



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 27.
TIJUNA BAJA CALIFORNIA MEXICO.**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION.**

TITULO: "LA DISFUNCION FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA PROGRESION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA."

INVESTIGADOR: FELIPE DE JESUS VALDEZVALENZUELA.

Matricula: 98020767

Correo: alexari_2486@hotmail.com

ASESOR: DRA. MARIA CECILIA ANZALDO CAMPOS.

Tijuana B.C. Febrero 2015.

Tijuana, Baja California, a 28 febrero 2015.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSCOLOGIA

ASUNTO: Voto aprobatorio

Habiendo fungido como director de la tesis titulada: **La Disfunción Familiar como factor de riesgo para progresión de Enfermedad renal crónica**, elaborada por **Felipe de Jesús Valdez Valenzuela**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE


Dra. María Cecilia Anzaldo Campos
Director de Tesis

C.c.p. Archivo

Tijuana, Baja California, a 28 febrero 2015.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSCOLOGIA

ASUNTO: Voto aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada: **La Disfunción Familiar como factor de riesgo para progresión de Enfermedad renal crónica**, elaborada por **Felipe de Jesús Valdez Valenzuela**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Mario Alberto Calvillo
Sinodal de Tesis

C.c.p. Archivo

Tijuana, Baja California, a 28 febrero 2015.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSCOLOGIA

ASUNTO: Voto aprobatorio

Habiendo fungido Sinodal de la tesis titulada: **La Disfunción Familiar como factor de riesgo para progresión de Enfermedad renal crónica**, elaborada por **Felipe de Jesús Valdez Valenzuela**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Juan José Camacho Romo
Sinodal de Tesis

C.c.p. Archivo

INDICE

Resumen	1
Antecedentes	2- 6
Planteamiento del problema	7
Objetivo general	8
Hipótesis	9
Justificación	10
Material y métodos	11-12
Análisis estadísticos	13
Aspectos éticos	14
Recursos utilizados	15
Resultados	16-26
Discusión	27-28
Conclusiones	29
Bibliografía	30-31
Anexos	32-36

RESUMEN

Título: La Disfunción Familiar como factor de riesgo para progresión de Enfermedad renal crónica.

Nombre del investigador: Felipe de Jesús Valdez Valenzuela, María Cecilia Anzaldo Campos.

Antecedentes: La Enfermedad renal crónica (ERC), en México tiene una prevalencia de 10.9% en la población de 20 a 69 años de edad, puede ser una manifestación de enfermedades como la diabetes mellitus e hipertensión. La prevención, la detección y el tratamiento oportuno se encuentran dentro del ámbito del Médico Familiar.

Objetivo: Identificar la asociación entre disfunción familiar y disminución de la tasa de filtración glomerular, en pacientes derechohabientes del Hospital General Regional No1 con ERC.

Material y métodos: Estudio correlacional, cuantitativo, prospectivo, longitudinal. Se realizó en pacientes, con ERC usuarios HGR1, con TFG <60 e >15 mL/min. Se aplicó el test FF-Sil y se midió la TFG con la fórmula: $MDRD: FG (mL/min/1.73) = 175 \times (cr) \times (Edad) \times (0.742 \text{ en mujeres})$. Se dio seguimiento durante 6 meses, se valoró la TFG y se aplica de nuevo el test de FF-SIL posteriormente se buscó la correlación con funcionalidad familiar.

Resultados: la prevalencia de disfunción familiar en pacientes con ERC es de 30.5% y en el grupo control un 15.9%. Se cruzan la variable dependiente y la variable independiente aplicando X cuadrada obteniendo una $P = .001$, y una probabilidad de riesgos de 3.5 utilizando la razón de momios.

Conclusiones: Los pacientes que presentan disfunción familiar tienen mayor disminución de la tasa de filtración glomerular.

Palabras clave: Disfunción Familiar, Enfermedad Renal Crónica.

ANTECEDENTES

La National Kidney Foundation, en las guías K/DOQI en el 2002, definió a la enfermedad renal crónica (ERC) como la disminución de la función renal expresada por una TFG menor de 60 mL/ min/1.73 m² SC o como daño renal durante más de tres meses, manifestada en forma directa por alteraciones histológicas en la biopsia renal o en forma indirecta por marcadores de daño renal.¹

En décadas recientes, el mundo ha experimentado profundas transformaciones demográficas y epidemiológicas que han condicionado un enorme aumento en la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles.²

La prevalencia de la ERC aumenta drásticamente con la edad y también se asocia con la obesidad y diabetes, la enfermedad renal crónica será un problema de salud pública predecible en el futuro. ³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2025 habrá 300 millones de personas con *Diabetes mellitus* (DM) en todo el mundo, la mayoría tipo 2, y por lo tanto se observará un incremento de la ERC. Actualmente se informa que en países como Estados Unidos, Canadá, Europa y Japón, entre 8 y 11% de la población adulta tiene enfermedad renal crónica sin saberlo.⁴

Por su parte, en España la prevalencia es de 13% para ERC, la población en riesgo puede alcanzar cifras altas como el 40%, e incluye fundamentalmente a los individuos mayores de 60 años, a los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica (HTA), diabetes y a los sujetos que tienen historia familiar de afectación renal o masa renal disminuida.⁵

En México hace pensar en un impacto de cerca de 4.5 millones de adultos, que aparentemente son sanos pero tienen enfermedad renal crónica.⁶

La Encuesta Nacional de Salud de 2006 (ENSANUT 2006) identificó una prevalencia de ERC en un 10.9% en la población de 20 a 69 años de edad, lo equivalente a más de seis millones de diabéticos, y estima que para el 2025 habrá 12 millones, de los cuales 33% (dos millones) desarrollarán ERC. Actualmente, en México existen alrededor de 51,000 pacientes en terapias dialíticas, de los cuales más de 50% son diabéticos y 70% son atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).⁷

En el IMSS se estima que 8.3 millones de mexicanos padecen insuficiencia renal crónica terminal moderada, 102,000 la tienen en fase sustitutiva y 35,000 reciben terapia sustitutiva en la actualidad, con una repercusión socioeconómica importante.⁸

Las estadísticas de mortalidad en el año 2005, en México, mostraron que la Enfermedad Renal Crónica fue, por sí misma, la décima causa de muerte a nivel nacional; de acuerdo con datos disponibles en el país.⁹

La Enfermedad renal crónica puede ser una manifestación de otras enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus o la hipertensión. Como alternativa, la enfermedad renal crónica puede ser una enfermedad renal intrínseca, tales como Enfermedad renal poliquística. Por lo tanto, al momento del diagnóstico de enfermedad renal crónica, los médicos de familia debe determinar la etiología subyacente de manera que el plan de tratamiento pueda ser dirigido apropiadamente. La diabetes es la causa principal de Enfermedad renal crónica, representando el 33%.¹⁰

