



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ, VER

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PRINCIPALES CAUSAS
DE CONSULTA DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 13,
TURNO VESPERTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE.
VERACRUZ, VER.**

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

PRESENTA:

DRA. HILDA GUADALUPE PRECIADO

ASESOR DE TESIS

DRA. ANA MARIA NAVARRO GARCIA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PRINCIPALES CAUSAS
DE CONSULTA DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 13,
TURNO VESPERTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE.
VERACRUZ, VER**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. HILDA GUADALUPE PRECIADO

A U T O R I Z A C I O N E S :

DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
PARA LA SALUD. COORDINACION NACIONAL DE POLÍTICA Y
DESARROLLO EDUCATIVO, ISSSTE.

ASESOR DE TESIS

DRA. ANA MARIA NAVARRO GARCIA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

VERACRUZ, VER
2006

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PRINCIPALES CAUSAS
DE CONSULTA DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 13,
TURNO VESPERTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE.**

VERACRUZ, VER

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

PRESENTA:

DRA. HILDA GUADALUPE PRECIADO

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE

MARCO TEORICO-----	1
ASPECTOS HISTORICOS-----	3
CONCEPTO DE FAMILIA-----	4
ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA FAMILIA-----	5
CICLO VITAL DE LA FAMILIA-----	5
CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS-----	6
EVALUACION DE LA FAMILIA-----	11
ATENCION PRIMARIA-----	21
MORBILIDAD-----	23
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	29
MODELO CONCEPTUAL-----	32
JUSTIFICACION-----	33
OBJETIVOS:-----	35
GENERAL	
ESPECIFICO	
METODOLOGIA-----	36
TIPO DE ESTUDIO	
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN--	
VARIABLES:	
PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACION-----	46
CONSIDERACIONES ÉTICAS-----	47
RESULTADOS-----	49
TABLAS (CUADROS) Y GRÁFICAS	
DISCUSION-----	69
CONCLUSIONES-----	117
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----	119
ANEXOS-----	121

MARCO TEÓRICO

Se dice que la medicina es el arte y la ciencia que se ocupa de servir al hombre, de luchar y protegerlo contra sus enfermedades, de aliviar sus sufrimientos, de conservar su salud, de ayudarlo a rehabilitarse y a vivir con la máxima plenitud de sus facultades. ¹

La noción biopsicosocial sirve al médico para recordar que el paciente es algo más que una enfermedad, que parte de su problema es subjetivo, ello implica que todo individuo enferma de manera estrictamente individual. ²

El paciente es un todo, donde los límites entre lo orgánico, lo psíquico y lo social se difuminan, se entrelazan y son (o debieran ser) manejados por el médico, cuya función es—solo o como líder de un equipo— abordar los componentes biológicos, psicológicos y sociales del padecer del paciente, simplemente porque están ahí, porque son parte intrínseca, sin importar que participen directamente o no en la etiología de la enfermedad. ³

El paciente también es un ser social que convive con grupos de individuos cuando la enfermedad le aqueja, principalmente la familia y esta es a su vez la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad. ⁴ Mendoza agrega que la familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas y menciona el conyugal (papá y mamá), paterno-filial (padres e hijos) y fraternal (hermanos).⁵

De esta manera, la función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y mostrarles cómo prevenir, o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades. El médico familiar debe cumplir esta función dentro de la trama de un sistema social cada vez más complejo, caracterizado por rápidos adelantos tecnológicos, el médico familiar también debe tomar en cuenta los patrones cambiantes de la enfermedad y las expectativas cambiantes respecto de la salud. ⁶

Es indiscutible que contar con una población cautiva, atender todo tipo de episodios de salud y de enfermedad, atender indistintamente a todos los integrantes de la familia, contar con la posibilidad de desarrollar indicadores de riesgo y estimar probabilidades de ocurrencia de eventos, dan grandes ventajas al practicante de la medicina familiar.⁷

El modelo de atención primaria a la salud (la práctica médica familiar) tiene como condición *sine qua non* anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo, es decir, usar un modelo anticipatorio basado en diagnosticar los riesgos a que esta sujeta una población específica mediante la identificación de los factores de riesgo a que está expuesto cada miembro de la población. La acción consecuente es tratar de cancelar, modificar o atenuar esos factores de riesgo.^{8,9}

Irigoyen ha señalado que la práctica médica familiar constituye un espacio ideal para estudiar actitudes hacia la salud y la enfermedad e identificar elementos que propician o limitan el desarrollo de diversos padecimientos, así como la utilización de los servicios médicos. Además, puntualiza que reconocer y analizar la influencia de los elementos económicos y sociales sobre la salud de los individuos y sus familias debería ser una labor cotidiana del médico familiar.¹⁰

La práctica de la Medicina Familiar se fundamenta en tres elementos esenciales: el estudio de la familia, la continuidad de la atención y la acción anticipatorio basada en un enfoque de riesgo. Este enfoque de medicina familiar esta contenido en el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Con base en estas premisas, las actividades que el médico familiar debe realizar requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud de las familias que requieren de sus servicios.¹¹ Aunado a ello parte de las habilidades que el médico familiar debe desarrollar es la detección de factores de riesgo de disfunciones familiares, o bien su detección y tratamiento oportuno.¹²

Cada ciencia tiene como punto de partida un cuerpo teórico de conocimientos, el cual permite diferenciarla de otras ciencias. La ciencia es, ante todo un conjunto de actitudes y por tanto, una disposición para afrontar los hechos con el fin de investigar más de lo que alguien ha dicho sobre ellos. Estos conceptos son de gran valor en medicina

familiar, ya que el éxito o fracaso de quien la ejerce dependen, en buena medida, de las actitudes que haya desarrollado durante su formación.¹³

La evaluación demográfica de la familia mediante la descripción de su estructura, clasificación tipológica, etapa en el ciclo vital familiar. Además de los elementos económicos y sociales constituyen algunos de los componentes del denominado diagnóstico de salud familiar¹⁴.

ASPECTOS HISTORICOS

La familia es tan antigua como la especie humana, fue hasta la segunda mitad del siglo XIX que se convirtió en objeto de estudio científico considerándose como una institución social, cuya estructura y función es determinada por el grado de desarrollo en la sociedad global.¹⁴

En 1877 Morgan definió las etapas fundamentales de la evolución de la familia y fueron tomadas por Engels en una obra “El origen de la familia, la sociedad privada y el estado” haciendo resaltar la génesis de la familia.

Las teorías de Morgan se complementan con la descripción de los gens, un conjunto de familias unidas por determinado lazos de parentesco, que al escindir-se por un aumento en su densidad daban lugar a dos gens hermanas y a su vez un conjunto de gens una patria, y dos patrias una tribu.

Morgan señala que aparecen otras formas diferentes de familia: familia consanguínea, donde predominan las relaciones incestuosas entre hermanos. Familia punalua o familia por grupo, la prohibición del incesto incluye a los hermanos. La familia sindiasmica o patriarcal, tiene el derecho de la poligamia e infertilidad; la familia monogamica que se origina del anterior y se caracteriza por la unión libre escogida de dos individuos y es la familia de la cultura actual¹⁴

Concepto de familia

La palabra familia deriva de la raíz *famulus*, que significa siervo, y esta proviene del primitivo *famul* que se origina la voz osca *famel*, esclavo domestico.

En Roma se le daba el nombre de familia al conjunto formado por esposas, hijos y esclavos sirvientes que eran propiedad del pater, quien poseía la patria potestad.

El concepto de familia es difícil de elaborar ya que adopta formas y dimensiones diferentes en cada sociedad que es difícil discernir los elementos que puedan ser comunes, pero por lo que han surgido múltiples definiciones y es importante partir de una adecuada especificación de la terminología, en la cultura occidental el grupo formado por marido y mujer e hijos sigue siendo la unidad básica preponderante con la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles protección física y apoyo emocional.

La OMS refiere a la familia como los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

El Diccionario de la lengua española dice que la familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Warner hace referencia al conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.

El Centro Canadiense define a la familia como esposa y esposo con o sin hijos o padre y madre solo con uno o más hijos que viven en el mismo techo.

Según la The United Census Bureau, la familia es el grupo de individuos que viven juntos se relacionan entre sí por lazos sanguíneo de matrimonio o adopción.

Y de acuerdo a los socialistas Federic Le play y Proudhon, "la familia es la célula básica de la sociedad", es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano.¹⁴

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, construido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique, Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad. ¹⁴

Estructura y funciones de la familia

– Estructura

Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar.

Funciones de la familia

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo.

Se reconocen las siguientes funciones:

Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.

Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar,

Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad

Desarrollo y ejercicio de la sexualidad ⁴

Ciclo vital de la familia

El ciclo vital es un instrumento de organización y sistematización invaluable, para el pensamiento clínico, Estrada Inda refiere que su valor radica en las tareas específicas que debe de desempeñar la familia en cada una de sus fases que si no se complementan,

pueden surgir problemas de funcionamiento con efecto en las etapas subsiguientes, ya que el cumplimiento de estas acciones los lleva a una vida sana y funcional.

El ciclo vital de la familia es una evolución que el medio social con el que sus miembros esta en contacto y se va extendiendo y se divide en cuatro etapas y estas a su vez en varias fases.

Etapas constitutivas, etapa procreativa, etapa de dispersión y etapa final.

La comprensión del ciclo vital de la familia junto con la del desarrollo individual, puede ayudar al médico a formular buenas hipótesis sobre los problemas que aparecen en sus pacientes. En el curso de su desarrollo, la familia pasa por varias etapas de transiciones predecibles: matrimonio, nacimiento de hijos, años escolares y adolescencia, graduación académica, primer trabajo o continuación de estudios con los de nivel superior, salida de casa de los hijos, involución, jubilación y viudez. El médico, mediante la percepción de esas transiciones, puede ayudar a que las familias prevean tales situaciones y se preparen para ellas y, al mismo tiempo, puede enriquecer su propia comprensión del contexto de las enfermedades.

Las familias experimentan también crisis inesperadas que exigen respuestas adaptativas: enfermedades, accidentes, divorcio, pérdida de trabajo o muerte de un familiar, entre otras.¹²

Clasificación de las familias

Es importante señalar las características que permiten distinguir a las familias. En este caso se aborda la clasificación de las familias con base en cinco ejes: a) Parentesco, b) Presencia física en el hogar o convivencia, c) Medios de subsistencia, d) Nivel económico, y e) Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales.

– Clasificación de las familias con base al parentesco

Con relación al primer eje, el parentesco es un vínculo por consanguinidad, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta

clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relaciona con las consecuencias propias del parentesco. De acuerdo a este eje las familias se clasifican en dos grandes grupos: con y sin parentesco.

En el primer grupo aparecen las siguientes denominaciones:

- Nuclear. Hombre y mujer sin hijos
- Nuclear simple. Padre y madre con 1 a 3 hijos
- Nuclear numerosa. Padre y madre con 4 hijos o más
- Reconstruida (binuclear). Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
- Monoparental. Padre o madre con hijos
- Monoparental extendida. Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
- Monoparental extendida compuesta. Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
- Extensa. Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
- Extensa compuesta. Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
- No parental. Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familias sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)

En el segundo grupo o sea sin parentesco se encuentra a:

- Monoparental extendida sin parentesco. Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
- Grupos similares a familiar. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera)

Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia

El segundo eje, la presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de

enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de la familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.

De acuerdo a este eje existen las siguientes posibilidades:

Núcleo integrado. Presencia de ambos padres en el hogar

Núcleo no integrado. No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar

Extensa ascendente. Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres

- Extensa descendente. Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
- Extensa colateral. Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcéte)¹⁵

Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia

Con respecto al tercer eje, la inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

Agrícolas y pecuarias

Industrial

Comercial

Servicios

Las diversas posibilidades de origen de los recursos que permiten la subsistencia de las familias, combinaciones de las cuatro fuentes mencionadas y se asigna la clasificación correspondiente al origen de los recursos de subsistencia aportados por el jefe de la familiar.

Clasificación de las familias con base en su nivel económico

El cuarto eje es relativo al nivel económico de las familias, mismo que influye poderosamente sobre los diversos elementos vinculados con la salud. Se han

identificadas enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias con una perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto del bienestar como de la pobreza que interactúan, dependen e influyen sobre otros factores. Estudios recientes coinciden en que el ingreso económico familiar no es el único, pero sí uno de los factores más importantes, y por lo tanto no representa en su totalidad las dimensiones que integran el fenómeno riqueza-pobreza en el escenario familiar. La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva. Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar, para lograrlo deberá tomar en cuenta los elementos que integren una visión multifactorial de este fenómeno. Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001, y publicado por Cortés y Hernández-Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar.

- Nivel 1. Ingreso *per capita* suficiente para cubrir los gastos de la canasta básica.
Recursos suficientes para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros.
Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado, y aseo personal, esparcimiento y turismo.
- Nivel 2. Ingreso *per capita* suficiente para cubrir el valor de la canasta básica
Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.
- Nivel 3. Ingreso *per capita* inferior al valor de la canasta básica

Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

La escala establece que el nivel 3 de pobreza es el más grave de todos y el nivel 1 es el menos grave. Las familias que pueden cubrir los rubros mencionados en los tres niveles no se consideran pobres.

Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales

El quinto y último eje considera los nuevos estilos de vida personal-familiar que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar. De acuerdo a este eje las familias se pueden clasificar de la siguiente forma:

- Persona que vive sola. Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa del ciclo vital
- Matrimonio o parejas de homosexuales. Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos
- Matrimonio o parejas de homosexuales con hijos adoptivos. Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos
- Familia grupal. Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo
- Familia comunal. Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales
- Poligamia. Incluye la poliandria y la poliginia 21

Dinámica familiar

El buen o mal funcionamiento de la familia es el factor determinante para la aparición de enfermedades entre sus miembros, la funcionalidad familiar ayuda a enfrentar las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa; la dinámica familiar es el conjunto de fuerzas motrices físicas emocionales e intelectuales.

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas por lo tanto viene siendo una mezcla de sentimientos comportamientos que le permiten a cada miembro de la familia desarrollarse como individuo con el sentimiento de no estar aislado y poder contar con el apoyo de los demás de esta forma es como surge el paciente identificado, ya que es el que necesita ayuda ya que sus síntomas pueden constituir una expresión de la disfunción familiar.

Es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar.

Salud familiar

El estudio de la salud familiar aborda los aspectos biológicos de la enfermedad y comprende sus problemas en el contexto de sus características biopsicosociales y culturales, las cuales no deben ser consideradas aisladamente pues constituyen un factor de riesgo para la salud del grupo familiar, de acuerdo a la norma oficial mexicana el expediente clínico. (NOM168)

La homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social, influye en el proceso Salud = Enfermedad.

Evaluación de la familia

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación o paliación; este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que

intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial.⁴

Organización familiar

En el marco de la cibernética, el concepto de estructura describe la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico. La familia constituye una red de sucesos dinámicos cuya organización y reglas de conducta no deben considerarse completas en sí mismas, sino enfocarse atendiendo a la función que cumplen para cada miembro del grupo, así como también para toda la familia en su conjunto. Por consiguiente, la estructura de una familia por lo común no permanece invariable, si ésta no cambia, significa simplemente que no necesita cambiar en ese momento. Sólo con base en la recurrencia de interacciones específicas y por la redundancia de las conductas es posible hacer alguna inferencia acerca de las reglas y, por consiguiente, de la organización de un sistema dado. La dirección y regulación de estos procesos no se hace al azar, sino que están determinados por su función en un contexto de límites, jerarquía, alianzas, coaliciones, roles, así como reglas, secretos y mitos familiares.

Límites y fronteras

La claridad de los límites del sistema familiar es un parámetro útil para evaluar el funcionamiento de la familia. Los límites se conceptúan como las reglas que definen quien puede participar y cómo debería hacerlo dentro de un sistema o subsistema. Estas reglas que demarcan dónde, cuándo y en qué condiciones determinado miembro del grupo que comporta de una u otra manera, constituyen lo que se denomina los límites individuales. Cuando éstos se delinean entre la familia y el exterior, se les conoce como límites externos. Así, los límites parecen estar determinados por la distancia interaccional (física o emocional) que los miembros de la familia manifiestan hacia otro, así como con personas o instituciones fuera del ámbito familiar.

En la familia se diferencian, aparte de los propios individuos que la componen, subsistemas con funciones específicas: a) marital, compuesto por la pareja, el cual tiene sus propias fronteras y que por definición no incluye a los hijos; b) parental, que surge

del cruce generacional y está conformado generalmente por el padre y la madre, tiene a su cargo la socialización de los hijos así como las funciones de crianza y, c) filial, en donde los hermanos desarrollan patrones de negociación, cooperación y competencia. Además, en el contexto nuestra cultura es necesario considerar el subsistema de los abuelos. Por otra parte, se debe precisar que la composición específica de un subsistema, es decir, quienes lo forman, no es tan significativa como el que exista una claridad en las fronteras que lo delimitan de los otros subsistemas,

Los límites o fronteras pueden ser:

- Externos. Estos se refieren al grado de interrelación permitido entre la familia nuclear como un todo y otros sistemas. Entre estos últimos se encuentran entidades tales como la familia de origen de cada uno de los cónyuges, las instituciones donde trabajan, los amigos y compañeros, y las instituciones sociales, culturales, recreativas, educativas y de salud con las que tiene contacto. Las fronteras difusas con el mundo exterior (aquellas en que la interacción de los miembros de la familia con elementos externos a ella es excesiva) pueden impedir que los miembros de la familia desarrollen sentimientos de pertenencia e identidad familiar, y, por ende se propicie la desintegración del grupo. Por otra parte, las fronteras externas muy cerradas, cuyos intereses se limitan casi exclusivamente al núcleo familiar, sufren un empobrecimiento que restringe de manera considerable el desarrollo de sus potencialidades y limitan la autonomía e independencia de sus miembros.
- Frontera entre subsistemas. Son aquellas que se establecen entre padres e hijos, padres y abuelos, etc. Lo difuso de dichas fronteras puede impedir, en un momento dado, la realización adecuada de las funciones específicas de cada subsistema. Así, por ejemplo, la intromisión de un hijo en los conflictos de los padres interfiere con la resolución de los problemas conyugales y la intromisión de un padre en los conflictos del subsistema de los hermanos dificultará que efectúen negociaciones como iguales que son —y que les permitirán lograr acuerdos para resolver sus conflictos— así como tal vez paralice el desarrollo de actitudes de cooperación y camaradería entre ellos. Si estos límites se cierran, obstaculizarán el apoyo y respaldo mutuo entre padres, hijos o abuelos.

– Fronteras individuales. Constituyen las fronteras en relación con el espacio físico y emocional que desean guardar los miembros de una familia entre sí. Cuando tales límites se tornan difusos producen una intensa sensación de malestar, ya que no existe el respeto a la individualidad del otro. Sin embargo, al igual que los otros tipos de fronteras, los límites individuales cerrados impedirían la comunicación abierta y clara con los otros miembros del sistema familiar, sobre todo en lo que se refiere a sentimientos y necesidades. Por esta razón, los integrantes de una familia que mantienen sus fronteras individuales cerradas experimenta un profundo sentimiento de soledad y aislamiento, aún conviviendo bajo un mismo techo.

Así cada uno de estos tipos de límites o fronteras (externos, entre subsistemas e individuales) puede ser clasificado en tres subtipos: cerrados, claros o difusos. Los difusos implican un exceso de interacción o intromisiones disfuncionales entre los subsistemas o sus integrantes. Los límites cerrados indican un déficit de interacción o una distancia física o emocional —entre los individuos o los subsistemas—, misma que los empobrece y aísla. Por último, los límites claros indican un funcionamiento adecuado o la cercanía que propicia el desarrollo óptimo de sus integrantes. Ahora bien, con base en la capacidad del sistema familiar para realizar cambios, se considera que sería posible observar a un grupo de familias rígidas con muy poca capacidad de cambio que mantendrían límites “rígidamente cerrados” o rígidamente difusos”.

Jerarquía

Se considera que una jerarquía clara e inequívoca constituye un requisito indispensable para el adecuado funcionamiento de la familia. Esto implica que no deberían existir diferencias jerárquicas entre individuos de la misma generación, es decir, subsistemas horizontales, por ejemplo entre los integrantes del subsistema parental o entre los miembros del subsistema de los abuelos o bien, en el subsistema filiar. También se considera que la inversión de los roles entre los padres e hijos, conocida frecuentemente con parentalización, así como cualquier otro patrón jerárquico confuso, invertido o poco claro debería ser considerado como disfuncional o inadecuado y, por consiguiente, es

muy importante clarificar y corregir las incongruencias existentes en la jerarquía familiar.

La parentalización de un hijo, es decir, la creación de un hijo parental, resulta cuando los padres o cualquier otra figura de autoridad decide delegar sus responsabilidades y obligaciones en uno o más de sus hijos, o bien, cuando se la adopción de ese rol por parte del hijo. Este tipo de arreglo jerárquico implica un modo de inversión de roles que se relaciona con una perturbación de las fronteras generacionales. Se ha llegado a suponer que en las familias con hijos parentalizados las necesidades de los padres no fueron satisfechas por sus propios progenitores y, por ende, lo transfieren hacia sus propios hijos. Así que, en cierto sentido, los hijos asumen el rol que, según la percepción de sus padres, los abuelos no llevaron a cabo de manera satisfactoria con ellos. Mientras la parentalización de un hijo pequeño puede constituir un problema grave dentro del grupo familiar, llega a ser legítima cuando ha alcanzado la edad adulta o aun en etapas posteriores de la vida, pues los padres envejecen y necesitan más cuidados. De este modo, al hijo adulto se le coloca necesariamente en la posición de asumir un rol semiparental frente a sus propios padres, ahora ancianos.

Finalmente, se podría concluir que a fin de que exista un adecuado funcionamiento familiar debe existir una clara jerarquía, entendida como el grado de autoridad o influencia que tiene un miembro sobre la conducta de los demás componentes del sistema. De modo que, para lograr un mejor funcionamiento familiar, la jerarquía debe estar en manos de los padres o tutores, puesto que esto brindará un ambiente de seguridad a los hijos.

Roles

Los roles se refieren a la totalidad de expectativas y normas que los miembros de la familia, como un todo, tienen con respecto a la posición que cada uno de los individuos debería guardar dentro de ella, así como a la conducta que cada uno de sus integrantes podría llegar a desarrollar y manifestar dentro del grupo familiar. En consecuencia un rol equivale a las expectativas de conducta que son dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto social dados. Cada integrante de la familia tiene un rol específico, tanto por las funciones instrumentales como por las afectivas que le son asignadas por

los demás miembros del sistema familiar. Sin embargo, las familias varían sensiblemente según las diversas culturas a las que pertenecen, tanto en lo que se refiere al contexto del funcionamiento de los roles como al miembro que asume determinadas funciones dentro de un grupo familiar específico. En general, la relación de los roles de los padres con los hijos cambia como consecuencia de la dependencia recíproca, así como de la coevolución y la individuación de los diferentes miembros de la familia. En la actualidad, parece más probable observar la existencia de efectos disfuncionales cuando las definiciones de los roles son demasiado rígidas, independientemente del contenido de la persona que asume un determinado rol, quizá como consecuencia de procesos de desarrollo prolongados o tardíos y la frustración del cambio necesario.

Comunicación

De acuerdo a la teoría de la comunicación humana, existen axiomas básicos acerca del proceso de comunicación. El primer axioma hace referencia a la imposibilidad de no comunicarse, es decir, “toda acción es comunicación”. Por tanto, no existe posibilidad de no transmitir un mensaje, pues hasta el no comunicarse es comunicación. El intento de “no comunicar puede existir en cualquier contexto en el que se desea evitar el compromiso inherente que conlleva toda comunicación, pero a lo único que el emisor o el receptor de dicho mensaje pueden recurrir es a rechazar, aceptar o descalificar el mensaje, pero en los tres casos se da una comunicación.

Toda comunicación interpersonal no sólo consiste en un intercambio de información sobre ciertos temas, sino que contiene además un mensaje acerca de la relación existente entre las partes interactuantes, es decir, entre quien emite el mensaje y aquel o aquellos que lo reciben. La diferencia entre estas dos dimensiones inherentes a todo proceso de comunicación, es decir, de contenido y de relación, puede aclararse mejor mediante el uso de un ejemplo: cuando una pareja discute un problema, la discusión sirve no sólo para clarificar el tema (el contenido), sino también para definir el tipo de relación existente entre ambos miembros de la díada, es decir, el tipo de vínculo que realmente existe entre ellos o bien el grado en que las partes de la relación llegan a un consenso en

cuanto a lo que es aceptable para el otro y para sí mismo dentro del vínculo; en otras palabras, las reglas que son validas para ambos dentro de la relación.¹⁵

Al definir una relación, la cuestión principal es determinar si ésta se considera simétrica o complementaria. El concepto de simetría designa un modelo de relación que se base en el esfuerzo por lograr la igualdad y la reducción al mínimo de las diferencias entre las partes; ejemplo de este tipo de relación se pueden apreciar entre grupos de iguales, así como el subsistema de los hermanos. Mientras que, por otra parte, la complementariedad se refiere a un modelo de relación en el que la conducta y las aspiraciones de los individuos o grupos difieren, pero se ajustan mutuamente en un equilibrio dinámico; algunos ejemplos de situaciones en las que se establecen relaciones complementarias son la que se entabla entre el médico y su paciente, así como la que tiene lugar entre la madre y el niño pequeño. Dentro de toda relación complementaria existen dos posiciones: la de “uno arriba”, es decir, quien tiene el control o está a cargo de la situación, mientras que el otro permanece en la situación designada como “uno abajo”, quien acepta ser sometido, o bien, cuidado.

