



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
AUDITORIO DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE
VERACRUZ, VER.

*“CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS Y SOCIALES DE LAS
FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO #26 MODULO DE
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, TURNO MATUTINO DEL
HOSPITAL GENERAL ISSSTE, VERACRUZ”*

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CELIA LOURDES URBINA LÓPEZ



HOSPITAL GENERAL ISSSTE
VERACRUZ
ISSSTE COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

ASESOR DE TESIS:

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

VERACRUZ, VER.

2006



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 BIOLÓGICAS Y SOCIALES DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO #26 MODULO DE ATENCION AL ADULTO MAYOR, TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE, VERACRUZ"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CELIA LOURDES URBINA LÓPEZ

AUTORIZACIONES:



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
ASESOR DE TESIS

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA. U.N.A.M.



DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD.
COORDINACION NACIONAL DE POLITICA Y DESARROLLO EDUCATIVO, I.S.S.S.T.E.

**" CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS Y SOCIALES DE LAS
FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO #26 MODULO DE
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, TURNO MATUTINO DEL
HOSPITAL GENERAL ISSSTE, VERACRUZ "**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CELIA LOURDES URBINA LÓPEZ

AUTORIZACIONES

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

F. Felipe de Jesús García Pedroza
DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

[Handwritten signature]
GRADO

AGRADECIMIENTO

A Dios

“Gracias por escuchar mis pensamientos, por comprender mis sueños y por el amor que me das todos los días; gracias por abrir y cerrar las puertas indicadas porque tú sabes lo que haces y yo solo confío en ti.”

A mi hija Arlette

“Eres parte de mí, hoy se que mis enseñanzas, darán un buen fruto en tu vida, gracias por tu comprensión y paciencia”

A mis padres

Clara López Santiago
Leopoldo Urbina Castañeda

“Con sus fuerza y su amor me enseñaron el camino de la vida y me dieron las alas para volar, gracias”

A mi hermana

Rosa Isabel

“Gracias, por ser una excelente amiga y por impulsarme en los momentos difíciles”

A mis amigo(a) s

“Gracias por su amistad y su compañerismo, y los exhorto a seguir esforzándonos para concretar todos los sueños y proyectos que tenemos en mente, Dios los bendiga”

A mis profesores

Dr. Isaías Hernández Torres
Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina
Dra. Ana Maria Navarro García
Dr. Arnulfo Irigoyen Coria

“Gracias por todo el empeño, disposición y sabiduría, que me ofrecieron para llegar a la culminación en esta etapa profesional.”

INDICE

<u>MARCO TEORICO</u>	6
➤ Antecedentes	7
➤ Definiciones	10
➤ Clasificación de la Familia	12
➤ Ciclo Vital de la Familia	15
➤ Funciones de la Familia.....	17
➤ Niveles de la Comunicación	18
➤ Crisis de la Familia.....	18
➤ Roles de la Familia	20
➤ Relación Médico – Paciente	21
➤ Perfil del Médico Familiar	22
➤ La Familia en el Proceso Salud – Enfermedad	24
<u>MORBILIDAD (20 ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES)</u>	26
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	63
➤ Modelo Conceptual.....	64
➤ Justificación.....	65
<u>OBJETIVOS</u>	67
➤ Metodología.....	68
<u>CRITERIOS DE SELECCIÓN</u>	69
➤ Inclusión.....	69
➤ Exclusión.....	69
➤ Eliminación.....	70
<u>TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA</u>	71
➤ Variables a Estudiar.....	72
➤ Procedimiento de recabar Información.....	74
➤ Consideraciones Éticas.....	75
<u>RESULTADOS</u>	76
<u>DISCUSION</u>	93
<u>CONCLUSION</u>	96
<u>BIBLIOGRAFIAS</u>	98
<u>ANEXOS</u>	102

MARCO TEORICO

La Medicina Familiar contempla un amplio campo de las ciencias biomédicas, psicológicas, y antropológicas que le permiten responsabilizarse de la atención médica integral de los pacientes de todas las edades y sus familias a lo largo del ciclo vital, se basa en un enfoque de riesgo que contribuye a identificar la probabilidad de que ciertas características de los individuos o del medio en que viven produzcan, en conjunto, problemas de salud.

La Medicina Familiar, como la especialidad preventiva por excelencia, y el médico familiar, como el principal promotor del cuidado de la salud de las familias, deben resolver los problemas relacionados con las necesidades de salud y enfermedad en el contexto de la atención primaria de la salud, no solo del individuo como unidad biopsicosocial, sino también del ambiente mas importante en que se ocurre y se resuelve la enfermedad: su familia. (1)

La Medicina Familiar se ha definido como una especialidad médica cuyo objeto de estudio es la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud- enfermedad, toma como unidad de análisis a la familia para otorgarle atención médica primaria, integral, coparticipativa, continua y con un enfoque preventivo en forma compartida con el individuo y su familia.(7)

ANTECEDENTES

Aunque la familia es tan antigua como la especie humana, fue hasta la segunda mitad del siglo XIX que se convirtió en objeto de estudio científicos, cuando Morgan, McLennan y Bachofen, entre otros, la consideración como una institución social histórica cuya estructura y función es determinada por el grado de desarrollo de la sociedad global, en sus trabajos acerca de la familia,

Morgan describió por etapas el curso completo del desarrollo social humano, desde un estado original e salvajismo y de total promiscuidad sexual hasta la civilizada familia monogámica, el cual el veneraba fervientemente: “La completa experiencia previa y el progreso de la humanidad culminaron y cristalizaron en esta institución”.

Se cuenta también con el hallazgo de parejas sepultadas en una misma tumba en lugares funerarios antiguos que demuestran que la monogamia era generalmente practicada en el paleolítico, las teorías de Freud afirmaban que el primer tipo de familia humana era particular, y en ella el varón jefe tenía prioridad sobre todas las mujeres de su grupo.

En 1986, Johann Jacob Bachofen, en su obra Derecho materno, sostenía también que las sociedades primitivas vivieron en promiscuidad sexual y el parentesco se determinaba por línea materna, como consecuencia surgió la ginecocracia, o sea el dominio femenino sobre las nuevas generaciones la mujer quedaba como el elemento estable de la familia, con una fuente segura y permanente de bienes, como era la agricultura, a McLennan se deben los datos sobre exogamia y endogamia, poliandria y poligenia.(1)

En México se observa un periodo de creación y crecimiento lento de las instituciones de salud, es su momento importante en 1943, con el surgimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaria de Salubridad y Asistencia, a partir de los cuarenta el modelo francés, que preconizaba el uso de destrezas clínicas en la exploración del cuerpo humano y ponderaba la excelencia de una satisfactoria relación médico-paciente, sobrevivió con una leve

tendencia hacia la especialización médica, modifico su trayectoria hacia el modelo flexneriano, que proponía el diseño de los cursos para formación de médicos especialistas, ponderando el uso del hospital como el principal escenario para el entrenamiento médico., siendo adoptado oficialmente el currículo flexneriano en 1959, que llevo a incorporar un año de internado rotatorio al pregrado en 1962, en este periodo se comienza a consolidar el modelo médico familiar en el IMSS.(3)

En el año de 1954, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reorganiza su sistema de atención médica identificando la figura del medico de familia. En 1971 da inicio la residencia en Medicina Familiar, y en 1974 obtiene reconocimiento de la Facultad de Medicina, UNAM, como especialidad médica. El 13 de noviembre de 1975 se crea el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM.

En 1980, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salubridad (SSA) dan principio a la residencia en Medicina Familiar basándose en un programa académico universitario. En noviembre de 1987 se constituye el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar.

En 1994 se forma el Colegio Mexicano de Medicina Familiar, el cual agrupa 19 asociaciones de Medicina Familiar en todo el país. En 1999 se forma la Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar A.C. la cual es miembro de la Internacional Federación of Primary Care Research Networks. (4)

El siglo XX, para la Medicina, es el siglo de las aportaciones caudalosas. En todo: en métodos exploratorios, en pruebas funcionales, y más que nada, en el avance espectacular que apunta en el campo de la bioquímica, llamada a ser ésta la aportación dominante. La Medicina actual ya no cabe en los marcos de la anatomía y de la fisiología, y busca en ella sus explicaciones. No hay fenómeno fisiológico, no hay proceso metabólico que no tenga su expresión química. Hacia allá vamos, hacia el conocimiento íntimo de las reacciones que condicionan toda representación vital: salud, enfermedad, emoción, memoria, reproducción o herencia.

Durante el siglo XX, la Medicina del especialista se afianza. EL sabio ubicuo o práctico capaz de atender por sí solo al enfermo en toda su patología se diluye, divide o infiltra en multitud de caminos, haciendo del todo orgánico un conjunto de ramificaciones que de ninguna manera se completan, puesto que les falta ese hálito de vida, “soplo divino” de la integridad.

La labor médica, así, va ejerciéndose gracias a la colaboración efectiva entre muchos médicos, cada uno de los cuales aporta –como la pieza en la máquina- el dato y el hecho preciso, insuficientes por sí solos, pero indispensables para el funcionamiento de los demás. La especialización médica, fruto de nuestro tiempo, fragmenta, limita nuestro horizonte. El especialista es más beneficioso para la ciencia, pero sin duda alguna el clínico general es más útil a la comunidad. (5)

DEFINICION

La palabra familia proviene de la raíz latina famulus, que significativa sirviente o esclavo doméstico, en un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre, en la estructura original romana la familia era regida por el padre, quien condensaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no solo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos. (6)

El grupo formado por marido y mujer e hijos sigue siendo la unidad básica preponderante en la cultura occidental, conservando aun la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles protección física y apoyo emocional. El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones. No es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre si, es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse.

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

El Diccionario de la Lengua Española dice "la familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas, conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje". La palabra linaje hace referencia, aun grupo dotado de continuidad a lo largo de varias generaciones, siguiendo habitualmente la línea del apellido, en nuestro medio las familias resultan ser patrilineales, y dado que la madre constituye el centro del afecto familiar, son matricéntricas.

El censo canadiense define a la familia como esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo. Es un grupo primario cuyas características son las propias de un sistema natural abierto en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en el mismo. Es por eso que

no debe ser entendida solo en función de la personalidad de sus integrantes, si no también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen.(1)

La familia se define como un grupo de sujetos íntimamente relacionados que comparten una historia y un futuro, (Ransom y Vandervoort, 1973), la estructura real del grupo puede variar sin que cambie su función esencial, es una organización o sistema social y comparte características con otros sistemas sociales. (7)

Una definición canadiense bien conocida incluida en el Reporte del Grupo de Planeación de la Salud del Ministerio de Salud de Notario dice: La atención de contacto primario (medicina familiar)no sólo incluye aquellos servicios provistos en el primer contacto entre el paciente y el profesional de la salud, sino también la responsabilidad de la promoción y el mantenimiento de la salud, así como una atención continua y completa para el individuo, incluyendo la referencia a otro nivel cuando así se requiera.

La definición de medicina familiar de la AAFF que aún cuando no es idéntica, sí es compatible con la de la Asociación Médica Americana. La Medicina Familiar es la especialidad que se construye sobre un núcleo de conocimientos derivado de otras disciplinas que proviene principalmente de la medicina interna, pediatría, cirugía, ginecobstrecia y psiquiatría y que establece una unidad coherente, combinando las ciencias de la conducta con las tradicionales ciencias biológicas y clínicas. El núcleo de conocimientos abarcado por la medicina familiar prepara al médico para un papel único en el manejo de los pacientes, la solución de problemas, el consejo, y en la coordinación toral de la atención para la salud.

El Médico familiar es el profesional que ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continua a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.

El medico familiar es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de la edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes.

El Médico de familia es el que atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social, es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica, en definitiva se responsabiliza personalmente de prestar atención integral y continuada a sus pacientes.

El Médico de Familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.(8)

CLASIFICACION DE LA FAMILIA

Morgan señala que a partir de la promiscuidad inicial absoluta aparecen otras formas diferentes de la familia.

- Familia consanguínea: predominan las relaciones incestuosas entre hermanos, siendo excluidos padres e hijos de las relaciones sexuales recíprocas.
- Familia punalúa o familia por grupo: la prohibición del incesto incluye a los hermanos. Los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otra familia.
- Familia sindiásmica o patriarcal: la división de las tareas, necesaria por el desarrollo de la agricultura lleva a la conformación de este tipo de familia en la que el hombre vive con una sola mujer, pero mantiene el derecho de la poligamia y la infidelidad, en esta se funda el principio de autoridad absoluta del jefe de la familia.
- Familia monogámica: tiene su origen en la forma anterior, y se caracteriza, por la unión libremente escogida de dos individuos. Es la familia de la cultura actual. (1)

CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE EN SU DESARROLLO

Moderna/tradicional: un dato fundamental para ubicar a la familia desde su desarrollo; es si la madre de familia trabaja o no, por sí solo este elemento facilita ubicar a la familia en moderna o tradicional, debido a que se sobreentiende que para que la madre trabaje-en caso de no estar divorciada, viuda o separada-requirió haber realizado una negociación con su esposo. Así la familia

Se constituye en moderna. Los sociólogos actuales mencionan al empleo remunerado de la madre, como la característica, más significativa de la familia moderna y la del futuro.

CLASIFIACION DE LA FAMILIA CON BASE EN SU DEMOGRAFIA

Urbana/rural: dato de importancia por reportar con una sola palabra el acceso y disponibilidad a servicios de la comunidad (agua potable, electricidad, drenaje, etc.)

CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE EN SU INTEGRACION

Integrada: en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

Semi-integrada: en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: es aquella en la cual falta algunos de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE EN LA OCUPACION DEL JEFE(S)

Campesina, obrera, técnica, profesional técnica, profesional: la información que reporta la ocupación del jefe de familia es muy útil, puede sustituir el preguntar el número de salarios mínimos que ingresan a la familia, ubica indirectamente el nivel socioeconómico de la familia y las posibilidades de desarrollo al menos desde el punto de vista económico. (8)

Dentro de las clasificaciones recientes, a continuación se presenta la propuesta de la primera reunión de consenso académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativas y de salud (41).

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN EL PARENTESCO:

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta.

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA:

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia, siendo muy importante para identificar los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA:

La inserción de las familias en los procesos productivos, y sus medios son de origen esencial de su subsistencia, y dependen de sus recursos: agrícolas y pecuarias, industrial, comercial y servicios.

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE A SU NIVEL ECONOMICO:

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre 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.

NUEVOS ESTILOS DE VIDA PERSONAL-FAMILIAR ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES:

Estos se deben a los cambios que se presentan 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.(41)

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

El estudio del ciclo de vida de la familia permite al médico analizar genéricamente la historia natural de una familia, desde la formación hasta la disolución, por lo que el médico familiar puede prever una serie de fenómenos que afectan de una u otra forma a la salud familiar (6)

La función de la familia consiste en producir y preparar nuevos conjuntos de seres humanos para ser independientes, formar nuevas familias y repetir el proceso de la vieja familia. La madurez es un desarrollo que permite un desarrollo continuo en busca de un estado de perfección que nunca termina, definiéndose por el grado y la calidad de su presencia en cada una de las etapas que vive el ser humano, desde su nacimiento, hasta cierto grado de madurez y la muerte. El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros, se dice que es una evolución en el curso de la cual la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros está en contacto se va extendiendo. (1)

El ciclo de vida se formuló por primera vez en sociología, a principios del decenio de 1970-79, los terapeutas familiares han prestado atención a este concepto como un marco para realizar un adecuado diagnóstico de la problemática familiar, y planificar su tratamiento, durante el ciclo de vida familiar, las fases y crisis transicionales resultan inevitables, cuando llega un nuevo integrante

a la familia, o cuando otro abandona o muere. El ciclo de vida de cada individuo en particular encaja como una rueda dentada en el ciclo de la vida familiar es decir que ambos tienden a entrelazarse perfectamente, a medida que el individuo aumenta su edad tendera a pasar por las diversas fases del ciclo familiar (Simón et al.1998) El ciclo que mas se utiliza comprende cinco etapas: 1) la pareja recién casadas, 2)la familias con hijos pequeños, 3) con hijos adolescentes, 4)el desprendimiento o partida de los hijos fuera del hogar y 5) la familia en los años de jubilación. Lauro Estrada creo un modelo sobre el ciclo vital de la familia mexicana, compuesto por seis fases: el desprendimiento, el encuentro, los hijos, la adolescencia de los hijos, el reencuentro y la vejez.(9)

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

ETAPA	FASE	CARACTERISTICA	DURACION
Constitutiva	Preliminar	Noviazgo	Indefinida
	Recién casados	Sin hijos	Hasta el nacimiento del primer hijo
Procreativa	Expansión	Nacimiento del primer hijo	Hijo mayor, del nacimiento a 2.5 años.
		Hijos preescolares	Hijo mayor, de 2.5 a 6 años
	Consolidación y Apertura	Se inicia la socialización secundaria	Hijo mayor de 6 a 13 años (edad escolar)
			Hijo mayor, de 13 a 20 años (adolescencia)
Dispersión	Desprendimiento	Inicia con la salida del hogar del primer hijo y termina con la separación del último de los hijos	

Final	Independencia	Cónyuges nuevamente solos hasta el final de la Actividad laboral de la pareja por jubilación o Retiro	
	Disolución	Vejez de la pareja Viudez	Hasta la muerte del Cónyuge Hasta la muerte del Miembro restante. (1)

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Socialización	La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con “independencia” para desarrollarse en la sociedad.
Cuidado	En ella se identifican cuatro determinantes: Alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.
Afecto	Definido como el objeto fundamental de “transacción dentro de la familia”
Reproducción	Durante siglos se observó como la función especial de la familia, la “misión” de la familia era vista como casi exclusivamente el suministrar nuevos miembros a la sociedad.
Otorgamiento de Estatus y Nivel Socioeconómico	

El conocimiento de estas funciones es de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia. (8)

NIVELES DE COMUNICACIÓN DENTRO DE LA FAMILIA

La forma de comunicarse dentro de la familia es un indicador de su grado de funcionalidad y puede evaluarse de acuerdo con los siguientes niveles: el primero describe que se esta comunicando. Si el “que” esta relacionado con los sentimientos, se trata de comunicación afectiva. Si lo está con el cumplimiento de tareas habituales cotidianas o con labores mecánicas, se le denomina comunicación instrumental.

El segundo nivel se refiere a que la entrega del mensaje se lleve a cabo en forma clara o enmascarada, según sea su calidad.

El tercer nivel se relaciona con el receptor del mensaje, puede ser directa enfocada a quien va dirigido, y desplazada o indirecta cuando se utiliza a algún intermediario. (10)

FUNCIONES DE LA FAMILIA

En general se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad, constituye la forma más simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones.

CRISIS DE LA FAMILIA

El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia debe comprender el impacto que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma, este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar.

Una crisis familiar es un evento de la vida, presente y pasado, que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia.

Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar, y cuando no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar. Los eventos críticos pueden asociarse a pérdidas cambios, problemas interpersonales o a marcados conflictos internos. Son de dos tipos:

CRISIS NORMATIVAS: o evolutivas están en relación con las etapas del ciclo de vital de la familia, y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar, se refieren a las transiciones y cambios que obligadamente se suscitan dentro de la familia, por lo cual se le llama también intrasistematicas.