La prevención, la detección temprana y el tratamiento oportuno de la enfermedad renal crónica se encuentra dentro del ámbito del médico de familia.¹¹

Un vínculo importante y a menudo pasado por alto, entre los resultados y los factores determinantes de la salud es la familia. La cual juega un papel importante en la mediación y moderación los efectos de los factores determinantes en los resultados de salud.¹²

La familia es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocial.¹³

En particular, la carga creciente de enfermedades crónicas representa un reto, en el cual el uso de recursos del entorno familiar y social se ha identificado como un factor estratégico para su control. En este sentido, variables familiares como su tipología y función, la etapa del ciclo familiar, los patrones de comunicación y los grados de conflicto se han relacionado con desenlaces clínicos, como el grado de control de enfermedades, el cumplimiento de las recomendaciones médicas, el desarrollo de complicaciones y, por ende, con el pronóstico a largo plazo de diversas patologías.¹⁴

La forma en que la familia se adapta a la enfermedad de uno de sus miembros, la cual tiene un fuerte impacto en la duración del curso clínico de la enfermedad, el bienestar psicosocial y la salud física de los miembros de la familia. Por lo tanto, el médico de familia debe ser capaz de evaluar, la adaptación de las familias a la enfermedad y promover estrategias exitosas de afrontamiento cuando sea necesario.¹⁵

Las enfermedades crónicas y, sobre todo, la dependencia pueden afectar a la dinámica familiar.¹⁶

La evidencia de diverso contextos de enfermedades crónicas indica que factores biológicos y psicosociales como la depresión, ansiedad y aislamiento social tienen un impacto significativo en la calidad de vida y la progresión de la enfermedad.¹⁷

En familias con tendencia hacia la desintegración, la presencia de un padecimiento puede llegar a producir un mejor funcionamiento familiar, pues por lo general la familia ejerce una tendencia centrípeta (fuerza cohesiva) sobre el sistema. Las crisis familiares en la adultez intermedia incluyen el enfrentamiento de la familia a enfermedades crónicas; en esta estudio se trata de pacientes con varios años de evolución de la diabetes mellitus, de forma que la crisis ocasionada por el diagnóstico de esta enfermedad suele haberse superado por la familia a diferencia de la carga que ocasiona el diagnóstico más reciente de ERC, el cual requiere un mayor reordenamiento de las relaciones intrafamiliares por las implicaciones que esta enfermedad de pronóstico sombrío tiene.¹⁸

La aptitud clínica del médico familiar consiste en el conjunto de capacidades expresadas en la identificación de signos y síntomas de la disfunción familiar, de indicadores para la integración y el uso de recursos para el diagnóstico y tratamiento.¹⁹

Las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad

de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica.²⁰

Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo. Se realizó un estudio Estado de México en el Hospital General de Zona 53 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la autopercepción de disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. En el cual se encontró que más de la mitad de los pacientes percibieron algún grado de disfunción familiar. Se identificó que la asistencia recibida por el enfermo dependía del grado de funcionalidad familiar. Solo 51 % de las familias participó en la asistencia de los pacientes. El 41 % pertenecía a familia disfuncional.²¹

Se realizó un estudio en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) del IMSS; En lo que respecta al funcionamiento familiar se encontró un mejor funcionamiento familiar en el grupo de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), en comparación al funcionamiento identificado en las familias integradas a DPCI; esto pudiera deberse a que en dicho programa de manera indirecta el personal de salud ayuda a la familia a tomar conciencia de la enfermedad y su evolución.²²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿La disfunción familiar es un factor de riesgo para progresión de enfermedad renal crónica?

OBJETIVO GENERAL:

Identificar disfunción familiar como factor de riesgo para progresión de enfermedad renal crónica, en derechohabientes del Hospital General Regional No 1.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la funcionalidad familiar de cada uno de los pacientes.
- Evaluar la función renal de cada uno de los pacientes.
- Identificar en que grupo de edad predomina la ERC y la disfunción familiar.

HIPOTESIS

Hipótesis de trabajo: A menor funcionalidad familiar mayor disminución de la tasa de filtración glomerular, en pacientes con Enfermedad renal crónica.

Hipótesis Nula: La funcionalidad familiar no tiene relación con la tasa de filtración glomerular en pacientes con Enfermedad renal crónica.

JUSTIFICACIÓN.

La Enfermedad Renal Crónica es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y gastos excesivos para su prevención, control y terapia sustitutiva. En nuestro país es una de las principales causas de muerte y presenta un incremento con cientos de miles de casos nuevos por año. Los factores de riesgo que inciden en la distribución y frecuencia de la ERC así como sus complicaciones son bien conocidos, no obstante y a pesar que México cuenta con un programa de acción de prevención y control de enfermedades crónicas, aún existen serias limitaciones que impiden la contención efectiva y eficaz de este padecimiento.

La enfermedad crónica produce un impacto psicosocial en los miembros de la familia, requiriendo un cambio de roles y una redistribución de las tareas, las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas, cuando hablamos de las primeras afecta al paciente obteniendo un mal apego a tratamiento, por ende presenta un impacto en el proceso salud enfermedad.

Con este estudio se pretende encontrar la función familiar de pacientes con ERC y su impacto en el control e progresión de la enfermedad, de tal manera que nos permitirá abrir espacios de consciencia mutua entre el enfermo y su entorno, con el fin de lograr un mejor control de la enfermedad, con el buen funcionamiento de la familia en padecimientos de esta índole y la generación de solidaridad y compromiso en una atención integrada formando una triangulación adecuada entre el Medico Familiar, el Medico Nefrólogo y la Familia, para la atención del paciente con ERC

MATERIAL Y METODOS

Tipo de Estudio: Estudio casos y controles, cuantitativo, prospectivo, longitudinal.

Lugar: Hospital General Regional No1 (HGR No1), Tijuana Baja California.

Periodo: En el periodo del 1ro de Abril del 2014 al 31 de Noviembre del 2014.

Población: Pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC), usuarios del HGR No1, Tijuana Baja California y unidad médica familiar No 27.

Tipo de muestra: Se realizó muestreo de tipo no probabilístico dirigido por criterios, el tamaño de muestra se estableció en base a prevalencia de enfermedad renal crónica del 10.9% de acuerdo a ENSANUT 2006, aplicando la formula $N = Z^2 \times P(1-P) / M^2$, correspondiendo a un tamaño de muestra de 128 pacientes con un margen de error del 5%.

Criterios de Inclusión: Se incluyeron aquellos pacientes, ≥ 18 años de edad que padecen ERC, con tasa de filtración glomerular (TFG) < 60 y ≥ 15 , que se les realizó estudios de laboratorio de función renal ≤ 3 meses de antigüedad, previamente hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios no inclusión: no se incluyeron a los pacientes < 18 años, que no son usuarios del HGR1, los que no acepten participar en el estudio, así como los que se encuentran en terapias sustitutivas y hospitalizadas.

