

# **Comparación de variables biomédicas y funcionales (apgar familiar) en pacientes del programa de salud cardiovascular**

**Cesfam Dr. Gustavo Molina, comuna Pudahuel, Santiago.  
Abril 2006**

*Dr. Carlos González Salamea, Especialista en Medicina Familiar, Graduado en la Universidad de Santiago de Chile, Médico de Cabecera en el Hospital Clínico FUSAT.*

## **RESUMEN**

*Términos clave: Riesgo Cardiovascular, APGAR Familiar, Percepción de Funcionalidad Familiar*

En el Presente Estudio Epidemiológico descriptivo se estudian las variables biológicas recogidas mediante el diseño de un formulario y una base de datos para el programa de Riesgo Cardiovascular y se los confronta con las variables cualitativas del APGAR Familiar, se observa una atención dirigida principalmente al enfoque biomédico, con énfasis en la prescripción farmacológica. Si bien, en general no se encontraron relaciones estadísticamente significativas con el APGAR familiar las tendencias que muestran algunos grupos a la polimedicación, trastornos del sueño, uso de otros medicamentos, son características que pueden influir en el control de estos pacientes y el actuar sobre ellas influirá también en la consecución de niveles glicémicos y tensionales mejores. La utilización de una pauta estructurada para la recolección de información facilita el procesamiento de la misma y hace comparable la información recolectada, mejorando además el desempeño en el tiempo que se dispone para su atención, la selección y la priorización de la información recogida debe basarse en la evidencia y las necesidades locales. La distribución de los pacientes en cuanto a niveles tensionales y glicémicos son similares a a Encuesta Nacional de Salud (ENS), sin embargo algunas diferencias en cuanto a la frecuencia de uso de medidas de medidas farmacológicas y niveles de colesterol, aunque difieren de la ENS, son similares a otros estudios locales. La autovalencia de los pacientes y el uso de polifarmacia, se relaciona con la percepción de funcionalidad familiar de la persona.

## **ABSTRACT**

*Keys: Cardiovascular risk, Familiar APGAR, Perception of Familiar Functionality*

In the Present Study descriptive Epidemiologist, the biological variables gathered by means of the design of a form study and a data base for the program of Cardiovascular Risk and confronts them with the qualitative variables of the Familiar APGAR, is mainly observed an attention directed to the biomedical approach, with emphasis in the drug prescription. Although, in general were not statistically significant relations with the familiar APGAR the tendencies that show some groups the use of multiple drugs, upheavals of the dream, use of other medicines, are characteristics that can influence in the control of these patients and acting on them will also influence in the attainment of better glicemic and tensional levels. The use of a guideline structured for the information harvesting facilitates the processing of the same one and makes the collected information comparable, improving in addition the performance in the time that is arranged to its attention, the selection and the priorización of collected must be based on the evidence and the local necessities. The distribution of the patients as far as similar tensional and glicemic levels is wing National Survey of Salud (NSS), nevertheless some differences as far as the frequency of use of measures of farmacológicas measures and cholesterol levels, although they differ from the NSS, they are similar to other local studies. The autonomy of the patients and the use of multiple drugs, are related to the perception of familiar functionality of the person.

## **INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en Chile, siendo un porcentaje importante de ellas evitables con medidas oportunas de prevención.

En el ámbito de la atención de salud, en Chile se implantaron los sub-programas de control y seguimiento de pacientes con hipertensión y diabetes, hace más de 20 años, en los consultorios del nivel primario de atención. Con este paso se delegó la responsabilidad del diagnóstico y manejo de estos pacientes, con una patología crónica, a un equipo de salud.

Actualmente el programa de salud cardiovascular, tiene por objetivo reorientar los subprogramas de hipertensión y diabetes; pretende mejorar en forma significativa la efectividad de éstos; aplicando la nueva evidencia que existe sobre el tema. Esta evidencia nos muestra que el enfoque terapéutico se debe basar en el riesgo

cardiovascular global del individuo, más que en el abordaje por separado de cada uno de los factores de riesgo.

Aunque no todos los factores de riesgo cardiovascular son modificables, por su importancia se hace necesario el buscar mecanismos de intervención específicos, dirigidos a los grupos de alto riesgo, y en este ámbito el ordenamiento en la recolección de información y el procesamiento a nivel local de la información facilita el realizar actividades de prevención y promoción con estos grupos vulnerables.

