



UNIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO, FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL ISSSTE VERACRUZ, VER

"CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS, MORBILIDAD Y PIRAMIDE POBLACIONAL
DE LAS FAMILIAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LAS HORTALIZAS TURNO
VESPERTINO. ISSSTE VERACRUZ."

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

PRESENTA:

DR. JOSE DE JESUS CALVO REYES

VERACRUZ, VER.



ISSSTE

2006

HOSPITAL GENERAL ISSSTE
VERACRUZ

COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DR. ISAIAS HERANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM

DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ CLAVELINA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINACION DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM



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.

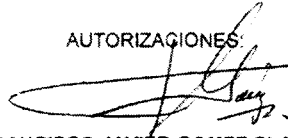
**CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS, MORBILIDAD Y PIRAMIDE POBLACIONAL DE
LAS FAMILIAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LAS HORTALIZAS TURNO
VESPERTINO ISSSTE VERACRUZ.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JOSE DE JESUS CALVO REYES

AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ CLAVELINA.

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 POLÍTICA Y DESARROLLO EDUCATIVO,
I.S.S.S.T.E.

**CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS, MORBILIDAD Y PIRAMIDE POBLACIONAL DE
LAS FAMILIAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LAS HORTALIZAS TURNO
VESPERTINO ISSSTE VERACRUZ.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JOSE DE JESUS CALVO REYES

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACION

DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ISAJAS HERNANDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

AGRADECIMIENTO

A mis padres:

Juan Calvo Hipólito
Adela Reyes Rodríguez

A mi esposa:

Rosalía Uscanga Triana

Por la paciencia que ha tenido conmigo

A mis Hijos:

Maria José
Alonso de Jesús

Por el cariño de hoy y siempre

A mis hermanos:

Con el cariño de siempre

ETERNO AGRADECIMINETO

Por el apoyo profesional y desinteresada que he recibido en la elaboración de mi tesis por cada uno de ellos. Médicos coordinadores e investigadores del departamento de medicina familiar de la UNAM.

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

Los tendré presente siempre como ejemplo a seguir

Índice

1. MARCO TEORICO	
a) LA FAMILIA	5
b) ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA FAMILIA	7
c) CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS	7
d) LA PAREJA Y SU FORMACION	14
e) DEFINICION DE MEDICO FAMILIAR	25
f) LA PRACTICA MEDICA GENERALISTA	33
g) ANTECEDENTES HISTORICOS	38
2. MORBILIDAD	44
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	79
4. OBJETIVOS	82
a) OBJETIVO GENERAL	
b) OBJETIVO ESPECIFICO	
5. METODOLOGIA	82
a) TIPO DE ESTUDIO	
b) DISEÑO DE ESTUDIO	
c) POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	83
d) TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
e) CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	84
f) VARIABLES A ESTUDIAR	85
g) PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACION	86
h) CONSIDERACIONES ETICAS	87
6. RESULTADOS	89
a) CENSO POBLACIONAL	
b) TABLAS Y GRAFICAS	
7. DISCUSION	101
8. CONCLUSIONES	103
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	104
10. ANEXOS	107

Marco teórico

LA FAMILIA

La familia es una organización única, que constituye la unidad básica de la sociedad, desde el punto de vista sociológico, el ser humano es gregario por naturaleza, es decir, necesita vivir en un grupo y la familia es su grupo natural. Puesto que un recién nacido no es capaz de sobrevivir por sí mismo desde el momento de nacer, debe suponerse que la "familia" es tan vieja como la raza humana y que, por ende, es parte de la naturaleza del humano. Un recién nacido necesita por lo menos a unos de sus padres, o bien, a otra persona que esté dispuesta a actuar con él como si fuera su padre sustituto, a fin de que le enseñe las formas, métodos y técnicas de supervivencia, la frase sugiere que esta tiene una historia natural de vida que le es propia, misma que inicia con un periodo de germinación, es decir, con una etapa de noviazgo, en donde los futuros cónyuges llegan a conocerse y a establecer el conjunto de creencias, mitos, valores y reglas futuras, que gobernará su propia familia, (que ahora está en proceso de formación). A este periodo le sigue la etapa de surgimiento de lo que llegará a constituir la nueva familia nuclear, es decir, el establecimiento de la pareja como base de una nueva familia. Durante esta etapa se consuma el matrimonio y se continúa con los procesos necesarios para definir la futura identidad de dicho grupo. Con el nacimiento de los hijos surge una etapa de crecimiento y desarrollo dentro de esta entidad.