Criterios de Exclusión: Se excluyeron a los pacientes sometidos a trasplante renal, durante el periodo de tiempo del estudio, a los que entregaron cuestionario FF.SIL incompleto, así como aquellos que no acudieron a realizarse estudios para valorar la función renal y dejaron de asistir a control en el HGR No1.

Definición de caso: Toda persona ≥ 18 años que presente una tasa de filtración glomerular (TFG) < 60 mililitros /minuto (ml/min) y ≥ 15 ml/min.

Definición de control: Toda persona ≥ 18 años que presente una tasa de filtración glomerular (TFG) ≥ 60 ml/min.

Se parearan casos y controles por género y edad ± 5 años

Método: Se solicitó permiso a directivos de HGR No1y de la UMF No. 27, para realización del estudio, posteriormente se invitó a los pacientes que acudieron a consulta externa de Nefrología del HGR No1 (casos) y en la consulta externa de la UMF No. 27 para seleccionar los controles. Solicitándoles su participación en el protocolo de estudio, las personas que aceptaron se les pidió que firmen consentimiento informado, se estudiaron variables sociodemográficas: edad, género, escolaridad, y ocupación. Se incluyeron variables metabólicas: presencia de comorbilidades como hipertensión, diabetes. Se aplicó el test FF-Sil a los casos y controles para valorar la función familiar, el cual mide las variables: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, y adaptabilidad, consta de un total de 14 ítems, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables, posteriormente los clasificamos: De 70 a 57 ptos. Familias funcional, de 56 a 43 ptos. Familia moderadamente funcional, de 42 a 28 ptos. Familia disfuncional, de 27 a 14 ptos. Familia severamente disfuncional.

ANALISIS ESTADISTICO.

Se realizó estadística descriptiva de las variables, dependientes e independiente; posteriormente con χ^2 para realizar análisis bivariado, se identificó la asociación entre ellas. Se empleó razón de momios para determinar el riesgo entre función familiar y Enfermedad renal crónica. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21.

ASPECTOS ETICOS

El presente estudio se elaboró, siguiendo los lineamientos de la declaración de Helsinki de 1964, modificada por la asamblea de Hong. Kong en 1989, así como el lineamiento del comité de investigación del Instituto Mexicano del seguro social.

Siendo un estudio de observación, el cual incluyo exámenes de laboratorio los cuales se les realizaron los mismos a todos los pacientes. Los documentos que conformaron la base de datos se manejaron en forma confidencial y únicamente los investigadores tuvieron acceso a ellos. Dado que se aplicó la encuesta y se realizaron estudios de laboratorio, se solicitó el consentimiento informado del paciente. Se pidió aprobación del estudio por el Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social de Baja California.

RECURSOS UTILIZADOS

HUMANOS:

- Médico investigador.
- Pacientes.

MATERIALES

- Computadora, internet, programa Estadístico SPSS 21, Acceso a programa WinLab Web del IMSS.
- Hojas blancas (copias).

ESTRUCTURALES

- Hospital regional No1Tijuana Baja California.
- Unidad Médica Familiar No 27.

Resultados

Se analizaron 256 pacientes con edad de los 18 años a los 64 años de edad, que acudieron a consulta externa de nefrología del HGR1 en Tijuana B. C., en el periodo comprendido abril del 2014 a diciembre de 2014, donde se midió la tasa de filtración glomerular con la fórmula de MDRD, así como se realizó el cuestionario de FFsil. De las 256 personas analizadas se excluyeron 2 personas del grupo control, 1 por no contestar el cuestionario de FFsil y la otra por perder los derechos de seguridad social.

De las 254 personas que se incluyeron al estudio, presentaron una mediana de 56 y una moda de 60 años de edad.

En relación a escolaridad en años se encontró una media del 8.7, mediana de 7 y una moda de 6 años.

Tabla1. Edad y escolaridad de los pacientes

Variable	Media	Mediana	Moda
Edad		56	60
Escolaridad	8.7	7	6

N= 254

De la población en estudio 130 fueron mujeres y 124 género masculino, el cual representa el 51.2% mujeres y el 48.8% hombres.

Por ocupación 121 (47.6%) son obreros, 11 (4.3%) profesionistas, 12 empleados (4.7%), Ama de casa 51 (20.1%), Pensionado o Jubilado 12 (4.7%), Técnico 12 (4.7%), Desempleado 12 (4.7%) y Comerciantes 23 (9.1%).

De acuerdo a su estado civil se encontró; solteros 13 (5.1%), 151 casados (59.4%), en unión libre 60 (23.6%), viudos 17 (6.7%), Divorciado o separado 13 (5.1%).

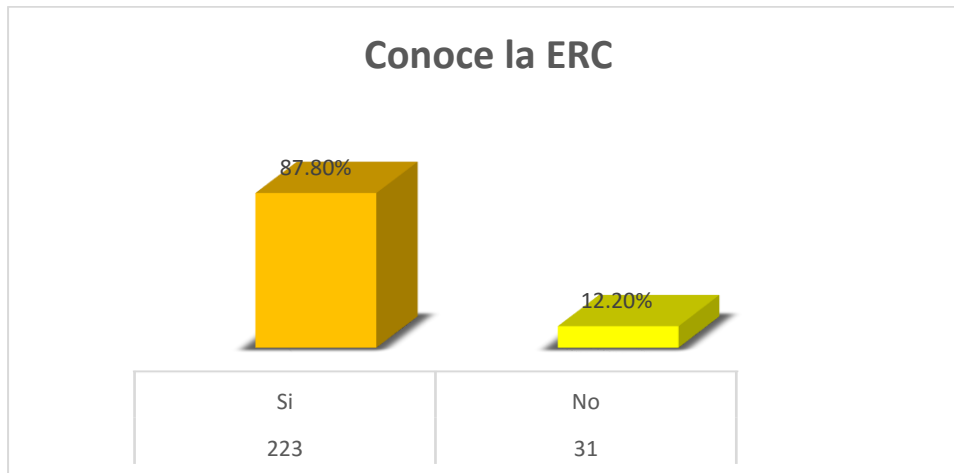
Tabla 2. Característica sociodemográficas

Variable	N	Frecuencia
Género		
Femenino	130	51.2%
Masculino	124	48.8%
Ocupación		
Obrero	121	47.6%
Profesionistas	11	4.3%
Empleados	12	4.7%
Ama de casa	51	20.1%
Pensionado o Jubilado	12	4.7%
Técnico	12	4.7%
Desempleado	12	4.7%
Comerciantes	23	9.1%
Estado Civil		
Solteros	13	5.1%
Casados	151	59.4%
Unión Libre	60	23.6%
Viudos	17	6.7%
Divorciado o Separado	13	5.1%

N=254

De los pacientes analizados 223 (87.8%) conocen la enfermedad renal crónica 31 personas (12.2%) no conocen la enfermedad renal crónica.