En el CESFAM Dr. Gustavo Molina de la comuna de Pudahuel a Junio del 2004, se encuentran adscritos al programa de Hipertensión Arterial, en el grupo de 20-64 años, 2268 personas (dentro de este grupo se encuentran diabéticos e hipertensos); y en el programa de Diabetes Mellitus 543, en el programa de Salud Cardiovascular se encuentran 2376 individuos en control. En el grupo de Adulto Mayor (>65 años) se encuentran en el programa de Hipertensión Arterial 785 (se incluyen diabéticos e hipertensos), y en el programa de Diabetes Mellitus 251 individuos, en el programa de Salud Cardiovascular se encuentran ingresados 844 personas.

El presente proyecto, plantea la realización de una base de datos que brinde un acceso rápido y fácil a las estadísticas de un centro de salud, que los datos recogidos utilicen una metodología similar para poder ser comparados en estudios posteriores. Propone además el comparar una variable cualitativa como es la percepción familiar por parte del individuo y confrontarla con las variables biológicas del programa de riesgo cardiovascular para conocer las posibles relaciones que se presentan entre estas, como un factor protector de la salud del individuo

Además de proponer una nueva forma de registro electrónico y su contraparte manual (formulario) que transforme a los datos obtenidos de nuestros pacientes en "Datos en Proceso", que retroalimenten y puedan ser indicadores para las actividades que se definen en un centro de salud. El presente trabajo aporta en el sentido de poder conseguir un diagnóstico dinámico de la población, que se encuentra ingresada en el programa de Salud Cardiovascular; accesible en cualquier momento, y por cualquier profesional del centro, la cual servirá en la planificación de actividades, detección de grupos de riesgo, necesidad de reforzamiento de actividades y la falta de cobertura en determinadas áreas.

## **PROPOSITO GENERAL**

Mejorar la calidad de la atención de los pacientes ingresados al Programa de Salud Cardiovascular, mediante el análisis de la información recogida de manera estructurada, como base para la planificación de intervenciones preventivas. Abordando con un enfoque familiar, a la actuación del médico, al valorar el APGAR Familiar y confrontarlo con las variables biológicas; en busca de relaciones estadísticas, para identificar factores protectores para la salud del individuo, de manera que esta información, constituya una ayuda para la planificación de actividades y capacitación de los profesionales de salud que atienden en estos centros.

## **METODOLOGÍA**

El presente es un estudio epidemiológico descriptivo, en el cual se relacionan las variables biológicas recogidas, mediante el diseño de un formulario, y la creación de una base datos; en 100 pacientes a su ingreso en el programa de Salud Cardiovascular, en el Centro de Salud Familiar Dr. Gustavo Molina de la Comuna de Pudahuel, durante el período de Abril del 2003 a Junio del 2004. Para lo cual se seleccionó una muestra de 100 pacientes, escogidos al azar, entre los ingresos realizados al programa en este período de tiempo. El número de integrantes de la muestra, se seleccionó de manera que ésta sea representativa del total de la población a cargo del CESFAM. Los pacientes pertenecen a las unidades vecinales 29, 30, 31 y

50 de la población asignada a este Centro de Salud Familiar. A estos pacientes se les aplicó dos formularios diseñados para el efecto; el primero, en el cual constan las variables biológicas recogidas en forma rutinaria, a quienes ingresan al programa de salud cardiovascular, el cual fue llenado por el médico de la unidad. Las variables fueron seleccionadas de formularios validados para la recolección de datos, en programas de hipertensión, diabetes, estudios multicéntricos y formularios validados según MBE; y el segundo, es un formulario autoadministrado, en el cual constan las preguntas que componen el test del APGAR familiar (Para información de los formularios puede dirigirse a [cgonzalez@medicinadefamiliares.cl](mailto:cgonzalez@medicinadefamiliares.cl)). Estos formularios fueron llenados al momento del ingreso del paciente al programa. Se creó una base de datos en el programa Epi-Info V6 (Actualmente disponible también para Epi-Data 3.1), con la cual se procesó la información recogida y se realizaron los cruces de variables.

Se efectuó una recopilación de formularios, utilizados en la Atención Primaria de Salud para la recolección de datos (formularios usados en los programas ministeriales, en estudios multicéntricos internacionales - QualiDiab Carmen Chile -, para patologías específicas) y en las Normas del Ministerio de Salud y formularios validados por MBE.(17,21,22,23)

Se diseñó una base de datos en el programa Epi-Info, para el ingreso de datos, la cual fue revisada, para que sea funcional y cumpla con las necesidades de información propuestas. Para esto, se tomaron en cuenta los formularios que se entregan mensualmente al Servicio de Salud, por parte del CESFAM, en donde consta la información solicitada por el ente ministerial, en base a la cual se confeccionan los reportes epidemiológicos. Además del diagnóstico del paciente, sexo, edad, etc.

