

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27
TIJUANA, BAJA CALIFORNIA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR EN EL CONTROL GLICÉMICO Y
ANTIHIPERTENSIVO EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 MÁS
HIPERTENSION ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN A UMF No. 27 DE
TIJUANA BAJA CALIFORNIA.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ISIDRO BOJORQUEZ AGUILERA

DICIEMBRE 2015

TIJUANA, B.C.

IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR EN EL CONTROL GLICÉMICO Y
ANTIHIPERTENSIVO EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 MÁS
HIPERTENSION ARTERIAL SISTÉMICA QUE ACUDEN A UMF No. 27 DE
TIJUANA BAJA CALIFORNIA.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ISIDRO BOJORQUEZ AGUILERA

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSÈ CAMACHO ROMO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICIA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27, TIJUANA, B.C.

ASESOR DE TESIS:

DRA. MARIA CECILIA ANZALDO CAMPOS.

DRA. MARÌA CECILIA ANZALDO CAMPOS.
COORDINADOR CLÌNICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÈDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27

DICIEMBRE 2015

TIJUANA, B.C.

AGRADECIMIENTO:

Primero le doy gracias a Dios por prestarme la vida y darme la oportunidad de culminar esta especialidad en Medicina Familiar ya que sin su bendición nada podemos hacer ya que todo le pertenece al Creador, nuestro tiempo, la vida, el aire que respiramos todo lo que existe le pertenece. Le doy gracias a Dios por prestarme a mis hijas Daniela y Julieta quienes nacieron en el transcurso de estos tres años, a mi esposa a quien Dios le ha dado sabiduría y entendimiento en quien he encontrado un apoyo, que en los momentos difíciles me ha sabido brindar palabras de aliento para continuar esforzándome y otorgar lo mejor de mi día con día. A mis padres por sus consejos que siempre han sido muy asertivos y por la educación que me han brindado desde la infancia.

De igual manera agradezco a mis compañeros y amigos residentes por su apoyo y confianza quienes hemos sabido formar un ambiente agradable de trabajo exhortándonos unos a otros y otorgándonos críticas constructivas para ser mejores en nuestra labor profesional y en la relación médico-paciente-familia.

Un muy especial agradecimiento a nuestros maestros tutores quienes nos han formado con ética y profesionalismo en especial al Dr. Juan José Camacho Romo, como profesor titular y coordinador clínico de educación e investigación médica de la UMF No 27 y asesor metodología del trabajo de tesis.

Doy gracias al INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL por darnos la oportunidad de formarnos como médicos especialistas de primer nivel de atención por ofrecernos toda su infraestructura tanto de recursos materiales como humanos para llevar a cabo cada una de nuestras actividades.

ÌNDICE GENERAL

	PÀGINA
RESUMEN.....	1
ANTECEDENTES.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	8
MATERIAL Y METODOS.....	9
RESULTADOS.....	11
DISCUSION.....	26
CONCLUSION.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXOS.....	30

RESUMEN:

Título: importancia del apoyo familiar en el control glicémico y antihipertensivo en el paciente con DM tipo 2 más hipertensión arterial sistémica que acuden a UMF No. 27 de Tijuana Baja California. Objetivo: Determinar el nivel de apoyo familiar en pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica más diabetes mellitus tipo 2 que acuden a su control médico en la UMF No. 27. Material y método: se realizó un estudio transversal, descriptivo en pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 más hipertensión arterial que acuden a la consulta externa de la UMF No 27 de ambos turnos (matutino y vespertino), durante el periodo comprendido del 03 julio al 22 de julio del 2005. La muestra se determinó en base a la población de pacientes con DM tipo 2 más hipertensión arterial sistémica que estén registrados en archivo clínico de la unidad. En Agosto del 2005 se tiene 1,130 pacientes. Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo cualitativo, dirigido por criterio realizando 208 encuestas que corresponden al 18.4% de la población. Teniendo en cuenta las siguientes características. Que el mismo pacientes sea portador de DM tipo 2 así como hipertensión arterial sistémica, ser derechohabiente IMSS y pertenecer a la UMF No 27. Se invito a participar a los pacientes que acudan a la consulta externa de medicina familiar a su control médico, dicho cuestionario consta de 66 preguntas, cuyos resultados se clasifco de la siguiente manera. Apoyo familiar bajo entre 66 y 153 puntos, apoyo familiar medio entre 154 y 241, apoyo familiar alto entre 242 y 330. Tomándose la tensión arterial con 20 minutos previos de reposo, así como resultados de laboratorio del expediente clínico de HbA1c. Resultados: al correlacionar apoyo familiar con control glucémico más antihipertensivo tenemos que el apoyo familiar en la población estudiada es poco o nulo. Ya que al realizar 208 entrevistas tenemos que solo el 17.8% tienen bueno y aceptable control. Conclusión podemos decir que el paciente se controla así mismo al sujetarse al tratamiento dietético y farmacológico.

ANTECEDENTES.

La diabetes mellitus es actualmente una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas, una de las cinco primeras causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y epidemia en muchas naciones en desarrollo o recientemente industrializados. La diabetes mellitus constituye uno de los mayores retos de la salud pública del siglo XXI. (1)

En 1985 la OMS estimó la existencia de 30 millones de personas con diabetes. Diez años después el número alcanzó 135 millones. Actualmente existen más de 150 millones de diabéticos en el mundo y es probable que en el año 2025 se llegue a 300 millones. (1)

En las comunidades europeas y norteamericanas la prevalencia de DM tipo 2 se estima en 3-5% de la población, mientras que en los países en desarrollo es muy rara en poblaciones autóctonas con asentamientos tradicionales, pero es muy común (10%) en los adultos. (2)

En México los costos indirectos y directos de la enfermedad son de 330 y 100 millones de dólares anuales. La presencia de complicaciones micro vasculares y macro vasculares, incrementan el costo del tratamiento de los pacientes en más de 3 y media veces. (1)

En México la mortalidad por diabetes ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Actualmente 49,855 personas mueren al año en nuestro país por esta causa. (1)

La prevalencia de la diabetes mellitus en la población de 20 a 69 años de edad en México es de 10.7% y está directamente relacionada con la edad. En la población mayor de 50 años de edad, la prevalencia supera 20%. (1)

Por otro lado, la transición epidemiológica y el incremento en la esperanza de vida han influido en la aparición de padecimientos crónicos degenerativos altamente demandantes en los servicios de salud. De estos padecimientos, al ocupar los primeros lugares de atención, destacan los cardiovasculares; entre ellas la hipertensión arterial reporta aproximadamente 50 millones de casos en Estados

Unidos, en tanto en Canadá y México la prevalencia alcanza 25 y 26.6% respectivamente. (3)

El control adecuado de las cifras de presión arterial en los pacientes con hipertensión arterial aumenta su esperanza y calidad de vida, sin, embargo uno de los problemas inherentes a su tratamiento es que la evaluación de la (PA) no produce de manera habitual manifestaciones clínicas relevantes, por lo que el paciente tiene falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada. (3)

La hipertensión arterial esencial es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. En la población urbana de México su prevalencia se estima en 25% y en la población rural varía del 13% al 21%. (4)

En México en 1993 se tenía una prevalencia de 26.6% de personas con hipertensión arterial, en el 2000 aumento a 30.05% de personas entre 20-69 años, y a partir de los 50 años la prevalencia supera el 50% (uno de cada 2 mexicanos es hipertenso). De la Encuesta Nacional en México (ENSA 2000), tenemos los siguientes resultados: 1.- El 61 % de la población ignoraba ser hipertenso. 2.- El 39% de la población que tenía diagnóstico previo no tomaba tratamiento. 3.- Del 46.9% de los hipertensos que se encontraban solo el 23.9% tenían cifras menores a 140/90 mm/Hg. 4.- De los 12,035 pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial solo el 8.5% estaba controlado. 5.- En el hombre la prevalencia de hipertensión arterial fue de 34.2% y en la mujer de 26.3%. 6.- La prevalencia de hipertenso arterial es mayor en los estados del norte de la república, siendo la más alta de Baja California con 35.1%. Los estados del sur con una prevalencia de menos el 30% (con excepción de Tabasco y Yucatán), y el DF de 26.3% en cuanto a la incidencia, en el año 2003 se notificaron 435,579 casos nuevos de hipertensión arterial para una tasa de 41.9/10 000 habitantes (11.5% más que en el 2002; 17.3% más que en el 2001). (5)

Actualmente la hipertensión se considera como un problema de salud a nivel mundial cuya prevalencia se estima entre un 10 a 15%, de la población general, es decir entre 200 y 300 millones de personas en el mundo. (6)

La diabetes mellitus tipo 2 como enfermedad crónica reviste especial importancia no solo para constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente diabético para llevar a cabo su tratamiento, para lograr el control metabólico y prevenir sus múltiples complicaciones.(7) Además de la ingesta de medicamentos se requieren de otras medidas de control, primordialmente el ajuste de alimentación, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, vigilancia y aseo adecuado de los pies y el cuidado de los dientes. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica. Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas. Como enfermedades crónicas, la diabetes es un evento estresante, con grandes probabilidades de ser emocionalmente difícil para el enfermo. El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento. Dicho apoyo tiene sus bases en las redes sociales y deriva de las relaciones interpersonales familiares o de pares. Se halla integrado por empatía, estímulo, información, ayuda material y expresiones de participación. (7)

El buen control metabólico del paciente diabético retrasa el inicio de las complicaciones crónicas; así, un tratamiento intensivo que mantiene los niveles de glucemia en ayuno por debajo de los 120 mg/dl, retarda el inicio de la retinopatía y reduce el riesgo de albuminuria y el desarrollo de neuropatía, por lo que los esfuerzos dirigidos a lograr y sostener niveles de normo glicemias en el diabético constituyen uno de los principales retos en su manejo. (8)

El control de la glicemia, más que el simple hecho de tomar un medicamento depende de un conjunto de conductas adoptadas frente a la enfermedad, en las que el tomar los medicamentos, realizar ejercicios y adherirse a la dieta adquieren un papel igualmente preponderante (8). La dinámica de interrelación que se establece entre la familia y el individuo diabético es uno de los factores determinantes del control metabólico de este paciente en particular, como reportan los que han descrito

que los diabéticos con un medio familiar favorable, aumentan su conocimiento sobre la enfermedad, reducen el estrés y mejoran la realización del tratamiento. (9)

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante su propia necesidad, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica. (10)

El fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con esta. En este contexto, el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego. (4)

La influencia en la prevalencia de diabetes e hipertensión arterial es bidireccional. La prevalencia de hipertensión en la población diabética es de 54.5% en tanto que la población no diabética es de 27.8%. Así, el ser diabético se traduce en un riesgo de ser hipertenso. (1)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México existen pocos estudios que hablen de la importancia del apoyo familiar en el éxito del control glicémico y antihipertensivo de paciente portadores de hipertensión arterial sistemática y diabetes mellitus tipo 2. Por lo que nos formulamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la importancia del apoyo familiar en el control glicémico y antihipertensivo de los pacientes con diabetes mellitas tipo 2 más hipertensión arterial sistémica, que acuden a consulta a la unidad de medicina familiar No 27 del IMSS en Tijuana B.C?

JUSTIFICACIÓN

La falta de conocimiento del padecimiento por parte de los familiares para el mejorar control y apego del tratamiento de la diabetes mellitus más hipertensión arterial sistémica.