Es importante puntualizar que la comunicación “funcional” dentro de la familia es aquella en que los mensajes que los miembros de la misma se envían entre sí han de enunciarse con claridad. Por otra parte, la conducta correspondiente con dichas comunicaciones es coherente con el mensaje emitido, si existe una diferencia mínima entre los sentimientos manifestados y los mensajes comunicados.

Alianzas

Una alianza designa una afinidad positiva entre dos o más miembros del sistema familiar; es potencialmente neutra. En los casos en que la cercanía entre dos personas surge con la finalidad de oponerse a otra parte del sistema a un miembro de la misma familia, se puede hablar de una coalición. En ésta, los miembros del sistema que se encuentran aliados se colocan en una posición combativa o de exclusión, en perjuicio de un tercero.

Flexibilidad

La flexibilidad dentro de la familia, también conocida como adaptabilidad, depende de su capacidad para crear un equilibrio flexible entre estabilidad y cambio. Familias que continuamente viven una situación demasiado cambiante, sin que existan periodos de estabilidad dentro del sistema que les permitan consolidar los cambios propuestos, se traducen en sistemas caóticos; mientras que aquellas familias que viven constantemente en una situación estable, donde no se permite la posibilidad de incorporar cambios y ensayar nuevas modalidades de interacción, se desarrollan sistemas rígidos. La flexibilidad es un recurso necesario para garantizar la posibilidad de contemplar y llevar a cabo el cambio dentro de un sistema; facilita el desarrollo en situaciones de crecimiento durante las diferentes etapas del ciclo vital de la familia, así como frente a las crisis inesperadas.

Definición de una familia funcional

En resumen, una familia funcional presentaría las siguientes características: fronteras externas claras y permeables, lo cual permitiría que la familia y sus miembros puedan intercambiar información con otros sistemas sociales, al mismo tiempo que desarrollen su sentido de pertenencia.

Fronteras entre subsistemas claras, de modo que se puedan llevar a cabo las funciones específicas de cada subsistema, al mismo tiempo que se fortalece la jerarquía y se transmiten las reglas de socialización.

Fronteras individuales bien definidas, de tal manera que cada uno de los miembros de la familia llegue a desarrollar un sentido propio de individuación y autonomía para desenvolverse en el mundo exterior, al mismo tiempo que perciban a los demás como fuentes de apoyo y aceptación.

Para un mejor funcionamiento familiar la jerarquía debería estar en los padres o tutores, los cuales tendrán la función de brindar un ambiente de seguridad a sus hijos. Además,

deberá ser clara y consistente a fin de evitar problemas entre los diferentes miembros que integran cada subsistema familiar.

Los roles tendrían que presentar una adecuada fluidez y capacidad para el intercambio de funciones, así como un genuino deseo de compartir algunas de ellas.

La comunicación clara y asertiva tendría que ser la norma dentro de la familia, de manera que permitiera la negociación y resolución de problemas, además de brindar un marco para el desarrollo de la capacidad necesaria para lograr un equilibrio entre la proximidad y la distancia.

Las reglas en la familia serían, en su mayor parte, explícitas y renegociadas a medida que la familia pasa a través de las diversas etapas del ciclo vital, de manera que permitan el desarrollo familiar y la individuación de sus miembros.

No se presentarían coaliciones, así como tampoco alianzas inflexibles o rígidas, y la familia tendría que ser flexible para garantizar el desarrollo y coevolución de sus miembros, al mismo tiempo que les da un sentido de pertenencia y estabilidad ante los problemas internos y externos a los que se va enfrentando.

En síntesis, estas características (fronteras, jerarquía, roles, reglas, inexistencia de coaliciones y flexibilidad) son consideradas como los elementos básicos para evaluar el funcionamiento de una familia.^{14,15}

La información acerca del tipo de familias en nuestro país de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática es de que existen 18,221,676 hogares familiares y se han clasificado como familias *nucleares* (constituidas por los cónyuges, hijos o ambos) con un cifra cercana al 68.8%, *ampliadas* (el concepto de la nuclear más otros parientes) con 30.3% y compuestas (incluye los dos conceptos anteriores más personas sin relación o parentesco con los cónyuges) con 0.9%.¹⁵ Y Mendoza reporta que, de una serie de 103 diagnósticos de salud familiar realizados en Xalapa (Veracruz), predominaron las familias integradas con 82%, nucleares 82%, tradicionales 51%,

urbanas 86% y empleadas 75%. De acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal encontraron parejas funcionales en 52%, moderadamente funcionales 39% y severamente disfuncionales 9%. La comunicación directa predominó en las familias balanceadas y los límites fueron claros en las familias balanceadas.⁵

El análisis de la patología que con mayor frecuencia se presenta en las familias, constituye el perfil de morbimortalidad que aunado a la evaluación demográfica de las familias, facilita al médico de familia y a su equipo de trabajo el diseño y ejecución de estrategias específicamente dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno. La información obtenida mediante estas actividades ofrece la oportunidad para desarrollar proyectos de investigación multidisciplinaria y permiten un uso más eficiente de los recursos para la solución de problemas de salud y el diseño de estrategias de atención específicas para un consultorio o comunidad.¹¹

Por último, en un mundo tan heterogéneo y de extrema competencia, la identidad de la medicina de familia como especialidad, con un cuerpo propio de conocimientos y competencias específicas se convierte en un reto para sus practicantes en la actualidad. De tal manera que mediante el abordaje de fenómenos propios del quehacer del médico familiar, estaremos inmersos en el paradigma de la educación e investigación médicas, pilares de la medicina de familia como disciplina académica.¹⁶

ATENCION PRIMARIA.

Antecedentes Históricos.

Haciendo un análisis de la medicina familiar en México y en el mundo Domínguez del Olmo menciona, la era del medico general en el siglo XIX cuando la practica medica comenzó a promover un estudio mas sistematizado de la atención a la salud de la familia. Era un estudioso constante y un investigador frecuente. Cada familia tenia su medico esto le permitía tener una continuidad de la atención. Dando origen a muchos de los postulados filosóficos que estudia la especialidad de medicina familiar.

Los reportes mas importantes en el contexto internacional fundamentales en el desarrollo de la medicina familiar, dos de ellos en 1966 la Comisión Millis llama la atención sobre la fragmentación sobre la atención a la salud paralelamente el Committee on for Family Practice, establece que debe de formarse un nuevo especialista y lo denominó medico familiar.

La medicina general y la medicina familiar comienzan en la segunda mitad del siglo xx vistas como una disciplina clínica.

En 1972 se crea oficialmente el colegio mundial de médicos de familia (WONCA) en el ca) en el contexto latinoamericano y del caribe se crea el centro internacional para la medicina familiar (CIMF)) en 1981. en 1991 WONCA y la OMS emiten una declaración conocida como el papel del medico de familia en los sistemas de atención a la salud. El año 1944 en Ontario Canada se deriva que el medico de familia puede contribuir a atender las necesidades de salud de la población, en junio del 2002 en la sexta región, llamada región WONCA latinoamericana, se recapitulan hechos históricos significativos que han influenciado la evolución de la medicina familiar, en el contexto mexicano el sistema de salud busca la universalidad en la cobertura de los servicios.

En el año de 1954 médicos del IMSS plantearon un primer esbozo de lo que es la medicina familiar, en 1974 la UNAM otorga el reconocimiento académico de la disciplina creándose en 1975 el primer departamento de medicina familiar en Latinoamérica. En 1980 la Secretaria de Salud y el ISSSTE inician la formación de especialistas en medicina familiar, en 1988 fue el creado el consejo de certificación de medicina familiar, en 1994 se constituye el colegio mexicano de medicina familiar, en

1996 se ingresó a la Confederación Iberoamericana y en el 2002 el colegio mexicano ingreso como país titular al colegio mundial (WONCA).

Con estos elementos el desarrollo de la medicina familiar en cualquier país del mundo se han dado pasos fundamentales con la valoración de trabajo de médicos generales y familiares con la formación medica básica aunada a la identificación de la preparación de postgrado y en el que se da el reconocimiento a la medicina familiar como rama autónoma de la medicina como disciplina medica científica.¹⁸

Por lo tanto el medico de familia esta comprometido y disponible para cualquier problema de salud experimentado por personas de cualquier sexo y edad. Debe de considerar al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo, mantener la salud de la población que atiende en la consulta en su domicilio o en el hospital. Los médicos de familia saben que sus propios valores aptitudes y sentimientos son determinantes e importantes de la forma en que practican la medicina. Se pueden describir 4 habilidades del medico de familia. Solución de problemas, identificación de los riesgos, uso de la relación medico paciente con efectividad en la terapéutica y gestor de recursos.

La continuidad de la atención y el trabajo del medico es identificado como un elemento crucial en la medicina familiar.

Hoy en día el desarrollo científico y los avances tecnológicos han generado recursos que permiten no solamente atender la enfermedad sino también generar acciones que favorezcan la salud, denominándola atención primaria que solo puede ofrecerse antes de que aparezca el daño, es decir acción anticipatorio de los factores de riesgo, esto significa que permite entender que la salud integral no solo es resultado de acciones medicas sino de situaciones socioeconómicas y culturales del complejo ecológico en que viven los grupos humanos, expresado en la calidad de vida. Es fundamental comprender el proceso salud=enfermedad partiendo de la unidad mínima de estudio que es la familia.¹⁵

MORBILIDAD

La familia ha sido motivo de estudio en diversas disciplinas donde se ha propuesto estudiarla sistemáticamente y científicamente, y donde el individuo ha dejado de ser analizado como un ente exclusivamente biológico cobrando interés los factores psicológicos y sociales que se generan en la propia familia y afectan la salud del individuo.

Frenk señala que la salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico, lo social, el individuo la comunidad la política social y la economía.

Existen cuatro fases de la enfermedad estrechamente vinculadas con la dinámica individual, familiar y la del propio padecimiento: aparición aguda, evolución progresiva, desenlace prematuro, posibilidad de incapacitar. el deslinde de las diferentes fases de la enfermedad, al igual a una evaluación acertada de la familia, el rol del enfermo ante la aparición de la enfermedad.

Según la clasificación internacional de enfermedades del OMS, los problemas de salud se agrupan en: problemas de salud física (faringitis, etc) b).- problemas de salud individual que alteran el funcionamiento familiar (enfermedades crónicas degenerativas diabetes c).- problemas de salud mental que afectan al individuo pero repercuten en la familia . d).- problemas de salud triaxial de la familia 8desarrollo, disfunción de subsistemas difusión global familiar.

La salud es una condición básica para el desarrollo personal y social con un panorama de las condiciones generales de salud de la población que comprende morbilidad, recursos humanos y materiales.

Es de importancia conocer la morbilidad nacional, estatal, local, a si como de la unidad, con base en los indicadores dar cobertura a la atención primaria.

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD NACIONAL 2006

1. Infecciones Respiratorias Agudas	26,625,541
2. Infecciones Intestinales Por Otros Organismos y las mal definidas	4,765,567
3. Infección de las Vías urinarias	3,181,056
4. Ulceras, Gastritis, Duodenitis	1,433,592
5. Amebiasis intestinal	762,937
6. Otitis media aguda	754,742
7. Hipertensión arterial	515,298
8. Gingivitis y enfermedad periodontal	449,714
9. Helmintiasis	400,759
10. Diabetes mellitus no insulinodependiente	397,387
11. Candiadiasis urogenital	356,491
12. Varicela	325,782
13. Asma y estados asmáticos	290,205
14. Conjuntivitis	266,673
15. Intoxicación por picadura de alacrán	247,976
16. Tricomoniiasis urogenital	174,826
17. Ascariasis	173,414
18. Neumonías y bronconeumonías	172,132
19. Desnutrición leve	168,463
20. Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	146,164

Fuente: Sistema Único de Información para Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA

**10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DEL ESTADO DE
VERACRUZ, 2006.**

1. Infecciones respiratorias agudas	620166
2. Enfermedades diarreicas	181517
3. Infección de vías urinarias	99415
4. Úlceras, gastritis y duodenitis	51802
5. Gingivitis y enfermedad periodontal	40976
6. Candidiasis Urogenital	23959
7. Ascariasis	19071
8. Otras helmintiasis	18842
9. Otitis media aguda	15055
10. Tricomoniasis Urogenital	13673

Fuente: Boletín epidemiológico SSA, estado 30

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD EN EL MUNICIPIO
DE VERACRUZ SEMANA 42 DEL 2006**

1. Infecciones Respiratorias Agudas	63,897
2. Infecciones Intestinales Por Otros Organismos y las	19,337
3. Infección de las Vías urinarias	12,240
4. Ulceras, Gastritis, Duodenitis	4,051
5. Dengue clásico	3,095
6. Hipertensión arterial	2,135
7. Otras helmintiasis	1,936
8. Asma y estados asmáticos	1,809
9. Otras infecciones intestinales debidas A	1,594
10. Ascariasis	1,579
11. Conjuntivitis	1,538
12. Otitis media aguda	1,479
13. Varicela	1,330
14. Amebiasis intestinal	1,328
15. Gingivitis y enfermedad periodontal	1,149
16. Candiadiasis urogenital	819
17. Dengue hemorrágico	771
18. Diabetes mellitus no insulino dependiente	709
19. Quemaduras	618
20. Mordeduras de perro	521

Fuente: Est: 30 Veracruz-Jur: 08 Veracruz-Mun:193 VERACRUZ

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA
EXTERNA HOSPITAL GENERAL ISSSTE VERACRUZ**

Padecimiento	No. de casos	%
1. Hipertensión Esencial (Primaria)	7,208	14.54
2. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	2,515	5.07
3. Faringitis aguda no especificada.	2,237	4.51
4. Diabetes Mellitus no especificada, sin mención de complicación	1,951	3.93
5. Rinofaringitis aguda (resfriado común).	1,748	3.52
6. Gastritis, no especificada	1,124	2.26
7. Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1,099	2.21
8. Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores.	769	1.55
9. Lumbago, no especificado	744	1.50
10. Parasitosis intestinal, sin otra especificación	683	1.37

Fuente: Departamento de estadísticas del hospital Gral. del ISSSTE, Veracruz, 2006.

El perfil de las enfermedades en el país han cambiado a principios de 1900 predominaban las infecciosas y parasitarias, a inicios del siglo se observo el gradual predominio de las crónico degenerativas y las ligadas a accidentes y violencia pero siguen presentes las infecto contagiosas; para darnos cuenta de la situación de salud en el país a través de indicadores seleccionados nos muestra las condiciones generales de salud de la población; en el 2004 las enfermedades digestivas cardiovasculares, infecciones respiratorias, tumores malignos, diabetes mellitus, son las enfermedades que cobran relevancia junto con las afecciones originadas en el periodo perinatal y del sistema genito urinario. Entre las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, sigue siendo frecuente la enfermedad de origen infeccioso y parasitario, pero se ha observado un incremento la presencia de hipertensión arterial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante reconocer que “todo hombre debe recibir asistencia médica por el hecho de serlo y esta debe ser digna y adecuada”.⁶ Además, es fundamental, en la práctica médica, el estudio de la familia y la acción anticipada basada en un enfoque de riesgo. A la cual, se le debe de proporcionar una atención médica continua y completa. Por lo que se considera que la medicina de familia es la especialidad que integra las ciencias biológicas y conductuales en donde abarca todas las edades.¹

La medicina de familia no separa la enfermedad de la persona, ni a esta del medio, reconoce que la salud y la enfermedad están fuertemente conectadas con la personalidad, la forma de vida, el medio ambiente físico y las relaciones humanas. Se da cuenta de ambiente la enorme influencia que tiene esta en la evolución de la enfermedad, reconociendo que la familia es fundamental para el desarrollo de la persona.

La concepción sistemática de la institución familiar, la representa como un subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural, y social y en que cada uno interactúan como micro grupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos, y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud²

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística e Información Geográfica --- México a experimentado un profundo cambio demográfico con una población total de 103 263 388 de los cuales 52.7% son mujeres y 51.2% son hombres con un ritmo de crecimiento de la población de 1.0%. Se redujo el promedio de hijos nacidos vivos de mujeres de 45 a 49 años a 3.1. La esperanza de vida es de 75 años con lo cual aumentará la longevidad.

El Estado de México, continua siendo la entidad más poblada con 14.0 millones de habitantes con 13%, le sigue el Distrito Federal con 8.7 (8.5%) Veracruz de Ignacio de la Llave 7.1 millones (6.9 %), Jalisco con 6.8 millones (6.5%). En cambio, Baja California Sur 509 mil, Colima 570 mil, Campeche 750 mil, se mantendrán como los estados de menor número de habitantes. Quintana Roo es la entidad de mayor tasa de crecimiento (4.5%). Zacatecas y Guerrero aumentaron su población al cabo del quinquenio, Michoacán vio reducir su población en más de 21 mil personas.

El Estado de Veracruz tiene 7 millones 110 mil 214 habitantes (6.9%) la tasa de crecimiento media anual es de 0.51% de los cuales es 3 millones 685 son mujeres y 3 millones 423 379 son hombres.

La distribución porcentual de los hogares en el 2005 de acuerdo a la INEGI se reporta con un total de 24 803 625 hogares (familias) nucleares 62.8, extensos 23.6, no familiares 8.0, coresidentes 0.5 y unipersonales 7.5.

INEGI reporta que en México existen 93 471 260 personas que reciben atención médica y el 38.95 reciben servicios de salud a través de las Instituciones de Seguridad Social. El 37% de los hogares mexicanos cuentan con cobertura de salud de sus integrantes, el 36% sólo un miembro de cada familia el 26% de los integrantes no cuenta con cobertura de salud.

La tasa de morbilidad de los principales casos nuevos de enfermedades, por cada 100 mil habitantes, del año 2004 (INEGI) son:

Infecciones respiratorias agudas 24 581.3, Infecciones Intestinales por otros organismos y las mal definidas 4 535.5, Infecciones de vías Urinarias 3 228.2, Úlceras gastritis y duodenitis 1 365.7, Amebiasis Intestinal 792.2, Otitis media aguda 675.3, hipertensión arterial 529.8, Otras helmintiasis 498.0, Diabetes Mellitus no independiente 384.0, varicela 365.8, candidiasis urogenital 330 289.5 asma y estado asmático 289.5, intoxicación por picadura de alacrán 218.5, faringitis y amigdalitis estreptocócicas 201.7, gingivitis y enfermedad periodontal 350.0

La transición epidemiológica plantea el estudio de la dinámica de población desde un enfoque disciplinario y no solamente desde el enfoque tradicional de la demografía, nos brinda la oportunidad de analizar en forma general el proceso salud-enfermedad y su variación en tiempo tomando elementos como la sociología la demografía y la economía

Los médicos de familia son los que prestan la atención primaria, y deben de comprender la forma en que las familias influyen en los individuos, y en el modo en que responden ante las situaciones de estrés y las tensiones desencadenadas por los cambios del ciclo de vida normal y por las circunstancias relacionadas con la salud, se deben continuar preparando su capacidad de intervención con el fin de mejorar la salud de los pacientes para otorgar una asistencia sanitaria dentro de un marco biopsicosocial.

Por la transición epidemiológica en la que se ubica al país, la polaridad de las enfermedades crónico-degenerativas y la emergencia de las enfermedades infecciosas constituyen elementos en salud a controlar, para disminuir los procesos de morbilidad de la población.

En el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado, se desconocen las características de los usuarios de los servicios así como las principales causas de consulta en el consultorio No. 13 turno vespertino del Hospital General de Veracruz. Esto constituye un elemento que favorece una atención médica episódica que si bien otorga un servicio básico, no favorece el seguimiento de los procesos mórbidos y reduce la oportunidad de dar atención médica integral a las familias

Es necesario conocer con detalle la estructura de las familias, las características de la población, las patologías más frecuentes, así como la demanda de los servicios por lo que se integra el siguiente cuestionamiento:

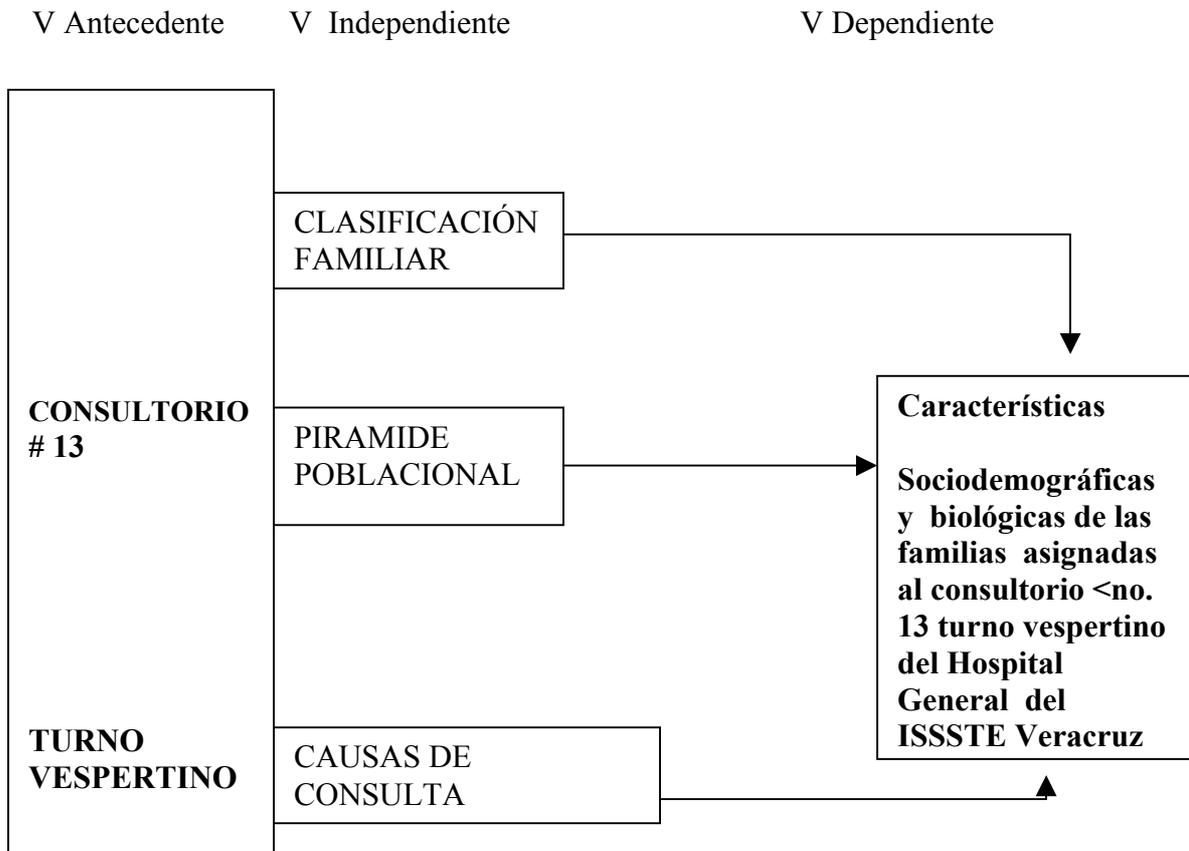
¿Cuáles son las características de las familias?

¿Cuáles son las causas más frecuentes de consulta?

¿Cuál es la población por grupos de edad y sexo?

MODELO CONCEPTUAL

El presente modelo nos ayuda a identificar las variables y clasificarlas, el lugar donde se va realizar el estudio se conoce como variable antecedente consultorio No. 13 turno vespertino del Hospital General del ISSSTE Veracruz. Para .como se va realizar: se utilizan las variables independientes: Con la cédula básica de identificación familiar se obtendrá la clasificación familiar en base a parentesco, presencia física y convivencia nivel socioeconómico. Con el formato Vd1 de vigencias de derechos sabremos la población asignada y se podrá conocer la pirámide poblacional por grupo edad y sexo. Con la Sm-10 informe diario de labores del médico se identificarán las causas más frecuentes de consulta las cuales con lo anterior la Variable dependiente que no conocemos será el problema a estudiar las Características sociodemográficas y principales causas de consulta de las familias asignadas al consultorio no. 13 turno vespertino del Hospital General del ISSSTE Veracruz .



JUSTIFICACIÓN

El plan de desarrollo 2001-2006 definen las bases políticas que norman los programas institucionales y sectoriales.¹⁷

Los estándares de la calidad en sus dimensiones técnica e interpersonal en nuestro país son monitoreados por la Cruzada Nacional de Calidad en el primer nivel de atención en forma periódica.¹⁸

Como sabemos el enfoque preventivo, es el punto de partida para evitar enfermedades que puedan trascender, modificando y afectando al individuo, familia y comunidad.