## **RESULTADOS**

El presente estudio se realizó en 100 individuos que fueron ingresados al programa de Salud Cardiovascular en el CESFAM Dr. Gustavo Molina de Pudahuel, pertenecientes a las unidades vecinales 29, 30, 31, 50, los cuales fueron elegidos al azar a su ingreso al programa en el período de Abril del 2003 a Junio del 2004.

- La muestra estuvo conformada en un mayor porcentaje por mujeres, y casi un tercio de la muestra (29%) son adultos mayores, siendo este, el grupo que en general acude con mas frecuencia al CESFAM, y quienes además presentan mayor comorbilidad, la presencia de esta, es conocida por los pacientes en un 26%, por lo que la actuación, en la entrevista con el médico requiere de la atención del profesional en múltiples aspectos del estado de salud del paciente, de tal manera que el normar, y tener una pauta de actuación durante el tiempo de consulta puede optimizar dicha actividad y conseguir mejores resultados en cuanto a la labor de diagnóstico. (35)
- Los pacientes ingresados al programa de Salud cardiovascular tienen medidas farmacológicas en su tratamiento en un 68%, en la Encuesta Nacional de Salud se señala un 36% de individuos que utilizan medicamentos, sin embargo al compararlo con el estudio realizado en el CESFUC en el 2004, los porcentajes son similares a los encontrados en el presente trabajo (30, 35). En la muestra del estudio se presentan ingresos al programa de salud cardiovascular con personas que previamente se controlaban en los programas de diabetes e hipertensión. Del total de los ingresos no tenían tratamiento previo 8 pacientes diabéticos, quienes se encontraban descompensados, y 31 pacientes hipertensos quienes se encuentran con presiones normal alta (Pre-hipertensión) y niveles tensionales GI, GII, y GIII, los pacientes con presiones arteriales normales se encuentran con tratamiento farmacológico. En estos grupos, hay que tener en cuenta el porcentaje de ingresos que inician con medidas farmacológicas independientemente del nivel tensional en forma precoz, haciéndose de esta medida el eje principal del tratamiento. Al tener en cuenta el porcentaje de pacientes que logran normotensión, estos son similares

a los de la Encuesta Nacional de Salud (33% en la Encuesta Nacional de Salud frente a un 27% de la muestra). En los pacientes con cifras tensionales muy altas se presentan también cifras similares al comparar los valores con la Encuesta Nacional de Salud (5% en la Encuesta Nacional de salud frente a un 5.2% de la muestra), por lo que se debería tener en cuenta, si el eje farmacológico el cual se mostró, es el que se le ha dado mayor importancia en el inicio del tratamiento, se acompaña de la falta de cambios en el estilo de vida, dieta y hábitos, los que pueden mantener niveles altos de presión arterial o glicemia en estos pacientes.