Los diferentes grados de disfunción familiar que existen en los diferentes núcleos familiares que afectan el área afectiva y por lo tanto falta de interés en el éxito del tratamiento.

Los hábitos alimenticios tan monótonos en que se encuentran inmersos dificultan la preparación de los regímenes alimenticios al momento de preparar la dieta bajas en hidratos de carbono y sodio.

El sedentarismo en que encuentran la mayoría de los pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 más hipertensión arterial sistémica disminuye el metabolismo de calorías y por lo tanto un mal control metabólico y antihipertensivo. Los altos costos en el tratamiento de las complicaciones de los pacientes descompensando en que se encuentran los hospitales públicos así como la afectación en la economía de los mismos pacientes.

Evitar complicaciones a corto plazo para tener una mejor calidad de vida.

OBJETIVOS

- Determinar el nivel de apoyo familiar en pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica más diabetes mellitus tipo 2 que acuden a su control médico en la UMF No. 27.
- Determinar la relación de apoyo familiar con el control glicémico y antihipertensivo de dichos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 más hipertensión arterial sistémica que acudieron a consultas externas de medicina familiar en el periodo comprendido entre el 3 de julio al 22 de julio del 2005 en la UMF No. 27 en Tijuana, B.C.

Selección de la muestra: la muestra se determinó en base al total de pacientes derechohabientes con diagnóstico diabetes mellitus tipo 2 más hipertensión arterial sistémica de la UMF No 27 en Tijuana Baja California. Se realizó un muestreo no probabilístico, de tipo cualitativo dirigido por criterios.

En el archivo clínico de la unidad se cuenta con una población de 1,130 pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 más hipertensión arterial sistémica de los que se abordaron a 208 pacientes de ambos turnos (matutino y vespertino) que representan el 18.4% de la población. Se abordaron a los pacientes que se encontraban en la sala de espera de consulta externa se les hizo la invitación explicándoles el motivo del estudio y se les instruyó de forma breve como llenar el cuestionario de evaluación de apoyo familiar (ANEXO 1).

El cuestionario consta de 66 preguntas donde se evalúan conocimientos sobre las medidas de control, actitudes hacia el enfermo, actitudes hacia las medidas de control. Para la calificación de cada proposición se utiliza el método de escalonamiento de Lickert o escala de puntos sumativos, con cinco alternativas de respuestas cada una de ellas, las cuales van de uno a cinco (de negativo positivo respectivamente), que da una puntuación máxima o mínima.

La primera corresponde al número de respuestas multiplicado por la puntuación mayor en cada alternativa de respuesta; de igual forma la puntuación menor corresponde al número de preguntas multiplicado por la puntuación menor en las alternativas respuestas.

Los rangos para cada categoría se determinaron con base en el intervalo, que se calcula con el valor de puntuación máxima (330), menos el valor de la

puntuación mínima (66), entre las tres categorías (intervalo 88), se determinara de la siguiente manera, apoyo familiar bajo con puntuación entre 66 y 153, apoyo familiar medio, entre 154 y 241, apoyo familiar alto entre 242 y 330. Registro de tensión arterial previo 20 minutos de reposo, que se evaluó de la forma siguiente: TAS (tensión arterial sistólica) bueno si es de menor de 130, TAS aceptable si es de 130-159, TAS mal manejo si es mayor o igual a 160. TAD (tensión arterial diastólica) bueno si es menor de 80, TAD aceptable si es de 80-89, TAD mal manejo si es mayor o igual a 90. Así como hemoglobina glucosilada (HbA1c), que se evaluó de la forma siguiente: HbA1c bueno si es menor de 7, HbA1c aceptable si es de 7-7.9, HbA1c mal manejo si es igual, o mayor a 8. (2)

Criterios de inclusión:

- Que el mismo paciente sea portador de diabetes mellitus tipo 2 más hipertensión arterial sistémica
- Que acuda a control a la consulta externa de medicina familiar.
- Ser derechohabiente IMSS y pertenecer a la UMF No. 27.
- Deseen participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Todo paciente que sea únicamente portador en forma aislada de hipertensión arterial sistémica.
- Todo paciente que sea únicamente portador de forma aislada de diabetes mellitus tipo 2.
- Paciente portador de diabetes mellitus tipo 1.
- No derechohabiente de UMF No.27.
- Que no desee participar en la entrevista.

Criterio de eliminación:

- Pacientes que no contesten de forma adecuada el cuestionario.

El análisis estadístico se realizó utilizando pruebas estadísticas descriptivas. Medidas de tendencia central para variables cuantitativas y porcentaje para cualitativas. Se utilizó el programa SPSS versión 12.

DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LAS VARIABLES.

Ver anexo 3.

RESULTADOS

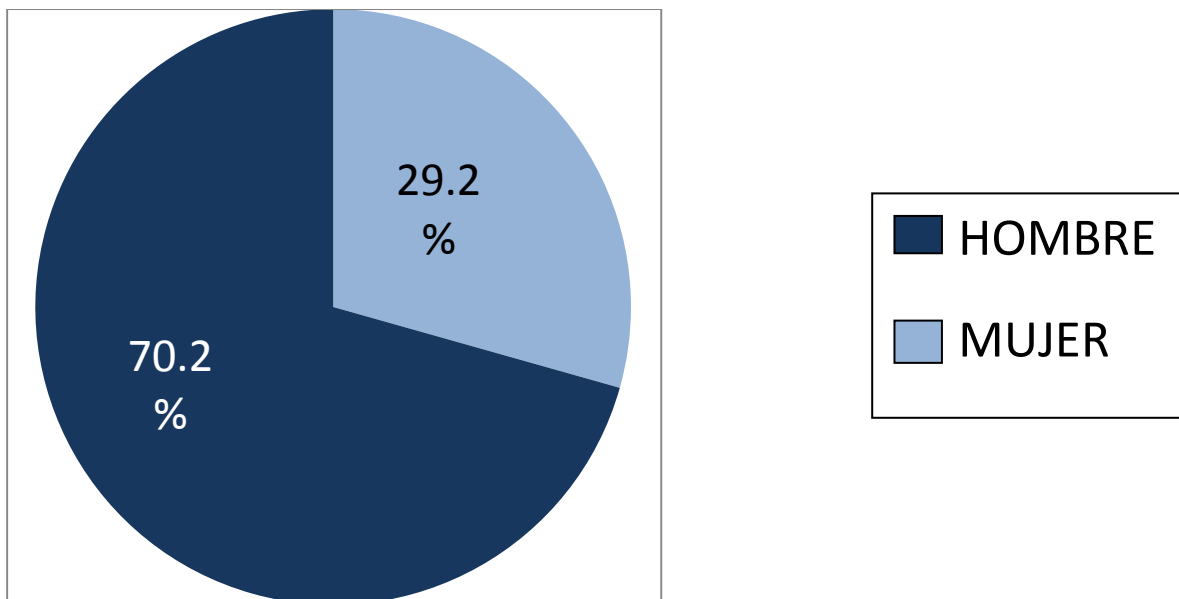
Esta sección presenta los resultados encontrados en las encuestas realizadas a pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 más hipertensión arterial sistémica que acuden a la consulta externa de la UMF No. 27 de Tijuana B.C. En relación al número de cuestionarios aplicados se encontró que el 100% de los contestados fueron de forma correcta mismos que fueron utilizados para realizar la interpretación de los resultados.

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS ENCUESTADOS

El total de personas incluidas en el estudio se dividió en 62 hombres y 146 mujeres. (29.8 y 70.2 % respectivamente), siendo un total de 208 entrevistas.

GRÁFICO 1. RELACION POR SEXO

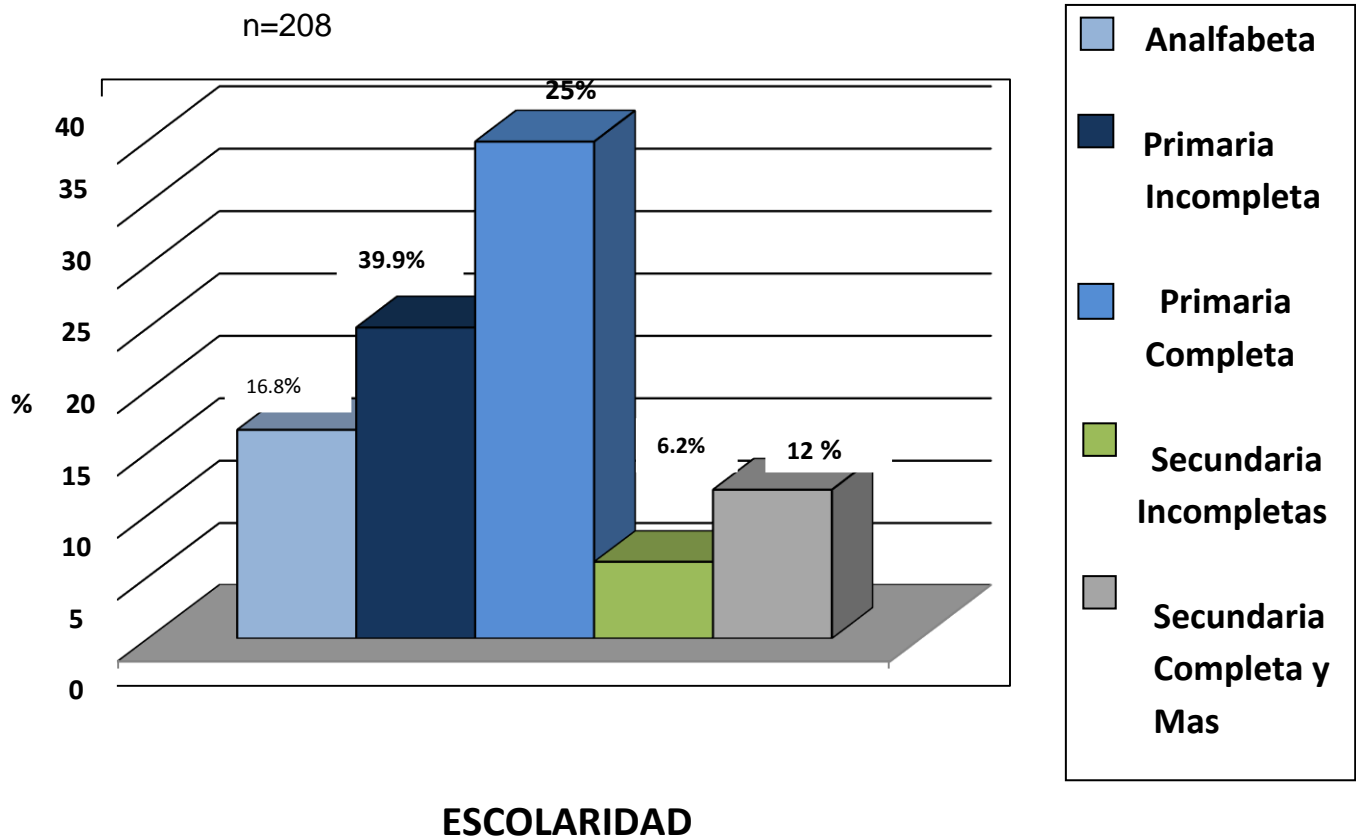
n= 208



ESCOLARIDAD

Tenemos un predominio de primaria completa con un total de 83 casos que corresponden al 39.9%, segundo de primaria incompleta con un total de 25% (52), analfabetas con 16.8% (35), secundaria completa y más con 12% (25), y por ultimo secundaria incompleta con 6.2% (13).