La medicina familiar conlleva una práctica con filosofía de calidad total en la actualidad .considerando grandes retos como prevención de enfermedades y promoción de la salud a partir del núcleo familiar, de tal manera que la población usuaria reciba los beneficios de estas acciones para impactar en la comunidad y en la disminución de las tasas de morbilidad de las enfermedades con factores de riesgo modificable y se garantice una mejor calidad de vida

INEGI reporta que en México existen 93 471 con derechos a servicios médicos y la mayor parte está registrada en el IMSS con 58.1%, el Seguro popular con 22.5%, el ISSSTE con 9.6%, en un 8.7% corresponde a PEMEX o Servicios de Marina y en un 2.2% a otras Instituciones de Seguridad Social.

En Veracruz 40 de 100 personas son derechohabientes de servicios médicos otorgados por Instituciones públicas. y el 38.95% de ellas reciben servicios de salud a través de instituciones de Seguridad Social .Se reporta que el total de la población amparada por el ISSSTE asciende a 10 608.209 a nivel nacional y a 426 781 en el Estado de Veracruz Llave. Muestra que en el 2005. se otorgaron 14 512 103 consultas en el primer nivel de atención en el ISSSTE a nivel nacional y 847 000 en el Estado de Veracruz (22). Se atendieron un total de 80 352 derechohabientes: trabajadores 20 079, familiares de trabajadores 52097 pensionados 4 251 y familiares de pensionado 3925

(Fuente Subdirección de Afiliación y Vigencias ,Delegación Estatal Veracruz Septiembre del 2005) ²²

Reportando el ISSSTE a SSAVER las 10 principales causas de morbilidad durante la semana 25 (16-24 junio-2006) que son Infecciones Respiratoria agudas 43534, enfermedades diarreicas 18 648, infección de vías urinarias 7 124. Ulceras .Gastritis 5 096, Candidiasis Urogenital 163, Gingivitis y enfermedad (periodontal 509, Ascariasis 2770, Otras helmintiasis 1 655,Otitis media aguda 1611, tricomoniasis 502

El sistema único de información para la Vigilancia Epidemiológica reporta las 20 principales causas de enfermedad en el Estado de Veracruz. Notificado por El ISSSTE:

Infecciones Respiratorias agudas infección de vías urinarias, úlceras, Amebiasis Intestinal, salmonellosis Gingivitis candidiasis urogenital, otras helmintiasis Ascariasis, Otitis media aguda, Tricomoniasis, urogenital, hipertensión arterial, Asma y estado asmático, Diabetes Mellitus, Varicela, Desnutrición leve, conjuntivitis Paratifoidea, otras infecciones intestinales, mordedura de perro. La obtención de la información sociodemográfica, así como la descripción de las principales causas de consulta, favorecerá la identificación de aspectos esenciales que influyan en la situación de salud de los individuos y sus familias.

La información obtenida mediante este estudio propiciará el desarrollo de un diagnóstico situacional, así como la planeación de estrategias, dirigidas a mejorar la atención que se otorga.

Al identificar concretamente las características biopsicosociales de la familia que están bajo su cuidado, podrá implementar medidas eficaces en el núcleo familiar. Por lo que derivado de lo anterior, es indicativo efectuar una medición del estado de salud de la población usuaria de los servicios de medicina Familiar del Hospital General del ISSSTE en Veracruz, Ver para modificar los problemas detectados , e identificar las área de oportunidades que permitan establecer acciones que incidan directamente sobre las condiciones de salud de la población y elevar su calidad de vida ¹⁸.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer las características biológicas y sociodemográficas de las familias asignadas al consultorio # 13 del Hospital General del ISSSTE, Veracruz, Ver., Turno vespertino.

Objetivo específicos:

Establecer la pirámide poblacional del consultorio # 13 turno vespertino del Hospital General ISSSTE Veracruz.

Identificar las diez principales causas de consulta de la población asignada a este consultorio.

Clasificar las familias asignadas a este consultorio.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

De acuerdo con la clasificación de Méndez y Cols.²⁶ este estudio se clasifica de la siguiente manera: OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL y AMBISPECTIVO.

Población, lugar y tiempo:

Se estudiara a la población demandante de la consulta, derechohabiente del instituto, asignada al consultorio #13

Para la pirámide poblacional se utilizaran las tarjetas vd1 de vigencia de derechos de la unidad de medicina familiar del Hospital General ISSSTE (ANEXO 1)

Para determinar las principales causas de consulta se utilizarán formatos sm1-10 (informe diario de labores del médico) (ANEXO 2)

Para conocer las características sociodemográficas de las familias, se utilizarán las cédulas básicas de identificación familiar del MOSAMEF (ANEXO 3).

Lugar:

Este estudio se llevará a cabo en el consultorio número 13 turno vespertino, del Hospital General del ISSSTE, Veracruz, Ver.

Tiempo:

El tiempo en el que se realizará este estudio será de Enero a Junio del 2006.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Tipo de la muestra:

Se empleó un muestreo no aleatorio, secuencial y por cuotas.

Secuencial: se incluyeron todos los formatos sm1-10 existentes de enero a junio de 2006.

Por cuotas: se encuestó a un total de 53 familias adscritas al consultorio 13 turno vespertino.

Para la pirámide poblacional no se utilizó muestreo ya que se incluyeron todas a tarjetas vd1 de los pacientes adscritos al consultorio 13 turno vespertino.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios De Inclusión:

Se utilizaron las hojas de registro diario del médico, pertenecientes al consultorio # 13 del turno vespertino del Hospital General, del ISSSTE Veracruz, Ver.

Las Tarjetas vd1(vigencias de derechos) de los pacientes adscritos al consultorio #13 turno vespertino del “Hospital general”, del ISSSTE Veracruz, Ver.

Las Familias adscritas al consultorio #13 turno vespertino del “Hospital General”, del ISSSTE Veracruz, Ver.

Criterios de Exclusión:

Las Hojas de registro diario del médico, pertenecientes a otro consultorio o turno diferente.

Las Tarjetas vd1 pertenecientes a pacientes de consultorios diferentes

Las Familias adscritas a otro consultorio.

Criterios de Eliminación:

Las Hojas de registro diario del médico ilegibles.

Tarjetas VD1 con datos incompletos.

Familias con encuestas incompletas.

VARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
Estado civil: Situación de las personas determinada por ciertos aspectos de situación familiar desde el punto de vista del registro civil.	Casados: Miembros del hogar que contrajeron matrimonio (religioso, civil o ambos) que conviven en pareja o en unión libre (INEGI) Unión Libre: Vida en pareja, en común, sin estar casados. Otro	Nominal: Lo que se mide es colocado en una u otra categoría; ninguna de las categorías tiene mayor jerarquía que la otra, las características únicamente reflejan diferencias en la variable. No hay orden de mayor a menor
Años de unión conyugal: Vida en pareja, en común, casados o no.	Tiempo de unión expresada en años.	Intervalar: Escala de medición que refleja operaciones que definen una unidad de medición: mayor, igual o menor.
Escolaridad de los integrantes de la familia. Escolaridad: tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Postgrado	Ordinal: Escala de medición que contiene reglas para decidir si un objeto es diferente a otro, si es mayor o menor con respecto a un atributo determinado.
Edad del padre. Edad: tiempo que una persona ha vivido. Padre: Hombre respecto de sus hijos.	Edad del padre expresada en años	Intercalar

<p>Edad de la madre. Madre: Hembra respecto a su hijo o hijos. Mujer que ha parido.</p>	<p>Edad de la madre expresada en años</p>	<p>Intervalar: Escala de medición en la que existe un orden natural en sus valores y es posible cuantificar la diferencia entre dos valores. Generalmente los valores tienen unidad de medida.</p>
<p>Clasificación de la familia con base en el parentesco Parentesco: Relación recíproca entre las personas de la consanguinidad, afinidad o adopción.</p>	<p>Nuclear: Hombre y mujer sin hijos. Nuclear Simple: Padre y madre con 1 a 3 hijos. Nuclear Numerosa: Padre y madre con 4 hijos o más. Reconstruida Binuclear: Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior. Monoparental: Padre o madre con hijos. Monoparental extendida: Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco. Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.</p>	<p>Nominal</p>

	No Parental: Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familias sin la presencia de los padres.	
Clasificación de la familia sin parentesco	<p>Monoparental extendida sin parentesco: Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.</p> <p>Grupos similares a familia: Personas sin vínculos de parentesco que realizan funciones o roles familiares.</p>	Nominal
Con base en la presencia física y convivencia	<p>Núcleo integrado: Presencia de ambos padres en el hogar.</p> <p>Núcleo no integrado: No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.</p> <p>Extensa ascendente: Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres</p> <p>Extensa descendente: Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.</p> <p>Extensa colateral: Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales.</p>	Nominal

<p>Estilo de vida originados por cambios sociales</p>	<p>Persona que vive sola: Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa del ciclo de vida.</p> <p>Parejas homosexuales sin hijos: Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos.</p> <p>Pareja homosexuales con hijos adoptivos: Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.</p> <p>Familia grupal: Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.</p> <p>Familia comunal: Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.</p> <p>Poligamia: Tipo de relación amorosa y sexual entre más de dos personas, por un período</p>	<p>Nominal</p>
---	--	----------------

	significativo de tiempo, o por toda la vida.	
Con base en sus medios de subsistencia. Se clasifica de acuerdo al origen de los recursos de subsistencia aportados por el jefe de la familia .	Agrícolas o pecuarias Industrial Comercial Servicios	Nominal
Con base en su nivel económico (pobreza familiar)*	Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 No se le considera pobre	Nominal
Etapas del ciclo de vida familiar	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte	Ordinal
Pirámide Poblacional por grupos de edad	Menores de 1 año De 1 a 4 años De 5 a 9 años De 10 a 14 años De 15 a 19 años De 20 a 24 años De 25 a 29 años De 30 a 34 años De 35 a 39 años De 40 a 44 años De 45 a 39 años De 40 a 44 años	Ordinal

	De 45 a 49 años De 50 a 54 años De 55 a 59 años De 60 a 64 años De 65 a 69 años De 70 a 74 años De 75 y más...	
Pirámide poblacional por sexo	Masculino Femenino	Nominal
Principales causas de consulta	Diagnósticos anotados en el formato SM-10-1	Nominal

Formato : .Departamento de Postgrado
del Dpto. de Medicina Fam. UNAM,

Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar:

Pobreza familiar nivel 1: Ingreso per cápita **suficiente** para cubrir el valor de la canasta básica.

Recursos **suficientes** para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Pobreza familiar nivel 2: Ingreso per cápita **suficiente** para cubrir el valor de la canasta básica.

Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo

Pobreza familiar nivel 3: Ingreso per cápita **inferior** al valor de la canasta básica.

Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

La escala establece que el nivel 3 de pobreza es el más grave de todos y el nivel 1 es el menos grave. Las familias que pueden cubrir los rubros mencionados en los tres niveles no se consideran pobres.

PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN:

Para la pirámide poblacional se revisaron todas las tarjetas vd1 de los pacientes asignados al consultorio 13 turno vespertino del Hospital General ISSSTE Veracruz.

Para las principales causas de consulta se revisaron todos los formatos sm1-10, existentes de enero a junio de 2006., del consultorio 13 turno vespertino del Hospital General ISSSTE Veracruz

Para determinar las características familiares se encuestaron 53 familias adscritas al consultorio 13 turno vespertino, aplicando la cédula básica de identificación familiar, durante la consulta médica del paciente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

De acuerdo a la declaración de Helsinki²⁰, al comunicado de la Secretaría de Salud de nuestro país ²¹ y al Código de Bioética del ISSSTE ²² esta investigación no implica riesgo físico o psicológico para los pacientes, por lo que solo se solicitará su consentimiento verbal para participar en el estudio.

De acuerdo a la declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial ²⁶ enmendada por la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 declara:

Art. 10.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

Art. 11.- La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

Art. 13.- El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de valuación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida.

Art. 14.- El protocolo de investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observados los principios enunciados en esta Declaración.

Art. 28.- El médico puede combinar las investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico

La Ley General de Salud, en el Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 100 menciona: La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases (24):

I.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II.- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V.- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

La Comisión Nacional de Bioética²⁵ en su Código de Bioética para el Personal de Salud 2002 en su Capítulo VII dice:

Artículo 40.- El beneficio que los pacientes y la comunidad obtienen de las actividades médicas se basa en el progreso de las ciencias de la salud que se fundamenta en la investigación. Participar en las investigaciones es una obligación moral del personal de salud, fuente de su propio desarrollo.

Artículo 41.- Las investigaciones básicas, clínicas u operacionales en las que interviene el equipo de salud deben apearse a la legislación sanitaria y ser aprobadas por los Comités creados ex profeso en las instituciones donde laboran, previo análisis de los protocolos diseñados por los participantes en el estudio.

Artículo 42.- Los investigadores recabarán el consentimiento informado, por escrito, de las personas sujetas a investigación o en su caso, de sus apoderados o tutores. El consentimiento se obtendrá con la clara descripción del estudio, de sus riesgos, beneficios y el planteamiento del derecho del paciente a retirarse de la investigación cuando así lo desee, sin que ello afecte en modo, alguno su ulterior atención médica.

RESULTADOS

CUADROS Y GRAFICAS

**POBLACIÓN DEL CONSULTORIO 13 VESPERTINO DISTRIBUIDA POR
SEXO Y GRUPO EDAD DE DERECHO HABIENTES DEL HOSPITAL
GENERAL DEL ISSSTE VERACRUZ, VER.**

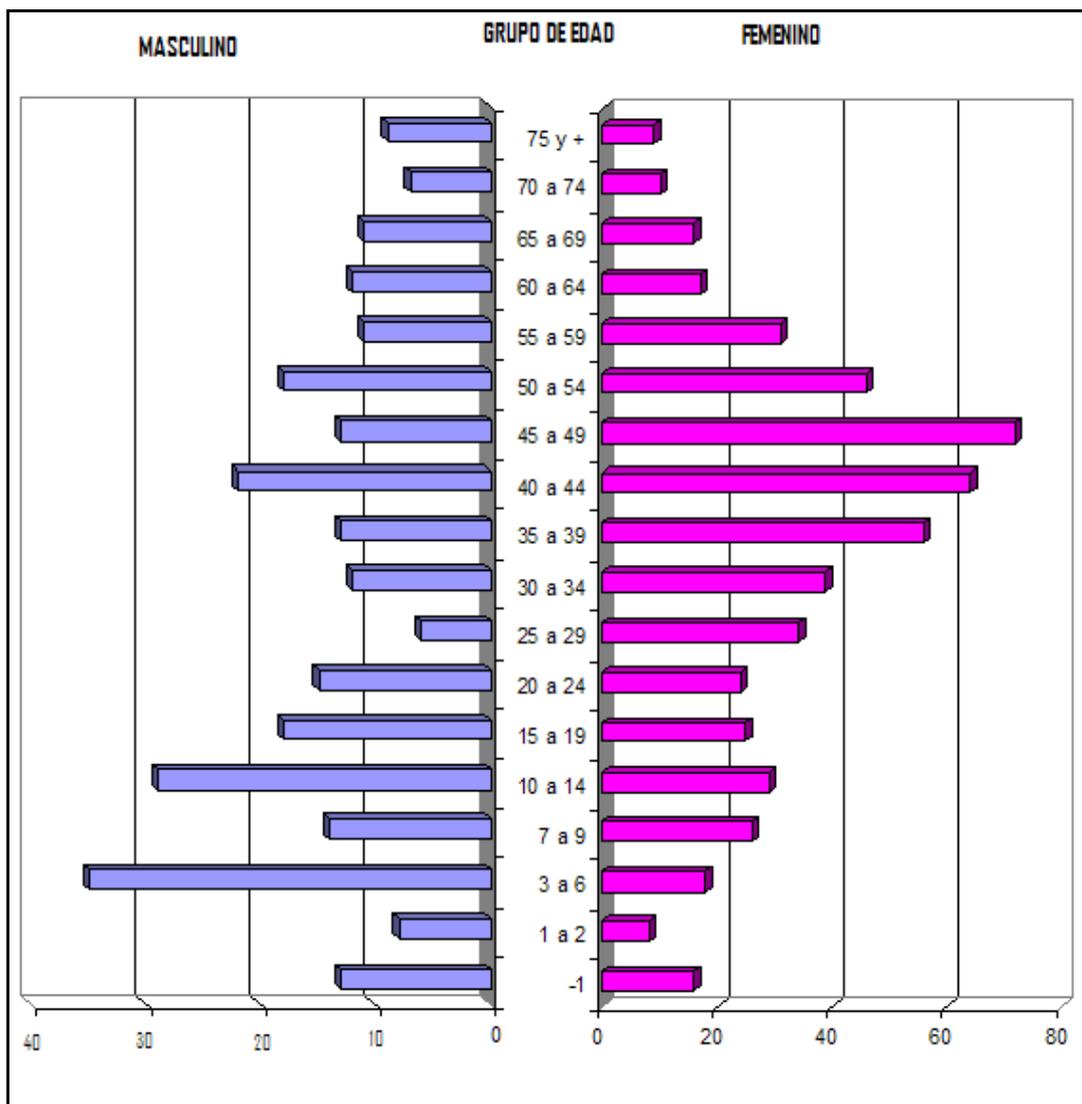
CUADRO N° 1

GRUPO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCENTAJE
- 1	13	16	29	3.60
1 a 2	8	8	16	1.99
3 a 6	35	18	53	6.58
7 a 9	14	26	40	4.96
10 a 14	29	29	58	7.20
15 a 19	18	25	43	5.33
20 a 24	15	24	39	4.84
25 a 29	6	34	40	4.96
30 a 34	12	39	51	6.33
35 a 39	13	56	69	8.56
40 a 44	22	64	86	10.67
45 a 49	13	72	85	10.55
50 a 54	18	46	64	7.94
55 a 59	11	31	42	5.21
60 a 64	12	17	29	3.60
65 a 69	11	16	27	3.35
70 a 74	7	10	17	2.11
75 y +	9	9	18	2.23
TOTAL	266	540	806	100

FUENTE: FORMATO VD1 (DEPARTAMENTO DE VIGENCIAS)

**POBLACIÓN DEL CONSULTORIO 13 VESPERTINO DISTRIBUIDA POR
SEXO Y GRUPO EDAD DE DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL
GENERAL DEL ISSSTE VERACRUZ, VER.**

GRAFICA N° 1



FUENTE: FORMATO VD1 (DEPARTAMENTO DE VIGENCIAS)

**10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIADAD DE LA POBLACIÓN DEL
CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DISTRIBUIDA POR SEXO Y GRUPO DE
EDAD DE DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE
VERACRUZ, VER.**

CUADRO N° 2

EDAD	I.R.A		H.T.A		D.M.		GASTROENTERITIS		PARASITOSIS		RINITIS ALERGICA		ASMA		I.V.U.		LUMBALGIA		OTITIS MEDIA		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
0	11	13					2		1			3									30
1 a 2	3	3					1				1	1									9
3 a 6	12	13					2	1	4	1	2	1	1	1	1						39
7 a 9	5	9					3	2	3	5	2	1	1	2	2						35
10 a 14	10	13	1				1	4	2	3	1	2		1				1		1	40
15 a 19	3	3				1	1	3	4	2	2					2	1				22
20 a 24	3	16	2	1			5	5	1		1	1			1	1	1	1			39
25 a 29	2	8	3	2			4	1	1	1						1					23
30 a 34	2	24	1	1	1	2	2	6	1	1		2	1	2	1	2		3		1	53
35 a 39	3	13	3	4	1	6	2	6	1	1	2	1		2		3	1	2			51
40 a 44	5	32	7	12	3	4	1	18		1	2		1	3	1	2	1	3		1	97
45 a 49	12	17	5	15	8	9	3	4	1					6		3	2	3		2	90
50 a 54	5	6	9	28	8	14	4	7	1	1				2		1	1		1	1	89
55 a 59	3	3	16	21	4	10	3	4		1	2			2							69
60 a 64	4	7	13	29	10	23	3	6	1				1	1	1						99
65 a 69	3	7	9	18	9	14	1	2			1	1								1	66
70 a 74	4	3	19	27	9	7	1	4				1									75
75 y +	5	4	12	29	6	5	2	1	1								1				66
	95	194	100	187	59	95	41	74	22	17	16	14	5	22	7	15	8	13	2	6	992
TOTAL	289		287		154		115		39		30		27		22		21		8		992

FUENTE: FORMATO SM1-10 (INFORME DIARIO DEL MEDICO)

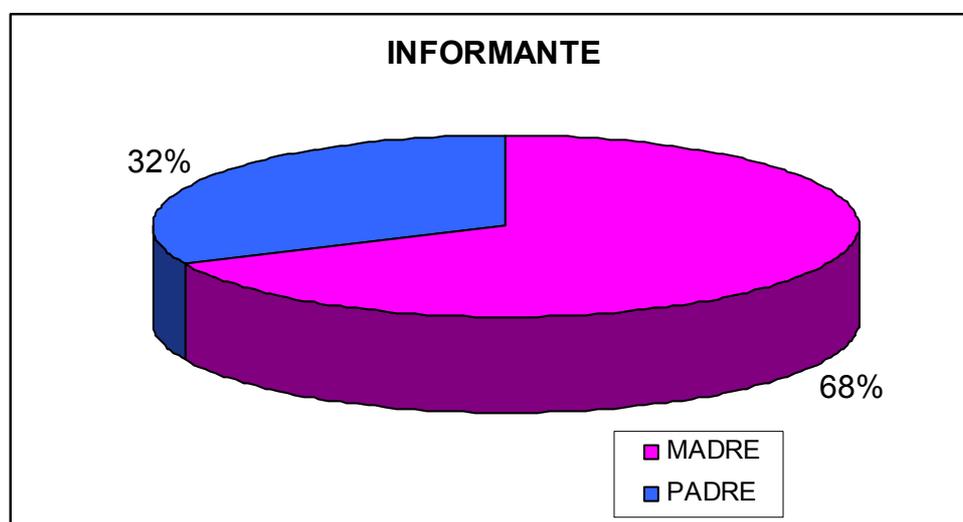
DATOS DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN, DE LA POBLACIÓN DEL CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHO HABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER.

CUADRO N° 3

INFORMANTE	TOTAL	%
MADRE	36	68
PADRE	17	32
TOTAL	53	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 2



FUENTE: CEDULA BÁSICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

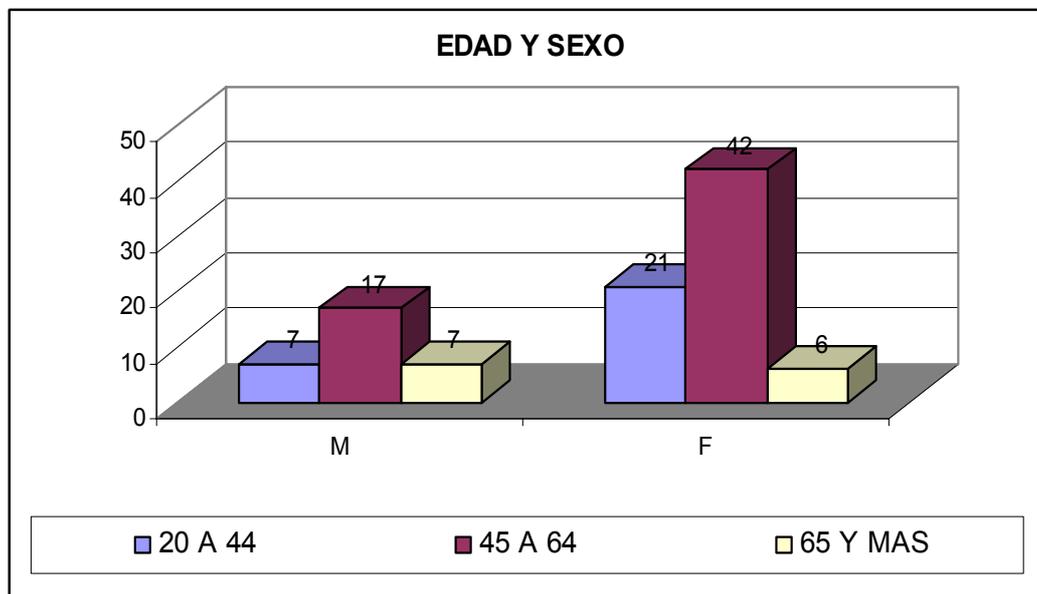
**EDAD Y SEXO DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACION,
DE LA POBLACIÓN DEL CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHO
HABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER.**

CUADRO N° 4

EDAD	M		F		TOTAL	%
	TOTAL	%	TOTAL	%		
20 A 44	4	7	11	21	15	28
45 A 64	9	17	22	42	31	59
65 Y MAS	4	7	3	6	7	13
TOTAL	17	31	36	69	53	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 3



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

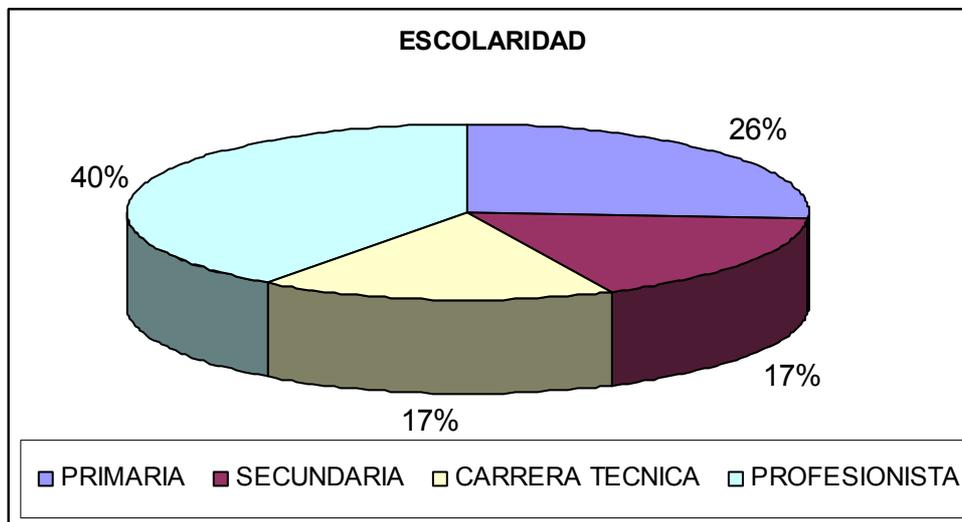
ESCOLARIDAD DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACION, DE LA POBLACIÓN DEL CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER.