Al mismo tiempo se torna imperativo que la familia desarrolle la capacidad de adaptarse al constante cambio requerido, a fin de que perdure el buen funcionamiento de la misma a medida que los hijos crecen e inician su propia independencia. Por último, los padres comienzan a quedarse solos, originando una declinación de lo que constituyó la antigua familia, para dar lugar a la creación de nuevos grupos familiares. Pero aún cuando los organismos individuales mueran, la familia tiene la capacidad de renacer con cada nueva generación que inicia.

A medida que el tiempo transcurre, la familia pasa de manera progresiva por las diversas etapas del ciclo de vida (noviazgo, primeros años de matrimonio, paternidad, madurez y ancianidad), ante lo cual surge la necesidad de modificar del mismo modo la configuración de las relaciones familiares. La eficacia de los recursos de la familia para enfrentar los problemas y conflictos siempre cambiantes es lo que mantiene el equilibrio relativo entre la tendencia de ésta a aferrarse a todo aquello que ya le es conocido, y la apertura que manifieste para asimilar un cúmulo de experiencias nuevas.

FAMILIA Y REDES SOCIALES

Por lo común los miembros de la familia se encuentran vinculados con instituciones laborales, educativas, o sociales que quizá prestan sus servicios. En el presente caso es de primordial importancia hacer hincapié en el contacto de los integrantes de la familia con hospitales, miembros del equipo de salud, organizaciones de apoyo, etc., pues todo esto conforma las redes de apoyo de una configuración social en la cual cada una de estas entidades mantiene relaciones recíprocas con las demás. Las unidades externas no forman un todo social y, por tanto, no constituyen un grupo organizado por sí mismas.

Las redes de apoyo de la familia no solo incluyen a las instituciones, sino también al conjunto de individuos que mantienen un contacto social con la familia a través de su desarrollo y que le pueden brindar apoyo o ayuda para solucionar sus conflictos.

ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA FAMILIA

ESTRUCTURA

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

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

- Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS

Con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales:

- Parentesco
- Presencia física en el hogar o convivencia
- Medios de subsistencia
- Nivel económico
- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SU PARENTESCO

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad análoga a esta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que incluyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de 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 puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

Las diversas posibilidades de origen de los recursos que permiten la subsistencia de las familias, combinaciones de las cuatro fuentes mencionadas. Se asignarán la clasificación correspondiente al origen de los recursos de subsistencia aportada por el jefe de la familia.

CON PARENTESCO	CARACTERISTICAS
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o mas
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, mas otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, mas otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, mas otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, mas otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vinculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)
SIN PARENTESCO	CARACTERISTICAS
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, mas otras personas sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vinculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven hospicios o acilos, etcétera.
PRESENCIA FISICA EN EL HOGAR	CARACTERISTICAS
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de algunos de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de algunos de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de algunos de los hijos

Extensa colateral	Núcleo o pareja que viven en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera)
TIPO	CARACTERISTICAS
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital
Matrimonios o parejas de homosexuales	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos
Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos
Familia grupal	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo
Familia comunal	Conjunto de parejas monógamas con respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales
Poligamia	Incluye la poliandria y la poliginia

23

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SU NIVEL ECONOMICO

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico social sobre la salud individual y familiar. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias con una sola perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto del bienestar como de la pobreza que interactúan, dependen e influyen sobre otros factores.