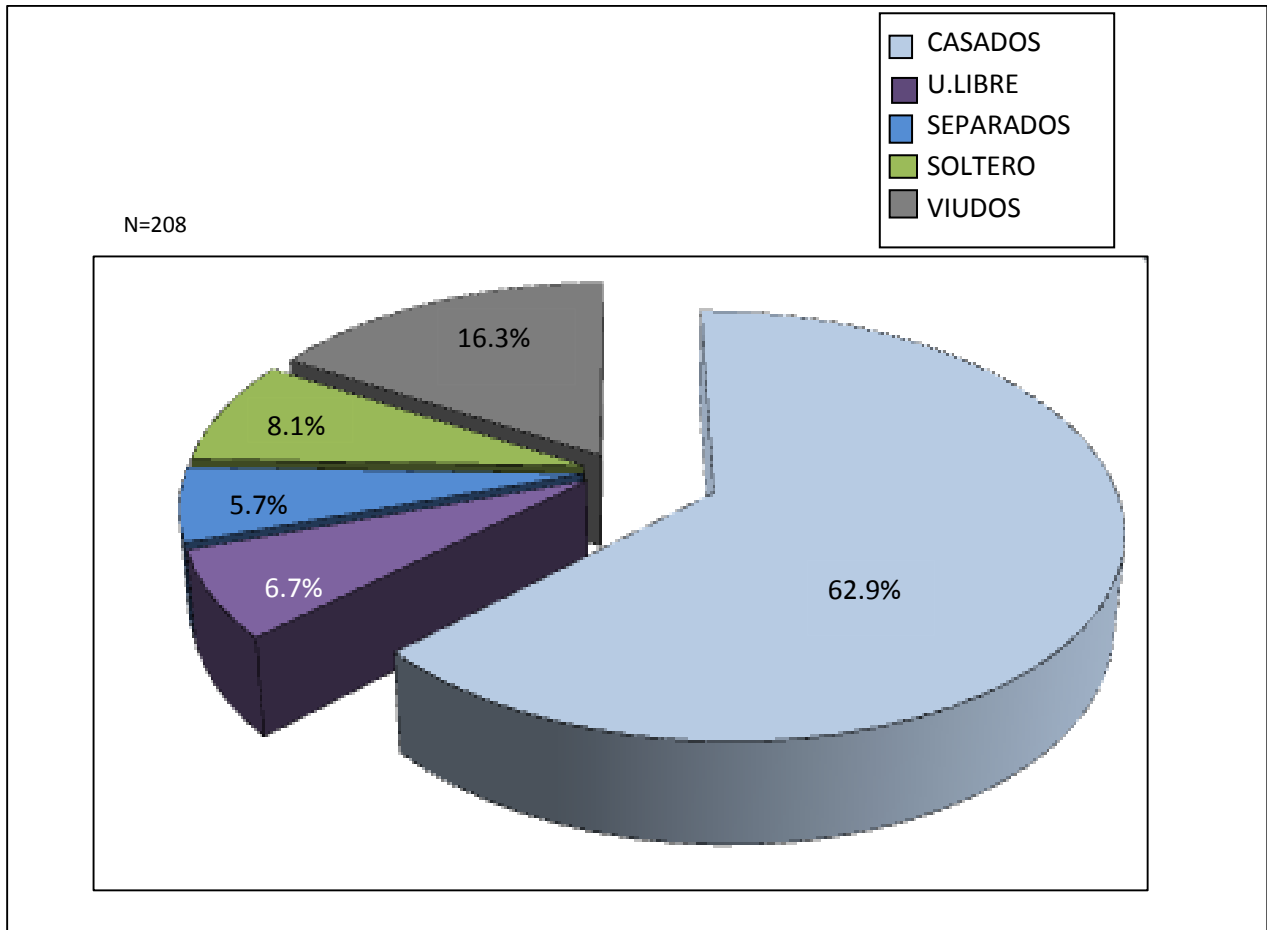
GRAFICO 2. ESCOLARIDAD



ESTADO CIVIL

Tenemos un predominio de casados con un 62.9% (131), seguida de viudos con un 16.3% (34), solteros con un 8.1% (17), unión libre con un 6.7% (14), y por último separados con un 5.7% (12).

GRAFICO 3. ESTADO CIVIL

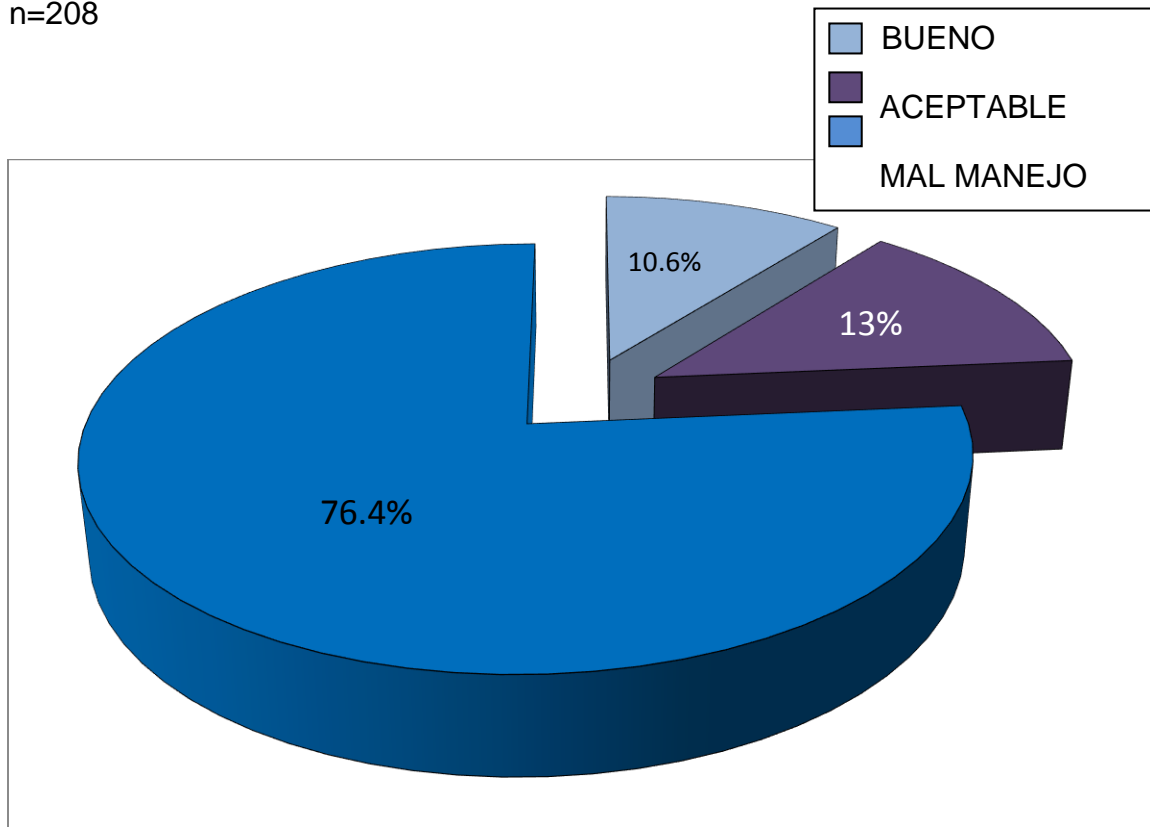


RESULTADOS DE IMC

En relación al índice de masa corporal tenemos un predominio de pacientes con mal manejo con un predominio de sobrepeso con IMC de mayor de 27 con un 76.4% (159), con aceptable manejo con IMC de 25 a 27 con un 13% (27), con buen manejo con un IMC menor de 25 con un 10.6% (22).

GRAFICO 4. ÍNDICE DE MASA CORPORAL

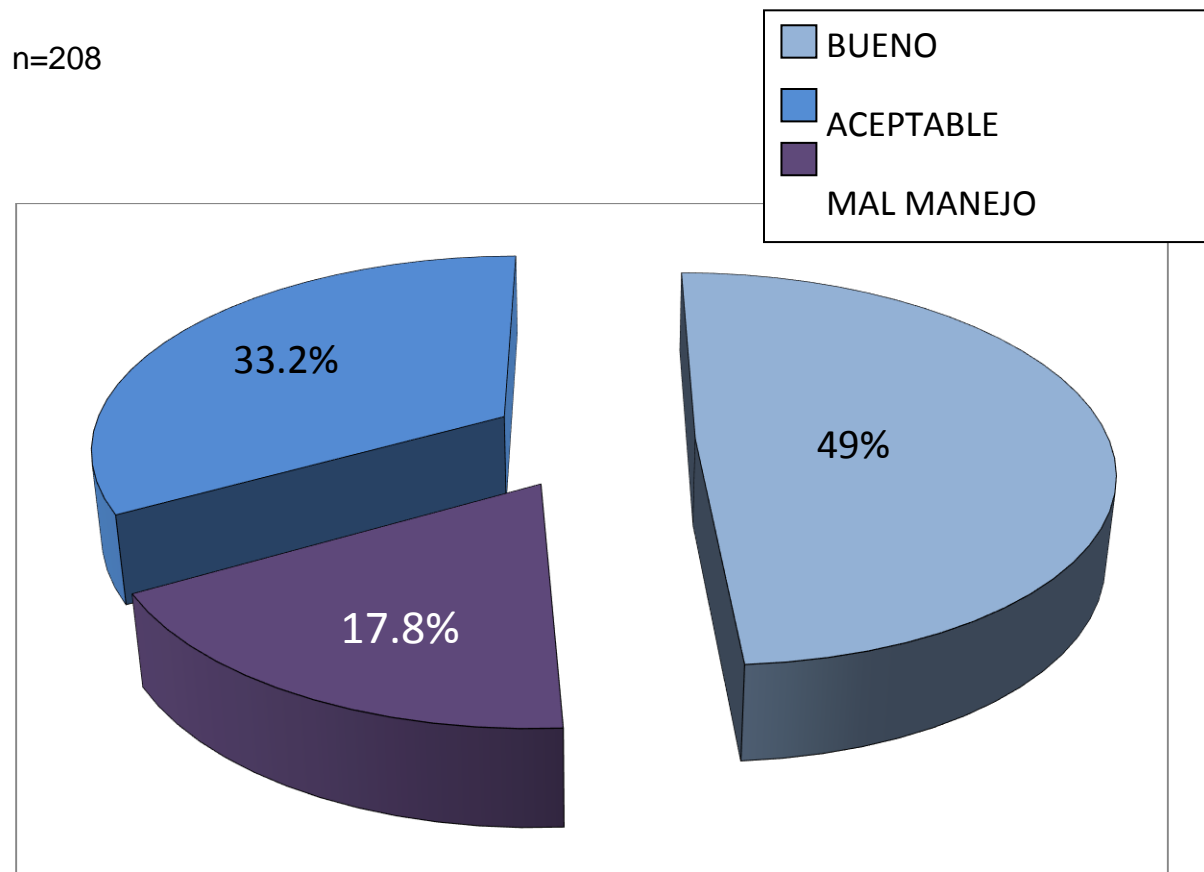
n=208



RESULTADOS DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA

En relación a HbA1c tenemos un predominio de buen manejo con HbA1c menor de 7% con un 49%(102) de los casos, más un 17.8%(37) de los casos con aceptable manejo con HbA1c de 7 a menos 8%, y un total de 33.2% (69) en mal manejo con una HbA1c de 8 o más.