CUADRO N° 5

ESCOLARIDAD	TOTAL	%
PRIMARIA	14	26
SECUNDARIA	9	17
CARRERA TECNICA	9	17
PROFESIONISTA	21	40
TOTAL	53	100

FUENTE: CEDULA BÁSICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 4



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

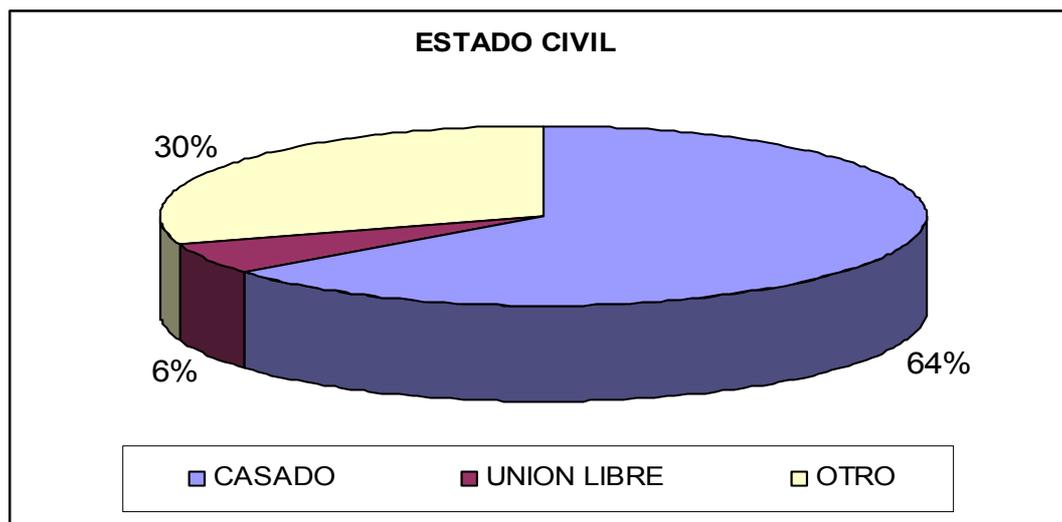
**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO 13
VESPERTINO, DE DERECHO HABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE
ISSSTE VERACRUZ, VER**

CUADRO N° 6

EDO. CIVIL	TOTAL	%
CASADO	34	64
UNION LIBRE	3	6
OTRO	16	30
TOTAL:	53	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 5



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

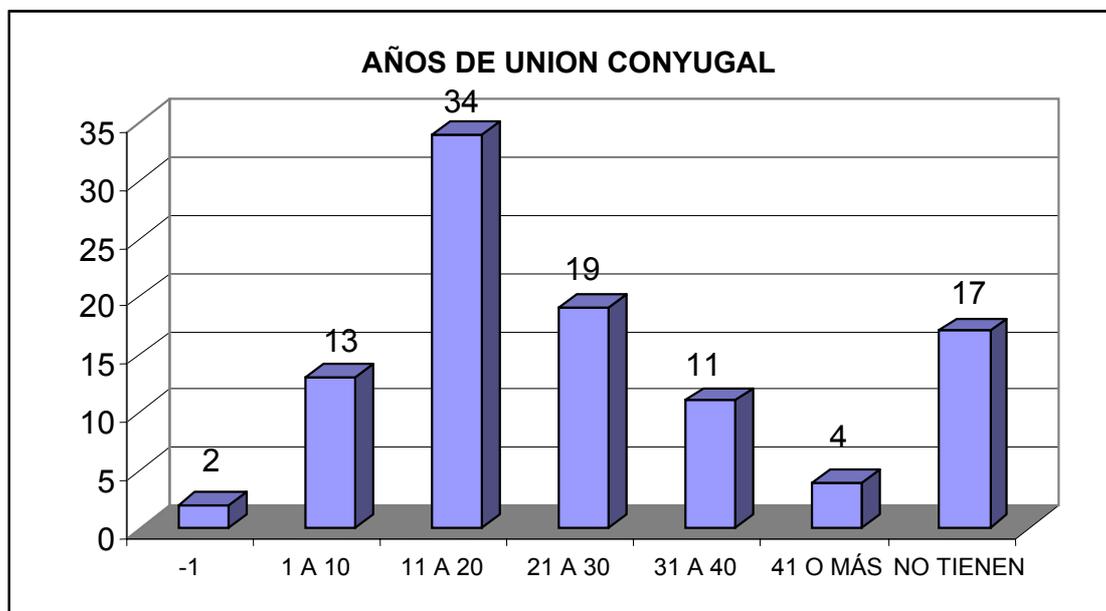
**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL
CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHOHABIENTES DEL
HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER**

CUADRO N° 7

AÑOS UNION CONYUGAL	TOTAL	%
-1	1	2
1 A 10	7	13
11 A 20	18	34
21 A 30	10	19
31 A 40	6	11
41 O MÁS	2	4
NO TIENEN	9	17
TOTAL:	53	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 6



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

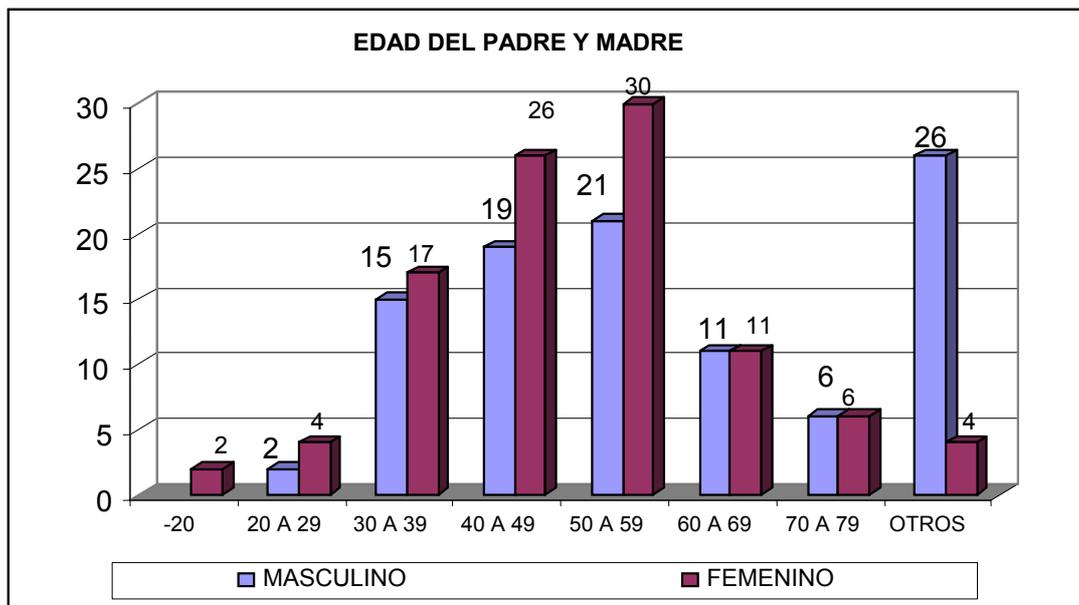
**EDAD DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL
CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHOHABIENTES DEL
HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER**

CUADRO N° 8

EDAD	MASCULINO		FEMENINO	
	TOTAL	%	TOTAL	%
- 20			1	2
20 A 29	1	2	2	4
30 A 39	8	15	9	17
40 A 49	10	19	14	26
50 A 59	11	21	16	30
60 A 69	6	11	6	11
70 A 79	3	6	3	6
OTROS	14	26	2	4
TOTAL	53	100	53	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 7



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

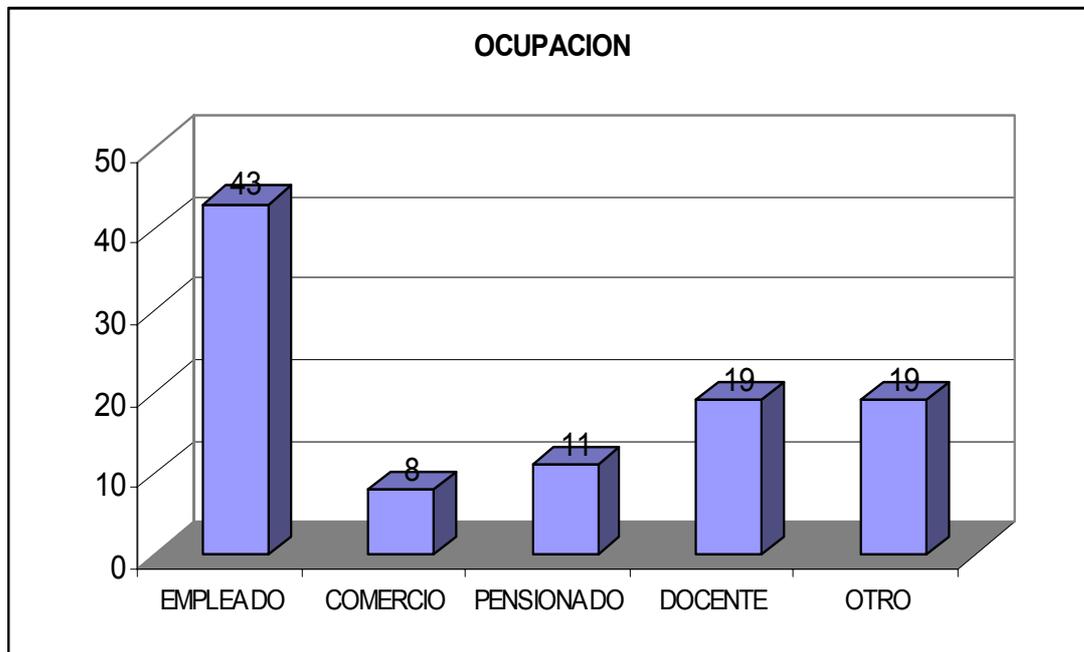
**OCUPACION DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL
CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHOHABIENTES DEL
HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER.**

CUADRO N° 9

OCUPACION	TOTAL	%
EMPLEADO	23	43
COMERCIO	4	8
PENSIONADO	6	11
DOCENTE	10	19
OTRO	10	19
TOTAL	53	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 8



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

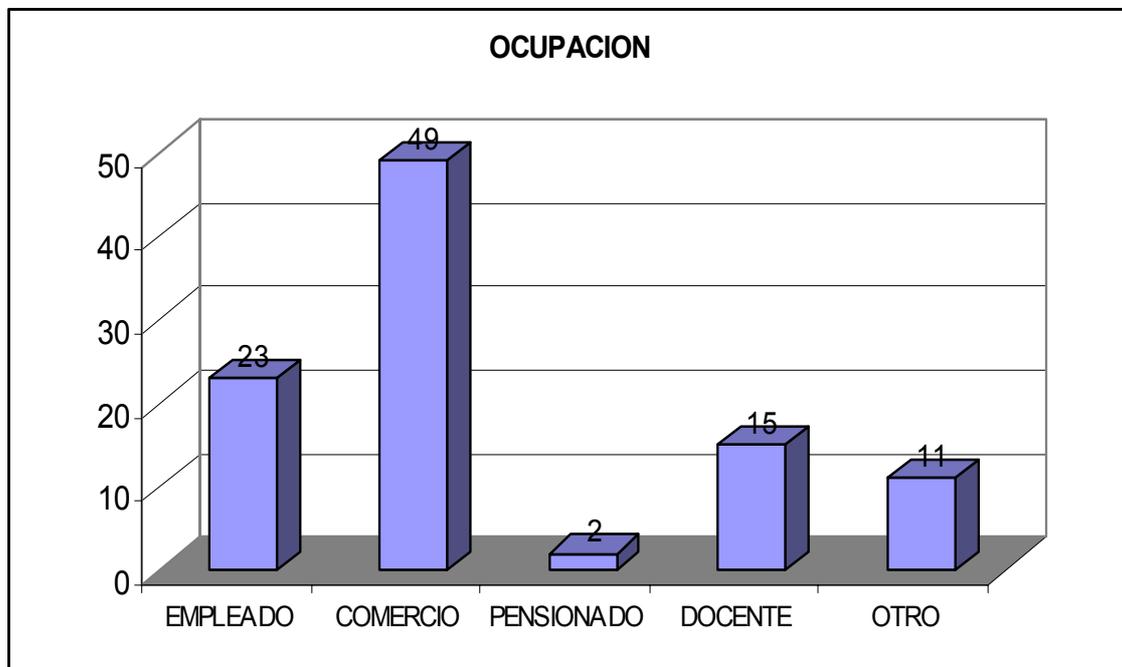
**OCUPACION DE LAS MADRES DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL
CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHOHABIENTES DEL
HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER.**

CUADRO N° 10

OCUPACION	TOTAL	%
EMPLEADO	12	23
COMERCIO	26	49
PENSIONADO	8	2
DOCENTE	1	15
OTRO	6	11
TOTAL	53	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 9



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

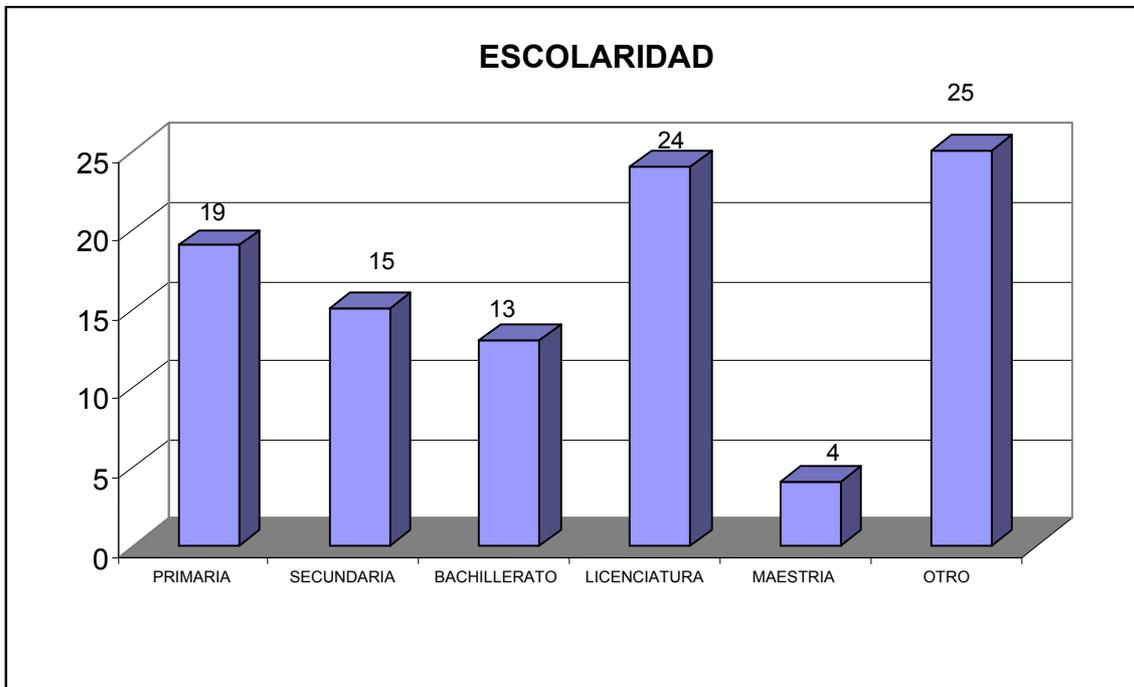
**ESCOLARIDAD DEL PADRE, DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL
CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHO HABIENTES DEL
HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER.**

CUADRO N° 11

ESCOLARIDAD	TOTAL	%
PRIMARIA	10	19
SECUNDARIA	8	15
BACHILLERATO	7	13
LICENCIATURA	13	24
MAESTRIA	2	4
OTRO	13	25
TOTAL	53	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 10



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

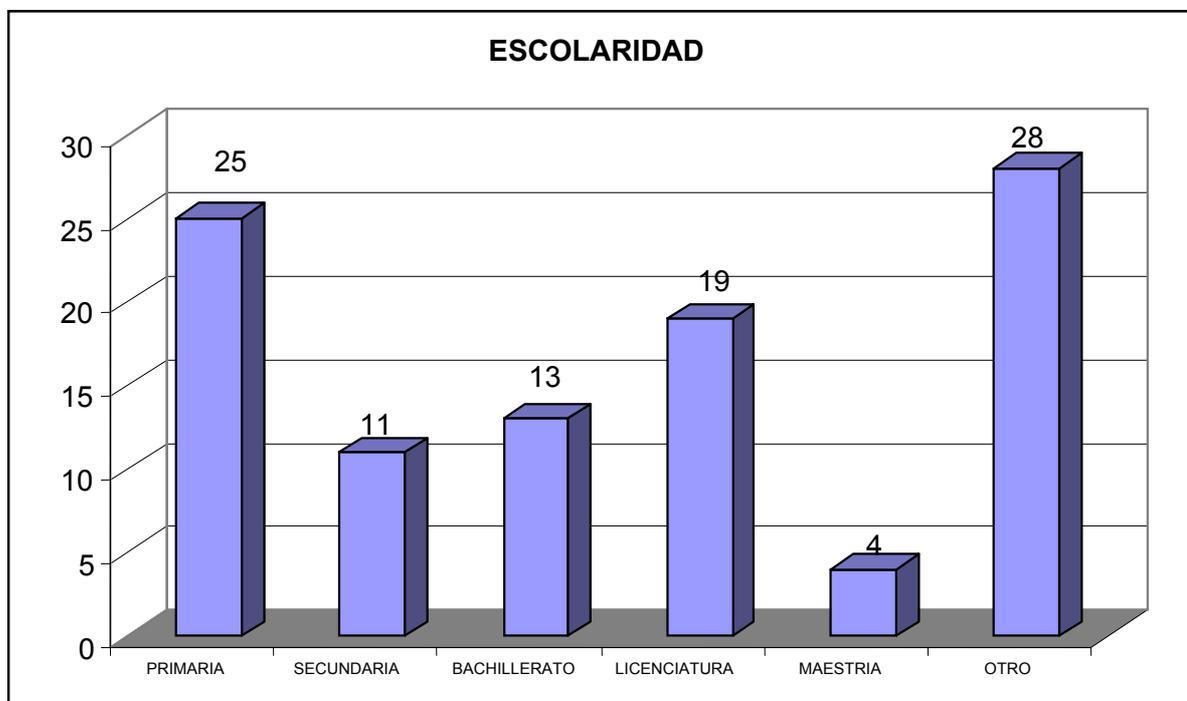
**ESCOLARIDAD DE LA MADRE, DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL
CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHOHABIENTES DEL
HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER.**

CUADRO N° 12

ESCOLARIDAD	TOTAL	%
PRIMARIA	13	25
SECUNDARIA	6	11
BACHILLERATO	7	13
LICENCIATURA	10	19
MAESTRIA	2	4
OTRO	15	28
TOTAL	53	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 11



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

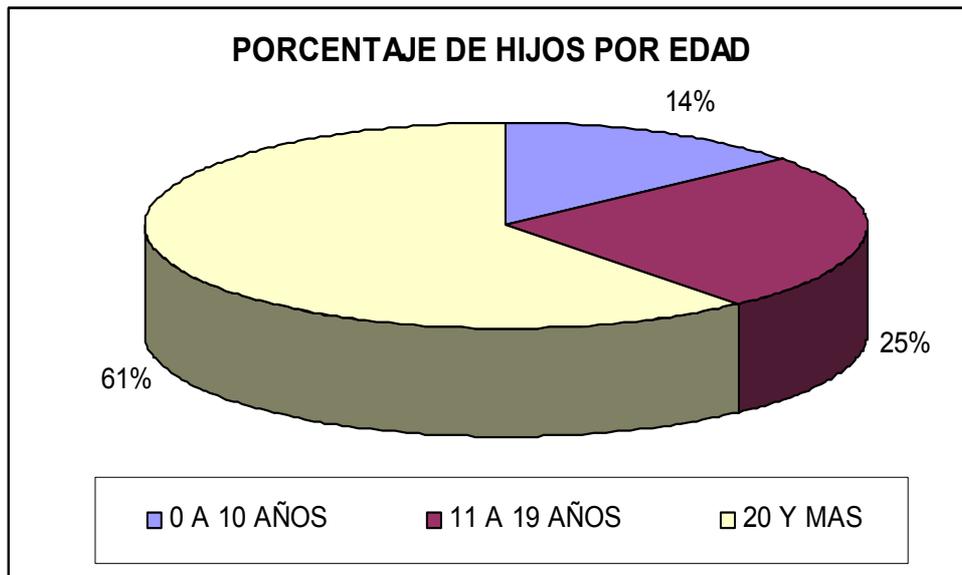
**NUMERO DE HIJOS, DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL
CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHOHABIENTES DEL
HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER.**

CUADRO N° 13

EDAD DE LOS HIJOS	NUMERO	%
0 A 10 AÑOS	18	14
11 A 19 AÑOS	33	25
20 Y MAS	80	61
TOTAL	131	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 12



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

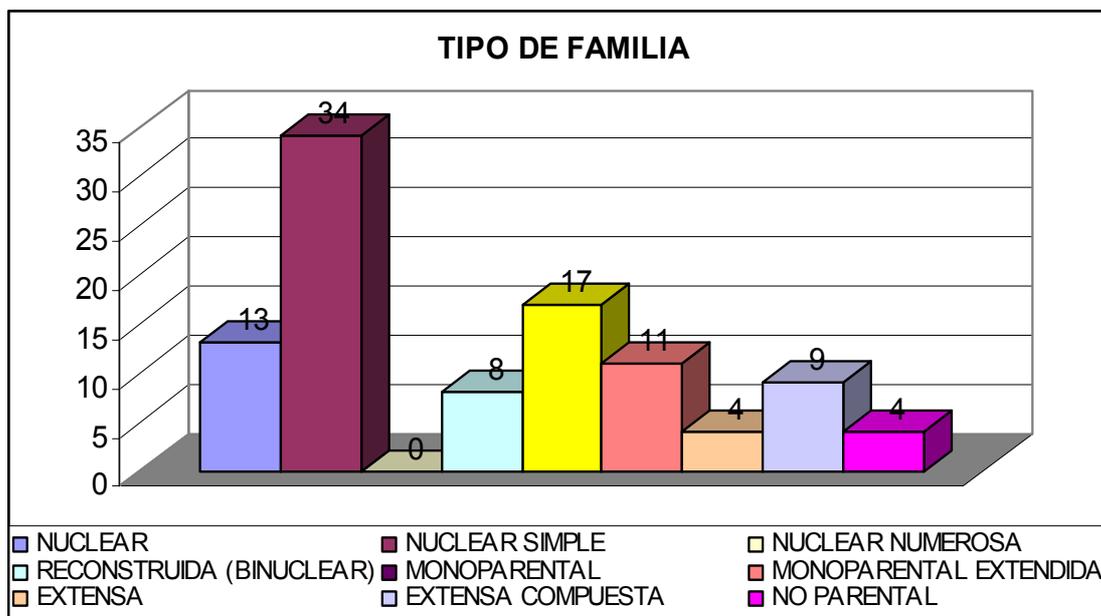
TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU PARENTESCO, DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHO HABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER

CUADRO N° 14

TIPO DE FAMILIA	TOTAL	%
NUCLEAR	7	13
NUCLEAR SIMPLE	18	34
NUCLEAR NUMEROSA	0	0
RECONSTRUIDA (BINUCLEAR)	4	8
MONOPARENTAL	9	17
MONOPARENTAL EXTENDIDA	6	11
EXTENSA	2	4
EXTENSA COMPUESTA	5	9
NO PARENTAL	2	4
TOTAL:	53	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 13