- Los niveles de glucosa encontrados al realizar la glicemia en ayunas y el Hemoglucotest muestran porcentajes similares en cuanto a pacientes compensados y descompensados, siendo un parámetro confiable para el control de estos pacientes.
- Al ingreso de los pacientes diabéticos al programa de salud cardiovascular un 39.8% de ellos (12 pacientes), presentan ya alteraciones en sus pies, lo cual es un punto a tener en cuenta en su posterior control y la necesidad de contar con una educación adecuada, además de los recursos necesarios como el control de podología.
- Los niveles de Colesterol y Triglicéridos se encuentran elevados en un mayor porcentaje que el indicado en la Encuesta Nacional de Salud, teniendo en cuenta que la población de la muestra es seleccionada (personas hipertensas y diabéticas solamente) por lo que se podría explicar el mayor porcentaje y los niveles sanguíneos más altos encontrados en la muestra (Colesterol con una media 220 mg/dl. y un valor máximo de 382 mg/d. Del total de la muestra se encontraron valores elevados de triglicéridos en un 41.4% de los pacientes. El valor máximo encontrado fue de 665 mg/dl.). Sin embargo la prevalencia de hipercolesterolemia es similar a la obtenida el estudio del CESFUC (30, 35). Observamos también que los niveles de lípidos tienen relación con los niveles tensionales encontrados, no así con el nivel glicémico, podemos relacionar estos niveles también con la necesidad de conseguir cambios en el estilo de vida, alimentación y hábitos que sean más permanentes en los pacientes y que la consecución de normalidad en estos parámetros no sea responsabilidad exclusiva del componente farmacológico. Es así, que al tener en cuenta el diagnóstico nutricional de los pacientes sólo un 17% de la muestra, se encuentran en un peso normal. Los niveles de glicemia y de tensión arterial se relacionan en forma directamente proporcional también con el diagnóstico nutricional.
- El diagnóstico del riesgo cardiovascular de los pacientes muestra que el 90% presentan riesgo alto y máximo. El trabajo de promoción y prevención que se pueda realizar con estos pacientes tiene directa relación con su pronóstico, pues, el realizar actividades para mejorar aquellos riesgos modificables, en el momento oportuno mejorará su estado de salud en el futuro, y esta es una de las metas a buscar en la atención primaria, el limitar el daño, mediante prevención.
- El resultado del APGAR familiar aplicado a estos pacientes mostró un alto porcentaje en la percepción de funcionalidad de la familia (72%), si bien no se encontró relaciones estadísticamente significativas, las tendencias observadas en quienes tienen una percepción familiar más pobre, muestran que este grupo es el que presenta también una mayor frecuencia de alteraciones del sueño (sintomatología más frecuentemente indicada), la cual a su vez se relaciona con el número de otros medicamentos que se toman, de los cuales las benzodiazepinas son los más frecuentemente utilizados. Anotaremos también que al relacionar el diagnóstico de funcionalidad con el APGAR Familiar

quienes presentan una mayor percepción de disfuncionalidad Familiar, muestran mayor funcionalidad a nivel personal, lo que podría estar relacionado con la necesidad de resolver los problemas en forma individual sin contar con el apoyo del núcleo familiar. (para estudios con APGAR Familiar en Latinoamérica puede contactarse con la dirección de correo anteriormente indicada). En estos estudios realizados se tiende más bien a tomar en cuenta variables psicosociales y relacionarlas con el APGAR Familiar, en el presente estudio se han relacionado las variables biológicas con el APGAR Familiar, con el cual se han observado las tendencias anteriormente anotadas, ante estas tendencias, como se ha visto en otros estudios, quienes presentan un mayor compromiso de la dinámica familiar son también quienes más recursos locales ocupan, por esto la realización de nuevos estudios en los que las variables familiares sean tomadas en cuenta, pueden mostrar estrategias que faciliten el trabajo a nivel local y con las que además se pueda mejorar el acceso no sólo a la consulta del médico sino a una mejor referencia a los otros servicios que el centro de salud ofrece.

- La utilización de una pauta, que provea de un modelo para la recolección de la información con el paciente, de manera que en el tiempo que dura la entrevista nos entregue información, que posteriormente pueda ser ordenada y procesada de acuerdo a las metas ministeriales y de acuerdo a la evidencia médica como “información relevante”, puede ser una ayuda a nivel local para optimizar la actividad de ingreso y control de estos pacientes, una pauta de base que se adecue a las necesidades de cada centro de manera que se pueda obtener un diagnóstico dinámico de este grupo de usuarios del centro de salud, y que además facilite el identificar características dentro del mismo grupo como factores de riesgo modificables, problemas locales prevalentes, y permita la planificación de actividades de promoción y prevención con el manejo de esta información.

El uso de un instrumento de recolección de información que incluya variables cualitativas del ámbito Psico-Social como el APGAR familiar, con el cual podamos conocer algunas características de la percepción de la funcionalidad familiar, comparándolas con la dimensión biológica del paciente, nos brinda una visión más amplia de la persona y su entorno, lo que nos da a su vez la posibilidad de intervenir en los factores protectores de la salud de esta persona, o relacionar los problemas presentes en algunos sujetos (como su nivel de compensación por ejemplo) con una situación más allá del ámbito farmacológico, tomando en cuenta la dimensión Psico-Social de manera que la visión de la persona sea más integral y de esta manera el enfoque familiar de la atención también se incluya en este tipo de actividades que se realizan en los centros de salud

## **CONCLUSIONES**

Según los resultados obtenidos en el presente estudio que se realizó en 100 individuos que fueron ingresados al programa de Salud Cardiovascular en el CESFAM Dr. Gustavo Molina de Pudahuel, pertenecientes a las unidades vecinales 29, 30, 31, 50, los cuales fueron elegidos al azar a su ingreso al programa en el período de Abril del 2003 a Junio del 2004, podemos concluir que:

- La atención del paciente ingresado al programa de Salud Cardiovascular está dirigida al enfoque biomédico, con énfasis a la prescripción farmacológica, dejando de lado el enfoque de riesgo y la visión del entorno familiar de los pacientes.
- Los resultados en lo referente al estado de compensación de los pacientes, se manejan en el eje de los medicamentos, y los factores coadyuvantes a largo

plazo (dieta, presencia de dislipidemia, cigarro, etc.), no son tomados como una estrategia de inicio de tratamiento para la actuación terapéutica inicial.

- Si bien, en general no se encontraron relaciones estadísticamente significativas con el APGAR familiar, las tendencias que muestran algunos grupos a la polimedicación, trastornos del sueño, uso de otros medicamentos, son características que pueden influir en el control de estos pacientes, y el actuar sobre ellas influirá también en la consecución de niveles glicémicos y tensionales mejores. Por esto sería recomendable realizar trabajos con un número muestral mayor para aclarar la presencia de estas tendencias observadas.
- La utilización de una pauta estructurada para la recolección de información facilita el procesamiento de la misma y hace comparable la información recolectada entre varios pacientes, mejorando además el desempeño en el tiempo que se dispone para su atención, la selección y la priorización de la información recogida debe basarse en la evidencia y las necesidades locales.
- Se plantea el enfoque familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de Atención Primaria de salud, a fin de aumentar los niveles de protección específica para los riesgos biológicos y psicosociales, con una adecuación y optimización del recurso existente, mediante el sistema de referencia en los casos que así lo ameritan.

### **RECOMENDACIONES**

1. Para el seguimiento de las acciones realizadas en el programa de Salud Cardiovascular, es necesario reorientar las actividades que en él se realizan, para lo cual, el normar y planificar la entrevista es una ayuda diagnóstica, y contar con instrumentos de recolección y procesamiento de los datos facilita el tomar decisiones.
2. El tomar en cuenta variables Psico-Sociales en la evaluación general del paciente nos puede ayudar a planificar actividades de fomento y protección que en último término faciliten el conseguir mejores niveles de compensación.
3. La actualización periódica de los profesionales que realizan el control de los pacientes en el programa, se hace necesaria para privilegiar las actividades que en él se realizan, y tener presentes los ejes diagnósticos y terapéuticos con los que se debe trabajar.
4. La realización de estudios con un mayor número muestral para aclarar las tendencias encontradas puede ayudar a tomar mejores decisiones a nivel local, en cuanto a las actividades de prevención y promoción.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Department of Health. The National Service Framework for Coronary Artery Disease. 2000. <http://www.doh.gov.uk/nsf/coronary.htm>
2. McColl A, Roland M. Knowledge and information for clinical governance. BMJ 2000;321:871-874 <http://www.bmj.com/cgi/content/full/321/7265/871>
3. PCDQ (Primary Care Data Quality Project) - General Practice, St George's Hospital Medical School. <http://drs.desk.sthames.nhs.uk/pcdq/pcdq.htm>
4. STMP (South Thames MIQUEST Project) <http://drsdesk.sghms.ac.uk/stmp.htm>
5. Official MIQUEST download site. <http://www.clinical-info.co.uk/miquest.htm>