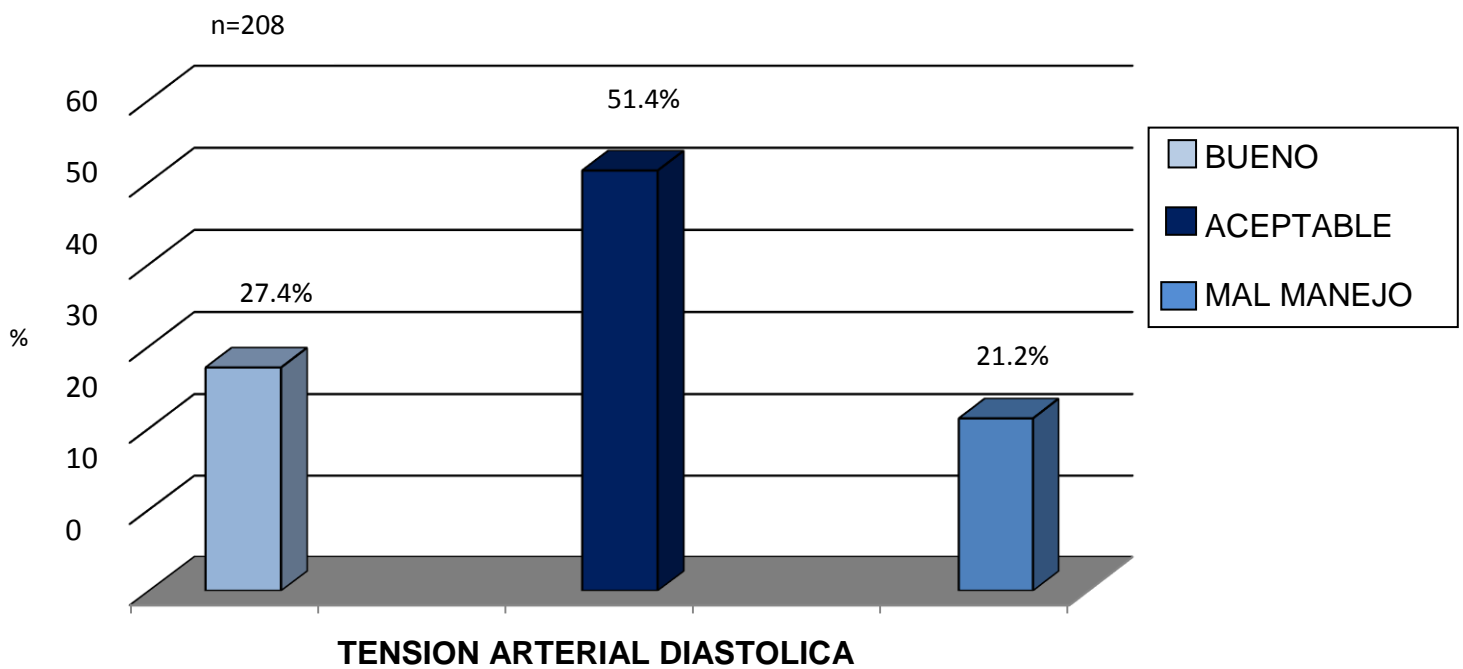
GRÁFICO 5 .HEMOGLOBINA GLUCOSILADA



RESULTADOS DE TENSION ARTERIAL DIASTOLICA

Tenemos un predominio con un 51.4% (107) con un aceptable manejo con una tensión arterial diastólica de menos de 80 mmHg, un 27.4% (57) con un buen manejo con una tensión arterial diastólica 80 mmHg a menos de 90 mmHg, y un mal manejo con un 21.2% (44) con una tensión arterial diastólica de 90 mmHg o más.

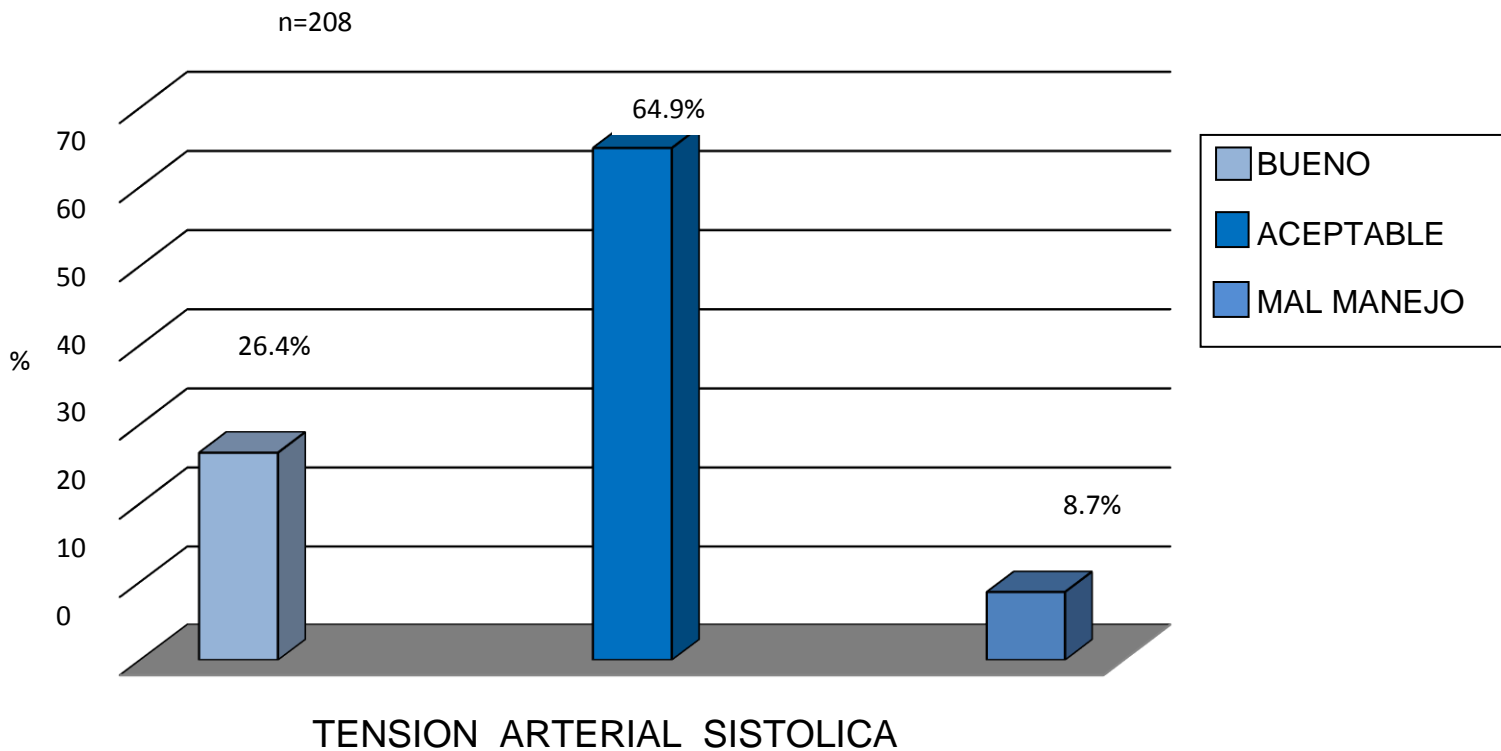
GRAFICO 6.TENSION ARTERIAL DIASTOLICA



RESULTADOS DE TENSION ARTERIAL SISTOLICA

En relación a la tensión arterial sistólica tenemos un predominio de un manejo aceptable con un 64.9% (135) con una tensión arterial sistólica de 130 mmHg a menos de 160 mmHg., seguido de un buen manejo con un 26.4% (55) con una tensión arterial sistólica menor a 130 mmHg., y con un mal manejo con el 8.7% (18) con una tensión arterial sistólica de 160 mmHg o más.

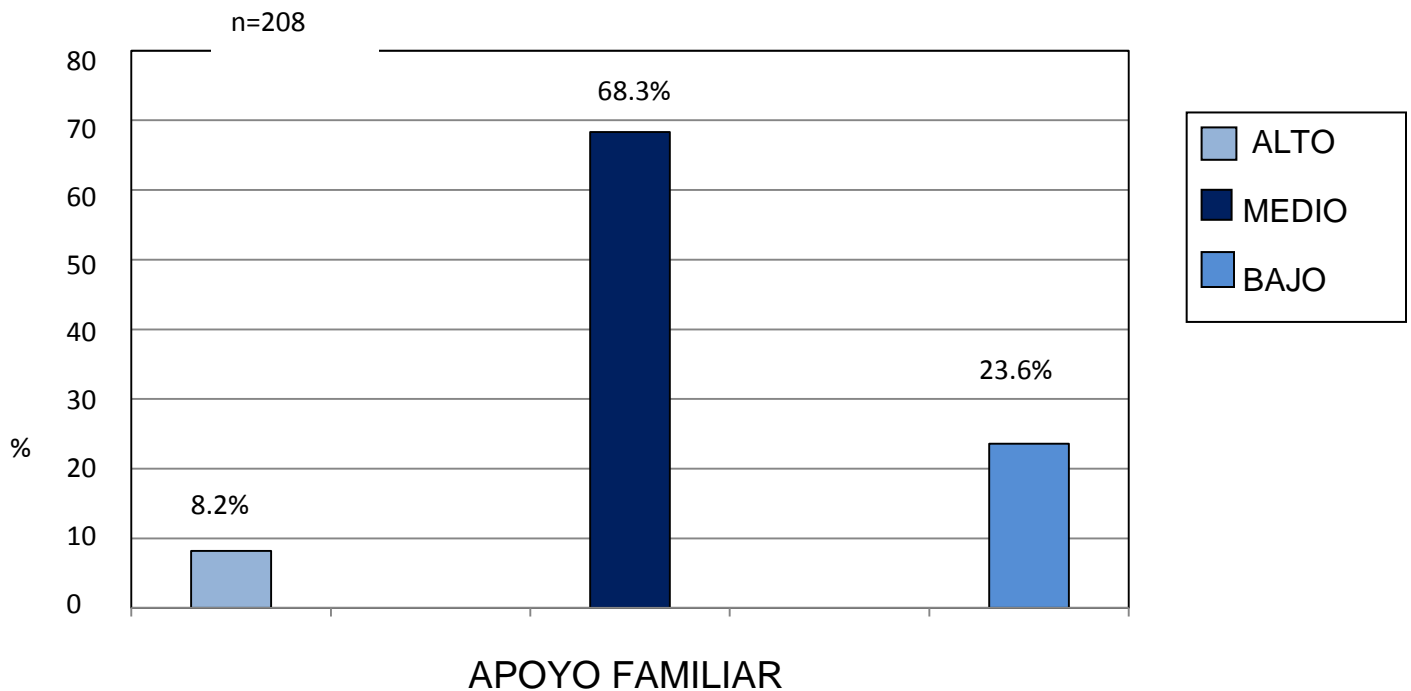
GRAFICA 7. TENSION ARTERIAL SISTOLICA



RESULTADOS DE APOYO FAMILIAR

En relación a apoyo familiar encontramos que el 68.3% (142) de la población entrevistada tienen un medio apoyo familiar con una puntuación de 154 a 214, seguidas de un bajo apoyo familiar con un 23.6% (49) con una puntuación de 66 a 153, y un buen apoyo familiar con un 8.2% (17) con una puntuación de 242 a 330.