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

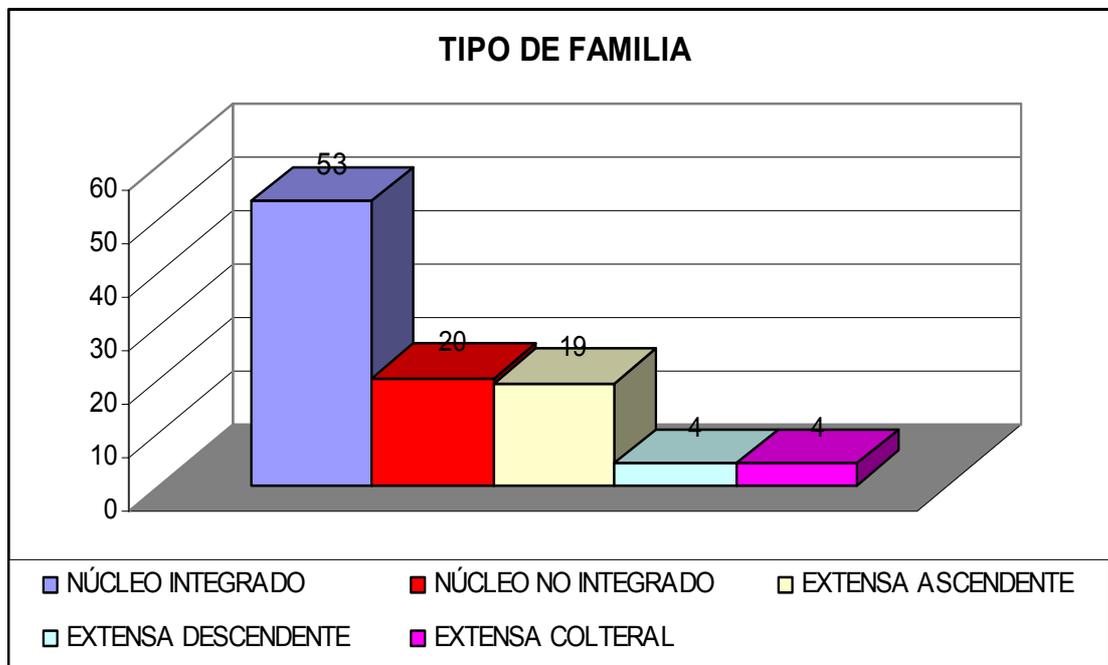
TIPOS DE FAMILIA CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA, DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER

CUADRO N° 15

TIPO DE FAMILIA	TOTAL	%
NÚCLEO INTEGRADO	28	53
NÚCLEO NO INTEGRADO	11	20
EXTENSA ASCENDENTE	10	19
EXTENSA DESCENDENTE	2	4
EXTENSA COLATERAL	2	4
TOTAL	53	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 14



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

**DE ACUERDO A SUS MEDIO DE SUBSISTENCIA, DE LAS FAMILIAS
ASIGNADAS AL CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHO
HABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER**

CUADRO N° 16

SUBSISTENCIA	TOTAL	%
AGRICOLA O PECUARIAS	0	0
INDUSTRIAL	0	0
COMERCIAL	0	0
SERVICIOS	53	100
TOTAL:	53	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

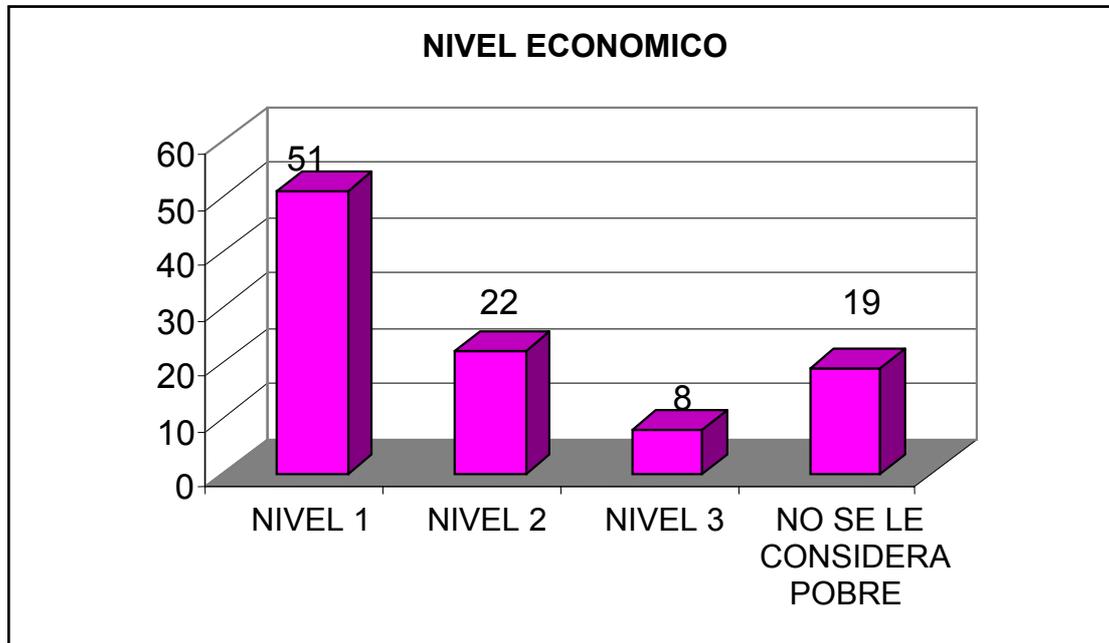
TIPO DE FAMILIA CON BASE A SU NIVEL ECONOMICO; POBREZA FAMILIAR, DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER

CUADRO N° 17

NIVEL ECONOMICO	TOTAL	%
NIVEL 1	27	51
NIVEL 2	12	23
NIVEL 3	4	8
NO SE LE CONSIDERA POBRE	10	19
TOTAL	53	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 15



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

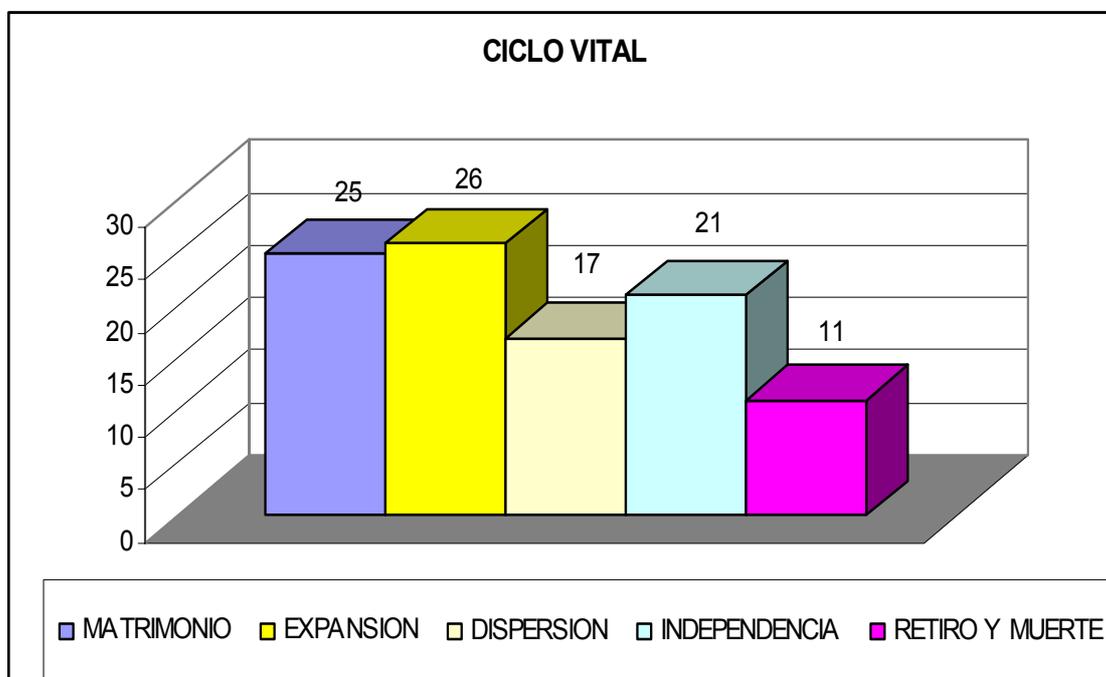
**CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS, ASIGNADAS AL
CONSULTORIO 13 VESPERTINO, DE DERECHOHABIENTES DEL
HOSPITAL GENERAL DE ISSSTE VERACRUZ, VER**

CUADRO N° 18

ETAPA DEL CICLO VITAL	TOTAL	%
MATRIMONIO	13	25
EXPANSION	14	26
DISPERSION	9	17
INDEPENDENCIA	11	21
RETIRO Y MUERTE	6	11
TOTAL:	53	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 16



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

DISCUSIÓN

Las condiciones de salud en el ámbito familiar permiten distinguir con mucha claridad la estrecha relación existente entre las patologías y los miembros de una familia afectada.¹²

En nuestro país hay publicaciones escasas sobre este tópico y sólo recientemente Mendoza *et al* han reportado algunas consideraciones acerca de la funcionalidad y tipología familiar con énfasis en los límites, la jerarquía y la comunicación de 103 familias de provincia, aunque sin especificar si estas familias habían migrado del campo hacia la ciudad en los primeros años de su formación.⁵

En el presente trabajo se estudiaron las características sociodemográficas de 53 familias del medio urbano, aparte de los aspectos referentes a la clasificación familiar de acuerdo a los cinco ejes fundamentales emanados de la una reunión de consenso académico.⁴

Es importante distinguir que la población atendida en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) tiene características demográficas exclusivas pues representan un sector muy particular de la sociedad en general al ser empleados asalariados y con actividades propias del sector gubernamental. De ahí, se puede explicar la imagen invertida que presenta la pirámide poblacional (base angosta y vértice ancho), situación contrastante a lo reportado por el Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI), para la población atendida por instituciones de seguridad social incluso el ISSSTE, donde se observa que el ancho del grupo mayor de 65 años y más (vértice de la pirámide) es el menor.²⁴

Con respecto a la morbilidad reportada durante el período de estudio, la distribución por frecuencias absolutas y por orden de aparición encontradas en el presente estudio, es semejante a lo referido por el INEGI para las enfermedades infectocontagiosas y Borges en el caso de las enfermedades crónico degenerativas para población adulta mayor.^{24, 25}

De acuerdo con los resultados en el presente estudio que se realizó en el Hospital General del ISSSTE, en el consultorio n° 13 del turno vespertino de enero a junio del 2006 que cuenta con una población adscrita de 37172 derechohabientes.

La pirámide poblacional del consultorio n° 13, muestra que el grupo etáreo de más de 60 años se presentó la frecuencia mayor de derechohabientes para el sexo masculino y en el 41 a 60 años tuvo la frecuencia más alta en el caso del sexo femenino.

Las principales causas de morbilidad registradas en el consultorio n° 13 turno vespertino sobresalen las infecciones de vías respiratorias agudas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la gastroenteritis.

Las patologías infecciosas prácticamente afectan a todos los grupos etáreos, mientras que las enfermedades crónicas degenerativas afectan a los grupos etáreos por arriba de 51 años.

En relación a la edad de los informantes, cabe señalar que estos mostraron una distribución por género y grupo de edad similar a la reportada por el INEGI (pirámide de centro ancho y extremos angostos) sin embargo el trabajo de Mendoza carece de información acerca de estas características, por lo tanto no se puede contrastar con su reporte⁵.

En cuanto al grado académico de los informantes correspondió a la licenciatura y la frecuencia de menor grado a la maestría.

En el estado civil el más comúnmente resultó casado con el 61% y el menos mencionado el divorcio con el 4%.

El promedio de años de unión conyugal de 20.4, con un valor mínimo de 6 meses y un valor máximo de 57 años. El intervalo con el número mayor correspondió al de 10 a 19 años y el menor al de 50 – 59 años.

La edad promedio del padre fue de 50.2 con un valor mínimo de 29 y un valor máximo de 56. El intervalo de edad con la mayor frecuencia fue de 50 a 59 años y el de menor frecuencia correspondió al de 20 a 29 años.

La edad promedio de la madre fue de 47.6 con un valor mínimo de 18 años y un valor máximo de 72. El intervalo de edad con la mayor frecuencia fue de 50 a 59 años y de menor frecuencia correspondió de 10 a 19 y 70 a 79 años.

La principal ocupación de los padres referida fue la de empleado seguido de docente y la principal ocupación de la madre fue el hogar, seguida por la categoría de otra.

En relación a la escolaridad de los padres estos refirieron la de mayor frecuencia licenciatura y la de menor frecuencia maestría. En cambio las madres el grado de escolaridad más frecuente el bachillerato y la maestría menos frecuente.

El número de hijos por intervalo de edad fue de 20 y más años de edad seguido por el de 11 a 19 años.

Estas características no fueron abordadas por Mendoza en su estudio⁵, aun así se puede señalar que en la muestra analizada predominaron los casados con unión conyugal de casi dos decenas de años, con edades de los cónyuges dentro de la quinta década de la vida, la ocupación de empleado en los varones y en el hogar en el caso de la mujer, escolaridad y licenciatura equivalente en el hombre y bachillerato para la mujer, y como consecuencia de los años de unión conyugal prevaleció el estrato correspondiente al número de hijos de más de 20 años.

Esto nos habla que el nivel educativo de los padres de familia es buen indicador para mantener su funcionalidad familiar así como en el cuidado de la salud.

De acuerdo con los resultados del presente trabajo los tipos de familia por parentesco según su estructura, el más referido fue la de nuclear simple.

El tipo de familia al considerar el eje de presencia física y convivencia el más referido fue el núcleo integrado.

En cuanto al tipo de familia clasificados por el estilo de vida originados por cambios sociales solo en 5 casos se obtuvo respuesta y esta correspondió a la categoría “persona que vive sola”.

Al considerar la clasificación familiar por los dos primeros ejes de análisis prevaleció el tipo nuclear simple e integrado, condiciones similares a lo referido por Mendoza.⁵ En el eje denominado nuevos tipos de “convivencia familiar” se observó una tasa de respuesta muy baja inferior al 10% de la muestra estudiada y solo apareció la categoría persona que “vive sola”. Esta respuesta puede traducir que en la muestra solo se incluyeron familias tradicionales o bien que los datos en este sentido fueron parcialmente proporcionados por los informantes.

Con relación a los medios de subsistencia la más veces referido fue la categoría denominada “servicios”.

En relación al tipo de familia que predominó con base a su nivel económico fue la pobreza familiar Nivel 1 o sea aquellas familias con ingresos suficientes para cubrir los gastos en vestido, calzado, vivienda, salud, educación y transporte público aun dedicando todo su ingreso a estos rubros y con carencia de recursos para cubrir gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustible, comunicaciones, transporte fuera de lugar en que se radica, cuidados, aseo personal, esparcimiento y turismo.

En cuanto a la etapa del ciclo vital familiar las familias más frecuente referida fueron el de matrimonio y expansión.

Estas características tampoco fueron abordados por Mendoza en su estudio y al momento adolecen de información publicada en revistas que permitan efectuar comparaciones y estimaciones en la literatura nacional.

Las causas de motivo de consulta encontrada en el presente estudio son: infección de vías respiratorias altas con 289 consultas, seguido de hipertensión arterial con 287 consultas; ocupando la diabetes mellitus el tercer lugar con 154 consultas, en cuarto lugar gastro enteritis con 115 consultas, parasitosis con 39 consultas, rinitis alérgica con 30 consultas, asma con 27 consultas, infecciones de vías urinarias 22 consultas, lumbalgia con 21 consultas y otitis media con 28 consultas, observándose la mayor frecuencia en todas en el sexo femenino.

Si concuerdan con los reportes de morbilidad Nacional y Estatal, pero no concuerdan los reportes en relación al sexo. Pero si demuestra que las infecciones respiratorias agudas ocupan los primeros lugares, así como las enfermedades crónicas degenerativas: hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Y se enmarcan las diez principales causas de consulta con los principales puntos de cada una de ellas.

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DEL CONSULTORIO N° 13 TURNO VESPERTINO

FARINGITIS

Proceso inflamatorio de la faringe causado por diferentes agentes etiológicos.

El 70-85% son de causa viral (coronavirus, influenza, parainfluenza y en, menor frecuencia, herpes virus y adenovirus) y muchas se relacionan a resfriado común. Su origen bacteriano se presenta de 15 a 30%, el agente más importante en frecuencia (15-20%) es el Estreptococo B Hemolítico del grupo A. Es de vital importancia diferenciar las faringitis estreptocócicas de las virales, ya que las primeras pueden complicarse con fiebre reumática y glomérulo nefritis aguda estreptocócica. Entre otras bacterias, se encuentran estreptococos del grupo C y G, H. Influenzae, Yersinia enterocolítica, Neisseria gonorrhoeae, Micoplasma pneumoniae, Corynebacterium diphtheriae, Chlamydia pneumoniae, entre otras.

Los mecanismos patogénicos son específicos de acuerdo con su agente causal. En infecciones por rinovirus parece destacar el papel de las bradisininas; otros virus producen invasión directa de los tejidos faríngeos (adenovirus, virus sincicial respiratorio).

La patogénesis de la infección estreptocócica no está bien definida ya que no se sabe con certeza cuáles son los factores que provocan la presencia o ausencia de síntomas. El estreptococo produce toxinas eritrogénicas, hemolisinas, estreptocinasa, hialurodinasa, entre otras.

Hay ciertas características que orientan hacia el agente etiológico:

Faringitis del resfriado común:- se presenta con dolor faríngeo leve a moderado, prurito o irritación acompañada de síntomas nasales, tos y coriza. La faringe puede estar normal a la exploración o con hiperemia y edema ligero. Generalmente hay rinorrea y los síntomas generales son poco marcados.

Faringitis en influenza.- El dolor faríngeo es el síntoma cardinal, suele asociarse a ataque al estado general, mialgias, cefalea, tos y artralgias, fiebre de 38° C o más. El edema e hiperemia faríngeos pueden o no estar presentes.

Faringitis herpética aguda.- Las vesículas y úlceras superficiales en el paladar son características. Puede haber fiebre y adenomegalias cervicales.

Faringitis por adenovirus.- Se presentan con malestar general, mialgias, cefalea, fiebre, dolor faríngeo, mareos, exudado y eritema en la faringe. Se acompaña de conjuntivitis folicular en casi la mitad de los casos.

Faringitis estreptocócica.- La intensidad de los síntomas es variable. En casos severos hay dolor faríngeo intenso, fiebre de 39° C o más, cefalea o escalofrío. En la exploración el eritema de la faringe es muy notorio. Puede haber edema de úvula, petequias en el paladar blando, exudado cubriendo la faringe y amígdalas e inflamación de los ganglios cervicales. Puede haber un cuadro leve que se confunda con uno viral. Los niños pueden quejarse de dolor abdominal secundario a adenitis mesentérica.

El diagnóstico diferencial es muchas veces difícil sólo con la clínica; en general, la presencia de coriza, conjuntivitis, diarrea, estomatitis, rinitis, tos y disfonía orientan hacia una etiología viral.

El tratamiento tiene como objetivo evitar complicaciones supurativas, acortar el tiempo de los síntomas y prevenir la transmisión. El tratamiento de elección sigue siendo la Penicilina V (oral) 200 000 a 400 000UI/dosis y en niños 50 000 UI/Kg/día cada 6 hs. Por 10 días, o Penicilina Benzatínica dosis única IM (600 000 UI para niños con peso menor a 25 kgs y 1 200 000 UI para los de mayor peso y adultos). También puede administrarse Penicilina G Benzatínica. Los macrólidos se emplean ante alergia a la penicilina por lo menos de siete a 10 días.

Otras opciones son Amoxicilina, Cefalosporinas (cefalexina, acetilcefuroxima, cefadroxilo), clindamicina, azitromicina y claritromicina.

En afecciones virales el tratamiento es sintomático (gargarismos con solución salina tibia, reposo, analgésicos, antiinflamatorios e ingerir abundantes líquidos).

RINITIS.

La rinitis puede ser aguda, crónica y/o alérgica, es una inflamación aguda de la mucosa nasal, la causa son virus filtrable (rinovirus, adenovirus, bacterina por estafilococo, estreptococo y hemofilus influenza).

SINTOMAS

Cursa con un periodo de incubación de 1 a 3 días caracterizado por sensación de resequedad o cosquilleo de nariz y garganta, congestión nasal, estornudos y secreción acuosa .

DIAGNOSTICO

Etapas tempranas la mucosa esta hinchada, enrojecida y congestionada.

COMPLICACIONES

Sinusitis, otitis y bronquitis.

TRATAMIENTO.

Reposo, descongestionante, antiinflamatorios.

Bronquitis crónica se presenta después de una rinitis que no se cura, por factores de infecciones recurrentes obstrucción nasal, alergia.

AMIGDALITIS

La amigdalitis aguda y faringitis se encuentran acompañadas de manifestaciones generalizadas y prevalecen durante el invierno, la causa principal es la infección bacteriana estreptococo beta hemolítico.

DATOS CLINICOS

Puede presentar fiebre malestar y deglución dolorosa, las amígdalas se observan aumentadas y congestionadas, en ocasiones cubiertas con un exudado blanquecino, los ganglios linfáticos cervicales se encuentran crecidos y sensibles, los datos de laboratorio en las infecciones bacterianas puede haber leucocitosis, con desviación a la izquierda, el cultivo del exudado faringeo permitirá detectar patógenos de importancia.

Las complicaciones incluye, Otis media, adenitis cervical, sinusitis, absceso periamigdalino y neumonía, fiebre reumática y glomerulo nefritis.

TRATAMIENTO

Analgésicos, medidas locales y antibióticos.

Indicaciones para intervención Amigdalectomía. Obstrucción nasal persistente, obstrucción bucal persistente, absceso periamigdalino recurrente, síndrome de apnea durante el sueño.

ASMA.

El asma es una enfermedad caracterizada por el aumento de la respuesta de la tráquea y de los bronquios a varios estímulos que se manifiesta por un estrechamiento difuso de la vía aérea cuya gravedad varía espontáneamente o como resultado del tratamiento.

El diagnóstico se basa en los episodios paroxísticos de tos no productiva sibilancias , frecuentemente seguidos de sensación de opresión torácico y disnea. Puede existir en ocasiones tos de predominio nocturno.

El diagnóstico del asma es habitualmente fácil, pero la obstrucción laríngea aguda sugiere laringoespasma o angioedema de la larínge. En algunos casos de pacientes con enfermedad obstructiva crónica, el componente broncoespamístico predominante . El tratamiento derivados de teofilina y esteroides

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se define la existencia de hipertensión cuando la presión arterial sistólica es $>_{140}$ mmHg y la diastólica $>_{90}$ mmHg, en varias determinaciones, en por lo menos tres ocasiones diferentes. Aunque este punto de corte puede ser considerado como arbitrario, las cifras superiores se asocian a mayor morbilidad y mortalidad cardiovascular de manera directa, consistente e independiente a la presencia o no de otras enfermedades o factores de riesgo.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se calcula que en el mundo hay más de novecientos millones de pacientes hipertensos, en México la encuesta nacional de enfermedades crónicas de 1993 identificó una prevalencia de 26.6% en población adulta. No se cuentan con estadísticas confiables para muchos otros países de América Latina; sin embargo, es posible que las cifras sean similares a las de nuestro país.

En las mujeres, la prevalencia de esta enfermedad tiene una clara relación con la edad. Por este motivo, antes de los 50 años la relación varón:mujer es aproximadamente 1:0.6, mientras que a los 65 años puede llegar hasta 1:1.2. La gran mayoría de estos pacientes padece hipertensión arterial primaria o esencial; no obstante, 5-8% de hipertensos tiene algún padecimiento que produce hipertensión en forma secundaria.

CLASIFICACIÓN

Los pacientes hipertensos en quienes no se puede encontrar alguna causa que origine el padecimiento se diagnostican con hipertensión arterial primaria o esencial. Este diagnóstico se integra aproximadamente en 95% de los pacientes hipertensos adultos. Es bien reconocida la relación (directa, predictiva, y significativa) entre la gravedad de la hipertensión y el riesgo cardiovascular. Recientemente, el sexto informe del Comité Conjunto para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial de Estados Unidos propuso una nueva clasificación de la hipertensión arterial según su gravedad (en adultos, 18 años y mayores).

FISIOPATOLOGÍA

La presión arterial está determinada por dos variables principales y múltiples factores que influyen en ellas; sin embargo, se pueden clasificar de la siguiente manera:

- a) Gasto cardiaco
- b) Resistencias periféricas

Se define como gasto cardiaco al volumen sanguíneo que bombea el corazón en un minuto y las variables que influyen de manera directa son frecuencia cardiaca (latidos por minuto) y volumen que expulsa en cada latido (volumen latido), que corresponde a 70 ml aproximadamente. Las resistencias periféricas están conformadas en 70% por el calibre de las arteriolas y el resto por las grandes arterias, capilares, venas y vénulas.