Estudios recientes coinciden en que el ingreso económico familiar no es el único, pero sí uno de los factores más importantes, y por lo tanto no representa en su totalidad las dimensiones que integran el fenómeno riqueza-pobreza en el escenario familiar.

La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva. Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar, para lograrlo deberá tomar en cuenta los elementos que integren una visión multifactorial de este fenómeno.

Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la medición de la Pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001, y publicado por Cortés y Hernández-Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar.

POBREZA FAMILIAR 1

- Ingreso per capita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica.

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

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

POBREZA FAMILIAR 2

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

POBREZA FAMILIAR 3

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

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

ESTRÉS Y TERAPIA FAMILIAR

Un mapa del recorrido vital que ha de efectuar la familia, y en ese mapa se realiza una descripción de los obstáculos que se vuelve imprescindible superar para pasar con cierto éxito a la próxima etapa del recorrido, además se presentan recursos que los miembros de la familia han de desarrollar si desean sortear dichos obstáculos. Para la construcción del mapa se tomaron descripciones del ciclo vital realizada por J. Haley en su libro "terapia no convencional".

Y a los obstáculos se les llamo estresares

1. Periodo del galanteo
2. El matrimonio y sus consecuencias
3. El nacimiento de hijos y el trato con ellos
4. Dificultades matrimoniales del periodo intermedio
5. El destete de los padres
6. El retiro de la vida activa y la vejez s

LA PAREJA Y SU FORMACION

El ser humano no esta preparado para nacer, crecer, reproducirse y morir solo necesita de otros en todo el trayecto de su existencia a partir del nacimiento, nuestra vida será siempre un proceso, una sucesión de experiencias, relaciones, vínculos y conexiones que darán cuenta de una historia personal de permanente interacción con el mundo con los otros.

Antiguamente la mayoría de los matrimonios eran arreglados con base en motivos económicos, políticos o sociales, el enamoramiento era considerado la receta ideal para la ruptura y en esos tiempos no existían divorcios. Hoy en día tenemos la libertad de casarnos con la persona que amamos, con la que realmente nos puede hacer feliz, el índice de divorcio es el mas alto en la historia de la humanidad.

ENFOQUE BIOLÓGICO

Según este punto de vista evolutivo, escogemos instintamente la pareja que aumentará las posibilidades de supervivencia de la especie, los varones se sienten atraídos por mujeres de piel tersa, ojos brillantes, cabellos relucientes, estructura ósea sólida, labios rojos y mejillas rosadas no en razón de la moda, si no porque estas características indican juventud y buena salud, signos de que una buena mujer se encuentra en la cúspide de su vida para la procreación y la crianza.

Las mujeres eligen a su pareja por razones biológicas ligeramente distintas, prefieren varones con características alfa pronunciadas, es decir con la capacidad de dominar a otros machos y traer a casa mas de su ración de la cacería, bajo el supuesto que la dominancia garantizara la supervivencia, del grupo familiar, por supuesto la juventud y el aspecto fisico de la mujer y el nivel socioeconómico del hombre intervienen en la selección de la pareja.

Aunque los factores biológicos son fundamentales, el amor tiene ser mas que eso (Hendrix 1991).

ENFOQUE SOCIOLÓGICO

Aunque los casamientos ya no son arreglados siguen sufriendo toda clase de presiones exteriores. (Lemaire 1995 refiere que hay un alto grado de homogamia social y cultural entre los cónyuges) agrega que las personas llegan a la edad adulta fuertemente influidas por su educación y contexto sociocultural y por condiciones económicas y geográficas.

La psicología social postula el principio de intercambio de la elección de la pareja que sea mas o menos igual a nosotros cuando nos encontramos en el proceso de búsqueda, y cuando encontramos un posible candidato lo evaluamos con la frialdad de un ejecutivo que contempla una fusión y nos fijamos mutuamente en el atractivo físico, el nivel económico y el rango social de cada uno, lo mismo que en cada rasgo de la personalidad como amabilidad, creatividad y sentido del humor.

ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Dentro de la teoría psicoanalítica, el modelo que mejor ha explicado el funcionamiento de las parejas y su interacción en el proceso terapéutico ha sido el derivado de la teoría de las relaciones objetales, este modelo es una mezcla de los trabajos de Freud, Melanie Klein y sus colaboradores que han hecho contribuciones importantes.

La teoría de las relaciones objetales se puede considerar como una teoría de la personalidad desarrollada a través del estudio de la relación paciente-terapeuta vista como un reflejo de la diada madre-hijo esta teoría sostiene que las experiencias del infante en relación con la madre son las determinantes primarias de la formación de la personalidad y que las necesidades del niño del apego a la madre son los factores motivantes para el desarrollo del self infantil (Velasco 1996).

Agrega que las relaciones objetales representan el estudio psicoanalítico de la naturaleza y el origen de la estructura intrapsíquica que deriva de relaciones internalizadas del pasado, fijándolas, modificándolas y reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales.

ENFOQUE SISTÉMICO

Es definido (por Von Bertalanffy 1952) como un conjunto de elementos en interacción. En este contexto la pareja configura un sistema estructurado, autorregulado, dinámico, abierto y homeostático (Irralde).

Cuando dos individuos se casan pasan a integrar una nueva unidad social un sistema marital; este sistema no es simple suma de dos personalidades con sus respectivas necesidades y esperanzas, sino una entidad nueva y cualitativamente distinta; el todo difiere de las partes (Sager 1967).

Cuando dos personas empiezan a interactuar y a establecer una relación se comunican entre si de manera verbal y no verbal, fijan reglas básicas para su conducta y métodos de comunicación y en un proceso gradual van convirtiéndose en un sistema.

La comunicación puede ser definida como un proceso interactivo sostenido por dos o mas personas en el que los participantes están emitiendo mensajes que los afectan mutuamente, la comunicación se refiere tanto al nivel verbal como al paraverbal, en que toda conducta envía un mensaje que puede ser considerado como un intercambio de información y en consecuencia como un sistema que se retroalimentan, lo que le da la característica de sistema abierto, la comunicación humana implica una multiplicidad de mensajes que se emiten a diferentes niveles simultáneamente por diversos canales o mediante una variedad de significados y referencias relacionadas con cualquier mensaje verbal en sus diversos contextos.

Watzlawick 1967: (citado por Iturralde 1991) en sus 5 axiomas sobre la comunicación humana plantea que:

1. No es posible no comunicar, porque la conducta siempre envía un mensaje.
2. No es posible dejar de emitir conductas ya que no existe la conducta.
3. Todo mensaje emitido en una interacción influye en los demás, quines a su vez no pueden dejar de responder a tales mensajes.

Henry Dicks (citado por Sager, 1967) uno de los pioneros en terapia familiar en el decenio de 1950. Dividido en tres categorías por que las parejas se unen.

1. Por razones sociales, religiosas o económicas.
2. Por aspectos que influyen atracción física, intereses en común.

3. Por atracción inconsciente que muchos denominan química, conformada por la similitud en la forma que funcionaban las familias de origen y en el lugar donde se freno el proceso de desarrollo emocional.

Es difícil comprender la historia personal por que el ser humano tiende en general a ignorar, olvidar o mirar con desconsideración sus procesos de crecimiento.

No estamos solos y parte de nuestro alimento para levantar adelante la vida son las relaciones que establecemos con los demás, el nacimiento del amor adulto entre dos personas es el resultado de una autonomía en el desarrollo personal que ha sido precedida de muchas etapas y vínculos.

Es un esfuerzo por perpetuar la especie, la naturaleza se encarga de que durante la fase del cortejo las personas dejen de ver los problemas y los obstáculos y que tal vez están por casarse con la persona equivocada.