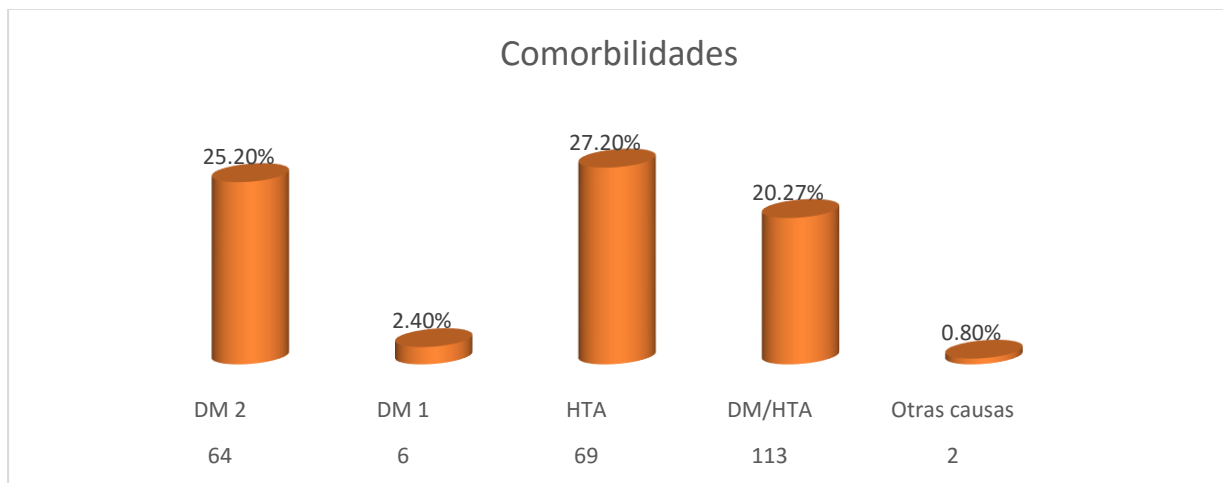
Grafico 1. Conocimiento de Enfermedad renal crónica.



N= 254

De la población estudiada de acuerdo a sus comorbilidades, se encontró que 64 (25.2%) padecen de DM2, DM1 6 (2.4%), Hipertensión arterial 69 (27.2%), DM2 / Hipertensión arterial 113 (44.5%), otras causas 2 (.8%).

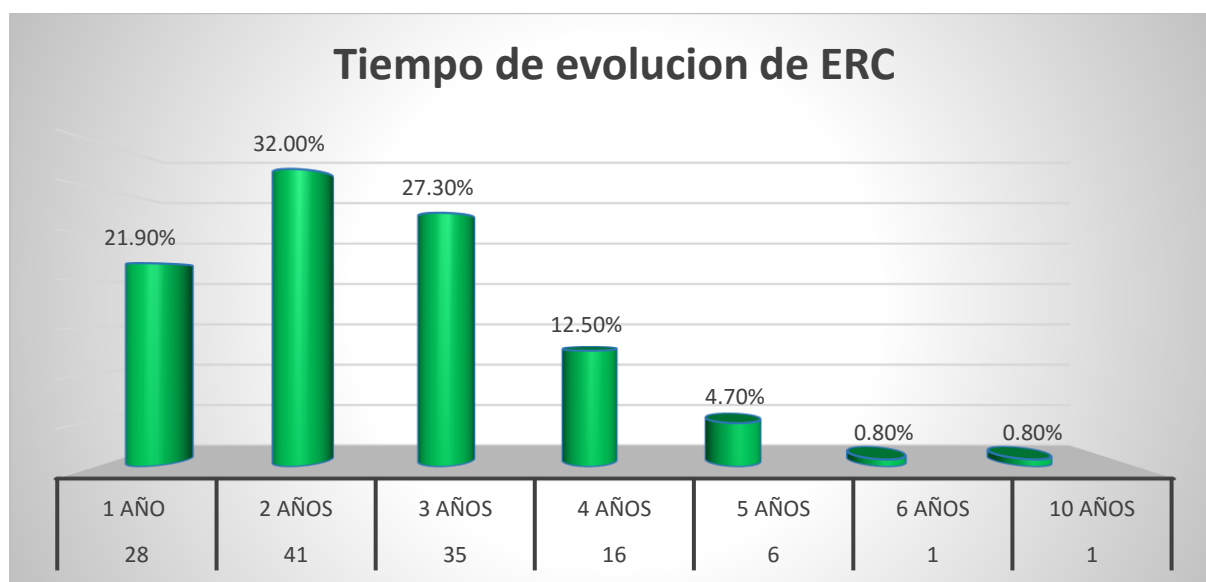
Grafico 2: Comorbilidades de los pacientes en estudio.



N= 254

De acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad renal crónica, el grupo casos que son los que padecen de enfermedad renal crónica, presento una media de 2.54, mediana de 2, moda de 2. De los cuales el 21.9% tiene 1 año, el 32.0% 2 años, el 27.3% 3 años, el 12.5% 4 años, el 4.7% 5 años, el 0.8% 6 años, 0.8% 10 años.

Grafico 3: Tiempo de evolución de Enfermedad renal crónica en grupo casos.



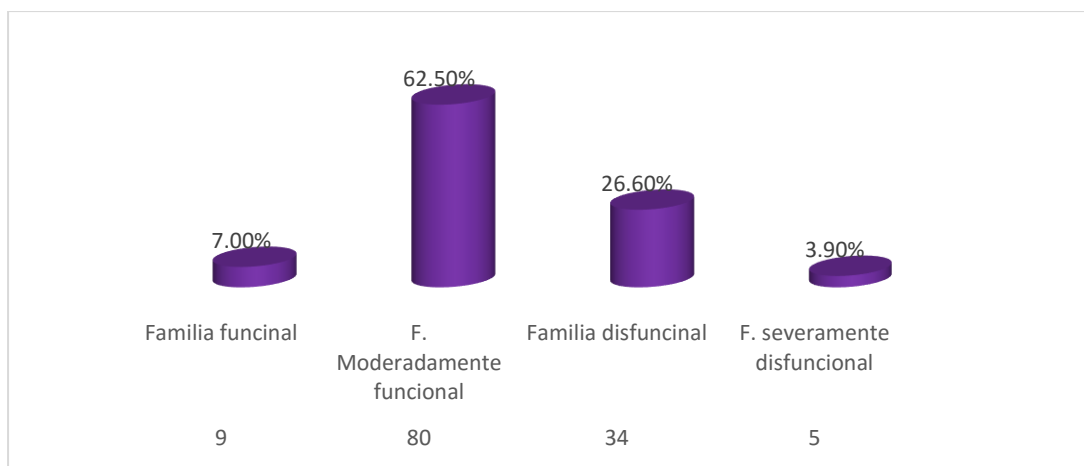
N=128

En cuanto a la tasa de filtración glomerular basal, se presentó en el grupo control una media de 44.16 ml/min, mediana 48.16 ml/min, moda de 48 ml/min, el grupo control presento una media 85.56 ml/min, mediana 85.54 ml/min, moda de 90.2 ml/min.