Para mantener la presión arterial y la perfusión a los tejidos existen múltiples mecanismos que interactúan entre sí de manera armónica; cuando alguno o varios de ellos falla, aparece hipertensión o hipotensión arterial; no obstante, en la hipertensión arterial esencial no se conoce una explicación biológica directa a la que se pueda atribuir el padecimiento, por ello, esta forma de la enfermedad tiene un carácter primario, a diferencia de la secundaria, que puede ser curable.

CUADRO CLÍNICO

Algunas de las manifestaciones más comunes son cefalea y fatiga; sin embargo, éstas no se presentan en todos los pacientes y por su naturaleza inespecífica no son útiles para el diagnóstico.

Efectos en el corazón

La hipertensión arterial (HTA) produce alteraciones multisistémicas; no obstante, el corazón es uno de los órganos que sufre mayores repercusiones y desarrolla cardiopatía hipertensiva, la cual se conforma de:

1. Hipertrofia ventricular
2. Insuficiencia ventricular izquierda

3. Cardiopatía isquémica
4. Crecimiento auricular izquierdo

Para enfrentar al incremento de la presión arterial, de manera inicial el ventrículo izquierdo desarrolla hipertrofia a expensas de engrosamiento de la pared y con esto logra compensar su función; sin embargo, al persistir la sobrecarga de trabajo producida por la HTA la hipertrofia se hace exagerada.

Los cambios funcionales iniciales que se generan por la hipertrofia son mayor tiempo y resistencia para el llenado ventricular durante la diástole, fenómeno que se conoce como disfunción diastólica. En fases avanzadas, el ventrículo izquierdo se remodela, por lo que se dilata y desarrolla disfunción sistólica y diastólica progresivas, causales de edema agudo pulmonar y eventualmente la muerte.

El desarrollo exagerado de la masa ventricular condiciona insuficiencia coronaria con angina de pecho e infarto agudo del miocardio, incluso en pacientes cuyas arterias coronarias no muestran obstrucción. Por otro lado, la HTA condiciona que se acelere el proceso de aterosclerosis, lo que también favorece el desarrollo de cardiopatía isquémica.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de hipertensión arterial es relativamente simple. La presión arterial debe medirse con el paciente sentado, tranquilo, habiendo evitado fumar o beber café 30 minutos antes de la medición y con al menos cinco minutos de reposo.

Se define el diagnóstico de hipertensión arterial cuando ésta es ≥ 140 de sistólica o ≥ 90 de diastólica, en diferentes mediciones en días distintos.

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es llevar la presión arterial a cifras normales, es decir, por debajo de 140/90 mmHg. Existe controversia sobre la indicación de tratamiento farmacológico a pacientes con hipertensión limítrofe, sin embargo, la mayoría de los

médicos concuerdan en que aun éstos deben someterse a tratamiento no farmacológico. La existencia de otros factores o patologías ensombrecen el pronóstico a largo plazo.

Sobre esto, se ha propuesto una clasificación de estratificación de riesgo y su manejo.

Factores de riesgo de mal pronóstico en hipertensión arterial

Factores de riesgo mayores

1. Hábito tabáquico
2. Diabetes mellitus
3. Dislipidemia
4. Edad mayor a 60 años
5. Sexo masculino o mujeres postmenopáusicas
6. Historia familiar de enfermedad vascular en hombres menores de 55 años o en mujeres menores de 65

Daño a órgano blanco

1. Enfermedades cardíacas:
 - Hipertrofia del ventrículo izquierdo
 - Angina o IAM previo
 - Revascularización coronaria previa
 - Insuficiencia cardíaca
2. Enfermedad vascular cerebral o ataque isquémico transitorio
3. Nefropatía
4. Enfermedad arterial periférica
5. Retinopatía

GASTROENTERITIS

DIARREA

Es un padecimiento que consiste en el aumento de la proporción de agua en las heces y del incremento en el número de las evacuaciones.

Es una manifestación de muy diversas enfermedades, tanto digestivas como de otros aparatos y sistemas. El mecanismo productor de la diarrea es el desequilibrio entre la secreción y absorción de líquidos en el intestino, así como el aumento del tránsito intestinal, todo ello por causas bacterianas, virales, tóxicas, inflamatorias, neurógenas, hormonales, nerviosas, irritativas degenerativas, etc.

Su importancia radica en su gran frecuencia y las consecuencias graves de deshidratación y desequilibrio electrolítico que ponen en peligro la vida o matan al enfermo, en particular cuando se trata de un niño pequeño o una persona debilitada. Por fortuna, en la mayoría de los casos no se dan estos fenómenos graves, sin embargo es una de las causas más frecuentes de mortalidad infantil en los países en desarrollo como México. Afecta también de manera grave a los desnutridos crónicos, los enfermos debilitados por otras afecciones y los viejos. Se debe recordar que en el tubo digestivo se vierten diariamente en los adultos 7 litros de diversas secreciones, como saliva, jugo gástrico, jugo pancreático, bilis, jugo duodenal y secreción intestinal. Todo este enorme volumen es normalmente reabsorbido y sólo de 100ml a 200ml se eliminan diariamente con las evacuaciones.

Diarrea es un síntoma cuyo interrogatorio cuidadoso ofrece información de gran valor semiológico y diagnóstico. Es aconsejable recordar que el interrogatorio comprende: frecuencia (número de evacuaciones en 24 h), cantidad, consistencia, color, olor (fetidez), elementos anormales (moco, sangre, pus, parásitos, restos de alimentos, aspecto grasoso, otros), síntomas acompañantes, dolor abdominal (previo o acompañante, ardor o dolor rectal), flatulencia, borborigmos. La semiología es igualmente valiosa y permite revisar los posibles cambios funcionales y orgánicos como razón de la diarrea y orientar los estudios auxiliares pertinentes y el tratamiento. Cada elemento de información citados, tiene significado semiológico porque es el reflejo de alteraciones orgánicas y/o funcionales.

CUADRO CLINICO

Es la clásica expulsión de heces flojas, semilíquidas o francamente líquidas, desde una hasta más de 20 en un día. El aspecto de las heces puede ser grasoso, como en la esteatorrea, el color puede ser café, verdoso, amarillento o rojo. Pueden contener pus, moco o restos de alimentos no digeridos.

Junto con las evacuaciones diarreicas hay muchas veces dolor abdominal cólico, flatulencia y en ocasiones también pujo o tenesmo. Las otras manifestaciones son las propias de la deshidratación, con baja de la tensión arterial, taquicardia, mucosas secas, ojos hundidos y debilidad con postración. En ocasiones hay fiebre. Cuando la diarrea es grave, como sucede en el cólera y la shigelosis, se manifiesta desequilibrio electrolítico, con acidosis metabólica. El resultado final puede ser el choque hipovolémico por la deshidratación y después la muerte.

La mayoría de los cuadros de diarrea son agudos, autolimitados y ceden con la participación del médico o sin él. De hecho la mayoría de los pacientes con diarrea se autotratán y sólo acuden a consulta cuando las molestias son intensas o muy persistente

TRATAMIENTO

En los casos leves se indican líquidos por vía oral, principalmente agua, con escasa cantidad de azúcar y un poco de sal, a libre demanda. Una vez que se toleran los líquidos, se agregan paulatinamente alimentos no grasos, ni irritantes y se eliminan los que tienen mucho residuo. Se evita la leche y se recomienda el reposo relativo. Los fármacos antidiarreicos del tipo antiespasmódicos, los que contienen caolín y pectina y los que frenan la actividad peristáltica y tienen acción opiácea se indican únicamente cuando sea estrictamente necesario y con precaución en los niños pequeños, a que los últimos son más dañinos que útiles en este grupo de edad. Los antimicrobianos están indicados exclusivamente en algunas formas de diarreas de origen infeccioso, claramente identificadas, como puede ser la causada por *Vibrio cholerae*, *Escherichia coli*, *Shigella* sp o *Salmonella* sp.

En el caso de graves alteraciones de los líquidos y los electrolitos, está indicada la administración parenteral de soluciones que contienen sodio, potasio, cloruros, bicarbonato y a las cuales se pueden agregar mayor cantidad de algún electrolito y de glucosa para compensar en parte la pérdida calórica y la poca o nula ingesta por vía oral.

CONCLUSIONES

La diarrea constituye una manifestación fácil de reconocer, pero que aún causa graves problemas de salud en todo el mundo en desarrollo. Su intensa morbilidad y mortalidad obligan al médico a ser muy cuidadoso en la identificación y tratamiento de estos pacientes, en particular de los grupos vulnerables. Se cuenta con tratamiento eficaz cuando se administra de manera oportuna y muchas vidas se han salvado gracias a la administración temprana del llamado suero oral.

La causa real de las molestias gastrointestinales agudas puede ser por estrés, infecciones virales o bacterianas o intoxicación alimentaria. Se presenta con náuseas, vómito, fiebre y diarrea.

Tratamiento se realiza con restitución de líquidos y antimicrobiano.

PARASITOSIS

Enterobiasis(oxiuro)

Es un padecimiento frecuente. El oxiuro adulto habita en colon y ciego, se trasmite por heces fecals a través de los alimentos El Prurito anal es el síntoma más frecuente y es más intenso por la noche El Tratamiento es con Mebendazol.

Ascaridiasis

(ascaris)

La infestación por ascaris lumbricoides puede no dar sintomatología, los huevecillos se excretan en las heces.

Los síntomas puede aparecer dolor abdominal de tipo cólico, recurrente . La obstrucción de los conductos biliares

TRATAMIENTO

medidas generales y albendazole

RINITIS ALERGICA

La Instalación de la fiebre de heno por lo general, ocurre después de los 2 años.

La sintomatología mas frecuente son los estornudos frecuentes, escozor, secreción nasal abundante y cristalina . El frotis del exudado nasal el más del 20% de la células son eosinófilos. El tratamiento es a base de descongestionantes y antihistaminicos

INFECCIONES URINARIAS

Las vías urinarias normales son estériles y muy resistentes a la colonización bacteriana, pero las IU son las infecciones bacterianas más frecuentes en todos los grupos de edad.

En los neonatos, las IU se producen con más frecuencia en niños que en niñas y se suelen acompañar de bacteriemia; este dato posiblemente se relaciona con una mayor frecuencia de anomalías congénitas de las vías urinarias en los varones. Como la incidencia de este proceso es baja en la preadolescencia, su aparición en niños suele indicar anomalías de las vías urinarias congénitas o adquiridas. En los niños <10 años, del 30 al 50% de las IU se relacionan con reflujo vesicoureteral (RVU) y formación de cicatrices renales, que pueden producir una insuficiencia renal si no se tratan .

Entre los 20 y los 50 años, las IU son 50 veces más frecuentes en mujeres. La incidencia aumenta en los hombres y las mujeres >50 años; el índice mujeres/hombres disminuye como consecuencia de la mayor frecuencia de enfermedad prostática.

Etiología y patogenia

Las bacterias gramnegativas causan la mayoría de las IU. Algunas se adquieren por vía hematológica, pero un 95% se producen cuando las bacterias ascienden desde un introito vaginal y una uretra colonizados hacia la vejiga y, en casos de pielonefritis aguda no complicada, por vía ureteral hacia el riñón. La bacteria que se aísla con más frecuencia es *Escherichia coli*, que causa un 80% de las infecciones extrahospitalarias y *Staphylococcus saprophyticus*, que causa un 10%. En los pacientes hospitalizados *E. coli* produce un 50% de los casos.

Las IU complicadas se producen en caso de alteración urológica, debida en general a obstrucción o instrumentación (alteraciones anatómicas, disfunción neurógena, cálculos, sondaje). Las IU en varones <50 años se suelen relacionar con alteraciones urológicas.

La bacteriuria es significativamente menos frecuente en las monjas que en las mujeres con actividad sexual, lo que sugiere la importancia de las relaciones sexuales en el desarrollo de las IU agudas no complicadas.

La bacteriuria se produce con más frecuencia en los varones ancianos por las alteraciones miccionales y la presencia de cantidades significativas de orina residual en vejiga; el mal vaciamiento vesical por prolapso uterino, la formación de un cistocele y la contaminación del periné por incontinencia fecal son causas frecuentes en las mujeres. Los diabéticos con vejigas neurógenas o que han sido sondados tienen más infecciones y de mayor gravedad. Como la gestación puede producir estasis urinaria por obstrucción anatómica y funcional de los uréteres y la vejiga, las IU durante la gestación deben considerarse complicadas.

Uretritis. La infección bacteriana de la uretra se produce cuando los microorganismos que acceden a ella de forma aguda o crónica colonizan las numerosas glándulas periuretrales de las porciones bulbar y pendular de la uretra masculina y de toda la uretra femenina.

Chlamydia trachomatis, *Neisseria gonorrhoeae* y herpes simple, patógenos transmitidos por vía sexual, son causas frecuentes de disuria en varones y mujeres.

Cistitis. La infección bacteriana de la vejiga suele ser complicada en varones y se relaciona con la infección ascendente desde la próstata o la uretra, siendo secundaria a la instrumentación uretral. En las mujeres, suele producirse una cistitis no complicada al inicio de una relación sexual.

Prostatitis. La infección bacteriana crónica de la próstata es una de las causas más frecuentes de IU recidivante en varones.

Pielonefritis aguda. El término pielonefritis alude a la infección bacteriana del parénquima renal. Un 20% de las bacteriemias adquiridas en la comunidad por mujeres se atribuye a pielonefritis. Este proceso es infrecuente en varones con vías urinarias normales.

En el 30 al 50% de las mujeres con vías urinarias normales se puede producir una pielonefritis por vía ascendente a pesar de la dinámica del flujo urinario y la interferencia de la unión vesicoureteral. La cistitis por sí misma o las alteraciones anatómicas pueden provocar reflujo. La pielonefritis es muy frecuente en niñas o embarazadas después del sondaje vesical.

La infección es focal y parcheada y suele empezar en la pelvis y la médula y se extiende hacia la corteza como una cuña que aumenta de tamaño. Es frecuente la presencia de restos de parénquima entre los focos de infección. Las arterias, arteriolas y glomérulos son muy resistentes a las infecciones. En la pielonefritis aguda asociada con diabetes, obstrucción, anemia drepanocítica o nefropatía por analgésicos se puede producir necrosis papilar.

Pielonefritis crónica.- La pielonefritis crónica sólo se produce en pacientes con alteraciones anatómicas importantes, como uropatía obstructiva, cálculos de estruvita o, como causa más frecuente, reflujo vesicoureteral. El RVU suele ser un defecto congénito, que produce una incompetencia de la válvula vesicoureteral, en general por la existencia de un segmento intramural corto. El RVU puede ser adquirido en los pacientes con una vejiga flácida por lesiones medulares.

Signos y síntomas

Uretritis. El comienzo es gradual y los síntomas leves. Los varones con uretritis suelen presentar secreción uretral, purulenta cuando se debe a *N. gonorrhoeae* y blanquecina mucoides cuando no es específica. Las mujeres suelen presentar disuria, polaquiuria y piuria.

Cistitis. El inicio suele ser súbito. La cistitis suele producir polaquiuria, tenesmo y sensación urente o dolor con la micción de pequeños volúmenes de orina. La nicturia, con dolor suprapúbico o de la parte baja de la espalda, es frecuente. La orina suele tener aspecto turbio y en un 30% de los casos se produce hematuria macroscópica.

Un paciente con vejiga neurógena o sonda permanente no suele tener síntomas atribuibles a la vejiga cuando se produce una IU invasiva, pero puede referir síntomas y

signos de pielonefritis o fiebre no explicada (posiblemente como primer signo de sepsis). En los ancianos las IU suelen ser asintomáticas.

Prostatitis. La prostatitis bacteriana aguda se caracteriza por escalofríos, fiebre, polaquiuria y tenesmo, dolor perineal o de espalda, síntomas variables de obstrucción de la micción, disuria, nicturia y, en ocasiones, hematuria macroscópica. La próstata es dolorosa, muestra un aumento de tamaño focal o difuso y está indurada.

Pielonefritis aguda. El comienzo de los síntomas es rápido y se caracteriza por escalofríos, fiebre, dolor de flanco, náuseas y vómitos. Los síntomas de IU baja (polaquiuria, disuria) se producen de forma simultánea en 1/3 de los casos. Se suele producir dolor en el ángulo costovertebral del lado afectado. En los niños los síntomas suelen ser menos intensos y poco característicos.

Diagnóstico

Resulta imposible distinguir las IU altas y bajas clínicamente en muchos pacientes. Los estudios con sondaje ureteral y técnicas de lavado vesical han demostrado que del 30 al 50% de los pacientes con síntomas de IU baja tienen una infección renal silente. La mejor técnica no invasiva para distinguir las infecciones vesicales y renales parece ser la respuesta a un ciclo corto de antibioterapia.

Uretritis. En las mujeres la uretritis y la vaginitis justifican la mayor parte de los síntomas urinarios cuando los urocultivos son negativos para bacterias. La vaginitis por *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis* o la vaginosis bacteriana pueden producir disuria al atravesar la orina los labios inflamados. Aunque puede dominar la disuria, también se suele producir secreción vaginal, con mal olor y dispareunia. La uretritis producida por enfermedades de transmisión sexual (ETS), como *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* o virus herpes simple provoca síntomas más leves, comienza de forma gradual y determina disuria sin otros síntomas urinarios. No se reporta hematuria en el análisis de la orina..

Cistitis. La presencia de hematuria macroscópica sugiere una cistitis bacteriana, diagnóstico que se confirma con el estudio microscópico de la orina (bacterias y

leucocitos) y con urocultivos; casi todas las mujeres afectadas presentan piuria y hasta el 50% tienen hematuria microscópica. El cultivo de orina del chorro medio suele demostrar el agente causal, aunque un 30% de los pacientes con síntomas parecidos de cistitis no presentan una bacteriuria significativa (<105 unidades formadoras de colonias/ml).

Prostatitis. La prostatitis aguda se suele asociar con una cistitis aguda, por lo que resulta posible reconocer la bacteria responsable en un urocultivo de orina espontánea. La prostatitis crónica puede ser menos aparente y suele cursar como una bacteriuria recidivante o con fiebre de poca importancia y molestias pélvicas o en la espalda. La prostatitis crónica es la causa más frecuente de IU sintomáticas recidivantes en los varones, ya que se reintroduce la infección en la vejiga. Los cultivos de orina o de las secreciones prostáticas casi siempre son positivos en los pacientes con prostatitis crónica, aunque su negatividad no excluye el diagnóstico.

Pielonefritis aguda. Los síntomas y signos típicos de una sepsis y de pielonefritis (dolor en flanco, fiebre, temblor, disuria) con leucocitosis, piuria y baciluria en la tinción de Gram de la orina no centrifugada sugieren el diagnóstico. Encontrar neutrófilos en un túbulo es el equivalente morfológico de los cilindros leucocitarios urinarios. Se necesitan tinciones especiales para distinguir entre los cilindros leucocitarios y tubulares renales. La presencia de los primeros, cuando se ven, se considera patognomónica de pielonefritis, aunque también se producen en las glomerulonefritis y en la nefritis tubulointersticial no infecciosa. Hay que distinguir la pielonefritis aguda de otros procesos intraabdominales (apendicitis, litiasis), que pueden cursar con dolor en el flanco, fiebre, rigidez y, en ocasiones, síntomas de cistitis. En las mujeres también se debe plantear una enfermedad inflamatoria pelviana, una gestación ectópica y un quiste de ovario roto.

Prevención

En las mujeres que desarrollan al menos 3 IU/año, puede resultar útil orinar inmediatamente después del coito o evitar el uso de diafragma. Beber zumo de arándanos puede reducir la piuria y la baciluria. Si estas técnicas no tienen resultado, la

profilaxis con dosis bajas de antimicrobianos elimina la recidiva de las IU; se puede emplear 40/200 mg de trimetoprima/sulfametoxazol v.o. a diario o tres veces a la semana, 100 mg diarios de trimetoprima diarios o tres veces a la semana o un comprimido diario de una fluoroquinolona (p. ej., ciprofloxacino, norfloxacino, ofloxacino, lomefloxacino, enoxacino) o nitrofurantoína (macrocrisales) 50 a 100 mg/d. Puede resultar eficaz la administración postcoital de trimetoprima-sulfametoxazol o una fluoroquinolona. La profilaxis de las IU es similar en las mujeres embarazadas y en las no gestantes. Las pacientes afectadas son aquellas con pielonefritis aguda en gestaciones previas, las que tienen bacteriuria durante el embarazo con recidiva después del tratamiento y las pacientes que necesitaron profilaxis por IU de repetición antes de la gestación.

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento antibiótico en las IU incluyen la erradicación del organismo responsable, la prevención y el control de la bacteriemia con las consiguientes complicaciones sistémicas y la prevención de las IU recidivantes sintomáticas.

Uretritis y cistitis. Los síntomas de uretritis y cistitis se pueden resolver sin tratamiento antimicrobiano (algunos pacientes se autotratan sólo con abundante agua y no acuden al médico). En los varones se administra trimetoprima-sulfametoxazol o una fluoroquinolona durante 10 a 14 días porque los ciclos más cortos se asocian con recaídas más frecuentes. En las mujeres sintomáticas se administra un ciclo de 3 d de trimetoprima-sulfametoxazol o una fluoroquinolona para tratar de forma eficaz la cistitis aguda y erradicar los posibles patógenos bacterianos de los reservorios vaginal y digestivo. La respuesta a un curso de tratamiento de 3 d permite determinar qué pacientes necesitan evaluación y tratamiento adicionales. El tratamiento con una sola dosis se acompaña de más recaídas y no se recomienda. Los cursos de tratamiento más prolongados (7 a 14 d) se recomiendan en pacientes con antecedentes de IU reciente, diabetes mellitus o síntomas de más de 1 sem de duración.

La causa más frecuente de cistitis recidivante en los varones es la prostatitis bacteriana. Aunque la prostatitis aguda puede responder a un ciclo de tratamiento de 10 a 14 d, las recaídas son frecuentes, posiblemente por la mala penetración de muchos antibióticos y por la existencia de cálculos prostáticos que bloquean el drenaje y se comportan como cuerpos extraños que impiden la esterilización del tejido.

La bacteriuria asintomática en los diabéticos, los ancianos o los pacientes con sondas vesicales permanentes no debe recibir tratamiento antibiótico. Sin embargo, una bacteriuria asintomática en una gestante debe ser identificada y tratada como una IU sintomática, aunque pocos antibióticos se pueden emplear con seguridad. Los b-lactámicos, la nitrofurantoína y las sulfonamidas orales se consideran seguros en fases iniciales del embarazo, pero las últimas se deben evitar cerca del parto por el posible riesgo de kernicterus. El tratamiento con trimetoprima se asocia con toxicidad fetal en estudios animales, pero no existen evidencias parecidas en humanos. Se evitan las fluoroquinolonas por el posible daño del cartílago fetal. Cuando se diagnostica una pielonefritis durante la gestación, resulta apropiado hospitalizar a la paciente y administrar un b-lactámico, con un aminoglucósido o sin él.

Prostatitis. Las infecciones agudas pueden responder al tratamiento durante 10 a 14 d con trimetoprima-sulfametoxazol o una fluoroquinolona, pero las recaídas son frecuentes, dadas la mala penetración de muchos antibióticos y las alteraciones anatómicas (cálculos prostáticos). Para la prostatitis recidivante o crónica se pueden necesitar ciclos de 4 a 12 sem de tratamiento antibiótico.

Pielonefritis aguda. El tratamiento ambulatorio con antibióticos orales (trimetoprima-sulfametoxazol o una fluoroquinolona durante 14 d) es posible cuando el paciente no presente náuseas ni vómitos, ni signos de depleción de volumen, la infección sea bacteriana sin signos de septicemia y se pueda confiar en que siga los consejos médicos. Los regímenes más habituales incluyen ampicilina con gentamicina, trimetoprima-sulfametoxazol y una fluoroquinolona y cefalosporinas de amplio espectro (como ceftriaxona)..

Pielonefritis crónica. No se ha establecido de forma concluyente que una bacteriuria renal asintomática sin obstrucción demostrable ni pielonefritis aguda recidivante sea perjudicial. Por tanto, no están indicados los ciclos de tratamiento antibiótico repetidos ni el tratamiento supresor. Se deben tratar las complicaciones de la uremia o la hipertensión de forma apropiada. Si no resulta posible eliminar la obstrucción y se producen frecuentes recaídas de la IU, resulta útil administrar tratamiento a largo plazo con antibióticos (trimetoprima-sulfametoxazol, trimetoprima, una fluoroquinolona, nitrofurantoína).

DIABETES MELLITUS

Síndrome caracterizado por una hiperglucemia que se debe a un deterioro absoluto o relativo de la secreción y/o la acción de la insulina.

Clasificación y patogenia

DM tipo I. Aunque puede presentarse en cualquier edad, la DM tipo I aparece con mayor frecuencia en la infancia o la adolescencia y es el tipo predominante de DM que se diagnostica antes de la edad de 30 años. Este tipo de diabetes representa del 10 al 15% del total de casos de DM y se caracteriza clínicamente por hiperglucemia y tendencia a la CAD. El páncreas produce escasa o ninguna insulina.