CRISIS PARANORMATIVAS: son experiencias adversas o inesperadas, incluyen eventos provenientes del exterior (intersistémicos), generalmente resultan impredecibles para la familia. Las crisis no normativas que ocurren en el interior de la familia, como divorcio, alcoholismo y actividades criminales, habitualmente ocasionan mayor disfunción familiar que cualquier otro tipo de evento crítico. En estas crisis se asocia con grandes periodos de disfunción durante los cuales los miembros de la familia presentan dificultades de comunicación para la identificación de los recursos necesarios para resolverlas.

Los eventos críticos normativos y paranormativos pueden ser de dos tipos:

Instrumentales: surgen de los aspectos dinámicos y mecánicos de la vida diaria.

Afectivos: son aquéllos que amenazan las situaciones emocionales de la vida familiar.

Estas características, instrumentales o afectivas, no se muestran aisladas, sino que con frecuencia interactúan y se potencian entre sí, habitualmente se niegan, no se desean reconocer o se proyectan evadiendo responsabilidades.

Todo tipo de crisis implica un importante peso sobre el funcionamiento familiar y requiere un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares capaz de mantener la continuidad de la familia y de consentir el crecimiento de sus miembros. (1)

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 de guardar dentro de ella, así como 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 (Simon et al., 1988).

Jackson (1965) ha criticado con actitud el concepto de rol, argumentando que este convierte al individuo en una sociedad separada de estudio y relega a las relaciones entre dos o más personas a un segundo plano, 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 familia, la diferencia de roles resulta ser características de las familias nucleares a través de una base transcultural muy amplia; sin embargo, Parsons también observó que 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, la relación de los roles de los padres con los hijos cambia como consecuencia de la dependencia recíproca, así como la coevolución y la individuación de los diferentes miembros de la familia, esto no altera el hecho de que madre, padre e hijo mantienen un estatus como tales, a pesar del contenido cambiante de sus roles a través de su ciclo vital. (9)

RELACION MEDICO-PACIENTE

El paciente es un ser humano con preocupaciones, miedos y esperanzas que debe ser considerado como un todo y no sólo como un portador de órganos enfermos. En torno a él gira la relación médico-paciente, es la esencia misma de la medicina y constituye el más legítimo objeto del interés médico. Es también el más fiel indicador de que ocurre en la práctica médica la cual en su más elevada, según Rene Dubós, sigue siendo potencialmente la expresión más rica de la ciencia porque se preocupa de los diversos aspectos del hombre en su humanismo.

En la práctica médica, la capacidad de establecer una relación personal médico-paciente satisfactoria es tan importante como el nivel de conocimientos profesionales.

En el acto de la consulta médica intervienen factores conscientes e inconscientes sobre el médico y el paciente. Los elementos conscientes derivan de la situación real que se verifica en la consulta con la lógica. La transferencia se define como el conjunto de expectativas, creencias y respuestas emocionales que el paciente aporta a la relación médico-paciente, y provienen de la identificación inconsciente que él hace del médico con personales significativos de su propia infancia, y sin percatarse de ello, actúa como lo hizo en la infancia ante aquellos personajes y situaciones.

La transferencia es positiva cuando se hace posible un tratamiento o una relación que conduzca a la obtención de metas establecidas en forma mutua para lograr resultados satisfactorios.

La contratransferencia es un conjunto de fenómenos de proyección de la estructura inconsciente del médico sobre el paciente, creándole sentimientos de simpatía, hostilidad, aversión, necesidad de recibir afecto o admiración, entre otros sentimientos que son injustificados, inadecuados y que pueden entorpecer la buena actuación profesional.(1)

PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR

La práctica médica actual representa una marcada desventaja entre el generalista y los subespecialistas, con una notable orientación técnico-intervencionista.

Ocasionando problemas como:

- a) Costo excesivo
- b) Escasa accesibilidad
- c) Creciente inconformidad de la sociedad civil
- d) Fomento de charlatanes
- e) Insatisfacción tanto del paciente como del médico en especial dentro de las instituciones de Seguridad social.

Riesgo-Vázquez, propone, un modelo de perfil profesional como elemento esencial una estrecha relación médica primaria como son:

- Promoción y mantenimiento de la salud
- Prevención de la enfermedad e incapacidad
- Cuidados durante las fases aguda y crónica de la enfermedad
- Tomar en cuenta factores físicos, emocionales, sociales, culturales, económicos y ambientales
- Seguimiento del paciente en la salud y la enfermedad

- Disponibilidad, accesibilidad y atención tanto ambulatoria como hospitalaria
- Coordinación afectiva de los servicios de salud disponibles para el paciente

PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR SSA/ISSSTE

El médico general/familiar, será aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia. En la mayoría de las ocasiones actuará como la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención médica.

Coordinará la utilización de los recursos para atención de los mismos y dará atención médica independientemente de la edad, sexo o el padecimiento del individuo. La medicina que practique este profesional, estará encaminada al desarrollo de acciones de mantenimiento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico tratamiento de padecimientos agudos y crónicos así como su rehabilitación.

En los casos que así lo ameriten, ejercerá el juicio clínico necesario para solicitar ínter consulta o referirlos a otros profesionales de la salud para investigaciones adicionales, instalación de tratamiento o evaluación de los resultados del mismo.

Desarrollará el hábito de la enseñanza, revisará, actualizará periódicamente su competencia profesional. En cuanto a las funciones del Médico Familiar, estarán también en consecuencia con la institución que empleará a dicho profesional. (5)

El perfil del medico también actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud, integra las ciencias biológicas, sociales y de la conducta; su campo de acción se desarrolla sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades.

- Es por excelencia un clínico genuinamente interesado en la salud de sus pacientes, cada contacto con ellos es para él una oportunidad para efectuar acciones preventivas y de educación para la salud, sin que por ello se limite su capacidad para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan en su población.
- Busca comprender el contexto en el que se presentan los problemas de salud de sus pacientes, al tiempo que concede importancia central a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados por él. Esta actitud permite fortalecer la relación médico-paciente evitando la despersonalización y la deshumanización de su práctica médica.
- El médico familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona y el núcleo familiar, más que con un cuerpo, de conocimientos, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. (8)

LA FAMILIA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

En 1948 la ONU estipuló que todo hombre tiene derecho a un estándar de vida adecuado para su salud, bienestar personal y de su familia, definió que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad o afección, siendo ampliado dicho concepto en 1978 en la reunión de Alma Ata, en donde se consideró a la salud como un derecho fundamental de la humanidad y un objetivo social importante para el mundo. En la actualidad se entiende que la mejor protección al individuo deriva de la mejor atención al grupo social en que vive, la salud integral no sólo es resultado de acciones médicas, sino de la totalidad de situaciones socioeconómicas y culturales del complejo ecológico en que viven los grupos humanos y que se expresa en lo que puede denominarse la calidad de vida.

Para comprender el proceso salud-enfermedad, es fundamental partir del hecho de que la unidad mínima de estudio para el médico debe de ser la familia, quien se ha convertido en un complejo sistema, fuente de salud y enfermedad para sus propios integrantes. El conjunto familiar tiene un desequilibrio cuando la economía familiar o el cuidado de los hijos se alteran a causa de

una enfermedad del padre o de la madre, o cuando otras enfermedades como la depresión, alcoholismo o la drogadicción que no solo afecta al individuo que la sufre, sino también alteran la armonía de la familia. McWhinney dice que la salud de los individuos está influenciada por la vida fase salud-enfermedad no debe ser comprendido como simples estados opuestos, sino como una expresión de todo el proceso vital con grados diversos de equilibrio entre el organismo y su ambiente. La enfermedad es señalada como una experiencia llena de significados que viven tanto el enfermo como quienes lo rodean, es cualquier estado que perturba el funcionamiento físico y/o mental de una persona y afecta su bienestar al llevarlo a la pérdida del equilibrio que mantiene la composición, estructura o función del organismo. (7)

El concepto integral de salud en la actualidad puede reunirse en los siguientes puntos;

- 1.- La salud en tanto expresión de vida plena es un valor humano de alta jerarquía.
- 2.- La salud es un proceso dinámico de equilibrio del hombre consigo mismo y con el medio circundante: físico, biológico y social.
- 3.- Salud y enfermedad interactúan de continuo en el ambiente social y con expresión individual.
- 4.- Salud y enfermedad se influyen recíprocamente, siendo entre sí a la vez causa y efecto una de la otra.

Existen cuatro fases de la enfermedad estrechamente vinculada a la dinámica individual, familiar y a la del propio padecimiento:

- a).- Aparición aguda y gradual.
- b).- Evolución progresiva, constante o episódica.
- c).- Desenlace prematuro, de pronóstico fatal o sorpresivo.
- d).- Posibilidad de incapacitar cognoscitiva, cinética y sensorialmente y de ocasionar pérdidas de energía, imagen control corporal, de identidad personal y de relaciones íntimas.

La salud familiar al estar condicionada por variables socioeconómicas y culturales debe entenderse como un proceso dinámico, susceptible de experimentar cambios a lo largo del ciclo vital de la familia. El enfoque para examinar a la familia como sistema integral se apoya más en las relaciones interpersonales que en los mismos individuos, de ahí que la familia como grupo adquiere una entidad diferente a la de la simple suma de sus componentes.

Una visión integral del proceso salud-enfermedad, en el que se identifique al paciente no como un ente aislado y fragmentado, sino como un elemento dentro de un contexto social y familiar, nos permite estar en condiciones de otorgar una atención longitudinal e integral de primer contacto, abocada no sólo a la reparación del daño, sino también al mantenimiento del completo estado de salud y bienestar del individuo y su grupo familiar. (7)

MORBILIDAD

La familia ha sido motivo de estudio de mas diversas disciplinas, sin embargo, hasta épocas recientes en la medicina se ha propuesto estudiarlas sistemática y científicamente, lo cual se debe en gran parte al enfoque ecológico con el que se ha visto al proceso salud-enfermedad, en el que el individuo deja de ser analizado como un ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.

La salud de los individuos está influenciada por la vida familiar, y las familias se afectan por las enfermedades y las desgracias de sus miembros. (I. Mc. Whinney) La Salud y enfermedad interactúan de continuo en el ambiente social con expresión individuo. Salud y enfermedad se influyen recíprocamente, siendo entre sí a la vez causa y efecto de una de la otra.

Existen cuatro fases de la enfermedad estrechamente vinculadas con la dinámica individual, familiar y la del propio padecimiento.

Aparición aguda o gradual.

Evolución progresiva, constante o episódica.

Desenlace prematuro, de pronóstico fatal o progresivo.

Posibilidad de incapacitar cognoscitiva, cinética y sensorialmente, así como de ocasionar pérdidas de energía, imagen y control corporal, de identidad personal y de relaciones íntimas. (1)

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD NACIONAL 2006

Infecciones Respiratorias Agudas	26,625,541
Infecciones Intestinales Por Otros Organismos y las mal definida	4,765,567
Infección de las Vías urinarias	3,181,056
Úlceras, Gastritis, Duodenitis	1,433,592
Amibiasis intestinal	762,937
Otitis media aguda	754,742
Hipertensión arterial	515,298
Gingivitis y enfermedad periodontal	449,714
HelminCIAS	400,759
Diabetes mellitus no insulino-dependiente	397,387
Candiasis urogenital	356,491
Varicela	325,782
Asma y estados asmáticos	290,205
Conjuntivitis	266,673
Intoxicación por picadura de alacrán	247,976
Tricomoniasis urogenital	174,826
Ascariasis	173,414
Neumonías y bronconeumonías	172,132
Desnutrición leve	168,463
Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	146,164

Fuente: Sistema Único de Información para Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/ssa (11)

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

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

Fuente: Est: 30 Veracruz-Jur: 08 Veracruz-Mun: 193 VERACRUZ (12)

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

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

Fuente: Estadística del hospital general ISSSTE de Veracruz, ver. 2006

**20 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTAS DEL CONSULTORIO
26, MODULO DE ATENCION AL ADULTO MAYOR, DEL
HOSPITAL GENERAL ISSSTE, VERACRUZ, VER.**

1. Enf. Vías Respiratorias Altas y Bajas	61	14.55
2. Infección de vías Urinarias	50	12.00
3. Dermatitis y Micosis	49	11.69
4. Osteoartritis	29	7.00
5. Enfermedad Intestinal inflamatoria	28	6.68
6. Cervicitis y Vaginitis	20	5.00
7. Gastritis	19	4.53
8. Trastornos del Sueño	18	4.29
9. Síndrome Depresivo	18	4.29
10. Conjuntivitis	17	4.05
11. Vértigo	13	3.10
12. Contusión y Esguinces	13	3.10
13. Hipertensión Arterial	12	2.90
14. Lumbalgia y Cervicalgias	12	2.90
15. Neuritis	11	2.62
16. Constipación	11	2.62
17. Cardiopatía	10	2.3
18. Duelo	10	2.3
19. Diabetes Mellitas	9	2.14
20. Edema	9	2.14
Total	419	100

Fuente: Estadística del hospital general ISSSTE de Veracruz, ver. 2006

20 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA

1. INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS Y BAJAS

FARINGITIS Y AMIGDALITIS: Son las afecciones respiratorias que representan un 10% de todas las visitas al consultorio de médicos de primer nivel y un 50% de los antibióticos usados ambulatorios. La principal preocupación consiste en descartar la infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA), porque en ausencia del tratamiento existe la posibilidad de que se desarrolle fiebre reumática.

Los rasgos clínicos mas sugestivos de faringitis por EBHGA, incluye fiebre mayor a 38°C, adenopatía cervical anterior dolorosa , falta de tos y un exudado faringoamigalino, malestar generalizado, náuseas y cefalea, faringe hiperemica y edematosa, el diagnóstico confirmado mediante cultivo de faringe. En los datos de laboratorio es común la leucocitosis con aumento en los neutrófilos polimorfonucleares. El cultivo de faringe es un placa de agar en sangre simple tienen una sensibilidad de 80 a90%.

Las complicaciones supurativas de la faringitis estreptocócica incluyen sinusitis, otitis media, mastoiditis, absceso periamigdalino y supuración de ganglios linfáticos cervicales y las no supurativas son fiebre reumática y glomerulonefritis.

Los patógenos mas frecuentes en el diagnóstico diferencial del “dolor de garganta” además del EBHGA, son los virus, Neisseria gonorrhoeae, Micoplasma y Chlamydia trachomatis, la rinorrea y la falta de exudado pueden sugerir un virus, pero en la practica, no es posible distinguir las infecciones virales de las vías respiratorias superiores de las causadas por el EBHGA, sólo con base al los hallazgos clínicos.

Las estrategias de tratamiento en la faringitis y amigdalitis van desde “tratar todo lo que venga” hasta “cultivar todo lo que venga, reservando el tratamiento para los cultivos positivos. El

tratamiento auxiliar de la faringitis incluye los agentes analgésicos y antiinflamatorios y antimicrobianos. (16)

GRIPE: Infección por virus influenza A o B que causa una enfermedad febril aguda del tracto respiratorio. Las infecciones por el virus influenza se producen todos los años, de forma esporádica, como brotes epidémicos locales o como epidemias extensas, en los ancianos sobre todos los que padecen otras enfermedades, representan menos el 50% de todas las hospitalizaciones y más del 80% de todos los fallecimientos atribuidos a gripe. Las manifestaciones clínicas, síndrome clásico caracterizado por comienzo súbito de fiebre, escalofríos, cefalea, mialgias, malestar generalizado, molestias faríngeas y tos no productiva., durante los días segundo y tercero de evolución, mejoran los síntomas sistémicos, se hacen aparentes los síntomas y signos respiratorios sobre todo tos, en un 20 % de los pacientes se auscultan sibilancias disminuidas y estertores localizados, en los ancianos es frecuente la debilidad marcada, la recuperación completa puede tardar más de dos semanas.

La neumonía y la bronquitis grave son frecuentes en los ancianos con gripe; la frecuencia aumenta de forma progresiva a partir de los 50 años y es elevada en los mayores de 70 años. La neumonía se puede deber al virus influenza o a la infección bacteriana secundaria.

Neumonía gripal primaria: es frecuente en pacientes con enfermedad cardiovascular, el riesgo aumenta cuando existen otras enfermedades crónicas. La auscultación revela estertores inspiratorios finos y sibilancias espiratorias, La radiografía de tórax muestra infiltrados perihilares difusos. La mortalidad de la neumonía gripal primaria es elevada.

Prevención: El mejor método para prevenir la gripe es utilizar vacunas de virus inactivos. Todas las personas >de 65 años, y el personal médico encargado de atenderlas, deben de recibir la vacuna de la gripe cada año. La vacunación debe administrarse varias semanas antes del comienzo de la temporada de la gripe. La eficacia de la vacuna para prevenir la enfermedad gripal en los ancianos frágiles es del 30-70%, sin embargo la vacuna tiene una eficacia del 50-60% para prevenir la hospitalización y la neumonía. (16)

2. INFECCION DE VIAS URINARIAS

Las infecciones de tracto urinario son frecuentes en los ancianos, los factores de riesgo más habituales son:

- Uretritis atrófica
- Mucosa vaginal atrófica
- Hiperplasia prostática benigna
- Cáncer de próstata
- Sondaje vesical
- Prostatitis crónica bacterial
- Anomalías genitourinarias
- Cálculos genitourinarios
- Formación de abscesos renales y perinéfricos
- Técnicas de derivación urinaria
- Estenosis uretrales

Muchos pacientes están asintomático, los síntomas que pueden aparecer son disuria, polaquiuria, incontinencia de comienzo reciente, dolor en el flanco y fiebre, la confusión y el delirio se atribuyen a menudo a IVU, aunque si no existe fiebre elevada o sepsis es difícil que una IVU no complicada pueda condicionar una disfunción significativa del sistema nervioso central. La diversidad de los posibles uropatógenos obliga a realizar urocultivo en cualquier anciano en el que se sospeche UVI, el diagnóstico bacteriológico de IVU complicada, IVU recidivante y bacteriuria asintomática suele basarse en el concepto de bacteriuria clínicament significativa, que en estos pacientes se define como $>10^5$ UFC/ml en una muestra de orina de mitad de la micción tras >4 horas de incubación vesical. Sin embargo en las mujeres con cistitis sintomática no complicada, la mayor sensibilidad y especificidad se logran considerando bacteriuria clínicamente significativa la aparición de $>10^4$ UFC/ml con piuria. Si la importancia clínica de la bacteriuria es dudosa y el cultivo resulta fundamental, se puede obtener orina mediante punción vesical, no obstante la punción vesical puede resultar más difícil en los ancianos y a menudo hay que contentarse con muestras obtenidas mediante sondaje.

Las tiras reactivas pueden proporcionar una determinación semicuantitativa de la bacteriuria, la mejor es la prueba de nitritos, que demuestran la conversión de nitrato en nitrito por las bacterias de la orina mediante un cambio de color en la tira dicha prueba contiene un alto grado de sensibilidad y especificidad, aunque no detecta la bacteriuria por *Pseudomonas* sp., estafilococos enterococos, que no pueden reducir el nitrato a nitrito.

Los urocultivos cuantitativos pueden realizarse en el laboratorio de bacteriología. La orina debe permanecer refrigerada hasta el momento del cultivo e incubación; en cualquier caso, hay que evitar un retraso superior a 4-8 horas, ya que la replicación bacteriana es significativa, incluso a bajas temperaturas.