Seis meses después se realizó nueva medición de TFG, encontrando la media de 38.11 ml/min, mediana 43.50 ml/min, moda 46.00 ml/min. El grupo control presenta una media 78.19 ml/min, mediana 80.03 ml/min, 87.02ml/min.

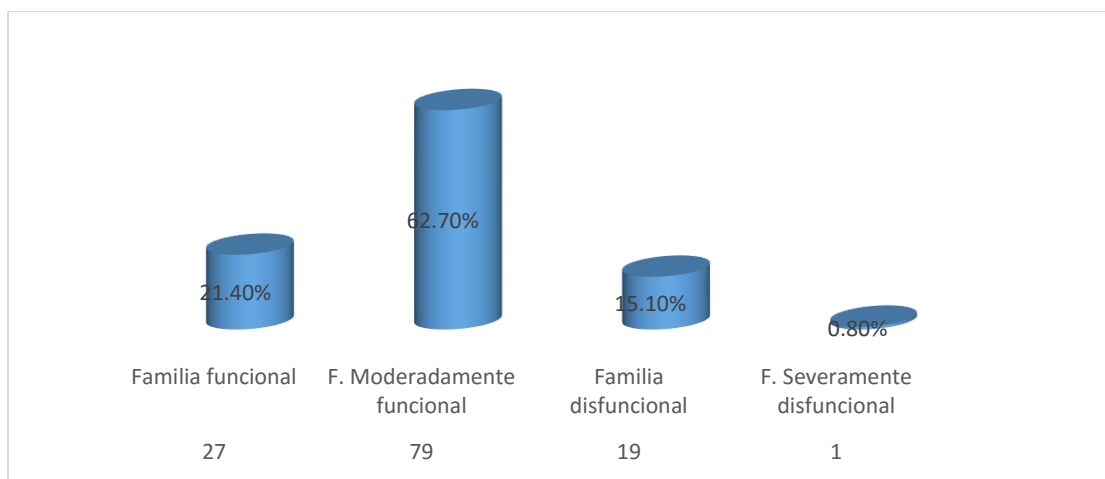
De acuerdo a la funcionalidad familiar basal, el grupo casos presento el 7.0% Familia funcional, 62.5% Familia moderadamente funcional, 26.6% Familia disfuncional, 3.9% Familia severamente disfuncional. El grupo control se encontró que el 21.4% Familia funcional, el 62.7% Familia moderadamente funcional 15.1% Familia disfuncional, 0.8% familia severamente funcional.

Grafico 4: Funcionalidad familiar basal grupo casos.



N=128

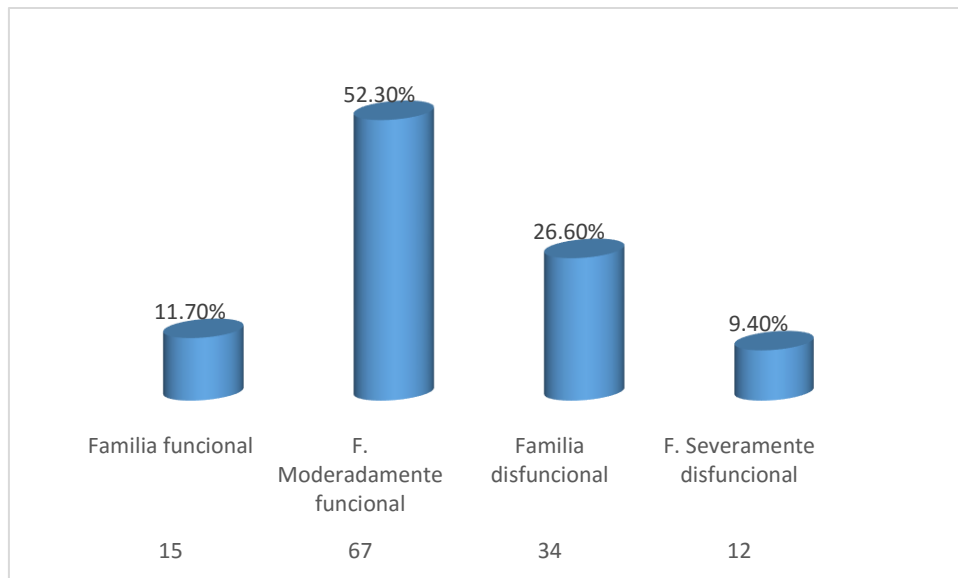
Grafico 5: Funcionalidad familiar basal grupo control.



N=126

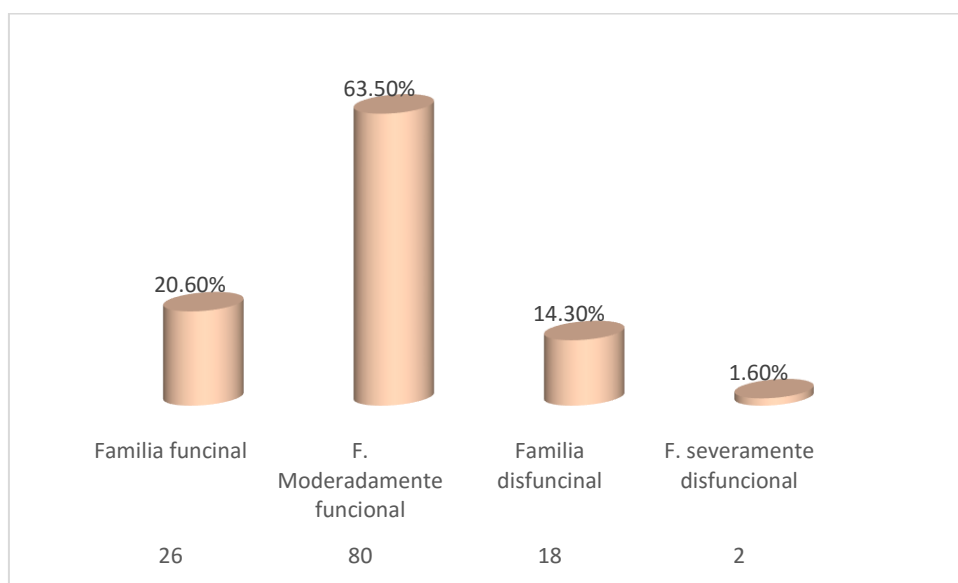
Seis meses posterior de vuelve a realizar FF sil, en el grupo casos se encontró que el 11.7% correspondió a Familia funcional, el 52.3% Familia moderadamente funcional, 26.6% Familia disfuncional, el 9.4% familia severamente disfuncional. En el grupo control se observó que el 20.6% pertenece a familia funcional, el 63.5% familia moderadamente funcional, el 14.3% familia disfuncional, el 1.6% familia severamente disfuncional.