Alrededor del 80% de los Pacientes con DM tipo I tienen fenotipos HLA específicos asociados con anticuerpos detectables en el suero contra citoplasma de las células de los islotes y anticuerpos contra la superficie de esas células.

En estos Pacientes, la DM tipo I se debe a una destrucción selectiva, mediada por la inmunidad y condicionada genéticamente de >90% de las células □ secretoras de insulina. Los islotes pancreáticos presentan insulinitis, sin afectación de las células a secretoras de glucagón

En las poblaciones de raza blanca existe una fuerte asociación entre la DM tipo I diagnosticada antes de los 30 años y **fenotipos HLA-D específicos**. Se cree que uno o más genes portadores de la susceptibilidad a la DM tipo I están localizados en el locus HLA-D o cerca de él en el cromosoma 6. Sólo de un 10 a un 12% de los niños recién diagnosticados con DM tipo I tienen un familiar en primer grado con la enfermedad, y el porcentaje de concordancia para la DM tipo I en gemelos monocigotos es □50%. Además del antecedente genético, los **factores ambientales** afectan a la presentación de la DM tipo I. Esta clase de factores ambientales pueden ser virus (los virus de la rubéola

congénita, la parotiditis y los virus Coxsackie B pueden provocar el desarrollo de una destrucción autoinmunitaria de células b) y la exposición a la leche de vaca en lugar de la leche materna en la lactancia (una secuencia específica de la albúmina procedente de la leche de vaca puede presentar reacción cruzada con proteínas de los islotes).

DM tipo II. La DM tipo II suele ser el tipo de diabetes que se diagnostica en Pacientes >30 años, pero también se presenta en niños y adolescentes. Se caracteriza clínicamente por hiperglucemia y resistencia a la insulina. La CAD es rara. Aunque muchos Pacientes son tratados con dieta, ejercicio y fármacos orales, algunos necesitan insulina en forma intermitente o persistente para controlar la hiperglucemia sintomática. El porcentaje de concordancia para la DM tipo II en gemelos monocigotos es >90%. La DM tipo II se asocia comúnmente con obesidad, especialmente de la mitad superior del cuerpo (visceral/abdominal), y suele presentarse tras un período de ganancia de peso. Los Pacientes con DM tipo II con obesidad visceral/abdominal pueden tener niveles de glucosa normales después de perder peso.

La DM tipo II forma parte del grupo heterogéneo de trastornos en los cuales la hiperglucemia se debe a un deterioro de la respuesta secretora insulínica a la glucosa y también a una disminución de la eficacia de la insulina en el estímulo de la captación de glucosa por el músculo esquelético y en la restricción de la producción hepática de glucosa (**resistencia a la insulina**). La resistencia a la insulina en la variedad común de la DM tipo II no es el resultado de alteraciones genéticas en el receptor de insulina o el transportador de glucosa. Sin embargo, los efectos intracelulares posreceptor determinados genéticamente representan probablemente una función. La hiperinsulinemia resultante puede conducir a otros trastornos frecuentes, como obesidad (abdominal), hipertensión, hiperlipidemia y arteriopatía coronaria (**síndrome de resistencia a la insulina**).

Los factores genéticos parecen ser los principales determinantes de la aparición de la DM tipo II, aunque no se ha demostrado asociación alguna entre la DM tipo II y fenotipos HLA específicos o anticuerpos citoplásmicos de las células de los islotes..

Diabetes atribuida a una enfermedad pancreática. La pancreatitis crónica, particularmente en los alcohólicos, se asocia a menudo a diabetes. Estos Pacientes pierden tanto islotes secretores de insulina como islotes secretores de glucagón.

Diabetes asociada a otras enfermedades endocrinas. La DM tipo II puede ser secundaria a síndrome de Cushing, acromegalia, feocromocitoma, glucagonoma, aldosteronismo primario o somatostatina. La mayoría de estos trastornos se asocian a resistencia a la insulina periférica o hepática.

Diabetes resistente a la insulina asociada a la acantosis nigricans (síndromes de resistencia a la insulina tipos A y B). La acantosis nigricans es una hiperpigmentación aterciopelada del cuello, las axilas y la ingle y probablemente es la manifestación cutánea de una hiperinsulinemia intensa y crónica. El tipo A se debe a alteraciones genéticas en el receptor insulínico. El tipo B es producido por anticuerpos circulantes contra el receptor insulínico y puede asociarse con otras manifestaciones de enfermedad autoinmunitaria.

Síntomas y signos

La DM tiene varias formas de presentación iniciales. La DM tipo I se presenta generalmente con hiperglucemia sintomática o CAD. La DM tipo II puede presentarse con hiperglucemia o CHHNC, pero se diagnostica con frecuencia en Pacientes asintomáticos durante una exploración médica de rutina o cuando el Paciente presenta manifestaciones clínicas de una complicación tardía.

Después del comienzo agudo de una DM tipo I suele existir una notable secreción de insulina. Los Pacientes con una DM tipo I pueden disfrutar de un período de luna de miel caracterizado por una larga fase de niveles de glucosa casi normales sin ningún tratamiento.

Hiperglucemia sintomática. Se produce poliuria seguida de polidipsia y pérdida de peso cuando los niveles elevados de glucosa plasmática causan una glucosuria intensa y

una diuresis osmótica que conduce a deshidratación. La hiperglucemia puede causar también visión borrosa, fatiga y náuseas y llevar a diversas infecciones fúngicas y bacterianas. En la DM tipo II, la hiperglucemia sintomática puede persistir días o semanas antes de que se busque atención médica; en las mujeres, la DM tipo II con hiperglucemia sintomática suele asociarse con prurito debido a candidiasis vaginal.

Complicaciones tardías. Las complicaciones tardías aparecen tras varios años de hiperglucemia mal controlada. Las complicaciones microvasculares pueden retrasarse, prevenirse o incluso invertirse mediante un control estricto de la glucemia, es decir, consiguiendo niveles de glucosa en ayunas y posprandiales próximos a la normalidad, que se reflejan en concentraciones casi normales de hemoglobina glucosilada (Hb A1C). Una enfermedad microvascular como la aterosclerosis puede producir síntomas de arteriopatía coronaria, claudicación, erosión de la piel e infecciones.. Sigue siendo frecuente la amputación de un miembro inferior por vasculopatía periférica grave, claudicación intermitente y gangrena. El antecedente de una **retinopatía** simple no altera la visión de manera importante, pero puede evolucionar a edema macular o a una retinopatía proliferativa con desprendimiento o hemorragia de la retina, que pueden causar ceguera

La **nefropatía** diabética aparece aproximadamente en 1/3 de los Pacientes con DM tipo I y en un porcentaje menor de Pacientes con DM tipo II. Tras unos 5 años de padecer una DM tipo I puede presentarse una albuminuria clínicamente detectable (≥ 300 mg/l) que no tiene explicación por otra enfermedad del tracto urinario. La albuminuria es casi 2,5 veces más alta en los Pacientes con DM tipo I con PA diastólica >90 mm Hg que en los que tienen PA diastólica <70 mm Hg. Por consiguiente, tanto la hiperglucemia como la hipertensión aceleran la evolución a la nefropatía en fase terminal. La nefropatía diabética suele ser asintomática hasta que se desarrolla la nefropatía en fase terminal, pero puede originar un síndrome nefrótico. La albuminuria y la nefropatía pueden prevenirse o retrasarse con el captopril, un inhibidor de la ECA. A la vez que un tratamiento enérgico de la hipertensión evita el deterioro de la función renal, los inhibidores de la ECA han demostrado sumar beneficios sobre otras clases de antihipertensivos. De hecho, los inhibidores de la ECA evitan la proteinuria en

diabéticos hipertensos y no hipertensos. Datos recientes indican que esos fármacos también previenen la retinopatía.

La **neuropatía** diabética se presenta frecuentemente como una **polineuropatía** distal, simétrica, de predominio sensitivo que causa déficit sensitivos que se inician y suelen caracterizarse por una distribución en «calcetines y guantes». La polineuropatía diabética puede causar entumecimiento, hormigueos y parestesias en las extremidades y, con menor frecuencia, dolor e hiperestesia intensa y debilitante de localización profunda. Los reflejos aquileos suelen estar disminuidos o abolidos. La **neuropatía del sistema autónomo** se presenta principalmente en diabéticos con polineuropatía y puede causar hipotensión postural, trastornos de la sudación, impotencia y eyaculación retrógrada en los varones, deterioro de la función vesical, retardo del vaciamiento gástrico, disfunción esofágica, estreñimiento o diarrea y diarrea nocturna. La disminución de la frecuencia cardíaca en respuesta a la maniobra de Valsalva, o al pasar a la bipedestación, y la ausencia de variación de la frecuencia cardíaca durante la ventilación profunda son signos de neuropatía autonómica en los diabéticos.

Las **úlceras de los pies y los problemas articulares** son causas importantes de patología en la DM. La principal causa predisponente es la polineuropatía diabética; la denervación sensitiva dificulta la percepción de los traumatismos por causas tan comunes como los zapatos mal ajustados o las piedrecillas

El riesgo de **infección** por hongos y bacterias aumenta debido a la disminución de la inmunidad celular causada por la hiperglucemia y los déficit circulatorios originados por la hiperglucemia crónica. Son muy frecuentes las infecciones cutáneas periféricas y las aftas orales y vaginales. El proceso inicial puede ser una infección micótica que lleva a lesiones interdigitales, grietas, fisuras y ulceraciones exudativas que facilitan una invasión bacteriana secundaria. Muchas veces los Pacientes con úlceras de pie

infectadas no sienten dolor a causa de la neuropatía y no tienen síntomas sistémicos hasta una fase posterior con una evolución desatendida

Diagnóstico

En los Pacientes asintomáticos, la DM se confirma cuando se cumple el criterio diagnóstico para la hiperglucemia en ayunas recomendado por el National Diabetes Data Group (NDDG): concentración de glucosa en plasma (o suero) ≥ 140 mg/dl ($\geq 7,77$ mmol/l) después de una noche en ayunas en dos ocasiones en un adulto o un niño. Recientemente, la American Diabetes Association recomienda que los niveles de glucosa plasmática en ayunas >126 mg/dl ($>6,99$ mmol/l) se consideren diagnósticos de DM.

Una **prueba de tolerancia oral a la glucosa** (PTOG) puede ser útil para diagnosticar la DM tipo II en Pacientes cuya glucosa en ayunas está entre 115 y 140 mg/dl (6,38 y 7,77 mmol/l) y en los que están en una situación clínica que podría tener relación con una DM no diagnosticada (p. ej., polineuropatía, retinopatía, etc.)

Tratamiento

La **dieta** para conseguir una reducción de peso es de gran importancia en pacientes con sobrepeso con DM tipo II. Si no se logra una mejoría de la hiperglucemia mediante la dieta, debe iniciarse una prueba con un fármaco oral.

La **educación del Paciente**, junto con la dieta y el ejercicio, es esencial para asegurar la eficacia del tratamiento prescrito, para identificar los signos que exigen buscar atención médica inmediata y para cuidar adecuadamente los pies. En **cada visita médica** debe valorarse al paciente en busca de síntomas o signos de complicaciones, incluyendo una revisión de los pies y los pulsos periféricos y la sensibilidad en pies y piernas, y una prueba de albuminuria. La evaluación periódica de laboratorio incluye un perfil lipídico, niveles de BUN y creatinina en suero, ECG y una evaluación oftalmológica completa anual.

La hipercolesterolemia o la hipertensión aumentan los riesgos de complicaciones tardías específicas y requieren atención especial y un tratamiento adecuado. Aunque los bloqueantes b-adrenérgicos (p. ej., el propranolol) se pueden utilizar inocuamente en la mayoría de los diabéticos, estos fármacos pueden enmascarar los síntomas b-adrenérgicos de la hipoglucemia inducida por la insulina y pueden dificultar la respuesta contrarreguladora normal. Por ello, los inhibidores de la ECA y los antagonistas del calcio suelen ser los fármacos de elección.

Monitorización de la glucosa plasmática. Todos los Pacientes deben aprender a vigilar la glucosa por sí mismos, y a los Pacientes en tratamiento insulínico se les debe enseñar a ajustar sus dosis de insulina en consecuencia. Los niveles de glucosa pueden explorarse con analizadores domésticos de uso fácil que utilizan una gota de sangre del pulpejo de un dedo. La mayoría de los médicos determinan periódicamente la **hemoglobina glucosilada (HbA_{1C})** para valorar el control de la glucosa plasmática durante el mes a los 3 meses precedentes. La HbA_{1C} es el producto estable de la glucosilación no enzimática de la cadena b de la hemoglobina por la glucosa plasmática y se forma a velocidades que aumentan con los niveles crecientes de glucosa plasmática. En la mayoría de los laboratorios, el nivel normal de HbA_{1C} está alrededor del 6%; en los diabéticos poco controlados el nivel oscila entre el 9 y el 12%. La HbA_{1C} no es una prueba específica para diagnosticar la diabetes; sin embargo, una HbA_{1C} elevada suele indicar la existencia de diabetes.

A los Pacientes con DM tipo I se les debe enseñar a realizar la **prueba de cuerpos cetónicos en orina** con las tiras reactivas disponibles en el mercado y recomendarles su empleo siempre que aparezcan síntomas de resfriado, gripe u otra afección intercurrente, náuseas, vómitos o dolor abdominal, poliuria o si encuentran un nivel de glucosa plasmática inesperadamente alto en la automonitorización..

Insulina. Se suele preferir la insulina humana al iniciar el tratamiento insulínico porque es menos antigénica que las variedades obtenidas de animales. La insulina se suministra generalmente en preparados que contienen 100 U/ml (insulina 100 U) y se inyecta por vía s.c. con jeringas de insulina desechables. Los preparados de insulina se clasifican como de acción corta (acción rápida), acción intermedia o acción prolongada. El factor

esencial que determina el comienzo y la duración de la acción de un preparado de insulina es la velocidad de absorción de la insulina a partir del lugar de inyección.

Iniciación del tratamiento insulínico en los adultos. En el ensayo clínico DCCT, los Pacientes con DM tipo I recibieron una dosis total media de unas 40 U de insulina al día. Dado que los Pacientes con DM tipo II son resistentes a la insulina, necesitan cantidades mayores. Así, los que tienen una intensa hiperglucemia y son obesos pueden empezar con unas 40 U de insulina al día. La dosis total diaria inicial puede dividirse de modo que 1/2 se administre antes del desayuno, 1/4 antes de cenar y 1/4 al acostarse. Debido a la intensa resistencia a la insulina, los Pacientes con DM tipo II pueden necesitar el doble de esa dosis y a menudo más. Después de elegir la dosis inicial, los ajustes de las cantidades, tipos de insulina y ritmo temporal se hacen en función de las determinaciones de la glucosa plasmática. Se ajusta la dosis para mantener la glucosa plasmática preprandial entre 80 y 150 mg/dl. Los incrementos de la dosis de insulina se restringen generalmente a un 10% cada vez y los efectos se valoran a lo largo de unos 3 d antes de hacer cualquier nuevo incremento. Si existe amenaza de hipoglucemia están indicados ajustes más rápidos de la insulina regular.

Pautas de insulina. El objetivo del tratamiento insulínico es controlar las oleadas hiperglucémicas después de las comidas y proporcionar los niveles basales que sostienen el metabolismo normal de la glucosa. El enfoque debe incluir en todo caso:

1. **Insulina de acción intermedia al acostarse.** Esto ayuda a controlar la producción de glucosa hepática nocturna. Empezar el día con niveles matutinos de glucosa más bajos mejorará la tolerancia a la glucosa a lo largo de todo el día. La insulina al acostarse se asocia con una menor ganancia de peso que la insulina sola durante el día. La insulina al acostarse es también una forma razonable de iniciar el tratamiento insulínico en Pacientes con DM tipo II que no están controlados sólo con fármacos orales.

2. **Insulina mixta antes del desayuno.** Suele realizarse una mezcla aproximada de un 30% de insulina de acción rápida y un 70% de insulina de acción intermedia. La

mayoría de los Pacientes tendrán necesidad aproximadamente de la mitad de la dosis diaria de insulina antes de desayunar.

3. **Insulina regular antes de comida y cena.** Para obtener un control estricto, la insulina suplementaria de acción rápida debe administrarse antes de las comidas. En el caso de la insulina regular o la Semilente, la dosis debe administrarse de 15 a 30 min antes de la comida, y con una comida en el caso de la Lispro.

Complicaciones del tratamiento insulínico. La hipoglucemia puede presentarse por un error al dosificar la insulina, una comida ligera u omitida o un ejercicio no planeado (se enseña generalmente a los Pacientes a reducir su dosis de insulina o a aumentar su ingesta de hidratos de carbono antes de un ejercicio programado). Se enseña a los Pacientes a identificar los síntomas de hipoglucemia, que suelen responder con rapidez a la ingestión de azúcar. Todos los diabéticos deben llevar consigo caramelos, terrones de azúcar o tabletas de glucosa. Una tarjeta, un brazalete o un collar de identificación indicativos de que el Paciente es un diabético tratado con insulina ayudan a identificar la hipoglucemia en las urgencias. El personal médico de urgencias, tras confirmar la hipoglucemia con un glucómetro, debe iniciar el tratamiento con una inyección única rápida (bolo) de 25 ml de solución de glucosa al 50% seguida de infusión i.v. continua de glucosa.

Las **reacciones alérgicas locales** en el lugar de las inyecciones de insulina son menos frecuentes con las insulinas porcina y humana purificadas. Estas reacciones pueden producir dolor y quemazón inmediatos, seguidos tras varias horas de eritema, prurito e induración locales, persistiendo esta última a veces durante días. La mayoría de las reacciones desaparecen espontáneamente después de semanas de inyección continuada de insulina y no necesitan ningún tratamiento específico, aunque a veces se utilizan antihistamínicos.

La **alergia generalizada a la insulina** es rara, pero puede presentarse cuando se interrumpe el tratamiento y se reinicia tras un plazo de meses o años. Estas reacciones pueden producirse con cualquier tipo de insulina, incluso con la insulina humana biosintética. Los síntomas suelen aparecer poco después de una inyección y pueden

consistir en urticaria, angioedema, prurito, broncospasmo y, en algunos casos, colapso circulatorio. Puede bastar un tratamiento con antihistamínicos, aunque a veces se necesita utilizar adrenalina y corticosteroides por vía i.v.

La **atrofia o la hipertrofia de la grasa local** en los lugares de inyección es relativamente rara y suele mejorar al cambiar a insulina humana e inyectarla directamente en el área afectada. No se necesita ningún tratamiento específico de la hipertrofia grasa local, pero los lugares de inyección deben cambiarse en forma rotatoria.

Fármacos antidiabéticos orales. Estos fármacos se utilizan en la DM tipo II, pero no en la DM tipo I, porque en ese tipo de Pacientes no pueden prevenir la hiperglucemia sintomática ni la CAD. Los fármacos hipoglucemiantes orales son las sulfonilureas. Los fármacos antihiper glucémicos son las biguanidas, los inhibidores de la α -glucosidasa y los sensibilizadores a insulina (tiazolidindionas [«glitazonas»]).

Sulfonilureas. Las sulfonilureas reducen la glucosa plasmática fundamentalmente estimulando la secreción de insulina. Las sulfonilureas difieren en la potencia y la duración de su acción. Todas las sulfonilureas son metabolizadas en el hígado, pero sólo la tolbutamida y la tolazamida son inactivadas exclusivamente por el hígado. Alrededor del 30% de la clorpropamida se excreta normalmente en la orina, y el principal metabolito hepático de acetohexamida es sumamente activo y se excreta en la orina; ambos fármacos conllevan un aumento de riesgo de hipoglucemia prolongada en Pacientes con deterioro de la función renal y en los ancianos. Las sulfonilureas de 2.^a generación (como glipizida y gliburida) son unas 100 veces más potentes que las de 1.^a generación, se absorben con rapidez y se metabolizan sobre todo en el hígado.

Las **reacciones alérgicas y otros efectos secundarios** (p. ej., ictericia colestática) son relativamente infrecuentes. La acetohexamida puede utilizarse en los Pacientes alérgicos a otras sulfonilureas. La clorpropamida y la acetohexamida no deben utilizarse en Pacientes con deterioro de la función renal. Además, la clorpropamida no debe utilizarse en Pacientes ancianos, porque puede potenciar la acción de la hormona antidiurética,

llevando a menudo a un deterioro del estado mental, el cual, en un Paciente anciano, no suele identificarse como un efecto inducido por fármacos.

La hipoglucemia es la complicación más importante del tratamiento con sulfonilureas. La hipoglucemia puede aparecer en Pacientes tratados con cualquiera de las sulfonilureas, pero se presenta con mayor frecuencia con las de acción prolongada (gliburida, clorpropamida). La hipoglucemia inducida por las sulfonilureas puede ser grave y persistir, o recurrir durante días después de interrumpir el tratamiento, incluso cuando aparece en Pacientes tratados con tolbutamida, cuya duración de acción habitual es de 6 a 12 h..

Fármacos antihiper glucémicos. La metformina (una **biguanida**) se ha utilizado como tratamiento principal en Pacientes con DM tipo II durante más de 30 años en la mayor parte del mundo.. Actúa reduciendo la producción de insulina por el hígado y puede incrementar la sensibilidad a la insulina en los Pacientes que pierden peso. Es igualmente eficaz que una sulfonilurea como monoterapia (cuando se emplea sola rara vez causa hipoglucemia) y se comporta sinérgicamente en el tratamiento combinado con sulfonilureas. La metformina estimula también la pérdida de peso y reduce los niveles de lípidos La metformina está contraindicada en los Pacientes con nefropatías y hepatopatías o alcoholismo. También está contraindicada para los Pacientes con acidosis láctica, y en la mayoría de los casos debe restringirse durante la hospitalización de los casos agudos.

La acarbosa es un **inhibidor de la α -glucosidasa** que inhibe competitivamente la hidrólisis de los oligosacáridos y monosacáridos. Esto retarda la digestión de los hidratos de carbono y la subsiguiente absorción en el intestino delgado, produciéndose una menor elevación posprandial de los niveles de glucemia. Dado que este mecanismo de acción difiere del de otros hipoglucemiantes orales, puede emplearse en el tratamiento combinado con otros agentes orales. Los efectos secundarios GI son muy frecuentes, pero suelen ser pasajeros. Hay que tomar el fármaco con las comidas, y la dosis debe aumentarse gradualmente desde 25 mg hasta 50 a 100 mg en cada comida.

Las **tiazolidindionas** son fármacos sensibilizadores a la insulina que mejoran la sensibilidad a la insulina en el músculo esquelético e inhiben la producción de la glucosa hepática. El único fármaco de esta clase disponible es la troglitazona. Ha sido aprobada recientemente para su empleo en el tratamiento de Pacientes con DM tipo II que precisan insulina y tiene efectos moderados en la reducción de los niveles plasmáticos de glucosa y triglicéridos. Este fármaco se administra una vez al día y tiene una hepatotoxicidad posiblemente intrínseca. Se debe informar a los Pacientes que disminuyan su dosis diaria de insulina al iniciar el tratamiento.

Tratamiento dietético. En los **diabéticos tratados con insulina**, el tratamiento dietético se dirige a limitar las variaciones en el ritmo temporal, las cantidades y la composición de las comidas que podrían hacer inadecuada la pauta de insulina y dar lugar a hipoglucemia o a una hiperglucemia posprandial intensa. Todos los Pacientes tratados con insulina necesitan un tratamiento dietético detallado que incluya la prescripción de la ingesta calórica diaria total, orientación sobre las proporciones de hidratos de carbono, grasas y proteínas en sus dietas e instrucciones sobre cómo distribuir las calorías entre las distintas comidas y refrigerios.

Existen publicaciones de la American Diabetes Association y de otras fuentes para la planificación de la dieta y la educación de los Pacientes. Las listas intercambiables que proporcionan información sobre el contenido de hidratos de carbono, grasas, proteínas y calorías de las raciones individuales se emplean para traducir la prescripción dietética en un plan de alimentación, el cual debe contener alimentos que gusten al Paciente, siempre que no exista un motivo específico para excluir un alimento concreto.

En los **Pacientes con DM tipo II obesos**, los objetivos del tratamiento dietético son perder peso y controlar la hiperglucemia. La dieta debe satisfacer las necesidades mínimas diarias de proteínas (0,9 g/kg) y estar diseñada para inducir una pérdida de peso gradual y sostenida (alrededor de 1 kg/sem) hasta alcanzar y mantener el peso corporal ideal. Aumentar la actividad física en los Pacientes con DM tipo II obesos y sedentarios es deseable y puede reducir con el tiempo la resistencia a la insulina. Los diabéticos con hipertensión deben tratarse con inhibidores de la ECA, los cuales han demostrado ser más protectores frente a la artropatía diabética

OTITIS EXTERNA

Etiología

Entre los factores predisponentes destacan la introducción de agua u otros irritantes dentro del conducto auditivo y las lesiones del mismo mientras se limpia. El conducto auditivo se mantiene limpio moviendo el epitelio descamado como si fuera una cinta transportadora, desde la membrana timpánica hacia el exterior. Cuando el paciente intenta limpiarse los oídos con una torunda de algodón, interrumpe el mecanismo de autolimpieza del mismo y favorece la acumulación de restos celulares al empujarlos en dirección contraria. Los restos celulares y el cerumen tienden a acumular el agua que entra en el conducto auditivo y la consiguiente maceración de la piel permite la invasión por parte de las bacterias patógenas.

