIFICACION DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA DE ACUERDO AL APGAR FAMILIAR.

FUNCIÓN	PUNTAJE
Buena función familiar	18 - 20
Disfunción familiar leve	14 – 17
Disfunción familiar moderada	10 - 13
Disfunción familiar severa	9 o menos

ESCALA DE APGAR FAMILIAR

RESULTADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTADO DE MEXICO ORIENTE
 COORDINACION DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 183

HOJA DE CEDULA DE IDENTIFICACION PERSONAL Y DE RECOLECCION DE DATOS.

**PROTOCOLO:
 FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SECUELAS DE
 ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL EN DERECHOHABIENTES DE LA
 UMF NUM 183 DEL IMSS.**

I. Datos generales de la encuesta

1. Número de Consultorio: ____	2. Turno (Marque con una X) 1 Matutino __ 2. Vespertino __
3. Afiliación: _____	4. Fecha (dd/mm/aa): ____
5. Folio: ____	

II. Identificación del entrevistado

6. Nombre completo: <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Apellido paterno Apellido materno Nombre (es) </div>
7. Domicilio completo <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; margin-top: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 10%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; margin-top: 5px;"> Delegación Calle Número Colonia </div> Teléfono:

8. Edad (en años cumplidos): ____
9. Sexo: 1. Masculino __ 2. Femenino __
10. Estado civil: 1. Soltero (a) __ 2. Casado (o) __ 3. Viudo (a) __

III. Características socioeconómicas

11. ¿Cuál es su escolaridad? (Marque con una X) 1. Analfabeta <input type="checkbox"/> 2. Primaria <input type="checkbox"/> 3. Secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> 4. Bachillerato o equivalente <input type="checkbox"/> 5. Técnica <input type="checkbox"/> 6. Licenciatura <input type="checkbox"/>	12. Ocupación actual (Marque con una X) 1. Obrero (a) <input type="checkbox"/> 2. Empleado (a) <input type="checkbox"/> 3. Comerciante <input type="checkbox"/> 4. Desempleado (a) <input type="checkbox"/> 5. Jubilado y /o pensionado <input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IV. Somatometría

16. Peso:	18. IMC: (Marque con una X) 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sobrepeso <input type="checkbox"/> 3. Obesidad Grado 1 <input type="checkbox"/> 4. Obesidad Grado 2 <input type="checkbox"/> 5. Obesidad Grado 3 <input type="checkbox"/>
17. Talla:	

V. EVC

19. ¿Hace cuanto tiempo le diagnosticaron EVC? (Marque con una X)

1. Días

2. Meses

3. Años

20. ¿Qué tipo de secuelas presenta? (Marque con una X)

1. Visual

2. Sensitivo

3. Motor

4. Lenguaje

VI. RESULTADO DE ESCALAS

21. Apgar familiar (Marque con una X)

1. Buena función familiar (18 – 20)

2. Disfunción familiar leve (14 – 17)

3. Disfunción familiar moderada (10 – 13)

4. Disfunción familiar severa (9 o menos)

22. Rankin Modificada (Marque con una X)

0. Asintomático

1. Muy leve

2. Leve

3. Moderada

4. Moderadamente grave

5. Grave

6. Muerte

23. Barthel (Marque con una X)

1. Independiente 100 (95 en silla de ruedas)

2. Dependiente leve 91-99

3. Dependiente moderado 61 – 90

4. Dependiente grave 21 – 60

5. Dependiente total 0 – 20

IX. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Mes		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		ENE		FEB		JUL	
	Quincena		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1.-Delimitación del tema											2	0	1	3							2	0	1	4		
2.- Recuperación, revisión y selección bibliográfica.																										
3.- Elaboración del protocolo																										
4.- Planeación operativa.																										
5.- Recolección de información																										
6. Análisis de resultados.																										
7.-Escritura de tesis																						2	0	1	5	