Grafico 6: Funcionalidad familiar del grupo casos 6 meses después.



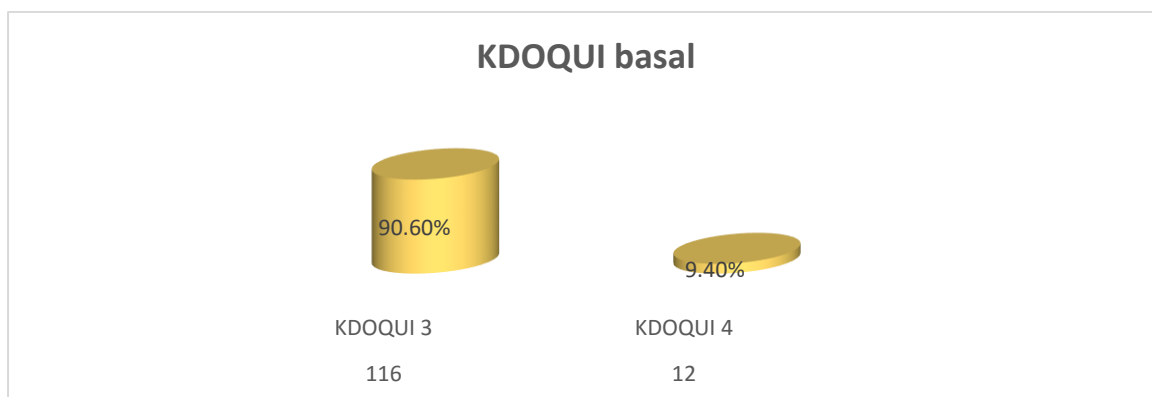
N=128

Grafico 7: Funcionalidad familiar del grupo control 6 meses después.



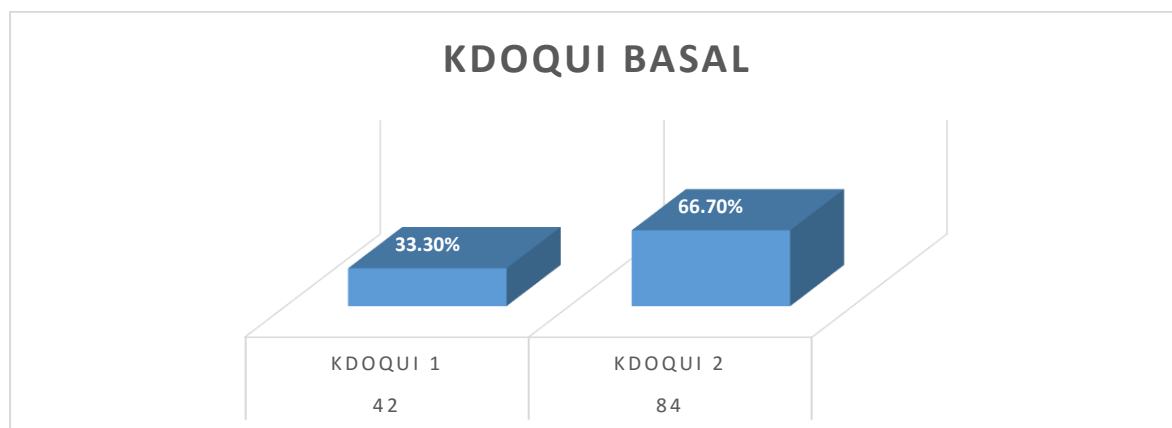
Los pacientes se clasificaron de acuerdo a la tasa de filtración glomerular con la escala de KDOQUI obteniendo los siguientes resultados en el grupo casos el 90.6% se encontró en el estadio KDOQUI 3 , el 9.4% en el estadio KDOQI 4. En el grupo control el 33.3% se encuentra en estadio 1 KDOQI, el 66.7% estadio 2 KDOQI.

Grafico 8: Estadio renal de enfermedad renal crónica medición basal del grupo casos.



N= 128

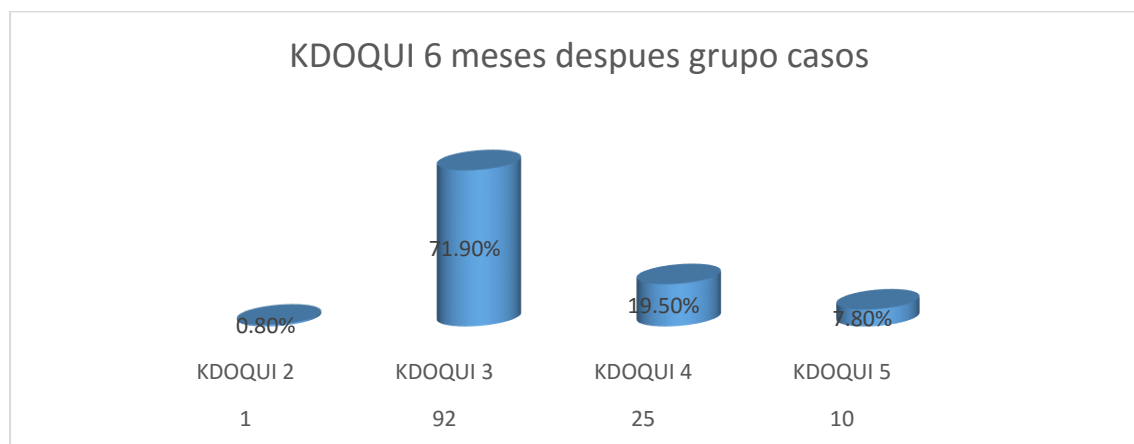
Grafico 9: Estadio renal de enfermedad renal crónica medición basal grupo control.