La evidencia actual no aconseja tratar la bacteriuria asintomático en los ancianos sondados, los antibióticos pueden retrasar el establecimiento de bacteriuria en la caracterización a corto plazo, pero no reduce sus complicaciones; la antibiótico terapia puede favorecer el crecimiento de uropatogenos resistentes. La IVU sintomática asociada con el sondaje a corto o largo plazo debe tratarse con el fármaco antibacteriano de menor espectro eficaz, según el urocultivo y antibiograma. La duración de tratamiento depende del contexto clínico; en la mayoría de los casos se aconseja una pauta de 7-14 días. El tratamiento empírico de la IVU sintomática asociada con el sondaje prolongado (cuando no se sospechan resistencias y el paciente no está grave) debe incluir antibióticos activos frente a la flora polimicrobiana habitual (p.ej., TMP-SMX o una cefalosporina de 2ª o 3ª generación). (17)

3. DERMATITIS Y MICOSIS

El envejecimiento genera muchos cambios en la piel y en sus apéndices. En un sentido amplio, estos cambios pueden clasificarse según que se deban al envejecimiento intrínseco o al fotoenvejecimiento. El envejecimiento intrínseco produce alteraciones sutiles, pero importantes, en la función cutánea, que se atribuyen al transcurso del tiempo, mientras que en el envejecimiento se debe a exposición crónica evitable a la radiación ultravioleta, superpuesta al envejecimiento intrínseco. La denominación popular de "piel vieja" suele corresponder más con el

fotoenvejecimiento que con el envejecimiento intrínseco. Las diferencias espectaculares entre la piel fotoprotegida y la expuesta son evidentes, tanto para los clínicos como para los pacientes.

Los cambios estructurales característicos de la piel envejecida comprenden sequedad, rugosidad, formación de pliegues, lasitud y mayor incidencia de neoplasias, tanto benignas como malignas. Los cambios funcionales característicos de la piel anciana incluyen disminución de la rapidez de la sustitución celular, así como de la función de barrera, la capacidad de cicatrización, la respuesta inmunológica y la termorregulación.

Las causas posibles de dermatitis comprenden exposición a irritantes o, con mucha menor frecuencia, alergenicos, factores genéticos y causas idiopáticas. La dermatitis se diagnostica cuando el prurito, el eritema y el edema progresan hasta la vesiculación, la exudación, la formación de costras y la descamación. El frotamiento o el rascado repetidos pueden hacer que la piel aumente de grosor y muestre marcas prominentes. El prurito se acompaña con frecuencia de excoiación; pueden existir pápulas y áreas liquenificadas. Muchas veces la piel está seca, con descamación fina.

El diagnóstico suele establecerse por la clínica. Si se sospecha la intervención de un alérgico, debido al carácter recidivante del proceso y a la falta de respuesta terapéutica, la prueba del parche puede ser útil.

Los pacientes deben evitar cualquier actividad o producto que puedan irritar la piel, como el abuso de jabones y detergentes. Es preferible la ropa elaborada con tejidos no irritantes, como el algodón. La aplicación de un emoliente en cantidad abundante puede ser útil, sobre todo después del baño. En las áreas afectadas se puede aplicar tres veces al día una pomada con un corticosteroide de potencia media para aliviar el prurito y controlar la inflamación. Si la piel permanece seca, entre las aplicaciones del corticosteroide se puede aplicar un emoliente.

Los antihistamínicos pueden reducir el prurito y facilitar el sueño, sin embargo, deben utilizarse con precaución en los ancianos, ya que son fuertemente anticolinérgicos; rara vez producen beneficios que justifiquen el riesgo.

La fototerapia con luz ultravioleta B o la foto quimioterapia con psoralenos mas luz ultravioleta A son eficaces a veces; sin embargo, estas formas terapéuticas suelen resultar molestas para el paciente, ya que muchas veces que exigen acudir al centro de fototerapia dos o tres veces por semana durante varias semanas. Así pues, solo suelen utilizarse cuando han fracasado las demás opciones terapéuticas. (18)

MICOSIS.- Las enfermedades mas frecuentes de la piel son las micosis superficiales que se diagnostican en base a la localización y características de las lesiones que producen y las mas comunes son ; tiña corporal, tiña crural, dermatofitosis de pie, dermatofitides de las manos, tiña de uñas (onicomicosis) y tiña versicolor . (19)

Es clínico en base a las lesiones (pápulas, vesículas, placas escamosas, huellas de rascado, pigmentación de la piel, pruriginosas, nodulares, úlceras, erosionadas, bulosas) cuadro clínico, y antecedentes de exposición a alérgenos químicos, físicos, trastornos sistémicos concomitantes que presente el paciente.

El medico familiar debe de realizar una historia clínica completa con énfasis en la inspección de las lesiones que presenta el paciente y con los datos que nos aporte el paciente estar en posibilidad de dar un tratamiento oportuno a esta enfermedad de que puede ser remitida en pocos días o semanas de acuerdo a la severidad del caso y en caso necesario remitir a paciente con el dermatólogo de la unidad.

Las complicaciones pueden ser de diferentes tipos y dependerán del diagnostico oportuno y del tratamiento específico para que estén sean lo menos agresivas.

4. OSTEOARTRITIS

La osteoartritis es la enfermedad más habitual y constituye la causa mas frecuente de incapacidad entre los mayores de 65 años. Es probable que no se trate de una sola enfermedad, si no de varias que comparten manifestaciones clínicas y anatomopatológicas similares. Así las lesiones típicas (como deterioro del cartilago, remodelación ósea), pueden aparecer en varias articulaciones diartrodiales, pero es posible que las causas sean diferentes.

La osteoartritis primaria afecta a las articulaciones interfalángicas, dístales y proximales, las primeras articulaciones carpometacarpianas, la columna cervical, y lumbar, las caderas, las rodillas y los dedos de los pies.

Las articulaciones metacarpofalángicas, las muñecas, los codos, los hombros y los tobillos suelen quedar respetadas. La osteoartritis secundaria afecta a cualquier articulación previamente dañada por traumatismos, las anomalías congénitas y los trastornos articulares primarios.

La osteoartritis se caracteriza por dolor articular intermitente o constante, que puede acompañarse de limitación de la movilidad, hipertrofia ósea y deformidad articular. El dolor mejora con el reposo y empeora con el movimiento y al sostener peso; no se asocia con síntomas inflamatorios, como enrojecimiento o hinchazón, la enfermedad suele progresar con lentitud.

En las manos puede observarse proliferación ósea a nivel de las articulaciones interfalángicas dístales (nódulos de Heberden) y proximales (nódulos de Bouchard). El diagnóstico se basa en una combinación de signos clínicos y radiológicos. Las características radiológicas comprenden osteofitos, esclerosis y quistes subcondrales, así como perdida asimétrica del espacio articular (que implica degeneración del cartilago), la radiografía convencional no es lo bastante sensible como para detectar la osteoartrosis precoz, ya que no muestran las alteraciones patológicas del cartilago, la RM es mas sensible que los rayos X convencionales, pero no se debe utilizar sistemáticamente para diagnosticar la osteoartritis. La VSG y el recuento de leucocitos son

normales y no existen autoanticuerpos. El análisis del líquido sinovial sólo muestra leucocitosis ligera (cifra de leucocitos <2.000/ μ l).

El tratamiento completo requiere un conjunto equilibrado de intervenciones cognitivas-conductuales, físicas, farmacéuticas y quirúrgicas, el objetivo terapéutico consiste en aliviar el dolor y minimizar las limitaciones funcionales, deben considerarse los defectos funcionales y las preferencias de tratamiento por parte de los pacientes. Es necesario instruir a estos últimos sobre la naturaleza crónica de la enfermedad; las expectativas no realistas pueden dar lugar a frustración y depresión, y alterar la relación médico-paciente.

Las medidas no farmacológicas son la clave del tratamiento de la osteoartritis y deben aplicarse en todos los afectados. La terapia cognitiva-conductual, dirigida a las capacidades para hacer frente a la situación y mejorar la eficacia del propio paciente (confianza en la realización de actividades con seguridad), es muy eficaz para mejorar la función.

Un régimen de ejercicios del arco de movilidad, de fortalecimiento y de resistencia, es importante para aliviar el dolor y restaurar la función. Las ayudas adaptativas (p. ej., ortesis, bastones, dispositivos para aumentar la función de la mano) pueden estar indicadas a efectos de restaurar la función y mejorar la independencia. La pérdida de peso es importante en los pacientes obesos.

Se debe recurrir a los fármacos cuando las medidas no farmacológicas proporcionan alivio del dolor y restauración de la función insuficientes. En el anciano, los fármacos más administrados son el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroides. El paracetamol es el agente de primera elección para aliviar el dolor, debido a su eficacia y mayor seguridad en comparación con los AINE. Pueden prescribirse dosis progresivas de hasta 1 g cuatro veces al día en la mayoría de los casos, debe de administrarse con precaución en pacientes con enfermedad hepática, debido al riesgo de hepatotoxicidad.

Si el paracetamol no proporciona una respuesta adecuada, hay que considerar la

administración de un AINE. Todos los AINE parecen ser igualmente eficaces, pero las respuestas de los pacientes individuales varían, y tal vez sea necesario ensayar con varios de ellos antes de obtener un alivio adecuado.(20)

5. ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA

La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa se caracterizan por inflamación crónica en varios lugares del tracto GI. Ambas causan diarrea, que puede ser profusa y sanguinolenta. Determinadas diferencias en los patrones de enfermedad justifican una distinción entre la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, aunque los agrupamientos y subagrupamientos son algo artificiales. Algunos casos son difíciles, si no imposibles, de clasificar.

La edad recomienzo de estos trastornos es bimodal, con un primer pico durante la tercera década de la vida y el segundo entre los 50 y 80 años, la prevalencia de esta enfermedad esta aumentando al prolongarse la supervivencia de los afectados.

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria crónica de origen desconocido que afecta a las capas superficiales de la pared del colon, con una distribución continua, se piensa es mas frecuente en las personas de edad avanzada., esta puede clasificarse como leve, moderada y grave, los síntomas son similares en los ancianos y en las personas jóvenes, la mayoría de los afectados presentan diarreas con o sin sangre en las heces, algunas ocasiones estreñimiento o hematoquecia. Las posibles manifestaciones extraintestinales comprenden artralgias, eritema nudoso, piodermia gangrenosa, uveítis y poliartritis migratoria.

El megacolon tóxico, una grave complicación de la colitis ulcerosa, es más frecuente en los ancianos que en los jóvenes. La radiografía de abdomen muestra dilatación del colon, puede

existir confusión, fiebre alta, distensión abdominal y deterioro general, la mortalidad es elevada. El diagnóstico se establece mediante sigmoidoscopia y biopsia de la mucosa rectal, dado que el recto está afectado. La extensión de la enfermedad se determina mediante colonoscopia o estudio radiológico con bario, ambos procedimientos deben evitarse en caso de enfermedad grave.

La evolución es por muchos meses o años, no hay en general repercusión sistémica y los pacientes llegan a acostumbrarse a los síntomas y saben que cuando están nerviosos estos síntomas empeoran. En ocasiones una de las manifestaciones es la prominente, por ejemplo la diarrea o el estreñimiento o bien el meteorismo.

Determinados hábitos alimentarios y de otro tipo modifican el comportamiento de la sintomatología, de manera tal que en las vacaciones el enfermo puede librarse de sus molestias. Las infecciones, la parasitosis, la lactosa y los excesos alimenticios son, en este tipo de pacientes, de efectos más marcados que en otros.

Se fundamenta en bases clínicas y en la exclusión de procesos infecciosos, parasitarios, tóxicos o de otro tipo que afecten al colon. La prueba terapéutica con modificación de la dieta, el uso de diversos medicamentos o algún cambio en el estilo de vida pueden influir de manera significativa en la evolución de la enfermedad y con ello permitir una orientación diagnóstica.

Debe establecerse una buena relación entre el médico y su paciente, para que el primero sirva de apoyo y guía al enfermo y con ello se influya sobre los aspectos psicológicos. La dieta debe carecer de irritantes, de exceso de grasas o de alimentos con mucho residuo. Se elimina además el tabaco y se prescribe ejercicio y recreación adecuados.

De los fármacos se pueden utilizar los sintomáticos para atender el dolor, la diarrea, el meteorismo y el estreñimiento. El manejo debe ser multifactorial, de manera tal que se atiendan,

los factores físicos, psicológicos y sociales, de manera individual y personalizada. De ahí la importancia del médico hacia este padecimiento. (21)

6.- CERVICITIS Y VAGINITIS

La cervicitis: la infección del cuello uterino debe diferenciarse de la extopía fisiológica del epitelio cilíndrico, muy común en las mujeres jóvenes. La cervicitis mucopurulenta se caracteriza por un cuello uterino edematoso rojo con un exudado purulento, amarillo. La infección puede ser el resultado de un microorganismo patógeno transmitido sexualmente como *Neisseria gonorrhoeae*, clamidia o herpes virus (que se presenta con vesículas y úlceras en el cuello uterino durante una infección ectópica primaria). (25)

VAGINITIS: En las mujeres, la mayoría de los cambios sexuales se producen durante la menopausia, cuando disminuye la producción de estrógenos. Estos cambios consisten en vaginitis atrófica, con sequedad de la mucosa vaginal, que produce irritación o dolor durante el coito. La capacidad para tener una penetración placentera puede comprometerse aún más por el estrechamiento y el acortamiento de la vagina relacionado con la edad. Las secreciones vaginales, menos ácidas, incrementan la probabilidad de infecciones vaginales. La cistitis es más frecuente en las ancianas que en las jóvenes debido a los cambios que se producen a causa de la uretritis atrófica. La disminución de los niveles de estrógenos puede producir reducción del tamaño del clítoris, incontinencia de esfuerzo e incremento del vello facial. No obstante, el tratamiento de sustitución con estrógenos previene o reduce muchos de estos problemas, y algunas mujeres disfrutan más de la actividad sexual después de la menopausia porque no temen quedarse embarazadas.

Muchas mujeres son escépticas sobre los beneficios de los estrógenos, les preocupan sus riesgos o pueden experimentar una «ansiedad estrogénica». La decisión de utilizarlos deben tomarla la mujer y su médico tras valorar cuidadosamente los riesgos y beneficios. Otras medidas aparte del tratamiento con estrógenos (p. ej., los lubricantes vaginales acuosos, como la K-Y Jelly) ayudan a evitar o controlar la sequedad vaginal y la irritación durante el coito. (23)

7.- GASTRITIS

Inflamación de la mucosa gástrica

La gastritis puede clasificarse en función de la gravedad de la mucosa gástrica, del lugar de la afectación o del tipo de células inflamatorias. Ningún esquema clasificatorio se adapta con exactitud a la fisiopatología y existe un elevado grado de superposición.

Gastritis erosiva (hemorrágica): Este tipo puede estar producido por antiinflamatorios no esteroides (AINE), alcohol, sustancias corrosivas, traumatismo, radioterapia, isquemia, ácidos biliares (por reflujo desde el duodeno), gastropatía congestiva o gastritis idiopática esporádica. La biopsia no suele ser necesaria, excepto para eliminar la posibilidad de infección en pacientes inmunocomprometidos o descartar una gastritis específica, si se sospecha.

Gastritis no erosiva (crónica): Ésta puede adoptar cuatro patrones principales. Se trata de un diagnóstico histológico, que no se puede predecir por el aspecto endoscópico. La gastritis de las glándulas antrales (tipo B) constituye el patrón más habitual; se asocia con la presencia de *Helicobacter pylori* y úlceras duodenales. En ocasiones, la gastritis superficial crónica de las glándulas antrales asociada con *Hpylori* progresa a gastritis atrófica multifocal. Sin embargo, no está claro el mecanismo por el cual se produce la atrofia gástrica, que probablemente tenga un origen multifactorial. En la medida en que la atrofia progresa, disminuye la presencia de *H. pylori*, debido posiblemente a que la hipoclorhidria crea un medio ambiente desfavorable para la bacteria. La gastritis de las glándulas fúndicas (oxínticas) (tipo A) puede asociarse con atrofia intensa de la mucosa y anemia perniciosa. La gastritis atrófica difusa e intensa de las glándulas fúndicas afecta sobre todo a los ancianos, que desarrollan aclorhidria, aunque conservan capacidad residual para absorber la vitamina B. Por lo general, los pacientes con anemia perniciosa tienen anticuerpos contra las células parietales (90%) y el factor intrínseco (60%). Los anticuerpos contra las células parietales también se observan en el 50% de los pacientes con atrofia gástrica sin anemia perniciosa (pero en estos casos no existen anticuerpos contra el factor intrínseco) y en el 10-15% de las personas normales.

El tratamiento es la neutralización y la supresión de ácidos (alcalinos, sulcrafato, bloqueantes H₂, inhibidores de la bomba de protones) pueden ser útiles. (24)

8.- TRASTORNO DEL SUEÑO

Trastornos que afectan la capacidad para conciliar o mantener el sueño y que se caracterizan por un exceso de sueño o que originan conductas anómalas relacionadas con el mismo.

Hasta el 50% de los ancianos expresan quejas relacionadas con el sueño, en especial dificultad para conciliarlo o mantenerlo. La consecuencia es que el consumo de hipnóticos es más frecuente entre los ancianos que en los individuos más jóvenes.

Se producen algunos cambios en el sueño relacionados con la edad. Sin embargo, los trastornos del sueño entre los ancianos pueden estar causados por estrés psicológico (p. ej., duelo, estrés postraumático, jubilación forzada, falta de participación en la comunidad), trastornos médicos, anomalías psiquiátricas (p. ej., ansiedad, demencia, depresión) o por los efectos adversos de fármacos.

Muchas características del sueño cambian con la edad, aunque no existe acuerdo sobre cuáles son los cambios normales.

La cronología y la duración del sueño varían con la edad. El anciano tiende a dormirse antes y a despertarse más temprano, y a tolerar menos los cambios del ciclo sueño-vigilia (p. ej., viajes en avión a zonas horarias distintas). Los cambios descritos en la duración del sueño con la edad parecen ser variables. Aunque muchos estudios indican que los ancianos duermen menos, en otros no se han observado cambios o se encontró un aumento del tiempo de sueño total. Las siestas durante el día pueden compensar la disminución del sueño nocturno, pero también pueden contribuir a la dificultad para dormir por la noche.

La eficacia del sueño (relación entre la duración del sueño y el tiempo total en la cama) disminuye desde el 95% durante la adolescencia hasta menos del 80% en la vejez. La latencia del sueño nocturno (intervalo hasta que se concilia) puede estar prolongada en los ancianos. Insomnio; dificultad para conciliar o mantener el sueño.

Las causas de insomnio incluyen a casi todos los trastornos médicos y también a numerosos fármacos. El estrés puede causar una forma de insomnio conocida como trastorno de ajuste del sueño, que se observa a veces en personas con sueño por lo demás normal. El insomnio puede ser transitorio, a corto plazo o crónico.

Los trastornos psiquiátricos, sobre todo la depresión, pueden causar insomnio. La depresión invernal o estacional (trastorno afectivo estacional) se caracteriza por síntomas anuales recidivantes de depresión, cansancio durante el día y aumento del sueño. Se desconoce el mecanismo subyacente de este trastorno.

Algunos aspectos de la vida en las instituciones sanitarias pueden contribuir al insomnio. En los asilos, se suele exigir a los residentes que se acuesten a una determinada hora, sin tener en cuenta sus necesidades ni preferencias. Este horario rígido puede ser contraproducente para el sueño. Los pacientes hospitalizados suelen ser despertados con frecuencia durante la noche (p. ej., para medir las constantes vitales o administrar medicinas), y muchas veces tienen dificultad para volverse a dormir sin la ayuda de hipnóticos. Entre los demás factores que pueden contribuir al insomnio en estos contextos, se incluyen ruido, falta de privacidad, camas incómodas, calefacción o refrigeración excesiva, inactividad, falta de luz natural y siestas excesivas durante el día. Después del alta del hospital, algunos pacientes continúan tomando hipnóticos sin justificación. Así pues, la higiene del sueño desempeña un papel importante en el insomnio de los ancianos, sobre todo en estos contextos.