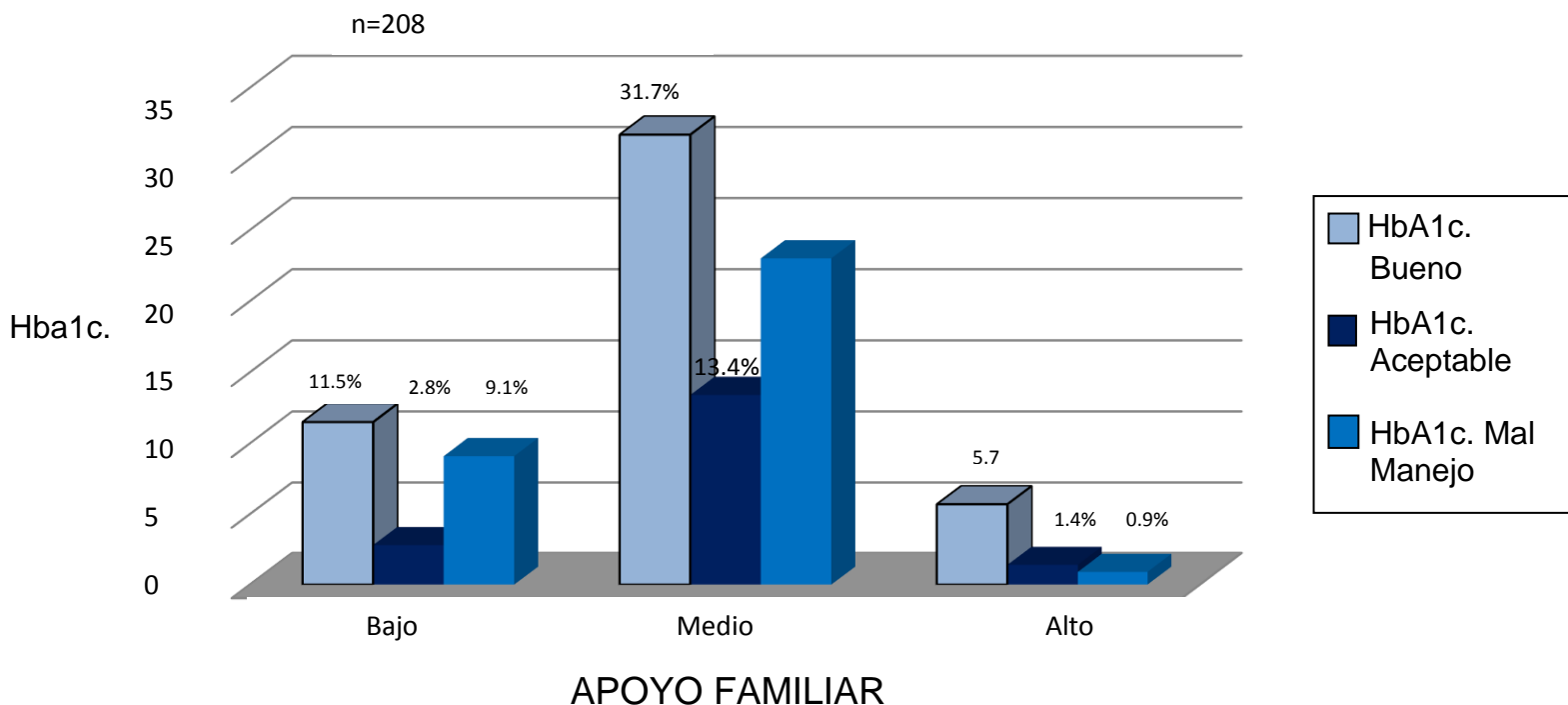
GRAFICO 8. APOYO FAMILIAR



RELACION DE APOYO FAMILIAR CON HEMOGLOBINA GLUCOSILADA

En base a la correlación de estos resultados encontramos que dentro del grupo de los pacientes que reciben un apoyo familiar alto tenemos un 5.7% (12) con HbA1c con buen manejo, 1.4% (3) con HbA1c aceptable, y un 0.9% (2) con HbA1c con mal manejo. Con apoyo familiar medio tenemos que el 31.7% (66) tienen un HbA1c con un buen manejo (HbA1c menor de 7%), pero dentro de este mismo grupo un 23% (48) con mal manejo (HbA1c de 8% o más), y un 13.4% (28) con un HbA1c aceptable (HbA1c de 7% a menor de 8%) dentro del mismo grupo de apoyo familiar medio. El grupo de apoyo familiar bajo tenemos que el 11.5% (24) tiene Hba1c con buen manejo, 2.8% (6) con HbA1c con aceptable manejo, y un 9.1% (19) con mal manejo de HbA1c.

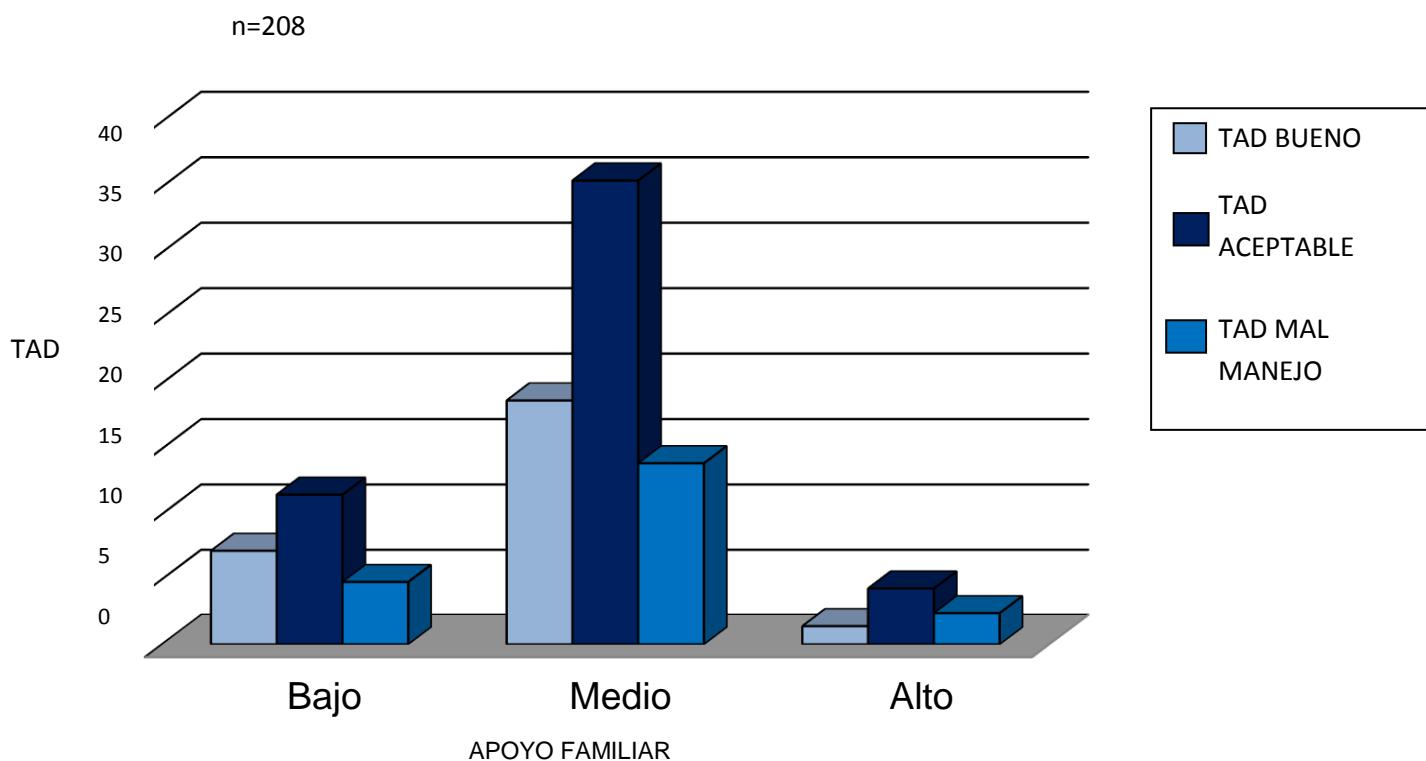
GRAFICO 9.APOYO FAMILIAR Y CONTROL GLUCÈMICO.



RELACIÒN APOYO FAMILIAR CON TENSIÒN ARTERIAL DIASTOLICA

Tenemos que los pacientes que reciben un apoyo familiar alto con un 1.4% (3) con TAD de buen manejo, seguido de aceptable manejo con 4.3% (9), y mal manejo con un 2.4% (5). Apoyo familiar medio son los que estan mejor controlados con TAD de buen manejo de 18.7% (39), TAD aceptable de 35.5% (74), TAD mal manejo con un 13.9% (29). Posteriormente tenemos a los que reciben un apoyo familiar bajo con un 7.2% (15) que tienen buen manejo, 11.5% (24) con un aceptable manejo y un 4.8% (10) con mal manejo.

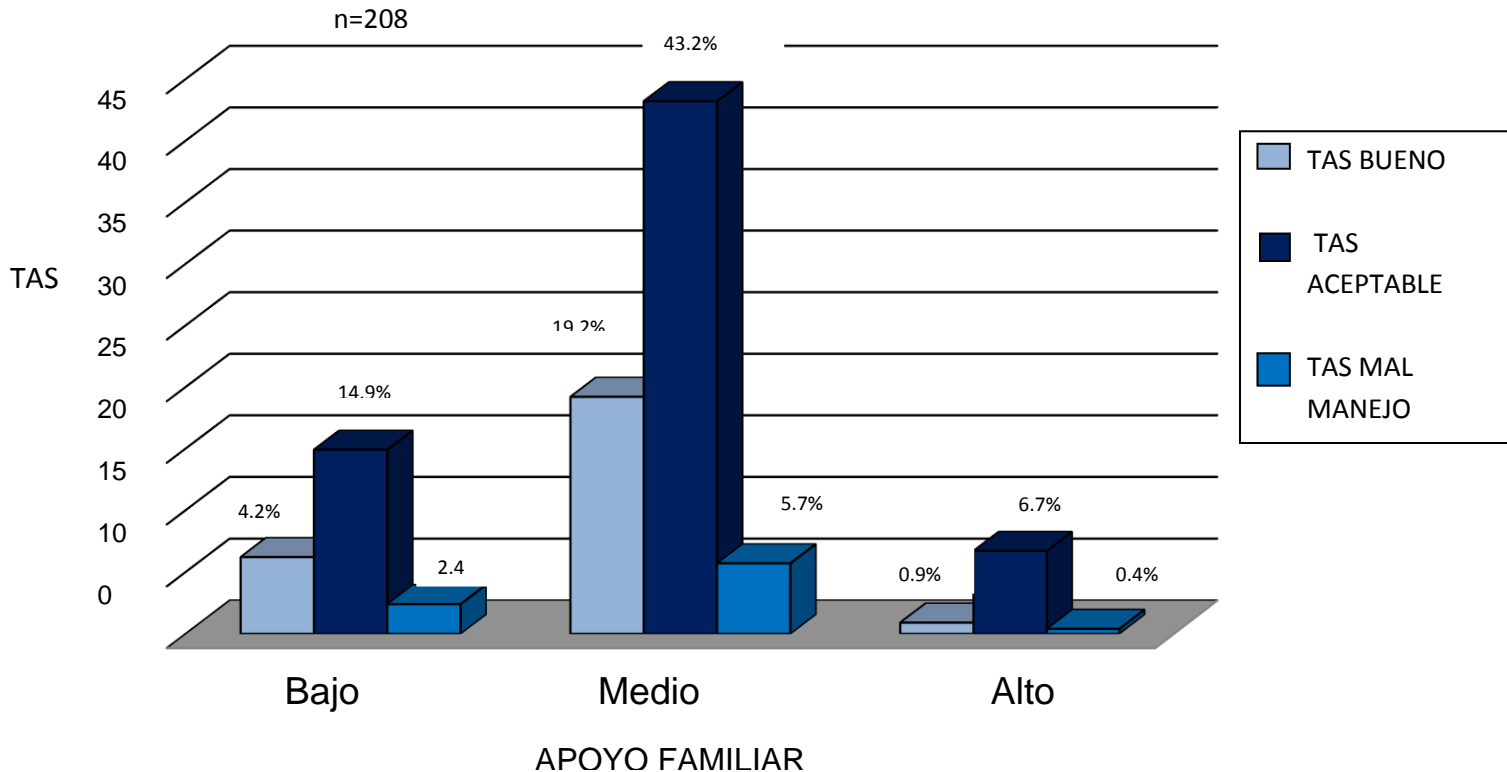
GRAFICO.10 RELACIÒN DE APOYO FAMILIAR Y TENSIÒN ARTERIAL DIASTÒLICA.