N= 126

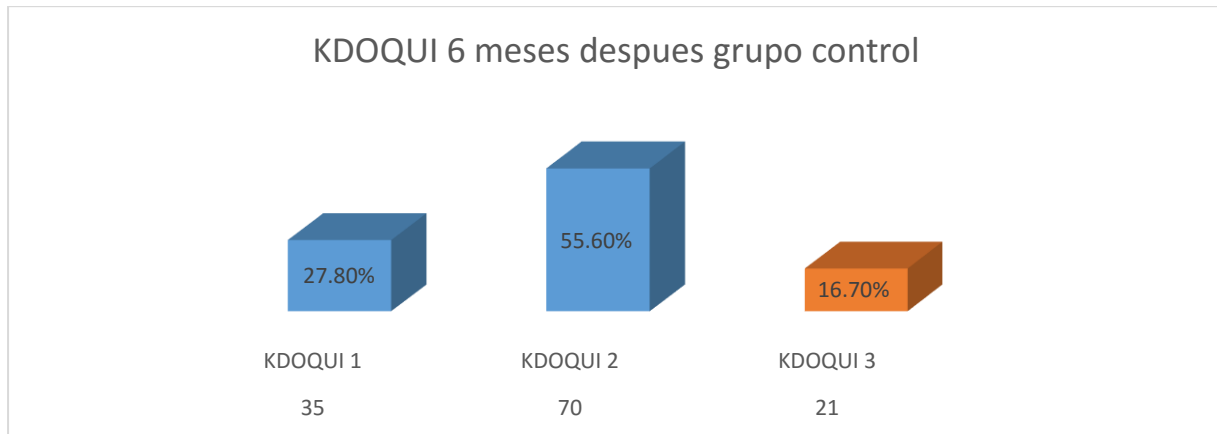
Seis meses posterior se revaloró la función renal obteniendo los siguientes resultados, el grupo casos presentó el 0.8% en el estadio 2 KDOQUI, el 71.9% estadio 3, el 19.5% estadio 4, el 7.8% en el estadio 5. El grupo control se encontró el 27.8% estadio, el 55.6% estadio 2 y el 16.7% estadio.

Grafico 10: Estadio renal de enfermedad renal crónica 6 meses después grupo casos.



N 128

Grafico 11: Estadio renal de enfermedad renal crónica 6 meses después grupo control.



N= 126

Se encontró en el grupo casos que consta de 128 pacientes, de los cuales 10 personas (7.8%) en los 6 meses a terapia sustitutiva 118 pacientes (92.2%) aún no se encuentra en terapia sustitutiva.

Grafico 12: pacientes que se encuentran en terapia sustitutiva del grupo casos.



N = 128

Se cruzan la variable dependiente (Tasa de filtración glomerular) y la variable independiente (Funcionalidad familiar), se aplica la X cuadrada obteniendo el siguiente resultado $P = .001$

Se calcula la probabilidad de riesgos utilizando la razón de momios, analizando la variable dependiente y la variable independiente, obteniendo un riesgo de posibilidades (RP) de 3.5.

Discusión

La disfunción familiar predispone a un estancamiento en el desarrollo de la familia. El objetivo fundamental del reconocimiento de tal disfunción será restablecer el flujo normal del ciclo vital familiar mediante el apoyo de terapeutas expertos en el tema o el médico familiar. Lograr este reconocimiento es de fundamental importancia para determinar el momento y el modo en que una transición normal del ciclo se transforma en un estado de crisis como lo es la enfermedad renal crónica.

Rodríguez Ábrego G. Rodríguez Ábrego I. en su estudio que se realizó en el Hospital General de Zona 53, Estado de México Instituto Mexicano del Seguro Social encontraron en el análisis de la dinámica familiar y satisfacción del paciente con su vida familiar, se encontró que el 41% de los pacientes percibieron algún grado de disfunción familiar pero hay que recordar que en este estudio solo se incluyeron a pacientes en terapia sustitutiva. La prueba estadística identificó que la asistencia recibida por el enfermo dependía del grado de funcionalidad familiar. En nuestro estudio de encontró que solo el 30.5% presenta familia disfuncional, así como se observó que aquellos pacientes que presentaron un grado de disfunción familiar disminuyó más su tasa de filtración glomerular que los que no tenían disfunción familiar.

Finalmente, este estudio deja establecido que los aspectos epidemiológicos son similares a lo encontrado en otras series publicadas y que un programa para la detección oportuna de la ERC en el primer nivel de atención, así como contar con

mayor número de médicos familiares y la detección de disfunción familiar, son áreas de oportunidad para la mejora.

Murphree D, Thelen S, en su estudio encontraron que la diabetes es la causa principal de Enfermedad renal crónica, representando el 33%. En nuestro estudio se encontró la causa principal es la combinación de DM2/Hipertensión arterial 44.5%, el 25.2% padecen de DM2, DM1 2.4%, Hipertensión arterial 27.2%, otras causas 8%.

Luz Helena Alba en el 2012 encontró que la tipología, función, la etapa del ciclo familiar, los patrones de comunicación y los grados de conflicto se han relacionado con desenlaces clínicos, como el grado de control de enfermedades, el cumplimiento de las recomendaciones médicas, el desarrollo de complicaciones. En nuestro estudio se encontró que los pacientes con mayor disfunción familiar, presentaron mayor disminución de la tasa de filtración glomerular y por ende mayor complicación de la enfermedad renal crónica.

Conclusiones

En este estudio se encontró una prevalencia de disfunción familiar en pacientes con enfermedad renal crónica es de 30.5% y en el grupo control un 15.9%. También se observó que los pacientes que presentaron disfunción familiar presentaron mayor disminución de la tasa de filtración glomerular, así como aquellos que mejoraron su funcionalidad familiar fue mínimo el descenso de la tasa de filtración glomerular. A pesar que en el instituto mexicano del seguro social no se cuenta con terapia familiar, creo que el hacer un test para diagnosticar la disfunción familiar, así como intervención por parte del médico familiar sería de bastante ayuda para el mejoramiento y cuidado de la enfermedad renal crónica.

BIBLIOGRAFÍA.

1. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J KidneyDis 2002; 39 (2 Supple 1):S1–266.
2. Flores Juan C. Enfermedad Renal crónica: Epidemiología y factores de riesgo. Rev.Med.Clin.Condes 2010; 21 (4):502-507.
3. Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana México, Secretaria de Salud 2009.
4. Martínez Ramírez H, Cueto Manzano A, Rojas Campos E, Cortés Sanabria L.Estrategias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana en primer nivel de atención.Medigraphic 2011; 1 (6): 44-50.
5. Marín R, Goicoechea M, Gorostidi M, Cases A, Díez J, Escolar G.Guía de la Sociedad Española de Nefrología sobre riñón y enfermedad cardiovascular. Versión abreviada. NEFROLOGÍA 2006; 1 (26): 31 –44.
6. Tamayo-Orozco J. La cobertura nacional de la enfermedad renal crónica. GacMéd Méx 2008; 6 (144): 520-523.
7. Méndez-Durán A. Prevención del daño, manejo de la Enfermedad Renal Crónica en el primer nivel de atención médica. Aten Fam 2010; 17(3):74-78.
8. Esquivel Molina C., Prieto Fierro J., López Robledo J., Ortega Carrasco R., Martínez Mendoza J., Velasco Rodríguez V. Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. MedIntMex 2009;25(6):443-449.
9. Pacheco-Domínguez R, Durán-Arenas L, Rojas-Russell M, Escamilla-Santiago R, López-Cervantes M. Diagnóstico de la enfermedad renal crónica como trazador de la capacidad técnica en la atención médica en 20 estados de México.Saludpúblicademéxico2011; 4(53): 499-505.
10. Murphree D, ThelenS, Chronic Kidney Disease in Primary Care 2010; 4 (23): 543-550.
11. Duaine D, Murphree MD, Sarah M, Et al.Chronic Kidney Disease in Primary Care. JABFM 2010; 4 (23):542-550.
12. Fisher L, WellisK.Can. Addressing Family Relationships Improve Outcomes in Cronic Disease. J FamPract 2000; 49: 561-566.