El tratamiento farmacológico con sedantes-hipnóticos sólo proporciona un alivio sintomático. El consumo de estos fármacos aumenta con la edad y es más frecuente entre las mujeres. Sin embargo, no se recomienda un uso prolongado, ya que suele dar lugar a taquifilaxis y, en último término, a dosis cada vez más altas. La administración nocturna también puede originar

niveles sanguíneos elevados, con afectación del funcionamiento durante el día. Hay que controlar la prescripción de recetas para comprobar que el paciente está tomando la dosis recomendada.

Las benzodiazepinas son los sedantes-hipnóticos preferidos para tratar el insomnio, ya que sus efectos adversos tienen carácter predecible y los casos de sobre dosificación fatal son raros. El riesgo de abuso es bajo, excepto en pacientes con historia de abuso de alcohol o drogas. Las contraindicaciones incluyen apnea del sueño, depresión marcada y abuso de alcohol o fármacos no tratado. (25)

9.- DEPRESION

Trastorno caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, y cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los ancianos. La prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos es del 8-15% entre los ancianos viven en la comunidad y de alrededor del 30% entre los institucionalizados. La depresión mayor se produce con menor frecuencia en la edad avanzada que en edades anteriores y afecta a alrededor del 3% de los ancianos en la comunidad, al 11% de los hospitalizados y al 12% de los que viven en centros asistenciales a largo plazo. La población actual de 70-90 años presenta menos episodios depresivos graves en la vida adulta que las cohortes anteriores. Se espera que el número de casos aumente sustancialmente durante los próximos 20-30 años, a medida que envejecen las cohortes más jóvenes, que tienen una mayor prevalencia de depresión que la población anciana actual.

La depresión es uno de los factores de riesgo más comunes para el suicidio. Las mayores tasas de suicidio en EE.UU. se observan entre las personas de 70 años o más. En los varones blancos, el suicidio es un 45% más frecuente entre los de 65-69 años, más del 85% entre los de 70-74 años, y más de tres veces y media entre los de 85 años o de mayor edad, que entre los varones blancos de 15-19 años. Las tasas de suicidio en las mujeres no aumentan con la edad. Es menos probable que busquen o respondan a ofertas de ayuda diseñadas para prevenir el suicidio

los ancianos que los pacientes más jóvenes. Los ancianos amenazan menos con el suicidio, pero suelen tener más éxito en sus intentos. Hasta el 70% de los ancianos que consumaron el suicidio habían visitado a su médico de atención primaria en las 4 semanas anteriores. La etiología de la depresión en los ancianos, como en las personas más jóvenes, es biopsicosocial.

Los trastornos médicos pueden causar depresión en estos pacientes, y también pueden hacerlo el abuso de alcohol, algunos fármacos (especialmente, algunos antihipertensivos), la cocaína u otras drogas ilícitas. Los factores psicológicos de riesgo son similares en todos los grupos de edad, e incluyen la culpa y los patrones de pensamiento negativos. La disfunción cognitiva es otro factor de riesgo importante. Los factores sociales de riesgo (p. ej., la pérdida de un cónyuge o compañero, la disminución del apoyo social) parecen causar depresión más a menudo en los varones que en las mujeres. Las personas con ingresos más bajos corren un mayor riesgo de depresión.

La herencia desempeña un papel menor en la depresión que se inicia al final de la vida que en la que comienza en su mitad. Sin embargo, las personas que experimentan depresión por primera vez en la juventud o a mitad de la vida y que presentan una recidiva a edad avanzada, tienen casi las mismas probabilidades de comunicar antecedentes familiares que las personas que sufren depresión a mitad de la vida. La depresión a edad avanzada se asocia con cambios cerebrales estructurales, que se observan en imágenes de resonancia magnética y se consideran secundarios a la insuficiencia vascular.

Estos casos se denominan depresión vascular. Síntomas y signos La disforia crónica y persistente (inquietud, malestar) con un estado de ánimo ligeramente deprimido, habitual entre los ancianos, no es lo bastante grave para justificar un diagnóstico de depresión.

Las pruebas de laboratorio tienen un papel auxiliar en la evaluación de los deprimidos. Sin embargo, la función tiroidea se debe valorar para todos los casos nuevos. Durante un episodio depresivo, el nivel de tiroxina ligeramente bajo y un elevado nivel de tirotrópina son habituales. La mayoría de las restantes pruebas sólo deben solicitarse cuando los hallazgos clínicos hagan pensar en un trastorno asociado.

La clave para tratar la depresión en los ancianos, los cuidadores deben estar alerta ante la posibilidad de depresión, sobre todo cuando aparece una enfermedad o se produce la pérdida de un ser querido. Los familiares, en particular, deben estar atentos a los cambios sutiles en la personalidad, sobre todo la falta de entusiasmo y espontaneidad, la pérdida del sentido del humor y la aparición de olvidos. La pérdida de interés por el sexo sólo pueden detectarla el cónyuge u otro compañero sexual. El personal de enfermería debe estar alerta a la pérdida de apetito, la aparición de alteraciones del sueño, y otros signos y síntomas de depresión. Durante el tratamiento, hay que adiestrar a los familiares y cuidadores profesionales para que controlen los efectos adversos de los fármacos. También deben estar atentos a las señales de alarma que indican que la depresión ha empeorado o que el paciente está considerando el suicidio.

Los fármacos de elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS [p. ej., fluoxetina, nefazodona, sertralina, paroxetina]), que tienen relativamente pocos efectos cardiovasculares y anticolinérgicos adversos. Sin embargo, la agitación, un efecto adverso habitual de algunos de estos fármacos (p. ej., la fluoxetina), puede ser especialmente perturbadora para los ancianos deprimidos. La disfunción sexual es un problema para algunos de los que toman ISRS, aparte de que pueden causar acinestesia y otros trastornos del movimiento.

Las dosis de inicio habituales en los ancianos sanos son típicamente la mitad de las dosis adultas habituales: por ejemplo, 10 mg de fluoxetina v.o. diarios; 100 mg de nefazodona v.o. 2/d; 25 mg de sertralina v.o. diarios, o 10 mg de paroxetina v.o. diarios. Una dosis de inicio típica para el antidepresivo tricíclico nortriptilina son 10-25 mg v.o. por la noche con incrementos graduales. Las dosis deben ajustarse lentamente de manera ascendente (p. ej., cada semana) y no cada 3-5 días, como se hace en los adultos más jóvenes. (26)

10.-CONJUNTIVITIS

La conjuntivitis es una inflamación de la conjuntiva, generalmente causada por virus, bacterias o una alergia.

Es la enfermedad ocular más común, puede ser aguda o crónica. La mayor parte de los casos se debe a infección bacteriana (por gonococo y clamidia) o viral; otras causas son queratoconjuntivitis seca, alergia e irritantes químicos. El modo de transmisión de la conjuntivitis infecciosa suele ser el contacto directo vía dedos, toallas, pañuelos, hacia el ojo contralateral o el de otras personas.

La conjuntivitis debe diferenciarse de la uveítis aguda, glaucoma agudo y trastornos corneales. Los microorganismos aislados que se encuentran con mayor frecuencia en la conjuntivitis bacteriana son estafilococos, estreptococos en particular el neumoniae, especies de haemophilus, pseudomona y moraxella, todos pueden originar abundante exudado.

En la conjuntivitis viral una de las causas más frecuentes es el adenovirus tipo 3, regularmente se acompaña de faringitis, fiebre, malestar y adenopatía preauricular (fiebre faringoconjuntival)

El tratamiento cuando es bacteriana se instala localmente sulfonamida local o en ungüento, las compresas calientes pueden reducir las molestias del edema palpebral concomitante, llega ser necesario el uso de esteroides tópicos leves, para tratar los infiltrados corneales.

En ciertos casos, la conjuntivitis puede durar meses o años. Esta clase de conjuntivitis puede ser causada por procesos en los que el párpado se tuerce hacia fuera (ectropión) o hacia dentro, problemas con los conductos lagrimales, sensibilidad a ciertos productos químicos, exposición a sustancias irritantes e infección causada por una bacteria en especial típicamente la clamidia.

En general, la conjuntivitis resulta fácilmente reconocible porque suele tener lugar junto con un resfriado o una alergia. A veces, sin embargo, la conjuntivitis semeja una iritis, una inflamación ocular más grave, o incluso un glaucoma agudo (procesos graves que pueden ocasionar la pérdida de la visión). El médico generalmente puede diferenciar estas enfermedades. En los procesos oculares más graves, los vasos sanguíneos más cercanos a la parte coloreada del ojo (el iris) se

ven muy inflamados. A pesar de que la conjuntivitis puede provocar una sensación de quemazón, suele ser menos dolorosa que los procesos más graves. La conjuntivitis casi nunca afecta la visión, a menos que la secreción cubra temporalmente la córnea.

El tratamiento para la conjuntivitis depende de su causa. Los párpados deberían lavarse suavemente con agua del grifo y un paño limpio para mantenerlos limpios y libres de secreción.

Los antibióticos no alivian la conjuntivitis alérgica o vírica. Los antihistamínicos orales pueden aliviar el picor y la irritación.

Como la conjuntivitis infecciosa es muy contagiosa, el paciente debería lavarse las manos antes y después de lavarse el ojo o aplicarse la medicación. Además, debería evitar tocar el ojo sano después de tocarse el ojo infectado. Las toallas y los paños que se utilicen para limpiar el ojo no deberían mezclarse con las otras toallas y paños (27)

11.-VERTIGO

Es uno de los problemas que se presentan en las personas de edad avanzadas, relacionado con los trastornos del equilibrio, este síntoma no pone en peligro la vida, es una causa de incapacidad y ansiedad considerable, en términos prácticos el problema mayor vinculado con el desequilibrio es la posibilidad de caídas, provocando serias consecuencias.

El anciano puede experimentar alteraciones en su equilibrio con características clínicas que pueden sugerir en ocasiones un origen periférico o en otras de origen central. El mareo constituye un problema considerable en la ancianidad y se presenta con más frecuencia en la población con más edad. No es fácil aceptar por quien lo sufre porque genera inseguridad y miedo de caerse o herirse, se desconfía en la capacidad del cuerpo para desempeñar las actividades cotidianas.

La evaluación clínica del anciano mareado es a menudo incompleta debido a las limitaciones para medir la interacción de las diferentes vías que intervienen para mantener el equilibrio. Los pacientes pueden presentar síntomas de desequilibrio periódico, que al estudiarse, no se demuestra un defecto laberíntico claro, es decir no se trata de un problema periférico, pero tampoco de un trastorno central. Es importante considerar que muchos ancianos que se quejan de desequilibrio o mareo experimentan un número de alteraciones adicionales las cuales pueden ser neurológicas cardiovasculares, musculoesqueléticas, renales, etc., siempre hay que identificarlos antes que iniciar un tratamiento farmacológico con laberínticos y vasodilatadores.

Hay una serie de medidas, las cuales siempre hay que considerar en la población geriátrica en cuanto a su entorno: evitar las escaleras y desniveles en su domicilio o colocar pasamanos en esas áreas, evitar la hiperextensión del cuello al intentar bajar objetos, usar zapatos adecuados, es muy importante insistir en el uso de un instrumento que ha ido en desuso pero que es una solución real y práctica al problema del desequilibrio del anciano: el bastón, este sencillo auxiliar brinda una gran ayuda para la deambulación, da mayor superficie de apoyo, estabilidad y confianza para el anciano y evita su dependencia de otras personas, otro factor importante es asegurarse que la visión de los ancianos sea la adecuada, La ingestión de fármacos es un factor importante y desafortunadamente en los viejos los síntomas pueden aparecer con niveles de medicamentos dentro del rango terapéutico.(28)

12.-CONTUSION Y ESGUINSE

Una contusión o un contusión o una equimosis es una clase de lesión, causada generalmente por el impacto embotado, en el cual dañan los tubos capilares, permitiendo que la sangre filtre en el tejido fino circundante. Induciendo dolor. Las contusiones pueden ser serias, conduciendo en otras formas más peligrosas para la vida de hematoma, o se puede asociar a lesiones serias, incluyendo fracturas y la sangría interna. Las contusiones de menor importancia son reconocidas fácilmente por su color azul o púrpura característico en los días que siguen la lesión.

El grado de la contusión depende de muchos factores, del estado del tejido fino (músculo tensado contra el músculo relajado. Una deficiencia de vitamina C puede hacer a una persona mas susceptible a las contusiones.

El tratamiento para las contusiones ligeras el edema es leve, se aplica hielo y elevar el área afectada. En las contusiones severas, las complicaciones pueden presentarse. Exceso del líquido puede acumular, formando un hematoma, puede haber hinchazón severa y dolor. El tratamiento es aplicación de hielo, vendajes y elevación de compresión. (32)

ESGUINCE

Lesión de origen traumático, caracterizada por la distensión o rotura de uno o varios ligamentos de una articulación. Movimiento forzado sobre una articulación que provoca una apertura superior a la fisiológica. El esguince de tobillo es el mas frecuente, siendo el externo por un movimiento forzado en varo o supinación, el más habitual.

Se clasifica en tres grados:

Grado I (leve) ligero estiramiento de la cápsula y los ligamentos.

Grado II (moderado) desgarro ligamentoso parcial.

Grado III (grave) rotura completa de uno o varios fascículos ligamentosos.

Los síntomas son: dolor, tumefacción, e incapacidad para realizar ciertos movimientos. El esguince se produce por un mecanismo agudo e indirecto (no hay traumatismo directo sobre la articulación) que provoca la distensión ligamentosa sobrepasando límites funcionales, puede llegar a afectar a otras estructuras que se encuentren cerca de la articulación afecta, como a los tendones, huesos, nervios o vasos.

Factores que predisponen un esguince: actividad física, el bajo tono muscular, alteraciones anatómicas, y el tipo de calzado (Tacón alto). Su tratamiento es reposo, con inmovilización de la articulación de 3-4 semanas, con vendajes compresivos o férulas.

13.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El aumento de cifras consideradas normales a nivel internacional se le denomina hipertensión arterial es la principal causa de las enfermedades cardiovasculares Es una de las enfermedades mas frecuentes que atiende el medico familiar en su consulta.

La presión arterial es la fuerza con la que la sangre circula por el interior de las arterias de nuestro cuerpo. Cada vez que el corazón se contrae, lanza la sangre con fuerza a las arterias para que sea distribuida a todo el organismo.

La presión con la que sale la sangre del corazón es mayor cuando el corazón se contrae, y a esta presión se la conoce como presión sistólica o máxima. Cuando el corazón se relaja, la presión en el interior de las arterias es menor, y se denomina presión diastólica o mínimo.

La hipertensión arterial es la enfermedad más fácil de diagnosticar. Basta con medir las cifras de presión arterial con un aparato llamado esfigmomanómetro. Esta medición puede realizarse en la consulta del médico o en cualquier lugar en que exista una persona entrenada en tomar la presión.

También puede realizarse en un aparato de medición automática, antes de considerar a un paciente hipertenso es necesario comprobar varias veces la presión arterial y estar seguros de que la medición se hace de forma adecuada, por personal entrenado. Esta aumenta con la edad y esta asociada a diferentes factores de riesgo como la herencia, las hiperlipidemias el sedentarismo, la obesidad, el alcoholismo, su aparición puede ser entre 25 a 55 años de edad aunque se reportan cifras altas en jóvenes en los cuales se detecta factores genéticos muy importantes.

Teniendo el conocimiento científico de que esta enfermedad es de origen multifactorial el papel del médico familiar es y será detectar los factores de riesgo que inciden en esta, para tener una intervención temprana en los factores de riesgo modificables (obesidad, hiperlipidemias, el sedentarismo, la ingesta excesiva de sal, el alcoholismo, el tabaquismo) y otorgar el medicamento adecuado para su control y retardar las complicaciones y con evitar el aumento de muertes de origen cardiovasculares. Que se producen en nuestro país.

Complicaciones, estas se dividen en:

1. Enfermedades cardiovasculares hipertensivas
2. Enfermedades cerebrovascular y demencia por hipertensión,
3. Enfermedad renal hipertensiva
4. Complicaciones ateroscleróticas (30)

14.- LUMBALGIA Y CERVICALGIA

LUMBALGIA: Es un síntoma frecuente que se desarrolla en hasta el 80% de pacientes que acuden consulta de medicina familia en algún momento de su vida, a pesar de que la lumbalgia suele ser de origen aguda y autolimitada, puede convertirse en un problema crónico en una cantidad considerable de pacientes, dando a lugar a un dolor de larga evolución que en ocasiones se vuelve crónico y causante de incapacidades médicas, las causas de las lumbalgias son numerosas y a menudo difíciles de identificar en un paciente a pesar que habitualmente son causa de de origen inflamatorio y mecánico en la evaluación del paciente con lumbalgia resulta decisivo realizar un examen para buscar alteraciones con consecuencias potencialmente graves en especial el síndrome de cola de caballo infecciones diversas y neoplasias. (15)

Criterios Diagnóstico: Este se realiza a través de una historia clínica completa y antecedentes de espasmo y dolor en musculatura paravertebral con la ayuda invariablemente de auxiliares de diagnóstico, radiografías de columna y en ocasiones de tomografía y/ o resonancia magnética.

En pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar con parestesias, espasmo, dolor lumbar con o sin marcha claudicante, el médico familiar deberá de pensar en lumbalgia y deberá de realizar una historia clínica completa apoyándose en radiografías específicas para detectar desde una lesión hasta una causa grave que este condicionando esta.

Complicaciones: Herniación aguda de disco intervertebral, artrosis, Estenosis vertebral, Síndrome cola de caballo, Espondilolisis, Espondilolistesis y Espóndiloartritis.

CERVICALGIAS:

Es la principal causa de dolor crónico de cuello y de enfermedad articular degenerativa, en ocasiones debido a estados de stress del individuo que remiten con medidas conservadoras, las lesiones en ligamento son las más comunes, estas con una inmovilización temprana remiten satisfactoriamente. Las vértebras cervicales (C1,C2) son las más afectadas, el síntoma más predominante es el dolor que puede abarcar todo el cuello, cintura, región escapular y extremidades superiores con cefalea agregada o no, se puede irradiar a occipucio, tórax anterior, cintura, escapula, brazo, antebrazo y mano puede acompañarse de parestesias, el dolor al irradiarse ,provoca la limitación de movimientos cervicales constituyen el dato más objetivo y más frecuente .

Los datos neurológicos va a depender de la extensión de la compresión de las raíces nerviosas o de la medula espinal y esta a su vez puede provocar paraparesia o paraplejía.El diagnóstico se realiza mediante examen clínico y auxiliares de diagnóstico como lo Rx de columna cervical puede ser utilizada la tomografía computarizada y la resonancia magnética siendo esta última la más sensible para detectar enfermedades de disco, compresión medular y enfermedad intramedular de la columna.

El papel de los médicos familiares es detectar en base a la semiología de dolor y a los antecedentes de patología traumática o no, esta enfermedad que puede ser desde un síntoma hasta un síndrome de compresión radicular, provocando en trabajadores motivo de incapacidad medica. Las complicaciones: Elongación músculotendinosa cervical aguda o crónica, Hernia del núcleo pulposo y Trastornos artríticos. (31)

15.-NEURITIS

Inflamación de un nervio o de una parte del sistema nervioso. Los síntomas dependen de los nervios implicados pero pueden incluir dolor, parestesias, paresis o hiperestesia (entumecimiento).