RELACION APOYO FAMILIAR CON TENSION ARTERIAL SISTOLICA

De los pacientes que presentan alto apoyo familiar tenemos un 0.9% (2) con TAS con buen manejo, un 6.7% (4) con TAS aceptable manejo, y un 0.4% (1) con TAS mal manejo. Los pacientes que se encuentran en mejor control son los que reciben apoyo familiar medio en donde tenemos un 19.2% (40) con TAS de buen manejo, posteriormente un 43.2% (90) con TAS de aceptable manejo y un 5.7% (12) con una TAS de mal manejo. En el grupo de bajo apoyo familiar tenemos con un 5.7% (12) con una TAS con buen manejo, con 14.9% (31) con TAS con aceptable manejo y un 2.4% (5) con un TAS mal manejo.

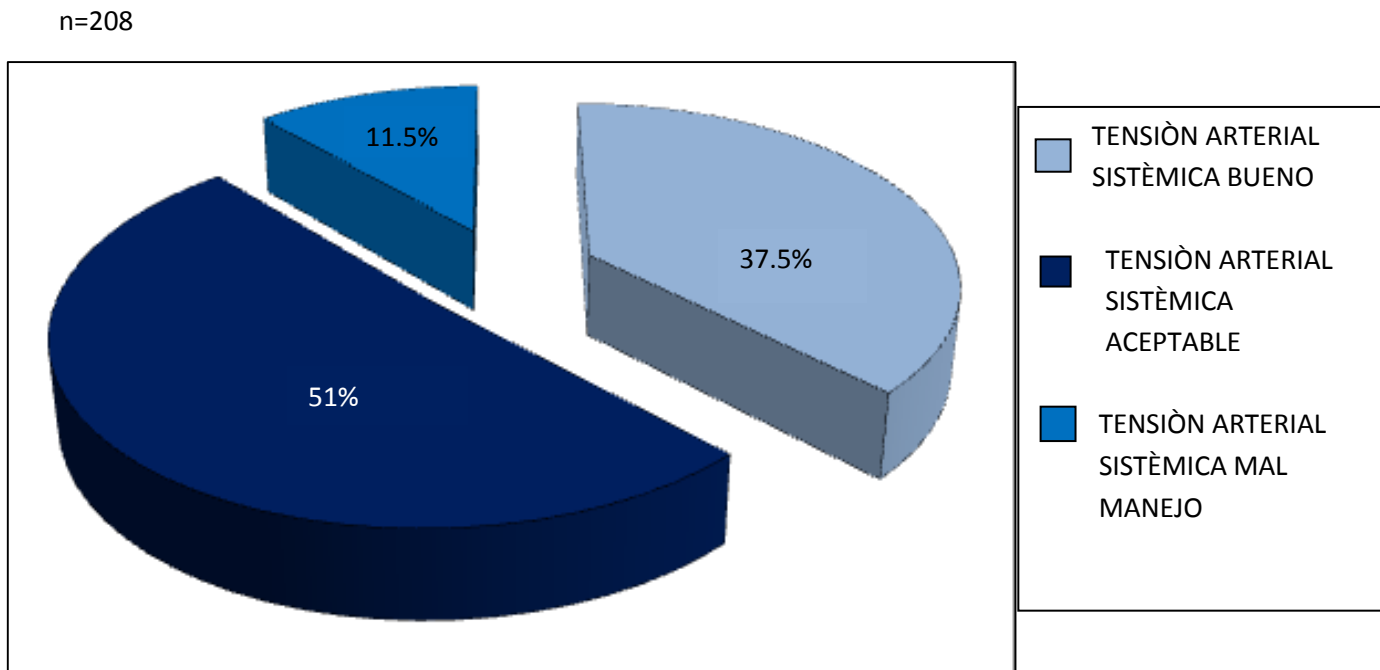
GRAFICO11. RELACION APOYO FAMILIAR Y TENSION ARTERIAL SISTOLICA



RESULTADOS DE TENSION ARTERIAL SISTEMICA

Dentro de estos resultados tenemos un 37.5% (78) con buen manejo, un 51% (106) con aceptable manejo y un 11.5% (24) con mal manejo. Donde observamos un predominio de pacientes con aceptable manejo.

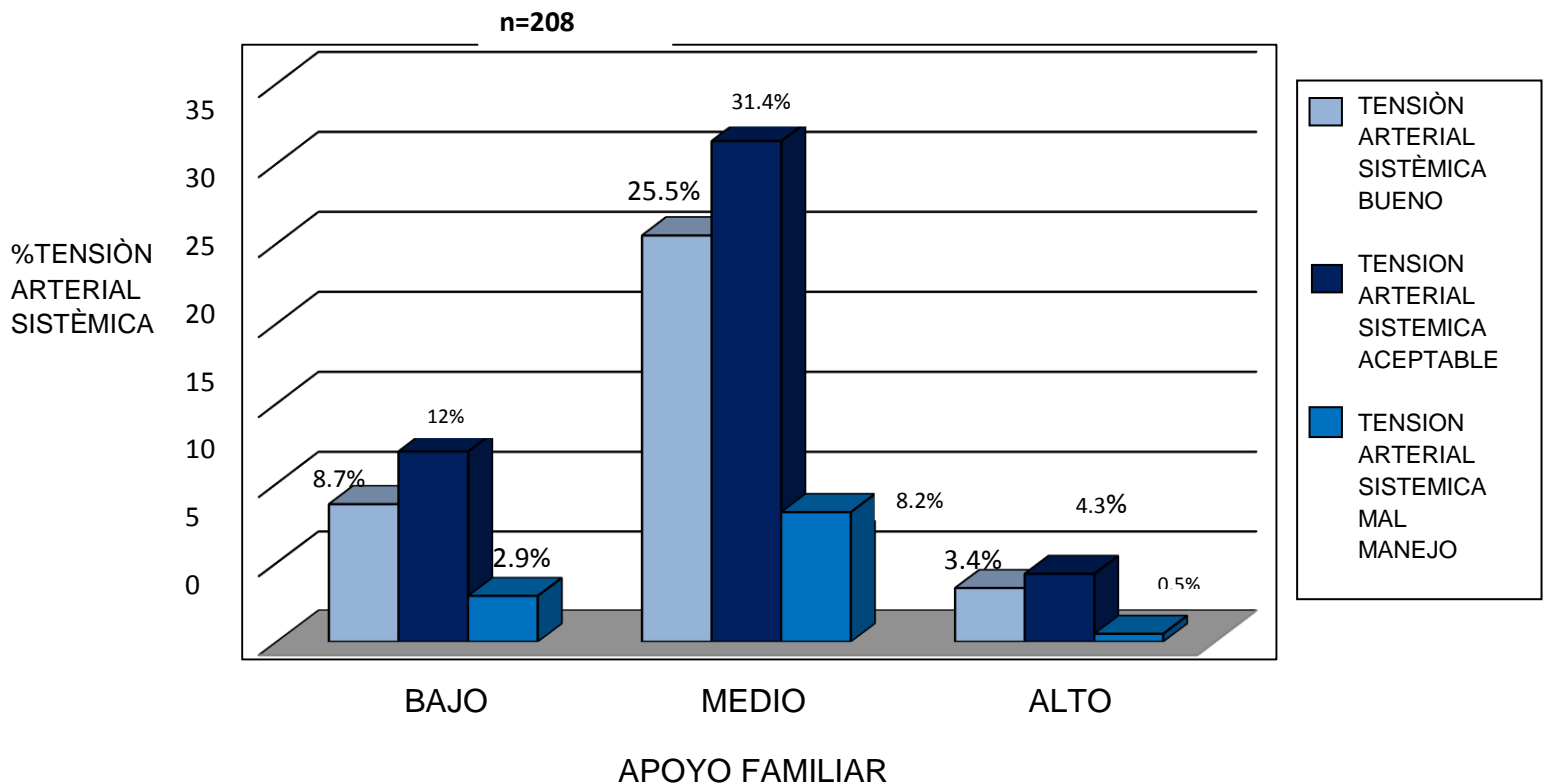
GRAFICA 12. RESULTADOS DE TENSION ARTERIAL SISTEMICA



RELACIÒN DE APOYO FAMILIAR CON TENSION ARTERIAL SISTÈMICA

Dentro de la relación de apoyo familiar con tensión arterial sistémica los grupos quedaron de la forma siguiente. Con apoyo familiar alto tenemos con TAS bueno con un 3.4%, TAS aceptable con un 4.3% y TAS con un mal manejo con un 0.5%. Dentro del grupo con apoyo familiar medio tenemos con TAS bueno 25.5%, TAS aceptable con un 31.4%, TAS con mal manejo 8.2%. Y dentro del grupo con apoyo familiar bajo con TAS bueno con un 8.7%, TAS con aceptable manejo con un 12%, y con TAS mal manejo con un 2.9%.