Signos y síntomas

Los pacientes con otitis externa difusa presentan prurito, dolor y una secreción maloliente, con pérdida de la audición si el conducto se rellena de restos purulentos o se edematiza. El dolor a la tracción del pabellón auricular o a la presión sobre el trago permite distinguir la otitis externa de la media. La piel del conducto auditivo aparece roja y edematosa, con restos purulentos y húmedos.

Tratamiento

La otitis del nadador se puede prevenir en general por la irrigación de los oídos con una mezcla 1:1 de alcohol para fricciones y vinagre, justo después de nadar. El alcohol ayuda a eliminar el agua y el vinagre modifica el pH del conducto. No suelen ser necesarios antibióticos sistémicos, salvo que se produzca celulitis extensa u otras evidencias de infecciones que sobrepasen la piel del conducto.

Los antibióticos tópicos y los esteroides son útiles en la **otitis externa difusa**. Una solución o una suspensión que contenga sulfato de neomicina al 0,5% y sulfato de polimixina B 10.000 U/ml es eficaz contra los bacilos gramnegativos. La incorporación de un esteroide tópico, como hidrocortisona al 1%, reduce la inflamación y permite que el antibiótico penetre profundamente en el conducto auditivo; se instilan 5 gotas 3 v/d durante 7 d. La otitis externa también responde a la modificación del pH del conducto con 5 gotas de ácido acético al 2% 3 v/d durante 7 d, cuya eficacia aumenta con hidrocortisona al 1%, que también reduce la inflamación. Suele ser necesario un analgésico, por ejemplo 30 mg de codeína v.o. cada 4 h, durante las primeras 24 a 48 h. Si se produce celulitis que sobrepase el conducto auditivo, está indicada la administración de 500 mg de penicilina V v.o. cada 6 h durante 7 d. Si el paciente es alérgico a la penicilina, se puede administrar eritromicina a las mismas dosis.

OTITIS MEDIA AGUDA

Infección bacteriana o viral del oído medio, secundaria por lo general a una infección respiratoria alta.

Aunque la otitis media aguda se puede producir a cualquier edad, afecta con más frecuencia a los niños pequeños, sobre todo entre 3 meses y 3 años. Los microorganismos pueden emigrar desde la nasofaringe al oído medio a través de la superficie mucosa de la trompa de Eustaquio o propagándose a través de la lámina propia de la mucosa en forma de celulitis o tromboflebitis.

Etiología

En los recién nacidos, los bacilos entéricos gramnegativos, sobre todo *Escherichia coli* y *Staphylococcus aureus*, producen una otitis media supurativa. En los lactantes mayores y los niños menores de 14 años, los gérmenes responsables son *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, los estreptococos b-hemolíticos del grupo A, *Moraxella (Branhamella) catarrhalis* y *S. aureus*. En los pacientes mayores de 14 años, los gérmenes responsables suelen ser *S. pneumoniae*, los estreptococos b-hemolíticos del grupo A y *S. aureus*, siendo menos frecuente *H. influenzae*

Signos, síntomas y complicaciones

La primera molestia suele ser una otalgia grave y persistente, que puede asociarse con pérdida de audición. En los niños pequeños se puede asociar con fiebre de hasta 40,5 °C, náuseas, vómitos y diarrea. La membrana timpánica aparece eritematosa y puede protruir, sin que sea posible reconocer los detalles anatómicos, y con desplazamiento del reflejo luminoso. Cuando se produce la perforación espontánea de la membrana timpánica, se puede observar una otorrea sanguinolenta, después serosanguinolenta y por último purulenta.

Entre las complicaciones graves destacan la mastoiditis aguda, la petrositis, la laberintitis, la parálisis facial, la sordera neurosensorial o de conducción, los abscesos epidurales, la meningitis (la complicación intracraneal más frecuente), los abscesos cerebrales, la trombosis del seno lateral, el empiema subdural y la hidrocefalia otítica. Entre los síntomas que deben hacer sospechar complicaciones destacan la cefalea, la sordera profunda de inicio agudo, el vértigo, los escalofríos y la fiebre.

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico suele establecerse clínicamente. Si se realiza una miringotomía, se debe cultivar el exudado obtenido, como se hace en la otorrea espontánea. La antibioterapia puede estar indicada para aliviar los síntomas, acelerar la resolución del proceso infeccioso y reducir el peligro de laberintitis y de complicaciones infecciosas intracraneales.

El tratamiento de elección para los pacientes mayores de 14 años consiste en 250 mg de penicilina V v.o. cada 6 h durante 12 d. En los menores se prefieren de 35 a 70 mg/kg/d de amoxicilina v.o. en dosis iguales cada 8 h durante 7 a 12 días, debido a la frecuencia de las infecciones por *H. influenzae*. En caso de alergia a la penicilina se emplean 250 mg de eritromicina v.o. cada 6 h en niños mayores o una combinación de 30 a 50 mg/kg/d de eritromicina v.o. y 150 mg/kg/d de sulfisoxazol v.o., ambos en dosis iguales divididas cada 6 h, para los niños menores de 14 años durante 12 a 14 d. Las sulfonamidas están contraindicadas en los lactantes menores de 2 meses. Como

alternativa pueden administrarse trimetoprima y sulfametoxazol (TMP-SMX). A los lactantes mayores de 2 meses y a los niños se les administra TMP/SMX 8/40 mg/kg/d en dos dosis divididas cada 12 h durante un período de 10 d, y a los adultos se les administra TMP/SMX 160/800 mg cada 12 h durante 12 d. Otra alternativa en los niños es una dosis única de ceftriaxona i.m. (máximo 50 mg/kg).

En los casos resistentes se puede administrar una cefalosporina durante 12 d, por ejemplo cefaclor (40 mg/kg/d en niños en dosis divididas cada 8h; en adultos, 250 mg cada 8 h), cefuroxima (en niños menores de 2 años, 125 mg cada 12 h, en niños de 2 a 12 años 250 mg cada 12 h y en adultos 500 mg cada 12 h), amoxicilina-ácido clavulánico (en niños 40 mg/kg/d en tres dosis divididas), claritromicina (en niños 15 mg/kg/d en dos dosis divididas) o cefixima (en niños 8 mg/kg/d en dos dosis divididas y en adultos 200 mg cada 12 h).

Para mejorar la función de la trompa de Eustaquio se pueden instilar vasoconstrictores tópicos, como adrenalina al 0,25% 3 gotas cada 3 h, en cada fosa nasal con el paciente tumbado en decúbito supino y con el cuello extendido. Dicho tratamiento no debe durar más de 3 o 4 d. Las aminas simpático miméticas sistémicas, como el sulfato de efedrina, la pseudoefedrina o la fenilpropanolamina, 30 mg v.o. (adultos) cada 4 a 6 h durante 7 a 10 d, también pueden ser útiles, aunque no suelen recomendarse en niños. Si se considera que la alergia es un factor importante, se puede mejorar la función de la trompa de Eustaquio con antihistamínicos, por ejemplo clorfeniramina 4 mg v.o. cada 4 a 6 h durante 7 a 10 d en adultos, aunque estos fármacos no están indicados en los pacientes no alérgicos

LUMBALGIA

Etiología

El dolor en la zona baja de la espalda es multifactorial y puede estar relacionado con problemas ligamentosos (esguince) o musculares (distensión) agudos, que tienden a ser autolimitados, o a procesos crónicos fibromusculares, artrósicos o del tipo de la espondilitis anquilopoyética en la región lumbosacra. La prevalencia de dolor en esta zona aumenta con la edad, alcanzando el 50% en personas mayores de 60 años.

El lumbago puede estar influenciado por un descanso nocturno deficiente o de mala calidad, fatiga, falta de entrenamiento físico o problemas y conflictos psicosociales

Síntomas, signos y diagnóstico

El lumbago agudo y autolimitado suele aparecer en personas sin antecedentes de malestar crónico y se relaciona habitualmente con sucesos o incidentes previos (p. ej., sobreesfuerzo, distensión, traumatismo, tensión psicológica)

El diagnóstico diferencial del lumbago puede ser difícil. La limitación de la movilidad producida por dolor, la tensión y la sensibilidad de los músculos paravertebrales o la restricción de otras estructuras relacionadas con las vértebras son frecuentes en los trastornos lumbares que afectan a los sistemas nervioso y musculoesquelético (dolor mecánico). El dolor que empeora durante la inactividad y mejora con el estiramiento o la actividad es característico de un origen fibromuscular. El dolor visceral referido (dolor no mecánico) no se altera por la movilidad ni el reposo, tiende a ser más constante y a empeorar durante la noche.

La **ciática** es un dolor que se irradia a lo largo del trayecto del nervio ciático, con frecuencia por las nalgas y la cara posterior de la pierna hasta por debajo de la rodilla, y puede acompañarse de lumbago (lumbociática) o no (ciática). Suele estar producido por

compresión de una raíz nerviosa periférica por protrusión del disco intervertebral o tumor intravertebral.

La **estenosis vertebral** es un mecanismo menos frecuente de ciática que se debe a estrechamiento del conducto vertebral lumbar, que produce un aumento de presión sobre las raíces nerviosas que forman el nervio ciático (o más raramente la médula espinal) antes de salir por los agujeros intervertebrales. La enfermedad se produce en individuos de edad media o ancianos. Puede estar producida por artrosis, enfermedad de Paget o espondilolistesis con edema de la cola de caballo y se manifiesta como dolor en las nalgas, muslos o pantorrillas al caminar, correr o subir escaleras. El dolor no mejora con la bipedestación pero sí con la flexión de la espalda o la sedestación (aunque pueden persistir las parestesias). El ascenso de pendientes es menos doloroso que el descenso porque la columna se flexiona ligeramente en el primer caso.

Existen numerosas **otras causas** de lumbago. El inicio brusco sugiere rotura del disco intervertebral, esguince ligamentoso o rotura muscular. Los síntomas suelen comenzar a las 24 h de levantar un objeto pesado. Son evidentes la sensibilidad localizada y el espasmo muscular y sugieren el origen en un trastorno vertebral más que en la pelvis o la región retroperitoneal. La fractura y la fractura-luxación se descartan por la anamnesis, la naturaleza del traumatismo y las radiografías. La artritis crónica de las articulaciones interapofisarias posteriores suele asociarse con enfermedad discal degenerativa. La primera se caracteriza por los hallazgos clínicos y de laboratorio típicos de la artrosis y la segunda por irritación asociada de las raíces nerviosas. La hiperextensión suele agravar el dolor originado en las articulaciones interapofisarias. Las anomalías esqueléticas subyacentes, como espondilolistesis o espondiloartropatía) se deben sospechar por el inicio gradual del dolor en adultos jóvenes.

En algunas personas con predisposición física o psicológica, el antecedente de traumatismo leve se puede seguir de un dolor desproporcionadamente grave, incapacitante y prolongado, sin hallazgos o con signos muy escasos de lesión tisular o enfermedad subyacente. Suele haber ansiedad o depresión predisponentes que, cuando persisten, no se explican completamente por el dolor en la zona baja de la espalda. Las descripciones precisas del dolor y los hallazgos de la exploración tienden a ser

inespecíficos o incongruentes con los tipos más habituales. Los síntomas de incapacidad persisten o empeoran tras descartar una lesión o enfermedad somática. Muchas de estas manifestaciones evolucionan hacia un síndrome de fibromialgia más característico.

El intento de **fingir la enfermedad** es relativamente poco frecuente y difícil de demostrar. Se debe sospechar en presencia de una historia y hallazgos físicos incongruentes en exploraciones repetidas, signos de exageración de la incapacidad y énfasis en la obtención de beneficios secundarios (p. ej., dependencia de los demás). La posibilidad de conseguir beneficios económicos (compensación laboral, otros seguros) suele provocar la perpetuación del problema. La evidencia directa de que se está fingiendo se puede conseguir observando al Paciente fuera de la consulta por otra persona que no sea el médico.

Tratamiento

Casi todas las personas que padecen un episodio de lumbago agudo se recuperan entre varios días y una semana, pero los episodios pueden repetirse o los síntomas hacerse crónicos en personas predispuestas, en especial si se dedican a actividades que superan su capacidad física o psicológica.

El **lumbago agudo** se trata mediante reposo en cama en posición confortable para mejorar el espasmo muscular (caderas y rodillas flexionadas) durante 1 o 2 días más (si el dolor es intolerable), calor local, masaje y analgésicos por v.o. (p. ej., aspirina hasta 3,6 g/d o una dosis comparable de otro AINE, narcóticos por v.o. cada 4 h). Los relajantes musculares administrados v.o. durante 48 a 72 h (p. ej., metocarbamol 1 a 2 g 4/d, carisoprodol 350 mg 3/d o 4/d, ciclobenzaprina 10 mg 3/d o 4/d o diazepam 10 mg 3/d) pueden ser útiles en Pacientes seleccionados durante la fase aguda. Estos medicamentos se deben evitar en personas ancianas. No suele ser necesaria la tracción. La manipulación puede ayudar a mejorar el dolor producido por espasmo muscular, pero puede agravar el de una articulación artrítica o un disco roto, por lo que se deben emplear con precaución. Las modalidades de diatermia (calor profundo) pueden ayudar a reducir el espasmo muscular y el dolor tras la fase aguda. Los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura abdominal y de flexión lumbosacra (maniobras que

reducen la lordosis lumbar y aumentan la presión intraabdominal) junto con la modificación de la postura de trabajo están indicados cuando los síntomas permitan fortalecer las estructuras de soporte de la espalda y reducir la probabilidad de que el trastorno se haga crónico o recidivante.

El tratamiento del **lumbago crónico** (p. ej., reducción de peso, mejora del tono y resistencia muscular, mejora de la postura) se dirige a corregir las causas. La artrosis de las articulaciones intervertebrales puede responder a estas medidas. Los ejercicios de estiramiento lumbosacro pueden mejorar los síntomas debidos a contractura muscular y evitar las recidivas.

Los analgésicos mejoran el dolor, pero se debe evitar el uso crónico de narcóticos. La inyección de dexametasona, metilprednisolona, hidrocortisona o triamcinolona de 0,25 a 1 ml (diferentes concentraciones para inyección intramuscular) combinada con 2 a 5 ml de anestésico local al 1% (p. ej., lidocaína) se pueden emplear en ocasiones para mejorar los puntos sensibles en el dolor crónico por síndrome miofascial o fibromialgia.

Puede ser necesaria la cirugía para aliviar el dolor intratable o la afectación neurológica por **enfermedad discal** o la **estenosis vertebral**. Estos Pacientes presentan cambios neurológicos. Antes de la intervención se debe hacer un ensayo apropiado de tratamiento conservador. La artrodesis vertebral está indicada si existe inestabilidad o cambios artrósicos graves localizados en uno o dos espacios intervertebrales.

Una indicación absoluta para la extirpación quirúrgica del disco es la herniación central en la línea media, que produce déficit neurológico progresivo con disfunción vesical o intestinal o síndrome de la cola de caballo. Otras indicaciones principales son: 1) hernia inequívoca con debilidad muscular y déficit neurológico progresivo y 2) dolor intenso e intratable que interfiere con la actividad laboral o personal en Pacientes emocionalmente estables.

Para las hernias discales se recomienda por lo general la discectomía clásica con laminotomía limitada. Si la hernia está localizada, se puede realizar una

microdiscectomía ampliada, que permite una incisión cutánea y una laminotomía más pequeñas. La quimionucleólisis mediante inyección intradiscal de quimopapaína y la discectomía percutánea tienen indicaciones limitadas, pero no se recomiendan en general.

El tratamiento quirúrgico de la estenosis vertebral avanzada con síntomas graves es la descompresión adecuada del atrapamiento nervioso mediante laminectomía a dos o tres niveles y foraminotomías. El cirujano debe prestar atención especial para evitar la inestabilidad de la columna.

Los Pacientes con un **esguince ligamentoso crónico** o **distensión muscular** (p. ej., Pacientes obesos o embarazadas) se pueden beneficiar del uso de un corsé lumbosacro para reforzar los músculos afectados hasta recuperar la resistencia mediante ejercicios. Puede ser necesaria una pérdida de peso importante antes de conseguir la mejoría.

Se deben evaluar los **factores psiquiátricos** como causa importante desde el comienzo de los síntomas. Cuando existe ansiedad o traumatismo emocional, suele ser suficiente con la reafirmación temprana. Por otro lado, los principios de tratamiento más importantes suelen ser *qué no hacer*. El médico no debe manifestar dudas o maneras acusatorias o juicios de valor, sin retrasar las pruebas adecuadas (p. ej., VSG, radiografías, electromiografía) u otras más complicadas (p. ej., mielografía, laminectomía), y no se deben prescribir narcóticos. Es mejor ser atento, tranquilo y firme, permitiendo que el Paciente hable sobre su problema, ofrecer medicación no adictiva y fisioterapia, esperando la mejoría con Paciencia. Los antidepresivos tricíclicos a dosis bajas pueden mejorar el sueño y el espasmo muscular crónico. Si no se produce una mejoría de los trastornos psicológicos en un período razonable, se debe comentar con el Paciente la necesidad de valoración psiquiátrica.

De acuerdo a las patologías reportadas es importante tomar medidas preventivas dando información y promoción de autocuidado de salud, haciendo énfasis en la orientación de enfermedades crónico degenerativas, a fin de intervenir oportunamente.

La familia forma parte del equipo de salud por lo que resulta fundamental lograr mantener su estado de salud, ya que según Freud “lo que cura no es solo lo que el médico hace al paciente, sino lo que médico y paciente hacen mutuamente”.

CONCLUSIONES

1. Los grupos de edad de más de 60 años y el de 40 a 60 años son los de mayor frecuencia entre la población estudiada y juntos comprenden mas de la mitad de los integrantes de las familias asignadas y atendidas en el consultorio 13 vespertino.
2. El género femenino es el más común en las familias estudiadas y entre las familias asignadas al consultorio 13 vespertino.
3. Las infecciones de vías respiratorias superiores y las gastroenteritis fueron las enfermedades transmisibles con mayor demanda de atención en el consultorio 13 vespertino en el periodo enero – junio del 2006.
4. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus son las enfermedades crónicas degenerativas con mayor número de consultas de atención médica otorgadas en el consultorio 13 vespertino de enero a junio del 2006.
5. La familia nuclear simple, integrada, de servicios como medio de subsistencia, de pobreza familiar nivel 1 representan al tipo de familias predominante en la serie estudiada correspondiente al consultorio 13 vespertino en el período comprendido de enero a junio del 2006.
6. Este trabajo representa un gran paso en el arduo camino de la investigación de la medicina familiar pues con la aplicación de un cuestionario previamente aceptado por consenso de la comunidad de médicos familiares nacionales permitió caracterizar a las familias estudiadas en provincia, situación que seguramente deberá generalizarse hacia el resto de las instituciones de salud, tanto de seguridad social como privadas.
7. En el mediano plazo construir una base de datos que permita definir con mayor precisión la estructura de las familias en nuestro país.

8. Por lo anterior, es recomendable pugnar por continuar desarrollando trabajos de investigación propios de medicina familiar en los diferentes escenarios donde los egresados de cursos de la especialidad, presenciales y/o semipresenciales, se desempeñan actualmente y así tengan la oportunidad de contribuir con su esfuerzo personal a fortalecer una línea de investigación inherente a su ejercicio profesional con el firme propósito de mejorar la calidad de la atención médica en el primer nivel de atención en el ámbito nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jinich H. Prólogo. En: Carrillo FLMR. La responsabilidad profesional del médico. México: Porrúa; 1998.
2. Viniegra V L. Solución de problemas clínicos. En: Laredo F, Lifshitz A. Introducción al estudio de la medicina clínica. México: Prados; 2000.p. 153-165.
3. Jinich BH. Factores psicológicos y el aparato digestivo. Rev Med IMSS 2000; 38:69-76.
4. .Conceptos básicos para el estudio de las familias. Arch Med Fam 2005; 7 (sup.):11-14.
5. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en Atención Primaria. Arch Med Fam 2006; 8:27-32.
6. Meneen BK. Continuity of care. In: Shiraz D, Meneen B (Vds.). Family medicine: A guidebook for practitioners of i.e. art. Mc Grew-Hill. 1989: p.3
7. Narro-Robles J. Medicina Familiar. En: Soberón G, Kúmate J, Laguna J (eds). La Salud en México IV. México: Fondo de Cultura Económica. 1998: p.923-952.
8. Soberón G, Martuscelli-Quintana J, Álvarez-Manilla JM. La implantación de la estrategia de atención primaria a la salud en México. Salud pública (Méx.) 1988; 30:683-690.
9. Rojas MC, Ciuffolini MB, Meichtry N. La vivienda saludable como estrategia para la promoción de la salud en el marco de la medicina familiar. Arch Med Fam 2005; 7:27-30.
10. Irigoyen-Coria A, Morales-López H, Terán-Trillo M, Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas R. Marginación, pobreza y familia. <http://www.geocities.com/archmedfam/4-1/margina.htm>
11. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF). En: Irigoyen-Coria AE, Morales-López H. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana. p.156-157.
12. Mac Whitney IR. Medicina familiar. Mosby-Doyma 1995 p. 217-218.
13. Herrera-Avila A. La familia: unidad de análisis. <http://www.geocities.com/hiponiqueo/Family.html>

14. Velasco-Campos ML, Sinibaldi-Gómez JFJ. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México, D.F. El Manual Moderno. 2001 p. 7-21.
15. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Arch Med Fam 2005;7:15-19.
16. Moho do Caballero C, Boschetti-Fentanes B, Irigoyen-Coria A. Propuesta de una clasificación de la familia con base en su comportamiento. <http://www.geocities.com/archmedfam/4-1/propues.htm>.
17. González-Blasco P, Ramírez-Villaseñor I, Bustos-Saldaña R, Loreto G. La formación de médicos familiares en Latinoamérica. Arch Med Fam 2005; 7:1-3.
18. Secretaría de Salud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Documento de Referencia. Distrito Federal, México. 2001.
19. Programa de Trabajo. Coordinador de Consulta externa de Medicina Familiar. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado. Hospital General en Veracruz 2006.
20. System INDICA. <http://salud.gob.mx>
21. Elementos esenciales de la Medicina familiar Conceptos básicos para el estudio de las familias código de bioética en Arch Med Fam 2005; 7(1):21-32.
22. Diagnostico de salud. SSA Veracruz Jurisdicción sanitaria #V111 2004.
23. Argimon Pallas JM, do Paray Baeges JL. Análisis de la situación de salud. Atención Primaria 2003.p327-344.
24. INEGI. Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud según tipo de institución para cada sexo y grupo de edad, 2000. <http://inegi.gob.mx>
25. Borges-Yáñez SA, Gómez Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Salud pública (Méx) 1998;40:1-11.
26. Méndez Ramírez, Namihira Guerrero, Moreno Altamirano, Sosa de Martínez. El protocolo de investigación. 2006. p 29-31, 74-87.

ANEXOS



Folio: _____

CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

Familia: _____ No. Expediente del informante: _____

Datos de la persona que proporciona la información:

Madre () Padre () Hijo ()

Edad: _____ Sexo: M () F () Escolaridad: _____

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Edo.civil de los padres: Casados () U. Libre () Otro ()

Años de unión conyugal: _____

Edad del padre: _____ Edad de la madre: _____

Ocupación del padre _____

Ocupación de la madre: _____

Escolaridad del padre: _____

Escolaridad de la madre: _____

Número de hijos (hasta de 10 años de edad); _____

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): _____

Número de hijos (de 20 ò más años de edad): _____

TOTAL: _____

Observaciones: _____

CLASIFICACION DE LA FAMILIA:

MARQUE CON UNA EQUIS (X)

A) Parentesco:

- Nuclear () Nuclear simple () Nuclear numerosa ()
Reconstruida (binuclear) () Monoparental ()
Monoparental extendida () Extensa () Extensa compuesta ()
No parental ()

B) Sin parentesco: Monoparental extendida sin parentesco ()

- Grupos similares a Familias ()

C) Con base en la presencia física y convivencia:

- Núcleo integrado () Núcleo no integrado ()
Extensa ascendente () Extensa descendente ()
Extensa colateral ()

D) Estilos de vida originados por cambios sociales:

- Persona que vive sola () Parejas homosexuales sin hijos ()
Parejas homosexuales con hijos adoptivos () Familia grupal ()
Familia comunal () Poligamia ()

E) Con base en sus medios de subsistencia:

- Agrícolas o pecuarias () Industrial () Comercial () Servicios ()

Con base en su nivel económico; Pobreza familiar:

- Nivel 1 () Nivel 2 () Nivel 3 () No se le considera pobre ()

F) Etapa del ciclo vital familiar:

- Matrimonio () Expansión () Dispersión ()
Independencia () Retiro y muerte ()

Observaciones: _____