Las aplicaciones específicas incluyen neuritis braquial, neuritis óptica, neuropatía periférica y/o neuritis periférica, neuritis vestibular.

La neuropatía periférica es el término médico para el daño a los nervios del sistema nervioso periférico que se puede causar por las enfermedades del nervio o de los efectos secundario de la enfermedad sistémica.

Las causas importantes de la neuropatía periférica incluyen, diabetes mellitas, deficiencias alimenticias, alcoholismo y el VIH.

La presión mecánica de permanecer en una posición para demasiado tiempo, un tumor, hemorragia intraneural, exponiendo el cuerpo a las condiciones externas tales como radiación, temperaturas frías o sustancias tóxicas (algunas drogas incluyendo de la quimioterapia tales como VINCRISTINE) puede también causar la neuropatía periférica.

Hay 2 tipos de neuropatía periférica:

*Simétricos

*Generalizados o focales y multifocales.

Los desordenes comunes de los nervios periféricos incluyen los neuropatías focales de la trampa (ejem. Síndrome de túnel carpal), las neuropatías periféricas generalizadas (ejem. Neuropatía diabética), las plexopatías (ejem. Neuritis braquial) y las radiculopatías (ejem. Del nervio craneal VII, Nervio facial). (32)

16.-CONSTIPACIÓN

Es un síntoma que frecuentemente es referido por los ancianos pero debe tomarse en cuenta que en un buen numero de ocasiones no representa un problema como tal, no se trata de estreñimiento sino más bien del habito intestinal con el que ha cursado toda su vida. Hay términos pocos claros, como defecación “infrecuente” o “difícil”, pero una definición un poco cuantitativa, es aquel sujeto que no presente más de dos evacuaciones a la semana y/o esfuerzo. En el diagnostico clínico y a la exploración física se localiza gran cantidad de heces, en el ámpula rectal y gran cantidad de materia fecal en colon y recto.

Las causas que provocan el estreñimiento o constipación son pocas claras, hay factores de riesgos entre ellos están:: baja ingesta de fibra, deshidratación, inmovilidad y polifarmacia.

Otras condiciones que desencadenan estado de estreñimiento o constipación son: causas funcionales: se conoce que los estados depresivos y el delirium pueden provocar impactación fecal. Otros pueden ser problemas neurológicos, problemas endocrinos, problemas obstructivos del colon, Fármacos (opiáceos, anticolinérgicos, diuréticos, anticonvulsivos y antihipertensores) y síndrome de colon irritable:

Hay dos vías para poder resolver el problema de estreñimiento o constipación en el anciano y son el tratamiento farmacológico con gran variedad de laxantes que existen en el mercado, y por otro, el tratamiento no farmacológico que incluye las medidas de mejora en hábitos de alimentación en el tipo de alimentos consumidos, hidratación, movilidad y reposo prolongado en cama.

A falta de problemas de fondo orgánico en el anciano se debe orientar y reeducar en los problemas por mala interpretación de los hábitos de su intestino. (33)

17.-CARDIOPATIA

La cardiopatía aterosclerótica coronaria es la causa más frecuente de incapacidad cardiovascular y muerte en EUA. Los varones se afectan con mayor frecuencia que las mujeres en una proporción de 4:1, pero antes de los 40 años de edad la proporción es de 8:1 y luego de los 70 años, es de 1:1. En los varones, las manifestaciones clínicas de la incidencia máxima es de los 50 a 60 años de edad, en las mujeres, de los 60 a 70 años.

Los estudios epidemiológicos han identificado varios factores de riesgo importante: esto incluye antecedentes familiares positivos, edad, sexo masculino, anomalías de los lípidos sanguíneos, hipertensión, inactividad física, tabaquismo, diabetes mellitas, hipoestrogenismo en la mujer. Las anomalías del metabolismo de los lípidos, desempeñan una función directa en la fisiopatología de este trastorno, el riesgo aumenta progresivamente con cifras mayores de colesterol LDL y declina con valores más altos de colesterol HDL. Los pacientes con manifestaciones clínicas de cardiopatía coronaria antes de los 50 años de edad, tienen factores de riesgo predisponentes.

Aunque muchos factores de riesgo coronariopatía no se modifican, en la actualidad es claro que acciones como dejar de fumar, tratamiento de la dislipidemia y reducción de la presión arterial pueden tanto prevenir la cardiopatía coronaria como demorar su progresión y

complicaciones después de que se manifiesta. El tratamiento de las anomalías de los lípidos retarda el desarrollo de la aterosclerosis y en algunas veces produce regresión.

La isquemia miocárdica, puede ser provocada, ya sea aumentando los requerimientos de oxígeno del miocardio (ejercicio, estrés mental, o fluctuaciones espontáneas en la frecuencia cardíaca y presión arterial), o por disminución del abastecimiento de oxígeno (causado por vaso espasmo coronario, taponamiento de plaquetas o trombosis parcial).

La mayor parte de los estudios indica que la angina de pecho, el aumento en la demanda de oxígeno es el mecanismo más frecuente, en contraste los síndromes coronarios agudos de angina inestable e infarto al miocardio son causados por ruptura de la placa, taponamiento de plaquetas y trombosis coronaria, estos episodios pueden producirse temprano por la mañana o poco después de levantarse.

Algunos episodios de isquemia del miocardio son dolorosos y causan angina de pecho, otros son completamente silenciosos, estos provocados por estrés emocional y mental. (34)

La insuficiencia cardíaca origina mayor gasto de calorías, se acompaña de anorexia y exige la administración de múltiples medicamentos que provocan alteración del tránsito intestinal, pérdida del apetito y cambios en el equilibrio de líquidos y electrolitos. Los pacientes con grave deterioro de la función cardiovascular suelen mantenerse inactivos por la poca tolerancia al ejercicio y, en casos de que no dispongan de otras personas que les brinden ayuda, difícilmente pueden preparar alimentos o en el peor de los casos, surtir su despensa. (35)

18.-DUELO

Es el resultado de la adaptación o reajuste psicológico ante las pérdidas y en este caso la pérdida de la vida de un ser querido.

El proceso de duelo (negación, depresión, readaptación) es muy similar al proceso de morir (negación, ira, regateo, depresión, aceptación), sólo que en el duelo vive la persona para reajustar su contenido mental y poder deshacerse de los efectos de la negación. De lo contrario al no haber tal ajuste psicológico, se produce lo se conoce como duelo patológico, el cual requiere apoyo o intervención psicológica.

La elaboración del duelo es necesaria, en general se acompaña de rituales (funeral), también necesarios, pero se ha descrito un mecanismo de elaboración del trabajo de duelo que se señala a continuación de manera breve. En primer lugar , después de la separación o muerte de un ser querido, el individuo entra en estado de desequilibrio y se siente perplejo e incrédulo y prevalece la negación, en seguida, se va atenuando la conducta derivada de la creencia de que el objeto perdido sigue presente y de la falsa esperanza de reunirse con él, hay desliño personal, acepta la pérdida y hay tristeza y aflicción, por último el trabajo de duelo se completa cuando reorganiza su vida con vínculos externos nuevos y el individuo afectado por el duelo “logra matar al muerto”.

Es una repuesta emocional a cualquier pérdida, por tanto, es normal que quienes cuidan a alguien con una enfermedad crónica o invalidante lo experimenten. El duelo que acompaña a la muerte es aceptado y reconocido socialmente; el duelo anticipatorio vinculado con los padecimientos crónicos es todavía poco conocido y mal interpretado no sólo por quienes lo padecen, sino aun entre algunos profesionales de la salud, quienes también viven el duelo por el contacto diario con estos pacientes.(36)

19. DIABETES MELLITUS

Síndrome caracterizado por hiperglicemia con varias glicemias en ayunas mayor de 125 mgrs o una glicemia pospandrial mayor de 200 mg/dl. Causado por una insuficiencia absoluta o relativa de secreción y/o acción de la insulina.

La diabetes mellitas (DM) tipo II es mucho más frecuente que la tipo I los ancianos.El tipo I se diferencia del II por su comienzo precoz y su dependencia del tratamiento insulínico. La

prevalencia de DM tipo II aumenta con la edad (un 3-5 % en la 4ª y 5ª década de la vida, a un 10-20% de las personas de la 7ª y 8ª décadas)

La DM tipo II engloba un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por hiperglicemia causados por una alteración de la respuesta insulínica a la glucosa, y por una menor eficacia de la insulina para estimular la captación de glucosa por el músculo esquelético y frenar la producción hepática de glucosa (resistencia a la insulina), suele asociarse con obesidad.

En la hiperglicemia sintomática (generalmente >200 mg/dl) aparece poliuria, polidipsia, pérdida de peso, glucosuria, diuresis osmótica generándose deshidratación. Los ancianos pueden presentar hiperglicemia considerable sin poliuria. Puede presentar visión borrosa, fatiga, náuseas, y favorece a las infecciones micóticas y bacterianas., en la mujeres puede asociarse con prurito vulvar producido por candidiasis vaginal.

Complicaciones: la hiperglicemia multiplica por cinco el riesgo de macroangiopatía (p.ej.aterosclerosis) otros factores (p. ej. hipertensión, tabaquismo) lo elevan de 10-20 veces.Otro factor contribuyente es la dislipidemia, caracterizada por aumento de los triglicéridos y disminución de lipoproteínas de alta densidad (HDL). La macroangiopatía puede producir ictus, arteriopatía coronaria sintomática, claudicación, lesiones cutáneas e infecciones.

Las microangiopáticas: retinopatía, neuropatía neuropatías periféricas y autonómicas, suelen aparecer después de varios años de hiperglicemia mal controlados. Las úlceras de los pies y los problemas articulares son causas importantes de morbilidad en los pacientes diabéticos. Los diabéticos ancianos pueden presentar un mayor riesgo de disfunción cognitiva y depresión. En pacientes asintomáticos, niveles de glucemia en ayunas > 126 mg/dl se considera diagnóstico de Dm tipo I y II, otra es la prueba de tolerancia oral a la glucosa, la hemoglobina glucosilada (HbA).

Hay que educar a los diabéticos ancianos, hay que analizar las experiencias previas del paciente y escoger materiales y métodos educativos que le permitan participar activamente (pp. Ej.

Materiales con letra de gran tamaño, tiempo adicional para practicar). Las clases de grupos facilitan la necesaria socialización y protección al anciano, tienen un mejor porcentaje costo-eficacia que las sesiones individuales y suelen estimular la participación de los ancianos. Algunos factores que pueden influir sobre el aprendizaje son el proceso de envejecimiento, la situación emocional del paciente y otras enfermedades y tratamientos farmacológicos. Muchos diabéticos ancianos muestran un gran entusiasmo y motivación por aprender y se involucran activamente en todas las facetas terapéuticas, con una educación adecuada, del Médico Familiar, los ancianos pueden monitorizar sus propios niveles de glicemia tan bien como lo hace los pacientes jóvenes. Es fundamental implicar a los miembros de la familia en el proceso educativo y en su evolución. (37).

20.-EDEMA

Retención Hídrica o edema: Son colecciones subcutáneas de líquido aparecen primero en las extremidades inferiores en pacientes ambulatorios o en la región sacra de los individuos encamados. En la cardiopatía, el edema se debe a la presión elevada en la aurícula derecha. La insuficiencia cardiaca derecha frecuentemente es resultado de la insuficiencia cardiaca izquierda, aunque puede predominar los signos del lado derecho. Otras causas cardiogénicas de edema incluyen enfermedad pericárdica, lesiones valvulares de las cavidades derechas y cor pulmonale.

El edema también puede explicarse por insuficiencia venosa periférica, obstrucción venosa, síndrome nefrótico, cirrosis, retención premenstrual de líquidos, fármacos (especialmente vasodilatadores como bloqueadores de canales de calcio o medicamentos que retienen sal, como los antiinflamatorios no esteroideos, frecuentemente en los ancianos se detecta)

La restricción de sal en la dieta es básica para el tratamiento del edema, sin embargo, la mayoría de los pacientes también requieren terapéutica diuréticos. Los diuréticos utilizados comúnmente incluyen a las tiazidas y a los diuréticos de asa, ambos se fijan considerablemente a las proteínas. La combinación de diuréticos de asa y tiazidas pueden potenciar el efecto diurético, esto puede ser necesario en pacientes refractarios con retención de líquidos relacionados relacionada con derrame pleural y ascitis.

En la insuficiencia venosa profunda crónica, los síntomas comprende edema crónico que generalmente empeora al final del día se presentan complicaciones si el edema es intenso y persiste, se produce fibrosis con linfedema 1 secundario y acumulación de líquidos, en estos casos las úlceras son más frecuentes y mas difíciles de curar. El soporte elástico, por lo general con medidas de compresión, ayuda a prevenir el progreso del edema y ulceraciones. Los pacientes deben elevar las piernas de forma intermitente durante el día y evitar permanecer de pie inmóviles durante períodos prolongados (39)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, la familia suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro. El grupo formado por marido y mujer e hijos sigue siendo la unidad básica preponderante de la cultura occidental, conservando aún la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarle protección física y apoyo emocional. La familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones, no es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí, es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse (1).

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, se necesita una guía metodológica para un buen diagnóstico del estado de salud de las familias, mediante evaluación demográfica, la descripción de su estructura, clasificación tipológica, etapa en el ciclo vital familiar a si como los elementos económicos y sociales, componentes del diagnóstico de salud familiar. Como Médico Familiar debo incrementar la calidad de vida del paciente y miembros de las familias, disminuir el costo de la atención, y desarrollar nuevas actitudes y destrezas médicas para una mejor atención como médico, paciente y familia, enseñándolos y capacitándolos para que aprendan a ser responsables ellos mismos de su propio bienestar, por lo que como médico familiar nos concierne conocer las enfermedades más frecuentes de nuestra población de derechohabientes, para que así nuestro compromiso sea realmente con el paciente, es lo que nos enseña los principios del MOSAMEF.(3).

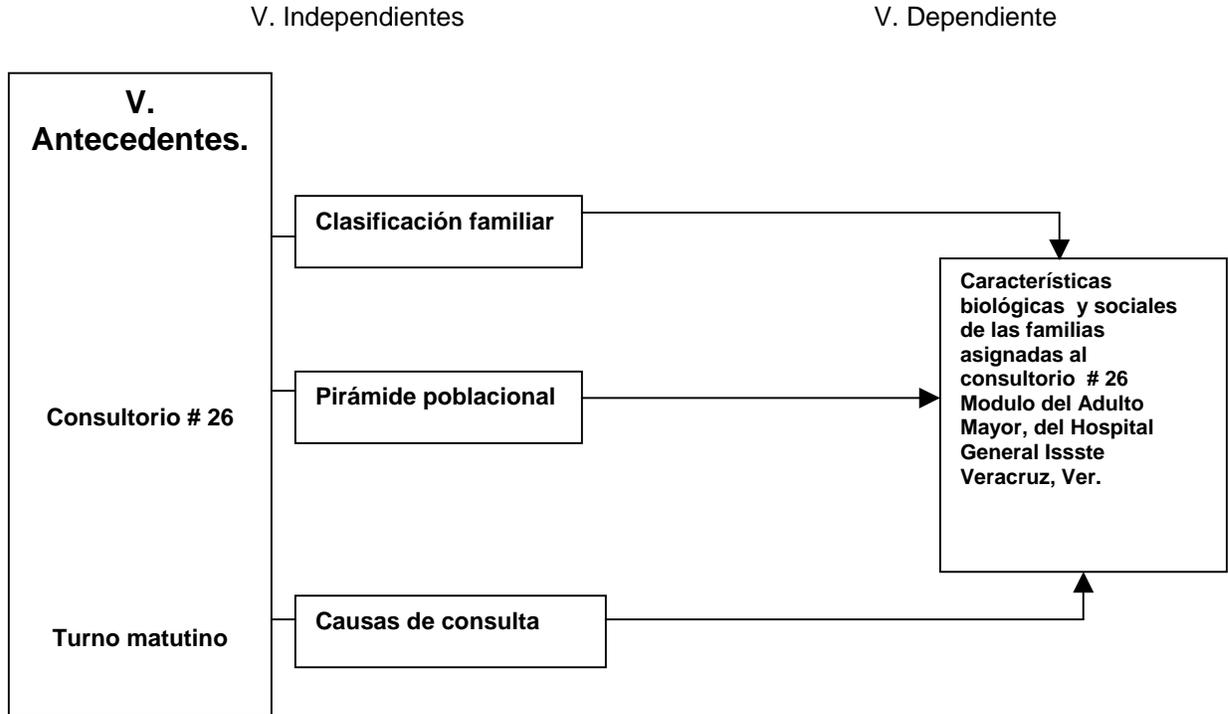
Por lo anterior en este trabajo se pretende conocer:

¿Cuál es la distribución de la pirámide poblacional?

¿Cuáles son las características socioeconómicas de las familias asignadas a este consultorio?

¿Cuáles son las causas más frecuentes de consulta de la población asignada al consultorio # 26 Modulo de Atención al Adulto Mayor, del Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver.?

MODELO CONCEPTUAL



JUSTIFICACIÓN.

En países desarrollados se reconocen los programas de medicina familiar, siendo el primer nivel de atención como el marco ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades de promoción de la salud preventiva y terapéuticas, que es donde se tiene el contacto directo con la población y de manera continua, por lo que el paciente sigue con frecuencia la orientación de su médico.

La promoción de salud tiene como beneficio dos cualidades sustantivas del ejercicio médico: incremento de la calidad de vida de los miembros de la familia, disminución de los costos de la atención y desarrollo de nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo médico familiar, este deberá esforzarse por entender el entorno de las enfermedades más frecuentes que ocurren en su población, debe comprometerse más con el paciente que con un cuerpo de conocimientos o grupos de enfermedades y observar continuamente a sus pacientes como población en riesgo, es por eso que debe conocer con detalle las estructuras de las familias que están a su cuidado, las características de la pirámide poblacional que conforman y las causas más frecuentes de consulta, para desarrollar una eficaz labor, que con el tiempo tendrá un gran impacto positivo para la salud familiar, la institución y del sistema de salud del país(3).

En México, en el Sector Salud se integraron las instituciones de salud, a partir del acuerdo presidencial del 20 de diciembre de 1982, con objetivos bien definidos, sobresaliendo la optimización y la retribución de recursos que permitan mayor orientación hacia los aspectos preventivos, en esta integración sectorial se han establecido programas prioritarios, uno de los cuales señala “reforzar la atención primaria a la salud mediante módulos de medicina familiar estructurados para servir a varios cientos de familias”. La importancia del modelo de salud propuesto en nuestro país se define en tres niveles de atención, organizados en estratos que van de menores a mayor complejidad, debidamente vinculados y determinados en función del comportamiento epidemiológico de una población, con la finalidad de satisfacer las necesidades de salud del paciente y su familia. Primer nivel; el primer contacto de la población solicitante de atención con los servicios médicos de la institución. Segundo nivel: se cuenta con especialidades.

Tercer nivel: se atienden pacientes que requieren estudios, diagnósticos, y tratamientos de alta complejidad.(1)Es importante que el médico conozca que la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, y es responsable de guiar y proteger a cada uno de sus miembros, ya que esta es la unidad de análisis en la Medicina Familiar para estudiar y diagnosticar el proceso salud y enfermedad. (4).