6. NHS Information Authority, Requirements for Accreditation of GP computer systems. <http://www.nhs.uk/rfa/frhome.html>
7. Lau F. A review of the Use of Action Research in Information System Studies. In Lee AS, Lienbenau JL (eds) Information Systems Research: Information systems and Qualitative Research. Cahpan & Hill London 1997:31-68. URL: This is being done using an Action Research methodology.
8. Bertalanffy LV. General systems theory: foundation, development, applications. Brazillez, New York, 1968, p. 45.
9. Gillén Salazar S. Integración de los sistemas de información clínico asistenciales con los sistemas de comunicación que los soporte. Gestión Hospitalaria, 1998;4:75-83.
10. Gómez Gras JM, Marqués Espi JA. Claves de organización y control del hospital como empresa de servicios: una reflexión estratégica. 1992;103:15-21.
11. Navarro H, Pastor V. Sistemas de Información. En Temes, JL, Pastor V, Díaz JL. Manual de gestión hospitalaria. Madrid, Interamericana-Mc Graw-Hill, 1992: pp. 189-208.
12. Cosialls i Pueyo D. Información para la gestión clínica. Contrato de servicio. Gestión Hospitalaria 1997;2:19-26.
13. Del Llano Señarís J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, et al. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Masson, Barcelona, 1998: pp. 127-147.
14. Cuervo JL, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias. Vicens Vives, Barcelona, 1994, pp. 302-338.
15. Irala FJ, Guerrero JL, Almodóvar F, Bartel J. Sistema de información operativo, area de gestión de osuna. Todo Hospital 1998; 146:241-248.
16. Franquet Casas MJ. Modelo básico de planificación estratégica hospitalaria. Todo Hospital 1996;124:45-57.
17. Rivero Cuadrado A. Homogeneización de los sistemas de información en el Sistema Nacional de Salud. Congreso Nacional de Hospitales, Murcia, 13-16 de abril de 1999.
18. Mérida De la Torre F, García Ortega C, Nociones básicas acerca de los sistemas de información. Servicio de Admisión y Documentación Clínica, Hospital "Punta de Europa" Algeciras, Cádiz - Servicio Andaluz de Salud. Número 163 - Enero 2000
19. Georgiou A. Data information and knowledge: the health informatics model and its role in evidence-based medicine. J Eval Clin Pract 2002 May;8(2):127-30
20. López Osornio A. Médicos y Pacientes Opinan Diferente sobre el uso de la Historia Clínica Electrónica en la Atención Ambulatoria. Simposio de Informática y Salud. 2002.
21. R. Hernández, C. Fernández, P. Baptista; Metodología de la Investigación; 2ª ed.; Ed. McGraw-Hill; Mexico; 2002.
22. Polit, Hungler; Investigación Científica en Ciencias de la Salud; 6ª ed.; Ed. McGraw-Hill; Mexico; 1999.
23. Norman y Streiner; Bioestadística; Ed. Mosby/Doyma; España; 1996.
24. <http://www.paho.org/clap/>
25. <http://www.clap.ops-oms.org/>
26. Programa de Salud Cardiovascular; Reorientación de los programas de Hipertensión y Diabetes; División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de Programas de las personas, Programa del Adulto, 2002; Dra. María C. Escobar F. et.al.
27. Programa de Salud Cardiovascular; Manejo Alimentario del Adulto con Sobrepeso u Obesidad; Dra. María C. Escobar F. Et al; Programa CARMEN-Chile; 2002
28. Programa de Salud Cardiovascular SSMOcc- Septiembre 2002; Promoción de la Salud y Prevención ENTs.
29. Normas para la Atención Integral del Programa de Salud del Adulto; Ministerio de Salud.
30. Resultados I Encuesta de Salud, Chile 2003, Ministerio de Salud, Dirección técnica del Departamento de Epidemiología y fue ejecutado por la Pontificia Universidad Católica de Chile. <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/folletoENS.pdf>

31. Salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria; Viviana C. DeFrancisco, Psic., M.Sc.<sup>1</sup>, Yolanda Cerón, T.S., M.Sc.; Julián A. Herrera, M.D.)
32. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(6):548-53 El apgar familiar en ancianos convivientes Dr. Orlando Díaz Tabares, Dra. Martha Luisa Soler Quintana y Dra. Mercedes García Capote.
33. Funcionalidad Familiar en los Hogares Comunitarios de Itagui 1998; *Dr. Carlos Alberto Giraldo Giraldo, Dr. Luis Fernando Morales Giraldo et al.*
34. Violencia doméstica y sexualidad; Estela Arcos G, Irma Molina, Angela Repposi F, Myrna Uarac U, Paola Ritter A, Leonor Arias R; Rev. méd. Chile v.127 n.11 Santiago nov. 1999.
35. Florenzano R, Horwitz N. Salud Familiar: Desarrollo conceptual y su aplicación. Proyecto de Atención Primaria y Medicina General Familiar. División de Ciencias Médicas Oriente, Santiago, Junio 1983. Impreso, 12 p.
36. Smilkstein, G. The family Apgar. A proposal for a family function test and its use by physicians. J. Fam Pract. 1978, (6):1231-40
37. Caracterización del Riesgo Cardiovascular en Pacientes con Sospecha de Hipertensión o Hipertensos Ingresados al Centro de Salud Familiar UC (CESFUC); Cardoso I., Manriquez J.; VI Congreso de Medicina Familiar; Septiembre 2004, Viña del Mar; Chile.