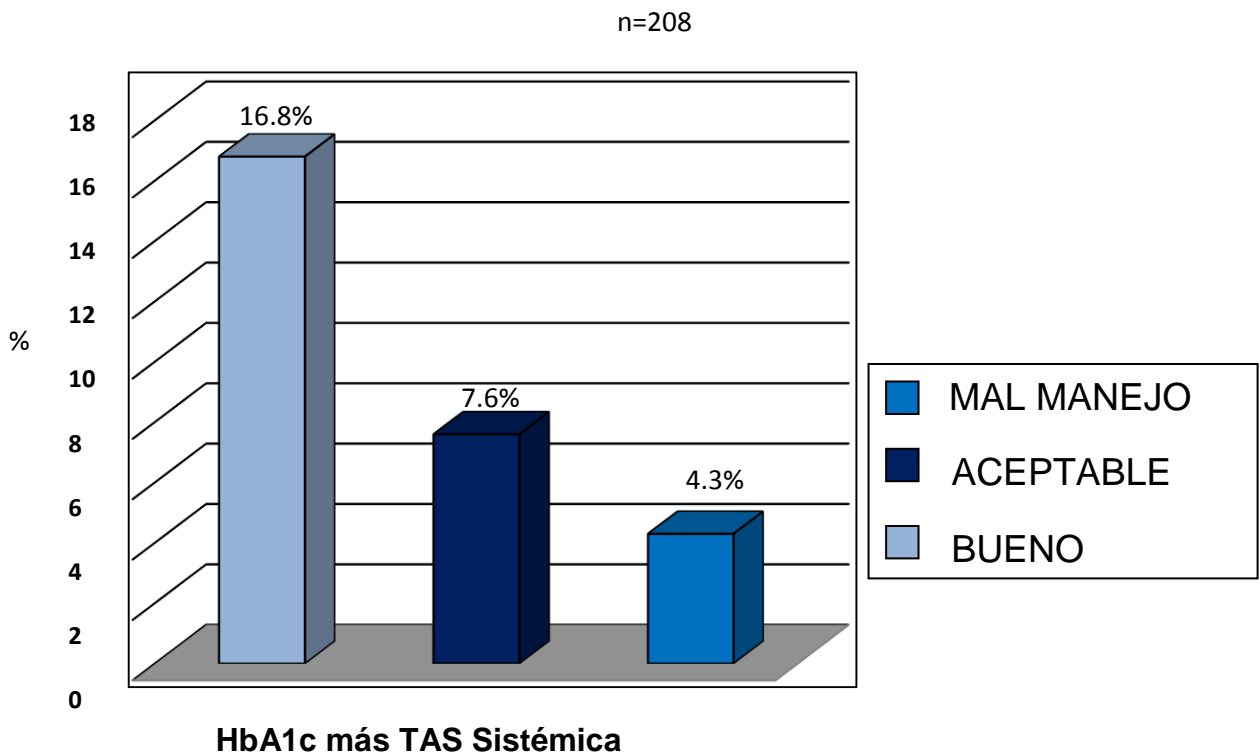
GRAFICO 13. RELACION APOYO FAMILIAR CON TENSION ARTERIAL SISTEMICA.



RELACIÒN DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA CON TENSIÒN ARTERIAL SISTÈMICA.

Dentro de este grupo tenemos solamente el 28.8%(60) guardan relación entre si quedando distribuidos de la forma siguiente. Los pacientes que tiene un buen control de Hba1c mas de tensión arterial sistémica en buen control equivalen al 16.8% (35), de los que tienen HbA1c con aceptable control más tensión arterial sistémica aceptable equivalen al 7.6% (16), y los que tienen una HbA1c en mal control más tensión arterial sistémica en mal control son el 4.3% (9) con esto nos damos cuenta que los pacientes que tienen un buen y aceptable control glucémico más antihipertensivo son el 24.4% (51) el resto de la población tienen 42.3% (88) tienen bueno y aceptable control glucémico pero un mal control antihipertensivo.

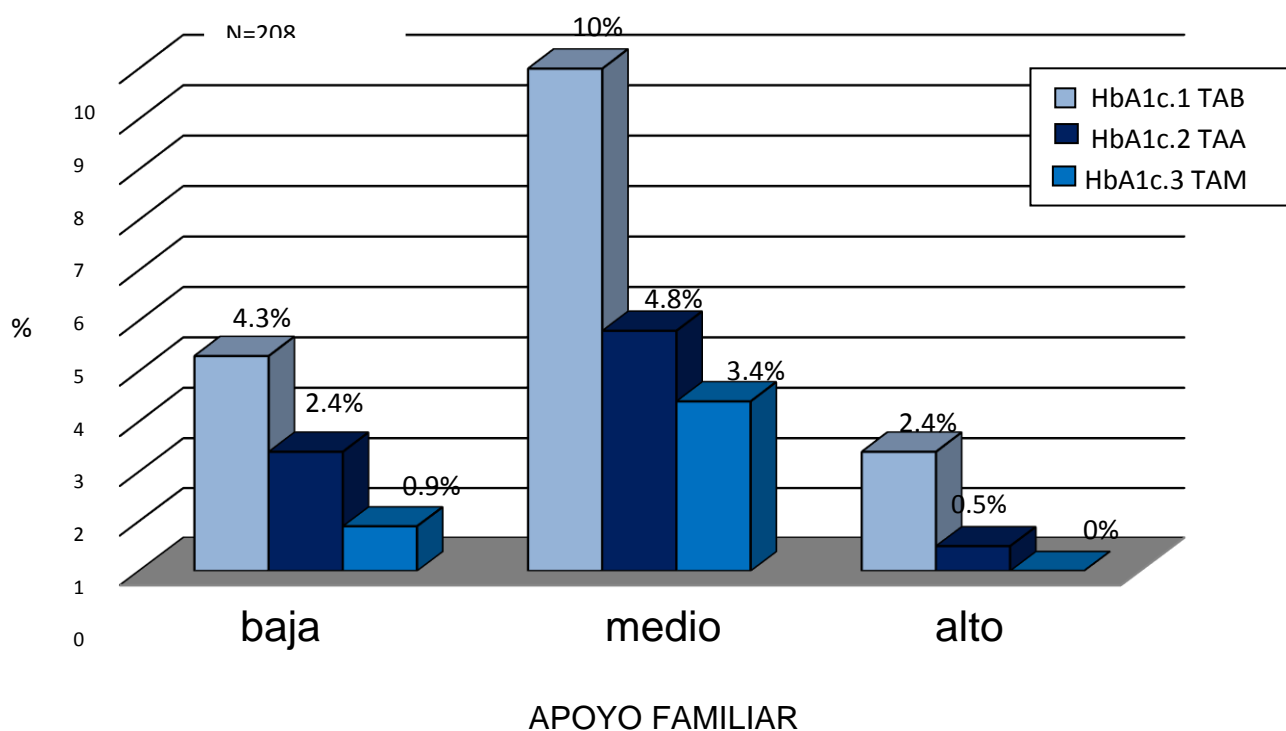
GRAFICO 14. RELACIÒN DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA CON TENSIÒN ARTERIAL SISTÈMICA.



RELACIÒN DE APOYO FAMILIAR CON CONTROL DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA MÁS TENSIÒN ARTERIAL SISTÈMICO

En relación de los que recibieron un alto apoyo familiar tenemos 2.4% (5) a los que tienen un buen control glicémico como antihipertensivo, seguido con un 0.5% (2) con un aceptable control glicémico y antihipertensivo, y con cero casos de mal manejo. Dentro del grupo de pacientes que recibieron un apoyo familiar medio tenemos un 10% (21) con un buen control glicémico y antihipertensivo, seguido de los que tienen un control aceptable con 4.8% (10), y con un mal manejo encontramos un 3.4% (7). Y en el grupo que reciben un apoyo familiar bajo tenemos un 4.3% (9) con un buen control glicémico y antihipertensivo, seguido de un 2.4% (5) que tiene un aceptable manejo y un 0.9% (2) con un mal manejo.

GRAFICA 15. RELACIÒN DE APOYO FAMILIAR CON CONTROL DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA MAS TENSION ARTERIAL SISTEMICA.



DISCUSION

Dentro de los principales resultados encontramos que en la encuesta de apoyo familiar obtenemos un 8.2% con alto apoyo familiar, un 68.3% con apoyo familiar medio, y un 23.6% con un apoyo familiar bajo. Dentro del grupo de control glicémico que se realiza comparando las concentraciones de hemoglobina glucosilada obtuvimos los siguientes resultados con buen control un 49%, aceptable control 17.8%, y mal manejo con un 32.2%. En relación al control antihipertensivo obtuvimos, dentro de las variables utilizadas que 37.5% tienen un buen manejo antihipertensivo y el 51% con manejo antihipertensivo aceptable, con un mal manejo encontramos un 11.5%. Al comparar los resultados de tensión arterial sistémica con hemoglobina glucosilada de bueno, aceptable y mal manejo encontramos que solamente el 28.7% guardan relación entre sí, quedando de la forma siguiente con buen manejo un 16.8%, con manejo aceptable el 7.6% y mal manejo 4.3%. Al correlacionar estos resultados con apoyo familiar tenemos a apoyo familiar alto, con un buen control al 2.4%, aceptable control con 0.5%, y mal manejo con cero casos. Con apoyo familiar medio con buen manejo un 10%, aceptable manejo 4.8%, y mal manejo con 3.4%. Con apoyo familiar bajo se tuvieron mejores resultados que con el apoyo familiar alto, encontramos los siguientes resultados con buen manejo un 4.3%, con manejo aceptable un 2.4%, y con mal manejo un 0.9%. Al observar estos resultados tenemos que el apoyo familiar es poco o nulo significativo en el control glucémico más antihipertensivo en el control del paciente con diabetes mellitus tipo 2 más hipertensión arterial sistémica. Aunque hay bibliografía que al estudiar por separado ambas patologías han demostrado que si es significativo el apoyo familiar en el control glucémico e hipertensivo. Analizando por separado apoyo familiar con concentraciones de hemoglobina glucosilada tenemos que los que reciben un apoyo familiar alto que tiene un 5.7% con buen control, un 1.4% con aceptable control y un 0.9% con mal control. Los que reciben apoyo familiar medio presentan mejores resultados con buen control tenemos un 31.7%, aceptable control con un 13.4%, y mal control con 23%. Comparándolo con estudios realizados por la Dra. Martha Rodríguez Moran en el Hospital General de Zona No.1 IMSS delegación Durango en 1996 donde evalúan la importancia del apoyo familiar en el control glucémico del paciente diabético utilizando como variable la glucemia venosa, encontrando

resultados significativos con un 57.7% con bueno y muy bueno, comparándolo con nuestro estudio, sumando resultados de buen y aceptable tenemos un 37.4% con una diferencia de 20.3%

FORTALEZA

Dentro de la fortaleza de este estudio es importante determinar que es el primer estudio que se realiza relacionando a los pacientes con diabéticos mellitus tipo2 mas hipertensión arterial sistémica valorando el apoyo familiar en el control glucémico más antihipertensivo que se realiza en el IMSS ya que generalmente se realizaran por separado. Otra de las fortalezas es la toma de la muestra ya que se representativa al encuestar al 18.4% de la población portadora de DM tipo 2 más hipertensión arterial sistémica.

LIMITACIONES

Entre las principales limitaciones encontradas en nuestro estudio podemos señalar las siguientes:

En cuanto a la literatura científica especializada debemos señalar que son pocos los textos especializados en apoyo familiar en el tratamiento del control glucémico y antihipertensivo para realizar un mejor estudio de investigación. Otra de las limitaciones es el tiempo tan corto en que se realizó el estudio de investigación.

CONCLUSIONES

El apoyo familiar que reciben los pacientes diabéticos más hipertensos que acuden a control a la UMF No. 27 de la ciudad de Tijuana Baja California concluimos los siguientes:

En base a los resultados obtenidos al relacionar apoyo familiar con el control glucémico más antihipertensivo, tenemos que es poco el apoyo familiar que reciben los pacientes en su control. Por lo tanto podemos decir que el paciente se controla así mismo al sujetarse al tratamiento dietético y farmacológico. Al analizarlos por separado en relación al control glucémico tenemos que el 52.4% tiene el apoyo alto más medio. En relación al control antihipertensivo tenemos con buen y aceptable manejo con un total de 88.5% y con mal manejo un 11.5%.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Considero importante continuar con la investigación para aumentar la base de datos, modificar la variable de tensión arterial sistémica en lugar de los parámetros utilizados sacar los parámetros de presión arterial media y en base a estos parámetros clasificar a los pacientes en buen manejo, aceptable manejo y mal manejo.