Es importante conocer el sistema familiar ya que cualquier cambio repercute al conjunto de la familia, el médico debe de estar atento a sus necesidades y dificultades que enfrenta la familia y se pueda adaptar a esos cambios, teniendo una buena información y comunicación, los problemas de familias suelen ser frecuentemente por dificultades de comunicación, especialmente de los sentimientos, que al conocerse tienen solución. Huygen y algunos estudios han expuesto teorías, de que los médicos raramente funcionan como terapeutas familiares, pero se dice casi con certeza, que los médicos de familia si ayudamos, con nuestros conocimientos adquiridos a las familias, suministrando información y apoyo en periodos de vulnerabilidad y que cada miembro del grupo familiar aumente su autoconocimiento.(5)

OBJETIVOS GENERALES

O. General:

Conocer las características biológicas y sociales y económicas de las familias asignadas al consultorio # 26 Modulo de Atención al Adulto Mayor del Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver., Turno matutino.

O. Específicos:

Establecer la pirámide poblacional del consultorio # 26 Modulo de Atención al Adulto Mayor, turno matutino del Hospital General ISSSTE Veracruz.

Identificar las veinte principales causas de consulta de la población asignadas a este consultorio.

Clasificar las familias asignadas a este consultorio.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

De acuerdo con la clasificación de Mendez y cols. (40) este estudio se clasifica de la siguiente manera:

OBSERVACIONAL: El investigador solo describe.

DESCRIPTIVO: Estudio que solo cuenta con una población, la cual pretende describir en función de un grupo de variables y respecto a la cual no existen hipótesis centrales.

AMBISPECTIVO: Estudio en el que una parte de la información se obtuvo en forma retrospectiva y otra en forma prospectiva.

TRANSVERSAL: Estudio en el que se miden en una sola ocasión la o las variables involucradas, no se pretende evaluar la evolución en el tiempo.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO: 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 revisaron todos los formatos Sm1-10, (informe diario de labores del médico), existentes del mes de Enero a Junio del 2006, del Hospital General Issste, Veracruz, Ver. (ANEXO 2)

Para determinar o conocer las características socioeconómicas de las familias, se encuestaron 50 familias adscritas al consultorio # 26, del Hospital General Issste, Veracruz, Ver., aplicándose las cédulas básicas de identificación familiar del MOSAMEF (ANEXO 3), durante la consulta médica del paciente.

Este estudio se llevará a cabo en el consultorio número 26, del Hospital General del ISSSTE, Veracruz, Ver, turno matutino.

El tiempo en el que se realizará este trabajo será de junio a septiembre de 2006

CRITERIOS DE INCLUSION

Las hojas de registro diario del médico, de los pacientes que asisten al consultorio # 26, Modulo de Atención al Adulto Mayor, turno matutino del Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver.

Que sean derecho habientes del ISSSTE.

Pacientes que estén registrados en hojas Sm1-10 y cédulas de identificación, del consultorio # 26 del Modulo de Atención al Adulto Mayor, turno matutino del Hospital General ISSSTE, Veracruz, VER.

Tarjetas vd1 de los pacientes adscritos al consultorio #26 del "Hospital general", del ISSSTE.

Familias: Las adscritas al consultorio # 26 del Modulo de Atención al Adulto Mayor "Hospital General", del ISSSTE, Veracruz, Ver., turno matutino.

EXCLUSIÓN

Hojas de registro diario del médico, pertenecientes a un consultorio o turno diferentes.

Tarjetas vd1 pertenecientes a pacientes de consultorios diferentes

Familias adscritas a otro consultorio.

Que no sean derechohabientes.

ELIMINACIÓN

Hojas de registro diario del médico ilegibles.

Tarjetas VD1 con datos incompletos.

Familias con encuestas incompletas

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tipo de la muestra: se empleará un muestreo no aleatorio, secuencial y por cuotas.

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

Por cuotas: se encuestará a un total de 50 familias adscritas al consultorio # 26 turno matutino, del Hospital General Issste, Veracruz, Ver.

Para la pirámide poblacional no se utilizará muestreo ya que se incluirán todas a tarjetas vd1 de los pacientes adscritos al Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver.

VARIABLES A ESTUDIAR

VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
Estado civil,	Casados Unión Libre Otros	Nominal
Años de unión conyugal,	Tiempo de unión expresada en años	Intervalar
Escolaridad de los integrantes de la familia	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Postgrado	Ordinal
Edad del padre	Edad del padre expresada en años	Intervalar
Edad de la madre	Edad de la madre expresada en años.	Intervalar.
Ocupación del padre	Hogar Empleado Profesional Jubilado Pensionado	Nominal
Ocupación de la madre	Hogar Empleada Profesional Jubilada Pensionada	Nominal
Edad de hijos	Edad de los hijos, expresada en años	Intervalar
Clasificación de la familia sin parentesco	Monoparental extendida sin parentesco Grupos similares a familia	Nominal
Clasificación de la familia con base en la	Núcleo Integrado, Núcleo No Integrado Extensa ascendente, Extensa descendente y	Nominal

presencia física y convivencia	Extensa Colateral	
Clasificación de la familia con base estilo de vida originado por cambios sociales	Persona que vive sola, Parejas homosexuales sin hijos, Parejas homosexuales con hijos adoptivos, Familia grupal, Familia comunal y Poligamia.	Nominal
Clasificación de la familia con base en sus medios de subsistencia	Agrícola o Pecuarias, Industrial, Comercial , Servicios	Nominal
Clasificación de la familia con base en su nivel económico; Pobreza Familiar	Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 No se le considera Pobre	Ordinal
Etapas del Ciclo Vital	Matrimonio, Expansión , Dispersión, Independencia, Retiro y Muerte	Ordinal
Pirámide poblacional por grupos de edad	Menores de 1 año 1 a 4 años 5 a 9 años 10 a 14 años 15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años 35 a 39 años 40 a 44 años 45 a 49 años 50 a 54 años 55 a 59 años 60 a 64 años 65 a 69 años 70 a 74 años 75 años y más	Ordinales

PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACION

Iniciamos solicitando permiso a las autoridades del Hospital General ISSSTE, Veracruz; al encargado del departamento de estadística recabando las hojas del informe diario del médico las cuales se analizaron por edad, sexo, consulta de 1° vez, durante el periodo de Enero -Junio 2006.

Posteriormente se solicita al coordinador médico del Hospital General ISSSTE Veracruz, Ver, que nos proporcionará la estadística poblacional adscrita a esa unidad médica.

Se procedió a todo derechohabiente que asistió a la consulta hasta completar las encuestas programadas que fueron 50, posteriormente se realizó el descargo de los datos obtenidos por Excel de acuerdo al orden de frecuencia o aparición, con el propósito de realizar las gráficas en orden de importancia y de esta manera mostrar la información más precisa y concisa.

Para la pirámide poblacional se realizaron todas las tarjetas Vd1 de los pacientes asignados al Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver.

Para las principales causas de consulta se revisaron todos los formatos Sm1-10 existente de los meses de Enero a Junio del 2006, del consultorio 26 del Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver.

Para determinar las características familiares se encuestaron 50 familias adscritas al consultorio 26, modulo de Atención al adulto mayor del Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver, aplicando la cedula básica de identificación familiar durante la consulta médica del paciente.

CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo a la declaración de Helsinki, al Comunicado de la Secretaria de Salud de nuestro país (40) y al código de bioética del ISSSTE (42), esta investigación no implica riesgo físico o psicológico para los pacientes investigados, por lo que solo se solicitará su conocimiento verbal para participar en el estudio.

RESULTADOS

Censo Poblacional

En el presente estudio se llevo a cabo en el Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver, del mes de Enero a Junio del 2006, en el consultorio # 26, modulo de Atención al Adulto Mayor, donde no se contempló una población cautiva de derechohabientes. La población total del ISSSTE de acuerdo a Pirámide Poblacional es de 41,802 de derechohabientes (2005) del Hospital General del ISSSTE, Veracruz, Ver. La población infantil, representa el 15.86 %, la población adulta es igual a 62.13 %, y la población de la tercera edad representa el 21.27 %. Tabla 1 Grafica 1

De las 20 principales motivo de consulta, en el modulo del adulto mayor, predominaron las enfermedades de Vías respiratorias altas y bajas, con un total de 61 consultas, con un porcentaje de 14.55 %, seguidas de las infecciones de vías urinarias, con un total de 50 consultas, con un porcentaje de 12.00%, en tercer sitio se observaron las dermatitis y micosis, con un total de 49 consultas, y un porcentaje de 11.69 %, en 4to. lugar se ubico la osteoartritis con 29 consultas, y un porcentaje de 7 %, seguida en 5to. lugar de la enfermedad intestinal inflamatoria con un total de 28 consultas, y un porcentaje de 6.68 %, seguida en su orden de frecuencia tenemos la cervicovaginitis y vaginitis con 20 consultas, con un porcentaje de 5 %, en seguida tenemos las gastritis con 19 consultas, con un porcentaje de 4.53 %, otro motivo de consulta se debió a trastorno del sueño, que correspondió a 18 consultas y muy paralelo a esta se presento el síndrome depresivo, igualmente con 18 consultas, con un porcentaje de 4.29 %, la conjuntivitis con 17 consultas, con un porcentaje de 4.05 %, en seguida tenemos el vértigo con un total de 13 consultas paralelo a ello se presentaron las contusiones y esguinces, con un porcentaje de 3.10 %, la hipertensión arterial se presenta en el treceavo lugar con un numero de consultas de 12, con un porcentaje de 2.90 %, seguida de la lumbalgias y cervicalgias en un numero de consultas de 12, con un porcentaje de 2.90 %, en menor frecuencia las últimas 5 siendo la neuritis, constipación, cardiopatía, duelo y diabetes mellitas y en el 20vo. Lugar edema. Tabla 2 Grafica 2

Se otorgaron 419 consultas de primera vez, encontrándose que la patología más frecuente, los tres primeros lugares corresponden a enfermedades agudas (enfermedades de vías respiratorias altas y bajas, infección de vías urinarias y dermatomicosis). Observándose que la hipertensión arterial ocupa el lugar 13 y la diabetes mellitus el lugar numero 19. Tabla 2 Gráfica 2. Se realizo un muestreo de 50 encuestas, de los derechohabientes que acudieron a la consulta médica, observándose que acuden al servicio, mayor numero de derechohabientes femenino y en menor numero del sexo masculino. Tabla 3 Grafica.

Se encontró en las familias encuestadas, referente a su escolaridad, predominó el nivel básico (primaria), con un 64%, también se observa un 14 % de población analfabeta. Tabla 3 Gráfica 3

De acuerdo a su estado civil, se observaron en las familias encuestadas, que predominó la viudez, con un 44%. Tabla 4 Gráfica 4

En cuanto a la edad de los encuestados, predominó la edad de 71 a 75 años con un 26%. Tabla 5, Gráfica 5

En cuanto al parentesco, se observó que predominó las familias monoparental extendida y extensa compuesta, 13 familias de cada una de ellas, con un porcentaje de 28.26 %, seguida de 8 familia nuclear simple con un porcentaje de 17.39 %, y la nuclear con 5 familias con un porcentaje de 10.86 %, la nuclear numerosa 2, la reconstruida (binuclear) y la monoparental 2 familias que corresponden al 4.34 % de cada una de ellas, y de familia extensa solo se encontró una con un porcentaje de 2.17 % .Tabla 6, Gráfica 6.

Con relación a las familias sin parentesco, solo se obtuvo una familia monoparental extendida sin parentesco y una familia similares a familias, lo cual representa 2 % del total para cada una, tabla 7.

Con base a la presencia física y convivencia, se observaron 17 familias con núcleo integrado con un 34.69 %, con núcleo no integrado fueron 13 familias con un porcentaje de 26.53 %, igualmente se observó 13 familias extensa descendente con un porcentaje de 26.53 % y solo se observaron 5 familias extensa ascendentes con un porcentaje de 10.20 % y solo existió una familia extensa colateral con un porcentaje de 2.04 %. Tabla 8, Gráfica 7.

De acuerdo a su estilo de vida originados por cambios sociales, solo se encontró una familia de persona que vive sola y una familia grupal, lo cual representa un 2 % del total de familias para cada una de estas categorías. Tabla 9.

Con base a su medio de subsistencia, se reflejó en su mayoría de los encuestados que correspondió a servicios, con un porcentaje de 78.12 %, otros de los recursos para la subsistencia, fue la comercial con un porcentaje de 18.75% y solo se observó en el área avícola y pecuaria una familia con un porcentaje de 3.125 %.Tabla 10, Gráfica 8.

Con base a su nivel económico se observo que en las familias encuestadas predominaron 25 familias, con un porcentaje de 53.19% y el nivel 2 solo se encontraron 5 familias correspondiente a un 10.63 % y en el nivel 3, solo una familia, con un porcentaje de 2.27 % y además se observo 16 familias que no se consideraron pobres correspondiendo a un porcentaje de 34.04 %.Tabla 11, Grafica 9.

En la etapa del ciclo familiar, se observo que 35 familias se encuentran en retiro y muerte con un porcentaje del 70 %, en la etapa de dispersión 13 familias con un porcentaje de 26 %, solo se observo una en matrimonio y una en expansión con un porcentaje del 2 % . Tabla 12, Grafica 10.

TABLA 1**PIRÁMIDE POBLACIONAL HOSPITAL GENERAL ISSSTE**

Pirámide Poblacional Hospital General ISSSTE			
Grupos de Edad	Masculino	Femenino	Porcentaje
Menor 1 año	44	44	0.21
1 - 4 años	619	576	2.85
5 - 9 años	1199	1200	5.73
10 - 14 años	1525	1433	7.07
15 - 19 años	1704	1591	7.88
20 - 24 años	1656	1687	7.99
25 - 29 años	1407	1567	7.11
30 - 34 años	929	1321	5.38
35 - 39 años	1011	1647	6.35
40 - 44 años	1152	1912	7.32
45 - 49 años	1192	2002	7.64
50 - 54 años	1045	1648	6.44
55 - 59 años	1049	1456	5.99
60 - 64 años	822	1138	4.68
65 - 69 años	829	1077	4.55
70 - 74 años	655	973	3.89
75 años y más	1528	2164	8.83
Total	18366	23436	100

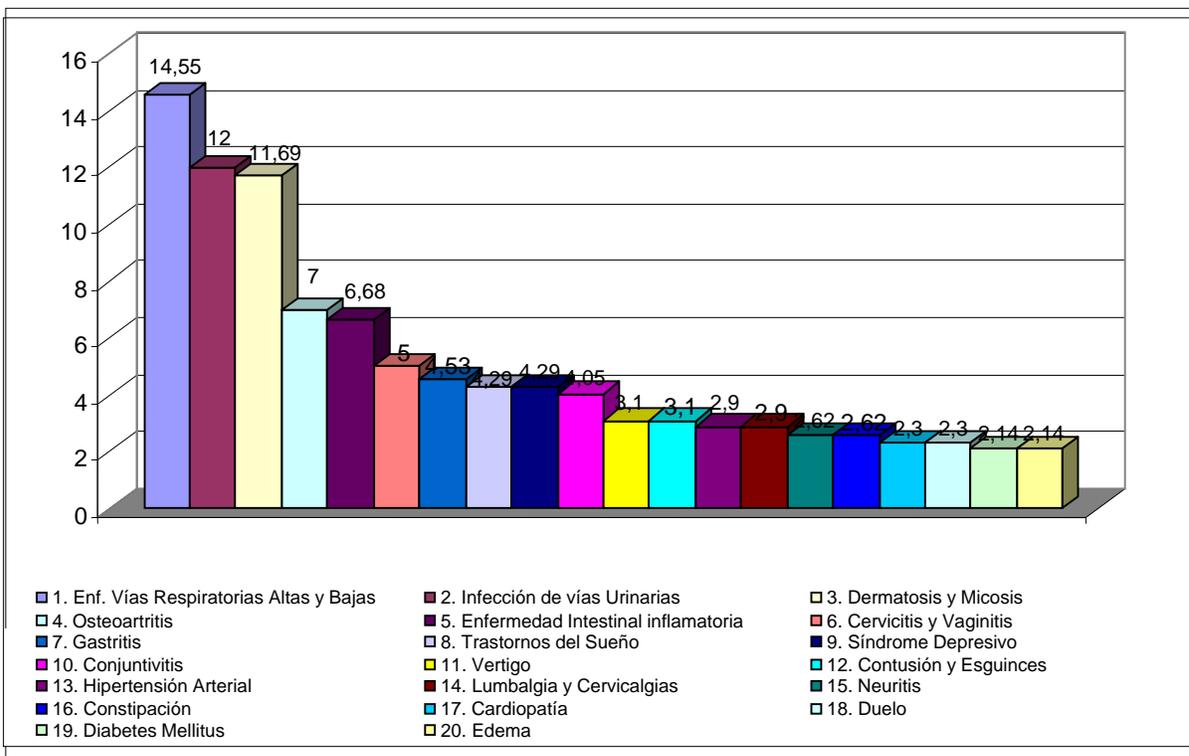
TABLA 2

**20 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTAS DEL CONSULTORIO # 26,
MODULO DE ATENCION AL ADULTO MAYOR, DEL HOSPITAL GENERAL
ISSSTE, VERACRUZ, VER.**

CAUSAS DE CONSULTAS	FRECUENCIA	%
1. Enf. Vías Respiratorias Altas y Bajas	61	14.55
2. Infección de vías Urinarias	50	12.00
3. Dermatitis y Micosis	49	11.69
4. Osteoartritis	29	7.00
5. Enfermedad Intestinal inflamatoria	28	6.68
6. Cervicitis y Vaginitis	20	5.00
7. Gastritis	19	4.53
8. Trastornos del Sueño	18	4.29
9. Síndrome Depresivo	18	4.29
10. Conjuntivitis	17	4.05
11. Vértigo	13	3.10
12. Contusión y Esguinces	13	3.10
13. Hipertensión Arterial	12	2.90
14. Lumbalgia y Cervicalgias	12	2.90
15. Neuritis	11	2.62
16. Constipación	11	2.62
17. Cardiopatía	10	2.3
18. Duelo	10	2.3
19. Diabetes Mellitus	9	2.14
20.- Edema	9	2.14
Total	419	100

GRÁFICA 2

20 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTAS DEL CONSULTORIO # 26, MODULO DE ATENCION AL ADULTO MAYOR, DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE, VERACRUZ, VER.