13. Louro Bernal I. La Familia en la determinación de la Salud. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29(1):48-51.
14. Luz Helena Alba. Familia y práctica médica .Univ. Méd. Bogotá Colombia 2012; 53 (2): 166-185.
15. Tansella C. illness and Family functioning: theoretical and practical considerations from the primary care point of view. FamPract 1995; 12(2):214-
16. Rodríguez-Sánchez E, Pérez-Peñaranda A, Losada-Baltar A, Pérez-Arechaederra D, Gómez-Marcos M, Patino-Alonso Maria C, Et al. Relationships between quality of life and family function in caregiver. BMC Family Practice 2011; 12 (19): 1-7.
17. McKercher. Psychosocial factors in adults with chronic kidney disease: characteristics of pilot participants in the Tasmanian Chronic Kidney Disease study. BMC Nephrology 2013; 14 (83): 1-9.
18. Rodríguez-Orozco A, Kanán-Cedeño E, Bautista de la Cruz J, Polina-Carrillo R, Gómez-Alonso C. No asociación entre percepción del funcionamiento familiar y modalidad de tratamiento de la enfermedad renal crónica secundaria a diabetes mellitus. Actas Esp Psiquiatr 2013; 41(2):63-66.
19. Louro Bernal I. La Familia en la determinación de la Salud. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29 (1): 48-51.
20. Cabrera-Pivaral C. Rodríguez Pérez I. González-Pérez G. Ocampo Barrios P. Amaya López C. Aptitud clínica de los Médicos Familiares en la identificación de la Disfunción Familiar en unidades de Medicina Familiar de Guadalajara. México Salud Mental 2006; 4 (29): 40-46.
21. Rodríguez Ábrego G, Rodríguez Ábrego I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev. Med IMSS 2004; 42 (2): 97-102.
22. Azcarate-García E, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Pérez J, Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. Archivos en Medicina Familiar 2006; 2 (8): 97-102.

ANEXOS:

ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS (Realizada por el investigador).

FOLIO: _____

INICIALES DEL NOMBRE: _____ NSS: _____

EDAD _____ años.

ESTADO CIVIL: _____ 1.- Soltero (a) 2.- Casado (a) 3.- Unión libre. 4.- Viudo (a) 5.- Divorciado o separado.

Género: _____ 1.- Femenino 2.- Masculino

¿CONOCE USTED DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA?: _____ 1.- SI 2.-NO

¿TIEMPO QUE TIENE PADECIENDO LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA?

Años _____

¿SE ENCUENTRA USTED EN PROGRAMA DE DIALISIS O HEMODIALISIS?: _____

1.-SI 2.-NO

¿SE HA REALIZADO EN LOS ULTIMOS 3 MESES LABORATORIOS PARA VALORAR SU FUNCION RENAL?: _____

1.-SI 2.-NO

¿ACUDE REGULARMENTE A SUS CITAS DE NEFROLOGIA?: _____

1.- SI 2.-NO 3.- Algunas veces.

¿PADECE USTED ALGUNA OTRA ENFERMEDAD?: _____

1.- SI 2.-NO

¿CUAL ENFERMEDAD?: _____

1. - DM2 2. - DM1 3. - HTA 4. - DM2 /HTA 5. - AUTOINMUNES 6.- MALFORMACIONES
7.- OTRAS CAUSAS. 8.- NO APLICA.

Teléfono: _____

Anexo 2:

INSTRUMENTOS VALIDADO DE MEDICION.

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que usted clasifique, **Marcando con una X la respuesta según número que corresponda.**

Casi nunca (1). Pocas veces (2). A veces (3). Muchas veces (4). Casi siempre (5).

PREGUNTA	1	2	3	4	5
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
En mi casa predomina la armonía.					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
Las manifestaciones de cariño, forman parte de nuestra vida cotidiana.					
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
Tomamos en consideración las experiencias, de otras familias ante situaciones difíciles.					
Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
Podemos conversar diversos temas sin temor.					
Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
Los intereses y necesidades de cada cual, son respetados por el núcleo familiar.					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Puntuación total	
------------------	--

Anexo 3:

Nombre y tipo de variable.	Definición conceptual	Definición operacional.	Escala de medición.
Edad:	Tiempo que ha vivido una persona.	Años cumplidos.	Escala
Estado Civil:	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.	1.- Soltero. 2.- Casado. 3.- Viudo. 4.- Divorciado. 5.- Unión libre.	Nominal.
Género:	El género es, por tanto, la construcción psico-social de lo femenino y lo masculino.	1.- Masculino. 2.- Femenino.	Nominal.
Tiempo de evolución:	Medida del tiempo que transcurre desde el diagnóstico (o tratamiento) de una enfermedad hasta que la enfermedad empieza a empeorar.	Años	< 1 año. ≥ 1 año < 3 años. ≥ 3 años < 5 años. ≥ 5 años.
Terapia sustitutiva:	Conjunto de técnicas de depuración extracorpórea continua, que permiten el reemplazo de la función renal en el paciente en estado crítico.	1.- Diálisis. 2.- Hemodiálisis	Nominal.
Estudios de laboratorio:	Es una serie de estudios analíticos que se realizan en	1.- Sí.	

	un laboratorio a diversas muestras biológicas como medio de ayuda para el diagnóstico y para el tratamiento del paciente.	2.- No.	Nominal.
Cita Médica:	Día y hora del encuentro o entrevista con el médico.	1.- Si 2.- No	Nominal.
Enfermedad:	Conjunto de signos y síntomas que tienen la misma evolución y proceden de una causa específica de origen no siempre conocido y que provocan una alteración más o menos grave de la salud.	1.- Si 2.- No	Nominal.
Función familiar:	Es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de la categoría de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad.	Se aplicara el test FF-Sil que consta de un total de 14 ítems, que mide cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, y adaptabilidad.	De 70 a 57 pts. De 56 a 43 pts. De 42 a 28 pts. De 27 a 14 pts.
Tasa de filtración glomerular:	Es el volumen de fluído filtrado por todos los glomérulos renales por unidad de	Formula MDRD: $\text{TFG (mL/min/1.73)} = \frac{175}{\text{creatinina (cr)}} \times$	KDOQI • Estadio 1: TFG > 90 mL/min. • Estadio 2: TFG >60 <89 mL/min.

	tiempo. Normalmente se mide en mililitros por minuto (ml/m).	(Edad) x (0.742 si es mujer)	• Estadio 3: TFR >30 <59 mL/min. • Estadio 4: TFR >15 <29 mL/min. • Estadio 5: TFR < 15 mL/min.
--	---	---------------------------------	--