Dentro de las sugerencias creemos importante el seguimiento de los pacientes que presentan un control glucémico bueno y aceptable pero con una tensión arterial descontrolada. Tratar de que el mismo paciente tenga un bueno y aceptable control glucémico como antihipertensivo. Continuar con los grupos los de apoyo de los pacientes diabéticos e hipertensos para fortalecer los conocimientos en el auto-cuidado de la salud para lograr un mejor control glucémico más antihipertensivo. Realizar una labor de pesquisa y convencimiento para que los pacientes con mal manejo del control glucémico más antihipertensivo acudan a los grupos de apoyo. El principal responsable del auto cuidado de la salud es el paciente mismo por lo tanto es importante aumentar los conocimiento para tener un mejor control glucémico más antihipertensivo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Frenk-Mora J. Programa de acción de diabetes y enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial del Programa Nacional de Salud 2001-2006 15vo. Congreso nacional de la federación de diabetes. Comunicado de prensa 2003. OPS. OMS .Iniciativa de diabetes para las Américas. Programa de enfermedades no transmisibles 2001: 1-9.
- 2.- Programa nacional de prevención y control de la diabetes mellitus (PRONADIA) 1999.www.msal.gov.ar/html/site/pdf/pronadia.pdf
- 3.-Villareal/Ríos E, Mathew/Quiroz A, González-Elizondo ME. Costo de la atención de la hipertensión y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. Salud Pública México. 2002; 44(1):7-13.
- 4.- Marín –Reyes F, Rodríguez-Moran M. Apoyo a familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud Pública México. 2001; 43(4):336-339.
- 5.- Camacho-Jiménez P. El manejo de la hipertensión arterial bajo la perspectiva de la medicina basada en la evidencia. Cardiología preventiva y rehabilitaciones IMSS; 2005:1- 17.
- 6.- García JE, Salcedo AL. La hipertensión arterial como problema de salud pública.virtual.cucs.udg.mx/recursos/capitulo2.pdf.
- 7.- Valdez I, Alfaro N, Centeno G, Cabrera C; Diseño de un instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2; Investigación en salud. 2003; 5(3).
- 8.-Rodriguez-Moran M, Guerrero-Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia. Salud Pública México. 1997; 38:44-47.
- 9.-Valenciaga JL, González F, Pons P. Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia. Repercusión en el control de la diabetes mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia. Rev. Cubana de Medicina General Integral: Abril-junio. 1995
- 10.-Mendez DM, Gómez VM, García ME, Pérez JH, Navarrete A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2: Rev. Medica. IMSS 2004; 42(2): 281-248.
- 11.-Oviedo MA, Espinoza F, Olivares R. Guía clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial. Rev. Medica IMSS 2003:41(supl); S15-S26.

ANEXO 1

FECHA _____

FOLIO _____

NOMBRE _____ NUM.DE AFILIACION _____

CONSULTORIO _____ TURNO _____ SEXO _____ EDAD _____ PESO _____ TALLA _____

ESTADO CIVIL _____ IMC _____ T/A _____ HbA1c _____

		Siempre	Casi siempre	Ocasionalmente	Rara vez	Nunca
1	La preparación de alimentos es realizada por usted.					
2	La preparación de alimentos es realizada por su cónyuge.					
3	La preparación de alimentos es realizada por alguna de sus hijas.					
4	La administración de sus medicamentos es realiza por usted.					
5	La administración de sus medicamentos se los entrega su cónyuge.					
6	La administración de sus medicamentos se los entrega alguno de sus hijos					
7	Su cónyuge sabe que para mantenerse en control usted debe tomar sus					
8	Su cónyuge sabe que para mantenerse en control usted debe llevar su					
9	Su cónyuge sabe que para mantenerse en control usted debe hacer ejercicio					
10	Su cónyuge sabe que para mantenerse en control usted debe cuidar sus pies					

11	Su cónyuge sabe que para mantenerse en control usted debe cuidar sus dientes					
12	Sus hijos saben que para mantenerse en control usted debe tomar sus					
13	Sus hijos saben que para mantenerse en control usted debe llevar su dieta					
14	Sus hijos saben que para mantenerse en control usted debe hacer ejercicio					
15	Sus hijos saben que para mantenerse en control usted debe cuidar sus pies					
16	Sus hijos saben que para mantenerse en control usted debe cuidar sus dientes					
17	Recibe usted ayuda de su esposa para entender las indicaciones de su medico					
18	Recibe usted ayuda de sus hijos para entender las indicaciones del medico					
19	Cuando usted intenta comer más de los alimentos indicados su cónyuge le					
20	Cuando usted intenta comer más de los alimentos indicados su cónyuge le retira					
21	Cuando usted intenta comer más de los alimentos indicados su cónyuge le insiste					
		Siempre	Casi siempre	Ocasionalmente	Rara vez	Nunca
22	Cuando usted intenta comer más de los alimentos indicados su cónyuge le					
23	Cuando usted intenta comer más de los alimentos indicados su cónyuge no dice					
24	Cuando usted intenta comer más de los alimentos indicados sus hijos le					
25	Cuando usted intenta comer más de los alimentos indicados sus hijos le retiran					

26	Cuando usted intenta comer más de los alimentos indicados sus hijos le insisten					
27	Cuando usted intenta comer más de los alimentos indicados sus hijos le					
28	Cuando usted intenta comer más de los alimentos indicados sus hijos no dicen					
29	Su cónyuge se da cuenta cuando a usted se le olvida tomarse los medicamentos					
30	Sus hijos se da cuenta cuando a usted se le olvida tomarse los medicamentos					
31	Su cónyuge no sabe preparar los alimentos para usted					
32	A su cónyuge no le gusta preparar los alimentos para usted					
33	A su cónyuge le quita tiempo preparar los alimentos para usted					
34	A su cónyuge le cuesta caro preparar los alimentos para usted					
35	Sus hijos no saben preparar los alimentos para usted					
36	A sus hijos no les gusta preparar los alimentos para usted					
37	A sus hijo les quita tiempo preparar los alimentos para usted					
38	A sus hijos les cuesta caro preparar los alimentos para usted					
39	Su cónyuge le recuerda cuando usted suspende los medicamentos					
40	Su cónyuge le insiste tratado de convencerlo de que no suspenda lo					
41	Su cónyuge le lleva los medicamentos cuando usted los suspende					
50	Su cónyuge lo regaña cuando usted suspende los medicamentos					

51	Su cónyuge no hace nada cuando usted suspende los medicamentos					
52	Sus hijos le recuerdan cuando usted no toma los medicamentos					
53	Sus hijos le insisten tratando de convencerlo de que usted no suspenda los					
54	Sus hijos le llevan los medicamentos cuando usted los suspende					
		Siempre	Casi siempre	Ocasionalmente	Rara vez	Nunca
55	Sus hijos lo regañan cuando no se toma los medicamentos					
56	Sus hijos no hacen nada cuando no se toma los medicamentos					
57	Su cónyuge pregunta al dietista formas de preparar los alimentos					
58	Sus hijos preguntan al dietista formas de preparar los alimentos					
59	Su cónyuge lo motiva para que haga ejercicio					
60	Sus hijos lo motivan para que haga ejercicio					
61	Su cónyuge le tiene listos los alientos que necesita comer a sus horas					
62	Sus hijos le tiene listos los alientos que necesita comer a sus horas					

63	Cuando tiene cita con el médico su cónyuge lo acompaña					
64	Cuando tiene cita con el médico su cónyuge le recuerda la cita					
65	Cuando tiene cita con el médico su cónyuge está al tanto de las indicaciones					
66	Cuando tiene cita con el médico su cónyuge no se da cuenta					
67	Cuando tiene cita con el médico sus hijos lo acompañan					
68	Cuando tiene cita con el médico sus hijos le recuerdan la cita					
69	Cuando tiene cita con el médico sus hijos están al tanto de las indicaciones					
70	Cuando tiene cita con el médico sus hijos no se dan cuenta					
71	Su cónyuge conoce las dosis de medicamento que usted toma					
72	Sus hijos conocen la dosis de medicamento que usted toma					
73	Su cónyuge aclara las dudas que tenga usted de su enfermedad y de las indicaciones que le dieron					
74	Sus hijos aclara las dudas que tenga usted de su enfermedad y de las indicaciones que le dieron					

ANEXO 2:

CONSIDERACIONES ETICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Folio No. _____

En la UMF #27 se está llevando a cabo un estudio acerca de la importancia del apoyo familiar en el control glicémico y antihipertensivo en los pacientes con DM tipo 2 más hipertensión tratamiento que recibe los pacientes diabéticos más hipertensos en los derechohabientes que acuden a la consulta externa. La información que usted nos proporcione será utilizada en forma anónima y confidencial y para fines exclusivos de este estudio.

Yo acepto participar en forma voluntaria contestando el siguiente cuestionario y autorizo para que se utilicen los datos obtenidos derivados de dichos cuestionarios.

Lugar y fecha _____

Firma _____

Testigo _____

ANEXO 3. DEFINICION, DESCRIPCION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

DESCRIPCION DE VARIABLES DEPENDIENTES

Cuestionario de apoyo familiar de la Dra. . Martha Rodríguez Moran.

VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICION	MEDICION	TIPO DE VARIABLE	OPERATIVIDAD
Edad	Años cumplidos del Paciente.	Años	Cuantitativa	Mayor de 18
Sexo	Paciente Masculino o Femenino.	1= Femenino 2= Masculino	Nominal	
Peso	Medida que se obtiene de pesar al pacientes en bascula sin zapatos	Kilogramos	Cuantitativa	Mayor de 1
Talla	La distancia vertical de la cabeza del paciente hasta los pies sin	Metros	Cuantitativa	Mayor de 1

Tensión arterial sistólica	Medida obtenida con el esfigmomanómetro con pacientes en sedestación, reposo de 5 minutos, relajado, con el brazo izquierdo a la altura del corazón, sin haber ingerido cafeína, o haber realizado ejercicio y se considera el sonido de la fase 1 del ciclo cardiaco	Milímetros de mercurio.	Cuantitativa	Bueno =<130 Aceptable= 130-160 Mal manejo = >160
Tensión arterial diastólica	Medida obtenida con el esfigmomanómetro con pacientes en sedestación, reposo de 5 minutos, relajado, con el brazo izquierdo a la altura del corazón, sin haber ingerido cafeína, o haber realizado ejercicio y se considera el sonido de la fase 1 del ciclo cardiaco	Milímetros de mercurio.	Cuantitativa	Bueno =<80 Aceptable= 80-90 Mal manejo = >90
IMC	Medida obtenida del peso corporal dividido entre la estatura elevada al cuadrado	Kg./m2	Cuantitativa	Bueno =<25 Aceptable= 25 a 27 Mal manejo = >27
	zapatos			

HbA1c	La cantidad de glucosa que se une al eritrocito y que valoran los niveles de	Por ciento (%)	Cuantitativa	Bueno =<7 Aceptable= 7 a 7.9 Mal manejo = > 8
-------	--	----------------	--------------	---

	Glucosa por periodo de 3 meses.			
Estado civil	Condición de soltería, matrimonio, viudez ,etc., de un individuo	1- Casado 2- Unión libre 3- Separados 4- Soltero 5- Viudo	Nominal	
Escolaridad	Años de estudio	1- Analfabeta 2- Primaria incompleta 3- Primaria completa 4- Secundaria incompleta 5- Secundaria completa y	Cuantitativa	

		mas		
Apoyo familiar	Relación de afecto otorgada por cónyuge o con lasos sanguíneos	Puntos	cualitativa	