FUENTE: CUADRO N° 2

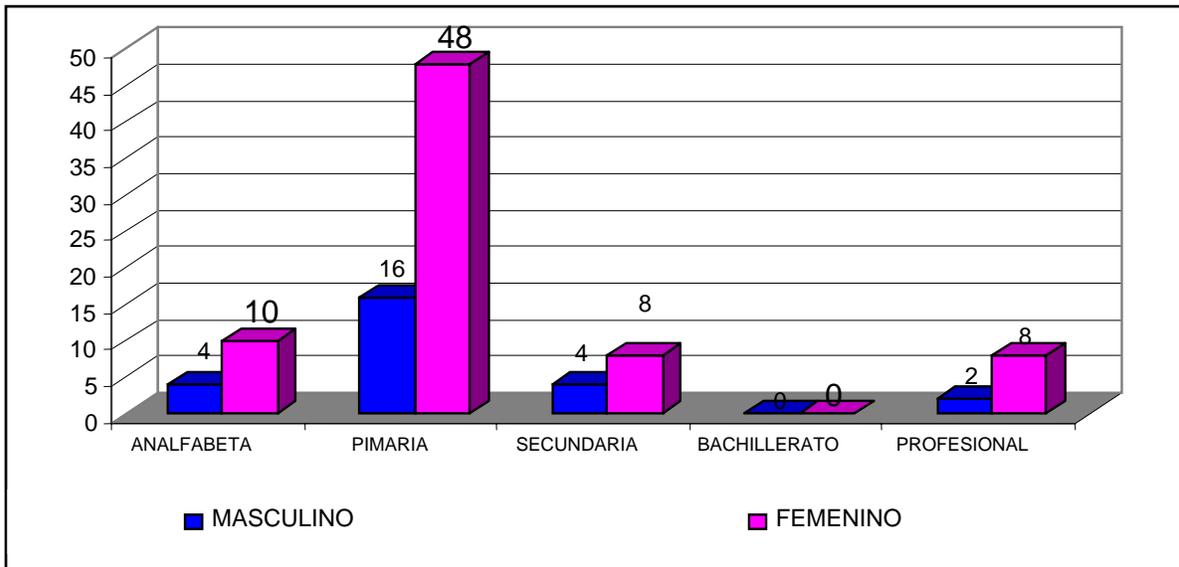
TABLA 3

**ESCOLARIDAD Y SEXO DEL INFORMANTE, DE LAS FAMILIAS
ENCUESTADAS EN EL CONSULTORIO N° 26 DEL HOSPITAL GENERAL
ISSSTE, VER**

TIPO	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
ANALFABETA	2	4	5	10	7	14
PIMARIA	8	16	24	48	32	64
SECUNDARIA	2	4	4	8	6	12
BACHILLERATO	0	0	0	0	0	0
PROFESIONAL	1	2	4	8	5	10
TOTAL	13	26	37	74	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA 3



FUENTE: CUADRO N° 3

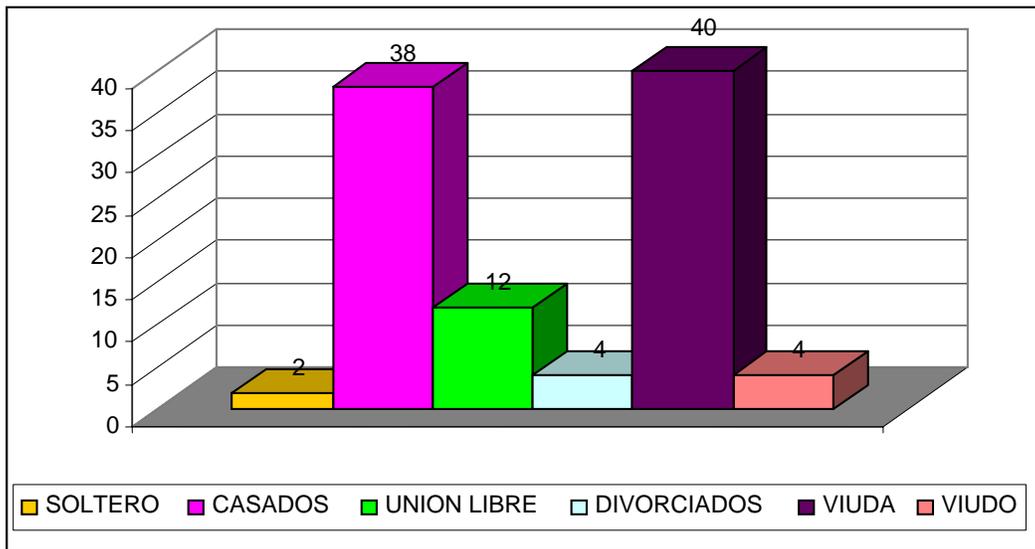
TABLA 4

**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN EL CONSULTORIO N°
26 DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE, VER**

TIPO	NUMERO	%
SOLTERO	1	2
CASADOS	19	38
UNION LIBRE	6	12
DIVORCIADOS	2	4
VIUDA	20	40
VIUDO	2	4
TOTAL	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA 4



FUENTE: CUADRO N° 4

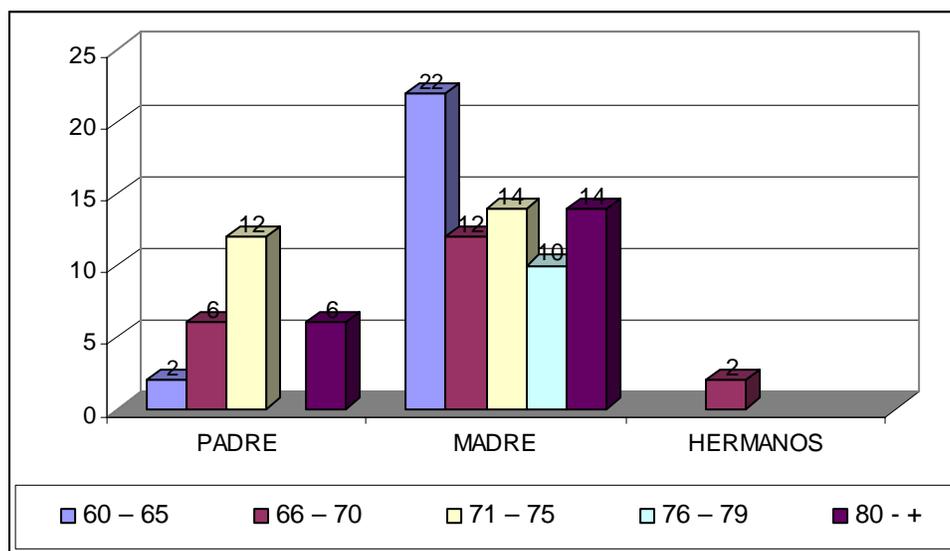
TABLA 5

EDAD DEL INFORMANTE, DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN EL CONSULTORIO Nº 26 DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE, VER

EDAD	PADRE	%	MADRE	%	HERMANOS	TOTAL	%	
60 – 65	1	2	11	22		12	24	
66 – 70	3	6	6	12	1	2	9	18
71 – 75	6	12	7	14		13	26	
76 – 79			5	10		5	10	
80 - +	3	6	7	14		10	20	
TOTAL	13	26	36	72	1	2	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA 5



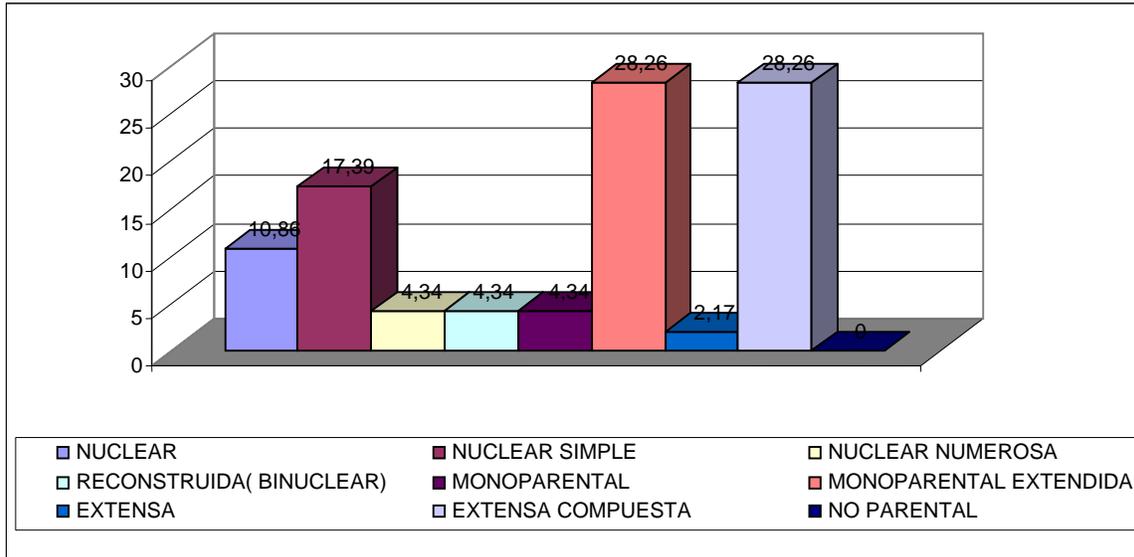
FUENTE: CUADRO Nº 5

TABLA 6
CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGÚN SU PARENTESCO,
ENCUESTADAS EN EL CONSULTORIO N° 26 DEL HOSPITAL GENERAL
ISSSTE, VER

PARENTESCO	# FAMILIAS	%
NUCLEAR	5	10.86
NUCLEAR SIMPLE	8	17.39
NUCLEAR NUMEROSA	2	4.34
RECONSTRUIDA(BINUCLEAR)	2	4.34
MONOPARENTAL	2	4.34
MONOPARENTAL EXTENDIDA	13	28.26
EXTENSA	1	2.17
EXTENSA COMPUESTA	13	28.26
NO PARENTAL		
TOTAL	46	99.96

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA 6



FUENTE: CUADRO N° 6

TABLA 7

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SIN PARENTESCO ENCUESTADAS EN EL CONSULTORIO N° 26 DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE, VER

SIN PARENTESCO	# FAMILIAS	%
MONOPARENTAL EXTENDIDA SIN PARENTESCO	1	2
GRUPOS SIMILIARES A FAMILIAS	1	2

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

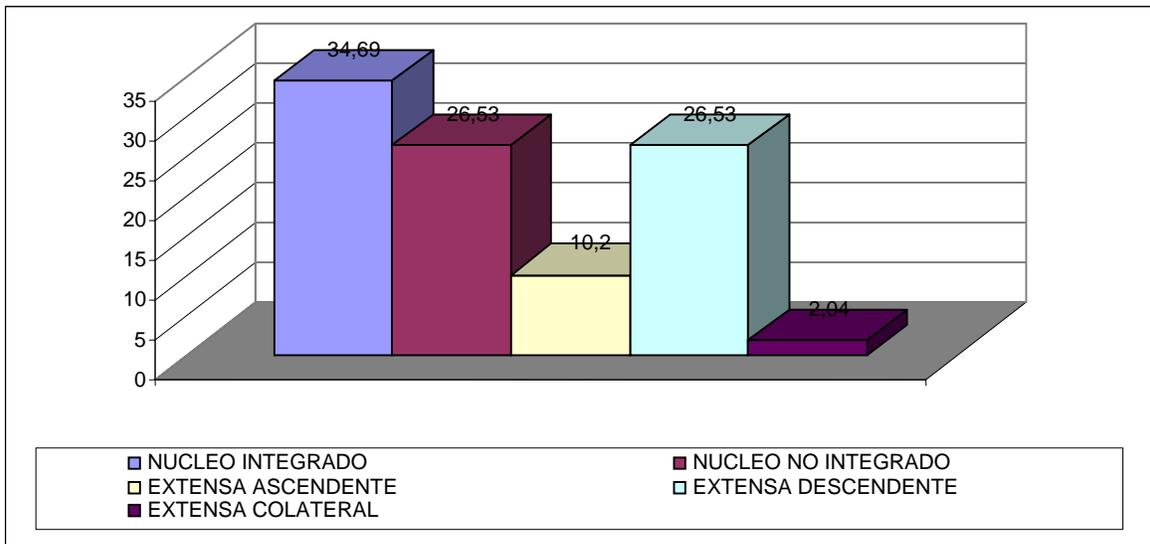
TABLA 8

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN EL CONSULTORIO N° 26 DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE, VER

CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA	# FAMILIAS	%
NUCLEO INTEGRADO	17	34.69
NUCLEO NO INTEGRADO	13	26.53
EXTENSA ASCENDENTE	5	10.20
EXTENSA DESCENDENTE	13	26.53
EXTENSA COLATERAL	1	2.04
TOTAL	49	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA 7



FUENTE: CUADRO N° 8

TABLA 9

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGÚN SU ESTILO DE VIDA ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES, DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN EL CONSULTORIO Nº 26 DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE, VER

ESTILOS DE VIDA	# FAMILIAS	%
ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES		
PERSONA QUE VIVE SOLA	1	2
PAREJAS HOMOSEXUALES SIN HIJOS		
PAREJAS HOMOSEXUALES CON HIJOS ADOPTIVOS		
FAMILIA GRUPAL	1	2
FAMILIA COMUNAL		
POLIGAMIA		

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

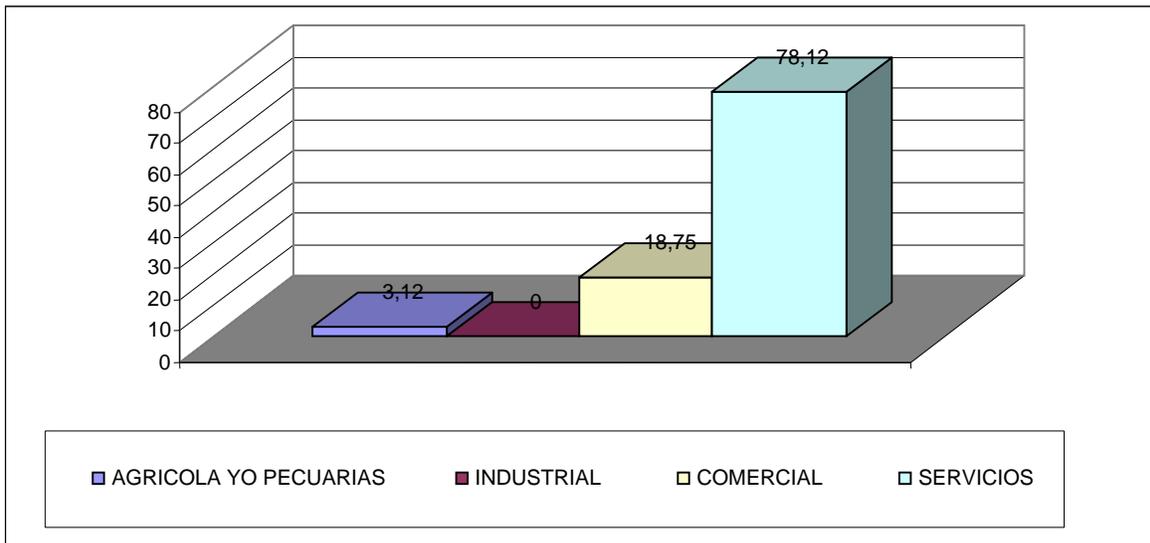
TABLA 10

**CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SUS MEDIOS DE
SUBSISTENCIA, DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN EL CONSULTORIO
Nº 26 DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE, VER**

CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA	# FAMILIAS	%
AGRICOLA YO PECUARIAS	1	3.12
INDUSTRIAL		
COMERCIAL	6	18.75
SERVICIOS	25	78.12
TOTAL	32	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA 8



FUENTE: CUADRO Nº 10

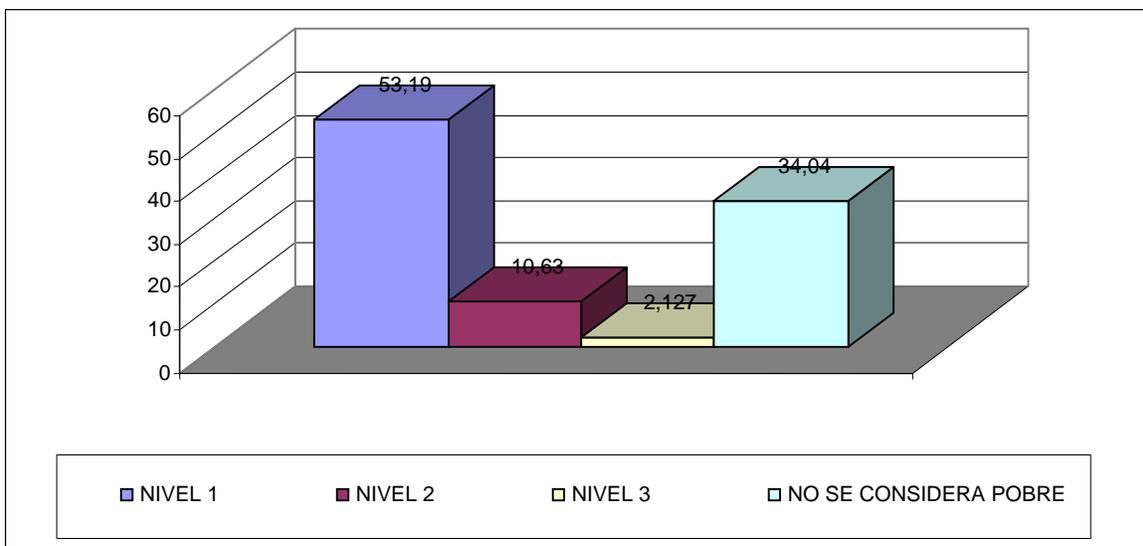
TABLA 11

**CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SU NIVEL ECONOMICO,
DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN EL CONSULTORIO Nº 26 DEL
HOSPITAL GENERAL ISSSTE, VER**

CON BASE ENSU NIVEL ECONÓMICO; POBREZA FAMILIAR	# FAMILIAS	%
NIVEL 1	25	53.19
NIVEL 2	5	10.63
NIVEL 3	1	2.127
NO SE CONSIDERA POBRE	16	34.04
TOTAL	47	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA 9



FUENTE: CUADRO Nº 11

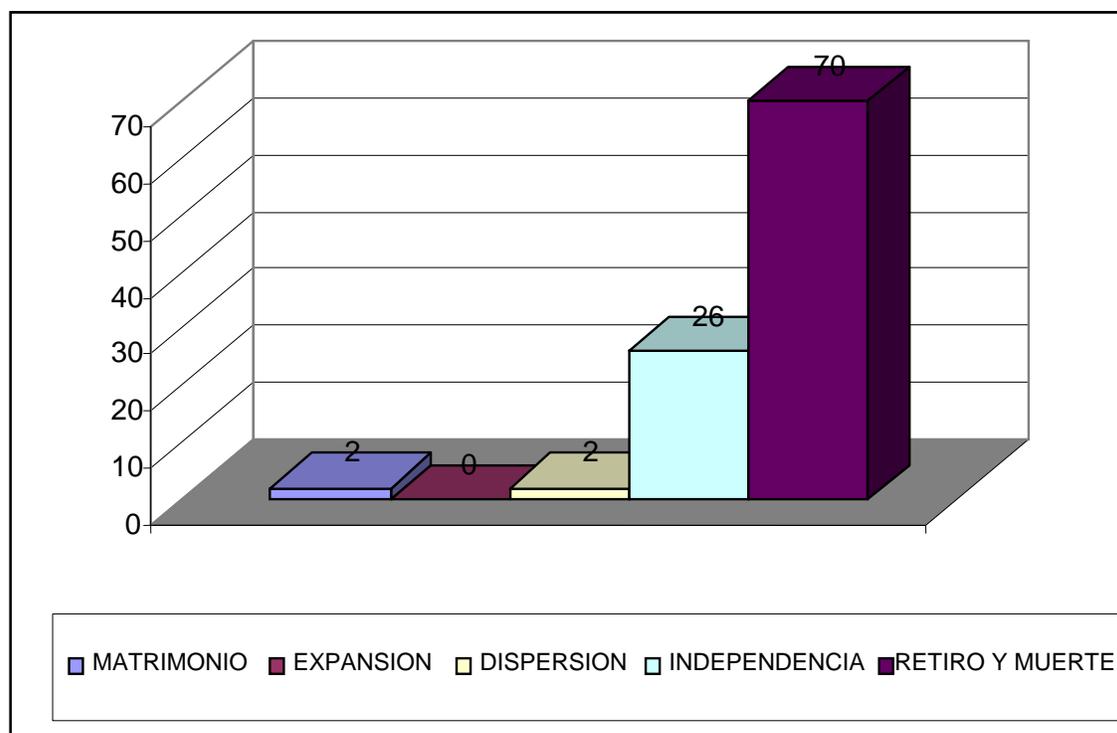
TABLA 12

**CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGÚN SU ETAPA DEL CICLO VITAL,
DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN EL CONSULTORIO Nº 26 DEL
HOSPITAL GENERAL ISSSTE, VER**

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR	# FAMILIAS	%
MATRIMONIO	1	2
EXPANSION	0	0
DISPERSION	1	2
INDEPENDENCIA	13	26
RETIRO Y MUERTE	35	70
TOTAL	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA 10



FUENTE: CUADRO Nº 12

DISCUSIÓN

De acuerdo a la pirámide poblacional obtenida en el Hospital General, Veracruz, Ver., donde la población que predomina es de más de 75 años, con un total de mujeres 1528 y 2164 del sexo masculino, la cual es muy diferente a la pirámide poblacional del 2005 de INEGI, predominando los grupos etáreos de 10 a 14 años, en un porcentaje en mujeres 5.4 % y en hombres de 5.5%, y en menor cantidad en los de 85 años y +. Con un porcentaje en mujeres de 0.3 % y en hombres de 0.2 %, no así en mi estudio, donde se observa que predomina la población adulta y de la tercera edad. Estos datos pueden significarnos que en los años venideros nuestra población derechohabiente será predominantemente de pacientes tercera edad, siendo un dato importante para una mejor prevención, y mejorar su calidad de vida, disminuyendo las enfermedades crónicas degenerativas, para obtener un envejecimiento exitoso.

Este mismo dato puede obligar al Instituto, entre otras acciones, capacitar a todos los médicos familiares, en programas específicos en Geriatría y Gerontología. De igual manera, a nivel individual el Médico Familiar debe estar en una constante búsqueda de capacitación continua en estos mismos aspectos.

El envejecimiento siempre ha existido, sin embargo el porcentaje de personas que llegaba a edades avanzadas era poco considerable. En los últimos decenios, la disminución de las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil, la lucha contra las enfermedades transmisibles, los procesos de la nutrición y los niveles de vida han provocado un incremento de la esperanza de vida, lo que ha traducido en un aumento tanto de la cantidad como de la proporción de ancianos en la mayoría de los países.

La población actuales simultáneamente más vieja que las anteriores tanto en los países desarrollados como los que están en vías de desarrollo. La esperanza de edad al nacer o vida media es diferente en cada país y es importante tanto para los individuos como para la sociedad mismo; al sujeto le interesa la longevidad y su vida en salud, en tanto que a la sociedad, el perfil demográfico de la población para planear los recursos en relación a los grupos de edad y sexo. Según los cálculos de la ONU, en el año 2025, el porcentaje de personas de 60 años y más será de 20 a 30 % en los países más desarrollados y de 10 a 15 % en el resto del mundo. (44).

Los motivos de consultas a nivel nacional, nos indican que predominan las infecciones de vías respiratorias en primer lugar, en el décimo lugar la diabetes mellitas tipo II, a nivel estatal nos muestra la misma frecuencia de la enfermedad, 1er lugar las infecciones de vías respiratorias y en décimo lugar las ascariasis, en mis resultados se sigue presentando la misma causa de consulta, en 1er lugar las infecciones de vías respiratorias y en décimo lugar las conjuntivitis, y las enfermedades crónicas degenerativas referidas anteriormente, aparecen en los últimos lugares (11, 12).

De acuerdo al censo de población INEGI, conteo de población y vivienda 2005, nos muestra en nuestra entidad federativa Veracruz, una población de Hogares de familias de 1, 798,554 con un 91.3%, un porcentaje de familias nucleares de 65.4% y de familias extensas de 25.9%, siendo totalmente diferentes en las familias encontradas en mi estudio de investigación de las 50 encuestas, donde predominaron las familias monoparental extendida y la extensa compuesta con un total de 13 cada una y con un porcentaje de 28.6% cada una (45).

En este trabajo las tres primeras causas de consultas fueron las enfermedades de vías respiratorias altas y bajas, infección de vías urinarias y las dermatomicosis, y aparecen hasta el número 13 la hipertensión arterial y en el número 19 la diabetes mellitus, no lo cual no coincide con los datos arriba reportados. Esto se explica al tipo de paciente que se atiende en el consultorio de donde se obtuvieron los datos para este trabajo. Es decir en este consultorio solo se atiende pacientes de la tercera edad por tratarse de un módulo de atención gerontológico del Instituto.

Conociendo hoy la morbilidad que predomina en este tipo de pacientes de la tercera edad, se debe tener en cuenta que lo más frecuente son las enfermedades agudas, y tomar medidas de prevención, como son vacunas para evitar complicaciones, y deterioros a nivel cognoscitivo, lo cual se ha visto en la práctica cotidiana con estos pacientes, que algunas veces pueden llegar a un abatimiento funcional o hasta la muerte.

En cuanto las características familiares de este grupo estudiado, se hace el siguiente análisis. En cuanto al estado civil de los padres predominó el grupo de viudos, este dato es explicado porque las familias encuestadas son de pacientes adultos mayores. Esto puede implicar que estas personas no cuentan con redes de apoyo cercano, condicionándoles problemas emocionales y depresivos, además de no tener buen aporte económico descuidando su atención personal, con todo ello será más difícil la recuperación de cualquier patología.

Acerca de los años de unión conyugal, predominaron los casados, esto nos confirma que hay unidad familiar.

La edad de los padres, en su mayoría son de 71 a 75 años, esto nos hace valorar, la calidad de vida que pueden llevar estos pacientes, son aun independientes en sus funciones, efectuando actividades básica e instrumentales de la vida diaria gran parte de ellos, llevándolos a un conocimiento de un mejor autocuidado y mejorar su esperanza de vida.

En la clasificación familiar de acuerdo con su parentesco, la mas frecuente fue la monoparental extendida, es decir la compuesta por padre o madre mas otras personas, y la extensa compuesta, formada por padre o madre con hijos, mas otras personas con o sin parentesco, esto nos indica que las familias encuestadas se han integrados otros matrimonios formados por sus hijos, confirmando que este trabajo se le ha realizado a pacientes de la tercera edad, con hijos mayores (41).

Con base en la presencia física y de convivencia, el mayor número de familias encuestadas se encontraron con núcleo integrado, esto nos habla de la presencia de ambos padres en el hogar (41), con una buena integración familiar, por lo consiguiente cumplen con las funciones básicas familiares de socialización, cuidado y afecto, por ser pacientes de la tercera edad ya han cumplido con la etapa de reproducción, además se encontraron familias con núcleos no integrados, donde no hay presencia física de algunos de los padres en el hogar, reflejándose aquí el fallecimiento de alguno de ellos, debido a la etapa de su edad en que se encuentran.

El medio de subsistencia más común de la población estudiada, fue la de servicios, dado la edad de los pacientes adultos mayores son jubilados y pensionados.

El nivel socioeconómico más común en estos pacientes fue el Nivel 1, es suficiente para cubrir el valor de la canasta básica, recursos suficientes para cubrir los gastos en vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte publico, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros, siendo de gran ayuda para el paciente se alimente y no presente desnutrición (41).

La etapa del ciclo vital mas común, fue la de retiro y muerte, donde nuevamente se habla de que la mayoría de las familias estudiadas son de edad avanzada, viviendo esta última etapa de la vida, donde el viejo se enfrenta a cambios frecuentemente de jubilación, viudez, “abuelazgo”, enfermedad e incapacidad.

CONCLUSIONES

Al término de este estudio y de acuerdo con los objetivos al inicio del mismo, concluye que las 20 causas de consulta más frecuentes en el consultorio # 26, del módulo de atención al adulto mayor, en el Hospital General ISSSTE, Veracruz, Ver, fueron: Enfermedades de vías respiratorias altas y bajas, infección de vías urinarias, dermatomycosis, osteoartritis, enfermedad intestinal inflamatoria, cervicitis y vaginitis, gastritis, trastornos del sueño, síndrome depresivo, conjuntivitis, vértigo, contusiones y esguinces, hipertensión arterial, lumbalgias y cervicalgias, neuritis, estreñimiento, cardiopatía, duelo, diabetes mellitus, y retención hídrica.

La distribución de la pirámide poblacional en primer lugar aparece la población de jóvenes y adulta madura, en segundo lugar la población infantil y en tercer lugar la población de la tercera edad.

Las principales características de las familias estudiadas fueron las siguientes: el estado civil más común fue de viudez, la escolaridad más común fue el nivel básico. Las familias estudiadas se clasifican de acuerdo en su parentesco fue monoparental extendida y extensa compuesta. De acuerdo a la clasificación del criterio sin parentesco fue monoparental extendida sin parentesco y grupos similares a familias. Con base en la presencia física y convivencia, el mayor porcentaje está representado por las familias de núcleo integrado. Según su estilo de vida originada por cambios sociales fueron: una persona que vive sola y una familia grupal. Con base en los medios de subsistencia, la mayoría se consideró que gozan de un beneficio secundario a una prestación de servicios (jubilación y pensión). Con base a su nivel económico, el mayor porcentaje de las familias pertenece al nivel 1. La etapa del ciclo vital más común fue de retiro y muerte.

Con respecto a las características biológicas y sociales de las familias, los resultados nos reflejan que las familias de la tercera edad, dado su grado académico y su ingreso económico, influyen en gran manera a nivel biológico y socioculturales, limitando sus funciones al provocar desánimo, tristeza, no aceptación de su vejez o etapa avanzada de la vida, implicando esto, que no disfruten de una buena esperanza de vida.

La gran mayoría de estos pacientes son personas solas por motivo de separación o viudez, factores que influyen para que la familia no cumpla con sus funciones en esta etapa de la

vida en cuanto al afecto y al cuidado. Por lo que considero, a la familia como el sitio ideal de convivencia para estas personas en la última etapa de su vida.

Algo importante como médicos familiares que estamos en constante contacto con los pacientes de la tercera edad, debemos tener mejor comunicación con toda la familia con el objeto de buscar un cuidador primario que se haga responsable de su atención tanto médica, psicológica y social. Además de dar sugerencias de aplicación de condicionar su domicilio o entorno en que vive con el objeto de disminuir accidentes físicos (caídas, fracturas).

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Huerta GL, La Familia en el proceso salud-enfermedad, en Medicina Familiar Ed. Alfil, México, DF. 1ª.Ed. 2005. p.4-47; 137 y 144; 163-167
- 2.- Macaran AB, y Wilhan DG, Familia y Salud, En: Medicina de Familia, 5ª. Ed. 2002, pág. 29
- 3.-Irigoyen CA, Morales LH, Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: MOSAMEF. Ed. MFM. p: 155-156
- 4.-Navarro RJ, Medicina Familiar, En “La Salud en México, testimonios 1998”. Las especialidades médicas en México, pasado, presente y futuro, Vol 2 Tomo IV Méx.
- 5.-Cárdenas DE,” La Medicina en México antes de la instalación del IMSS”. En: Medicina Familiar en México, 2da. Edición 2003, México, DF. Ed. Medicina Familiar Mexicana, p: 7
- 6.-Santacruz VJ, La Familia Unidad de Análisis, Rev. Med. IMSS (Méx.) 1983, disponible en: <http://www.geocities.com/hiponiqueo/Familia.html?200610>
- 7.- Whinney IM, “La Familia en la Salud y Enfermedad” En: Medicina de Familia, Mosby-Dayma, 1995, Barcelona, Esp. p: 211
- 8.-Irigoyen CA, Morales LH, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, México, DF. Ed. Medicina Familiar Mexicana,3ª.Ed. 2006, p: 138,139, 146, 185 - 188
- 9.-Velasco CL, Sinibaldi GJ, “La enfermedad a través de las diferentes etapas del desarrollo humano” En: Manejo del Enfermo Crónico y su Familia (sistemas, historias y creencias), Ed. El Manual Moderno, México, DF. 2001, p: 15, 16, 48 -50

- 10.- Huerta GL, "La familia como unidad de estudio" Estudio de la salud familiar. En: Farfán SG, Programa de actualización continua en Medicina Familiar, Méx.: Intersistemas, 1999. p: 11-37
- 11.- Sistema Único de Información para Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA
- 12.- Boletín Epidemiológico de Veracruz, semana 42. www.ssaver.gob.mx/pp
- 13.- Lawrence MT, Macphee SJ, Papadakis MA, "Oídos, nariz y garganta" En; Diagnóstico clínico y tratamiento" Ed. El manual moderno, México, DF. 2003 p: 246-247
- 14.- HENRY F, Chambers, MD, "enfermedades infecciosas: bacterias y clamidias" En; Diagnóstico clínico y tratamiento" Ed. El manual moderno, México, DF. 2003 p: 1363-1364
- 15.-Jacobs BP, Huges E, Berman BM. "Medicina Complementaria y Alternativa" En: Diagnóstico clínico y tratamiento" Ed. El manual moderno, México, DF. 2003 p: 1659-1662
- 16.-Beers MH, Berkom R, "Trastornos Pulmonares". En: Manual Merck. Geriatria. Ed. Harcourt, Madrid, Esp. 2ª. Ed. 2001 p: 767-779
- 17.- Beers MH, Berkom R, "Trastornos del riñón y las vías urinarias". En: Manual Merck. Geriatria. Ed. Harcourt, Madrid, Esp. 2ª. Ed. 2001 p: 980-984
- 18.- Beers MH, Berkom R, "Trastornos de la piel y de los órganos sensoriales"". En: Manual Merck. Geriatria. Ed. Harcourt, Madrid, Esp. 2ª. Ed. 2001 p: 1249-1250
- 19.- Timopty G, Berger, MD, "Piel, pelo y uñas" En: Diagnóstico clínico y tratamiento" Ed. El manual moderno, México, DF. 38ª. Ed.. 2003 p: 125-143
- 20.-Beers MH, Berkom R, "Trastornos locales de articulaciones, tendones y bolsas" En; Manual Merc. Geriatria, Ed. Harcout, Madrid, Esp, 2ª. Ed. 2001 p:489-493
- 21.-Beers MH, Berkom R, "Trastornos gastrointestinales" En; Manual Merk. Geriatria, Ed. Harcout, Madrid, Esp, 2ª. Ed. 2001 p:1058-1060

- 22.-Trent Mh, MD, MPH, "Ginecología" En: Diagnóstico clínico y tratamiento" Ed. El manual moderno, México, DF. 38ª. Ed.. 2003 p: 734
- 23.- Beers MH, Berkom R, "Temas sanitarios relacionados con el sexo" En; Manual Merk. Geriatria, Ed. Harcourt, Madrid, Esp, 2ª. Ed. 2001 p:1158.-1159
- 24.- Beers MH, Berkom R, "Trastornos gástricos" En; Manual Merk. Geriatria, Ed. Harcourt, Madrid, Esp, 2ª. Ed. 2001 p: 1041-1042
- 25.-Beers MH, Berkom R, "Trastornos neurológicos" En; Manual Merk. Geriatria, Ed. Harcourt, Madrid, Esp, 2ª. Ed. 2001 p: 450-455
- 26.-Beers MH, Berkom R, "Trastornos Psiquiátricos" En; Manual Merk. Geriatria, Ed. Harcourt, Madrid, Esp, 2ª. Ed. 2001 p: 311-320
- 27.-Riordan-Eva P, FR Cophth "Ojo" En: Diagnóstico clínico y tratamiento, Ed. El manual moderno, México, DF. 38ª. Ed.. 2003 p: 195-196
- 28.- Rodríguez GR, Y Cols. "Vertigo" En: Geriatria, Ed. McGraw-Hill interoamericana, México, DF. 1ª. Ed. 2000, p: 182-185
- 29.-Contusión, <http://en.wikipedia.org/wiki/Bruise>.
- 30.-Barry MM, MD, "Hipertensión arterial sistémica" En: Diagnóstico clínico y tratamiento, Ed. El Manual moderno, México, DF. 38ª Ed. 2003 p: 449-455
- 31.-Kulkami RG, MD, Gram. JV, "Informática en la atención del paciente: Internet, telemedicina y apoyo de las decisiones clínicas" En: Diagnóstico clínico y tratamiento, Ed. El Manual moderno, México, DF. 38ª Ed. 2003 p: 1659
- 32.-Neuritis, <http://en.wikipedia.org/wiki/neuritis>
- 33.-Suárez RS, Encinas RJ, "Estreñimiento" En: Geriatria, Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, DF. 1ª. Ed. 2000 p; 95-97

- 34.-Barry MM, MD, AmidonTM, MD, "Corazón" En: Diagnóstico Clínico y tratamiento, Ed. El manual moderno, México, DF. 38ª Ed. 2003 p: 375-378
- 35.- Lazcano BG, "Pérdida de peso" En: Geriatria, Ed. McGram- Hill Interamericana, México, DF. 1ª Ed. 2000 p: 153
- 36.- Mendoza ML, Rodríguez GR, " Geriatria, Ed. McGram-Hill Interamericana, México, DF. 1ª Ed. 2000 p: 227-229
- 37.-Beers MH, Berkom R, "Trastornos metabólicos y endocrinos" En; Manual Merk. Geriatria, Ed. Harcourt, Madrid, Esp, 2ª. Ed. 2001 p: 624-629
- 38.-Watnick S, MD, Morrison G, MD, "Riñón" En; Diagnóstico Clínico y tratamiento, Ed. El manual moderno, México, DF. 38ª Ed. 2003 p: 918
- 39.- Beers MH, Berkom R, "Trastornos cardiovasculares" En; Manual Merk. Geriatria, Ed. Harcourt, Madrid, Esp, 2ª. Ed. 2001 p: 930
- 40.- Méndez RI, y Colls, Instructivo General para una elaboración de la última parte de un Protocolo En: El Protocolo de Investigación. Ed. Trillas, México, D. F.2ª. Edición 2006, Cáp 4 pág. 77-84
- 41.- Conceptos básicos para el estudio de las familias, Archivos en Medicina Familiar, 2005, vol 7 sup 1, p: S15-19
- 42.-Código de bioética para el personal de salud 2002, I, II, III, IV, V.
- 43.-Ley General de Salud, México-Diario Oficial de la Federación, 7 de Febrero de 1984, última reforma publicada DOF: 19-09-2006.
- 44.- Ortiz HD, Morales VJ, Epidemiología. En: Geriatria. Ed. McGram-Hill Interamericana, México, D.F. 1ª. Ed. 2000, página 3 -4
- 45.- INEGI, Censo de Población y Vivienda 2006

ANEXO 1

	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	TARJETA DE ADSCRIPCIÓN Y VIGENCIA DE DERECHOS						
DATOS DEL TRABAJADOR O PENSIONISTA								
Nombre	R.F.C.	Clínica						
DOMICILIO								
Calle	Num. Ext. e Int.							
Colonia								
Localidad Municipio y Entidad	Código Postal	Cambio de Clínica						
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>						
HISTORIAL LABORAL DEL TRABAJADOR								
Nombre de la Dependencia	Registro	Pagaduría	Fecha de		Rubrica de quien registra	Conserva Derechos Hasta el		
			Alta	Baja				

DERECHOHABIENTES				Consultorio		
APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	NACIMIENTO		RUBRICA DE AUTOR.		
		MES	AÑO			
CAMBIO DE DOMICILIO						



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 a más años de edad): _____

TOTAL: _____

Observaciones: _____