Las personas muchas veces se casan porque la sociedad así se los exige y en nuestra cultura estar soltero a una edad madura es equivalente fracaso o desequilibrio emocional, la sociedad promueve el matrimonio porque representa un buen negocio y una fuente de ingresos y empleo para muchas personas floristas, joyeros, ginecólogos, etc.

La actitud universal hacia el matrimonio es de aceptación y las personas que se les dice desde temprana edad que se tienen que casar porque es algo bueno y necesario, muchas veces la presión y multiplicación de los padres empujan a los hijos a realizar matrimonios prematuros y descuidados. 7

PERSPECTIVA DE GÉNERO Y SUBJETIVIDAD

Las instituciones familiar y de pareja que son las células sociales, no permanecen aisladas a todos los intentos de movilidad y de globalización sociocultural que paradójicamente promueven el individualismo en las relaciones interpersonales.

Existe la tendencia a la homogenización de pensamientos, sentimientos y conductas mas que las diferencias en donde la posibilidad de mirarse distintos ampliaría las posibilidades experimentales, generando vínculos fortalecidos mediante las redes invisibles de lealtad y de cooperación que permitan promover relaciones humanas mas justas y equitativas dentro de un principio fundamental, el manejo de la libertad con responsabilidad en el pensar, sentir, decidir y actuar.

Las mujeres y hombres escuchan y miran con sombro los cambios que ha sido necesario ejecutar, quizá se miran a través del espejo del tiempo azorados, confundidos y en ocasiones profundamente impactados por no comprender la necesidad del cambio y la transformación que la estructura social con toda su demanda institucional exige de los hombres y las mujeres.

El atrevimiento de hablar sobre la liberación de la mujer lleva a develar la realidad en que el sexo femenino se ha instalado frente a situaciones de su juzgamiento enajenante, en donde la representación simbólica y real del dinero se manifiesta como una persecución concreta y abstracta permanente de dominio y control sobre la integridad de todo lo que representa el ser mujer; en su sentir, pensar y actuar.

La incorporación de las mujeres en los mercados de trabajo se ha incrementado progresivamente en las últimas décadas e incluso ha sido mas dinámico que el de los hombres.

Según información censal de 1970-1995, la PEA (población económicamente activa) masculina creció 70.5% mientras que la femenina lo hizo 123%, el 60% de la PEA femenina mantiene un trabajo extradoméstico compatible con responsabilidades domésticas y desarrolla jornadas laborales completas.

Bien es cierto que incorporación de la mujer a la fuerza laboral no es una lucha ganada al 100% por las mujeres, toda vez que fue la estructura patriarcal la que les dio la oportunidad de ser útiles por su utilitaria resistencia en el trabajo maquilado, el cual el hombre no se permitió ejecutar por su dignidad patriarcal y por necesidad de la producción industrial. ²³

En los testimonios pudimos ver que las mujeres son las que financian los estudios de los hermanos, hijos y marido. Pero esto siempre ha ocurrido ya que eran ellas las que les lavaban, planchaban y cocinaban solo que la explotación ahora se ha incrementando, ya que continua la mujer realizando las labores domésticas y además salen a trabajar a la calle.

En México todavía son pocos los estudios sociales sobre separación matrimonial y el divorcio, según la encuesta nacional demográfica de 1982 y la de fecundidad y salud.

En 1987 del total de las disoluciones maritales 83% fueron separaciones informales y solo 17% divorcios legales, la tasa de disolución era en 1982 de 73 por cada 1000 matrimonios contratados (Leñero 1994), sin embargo a pesar del alto índice de divorcios, los seres humanos siguen deseando e intentando vivir en pareja y no únicamente para cumplir con al consigna "creced y multiplicaos" mas allá del principio de nacer, crecer y morir, el ser humano busca generalmente vivir en pareja, es mas podríamos suponer que todas las parejas que se unen anhelan concientemente que sus relación sea exitosa. 18

AMOR Y SEXUALIDAD

Naturalmente el amor será mas intenso, profundo y complejo, cuanto mas definida sea la identidad de los seres que se prodigan para amarse, el conocimiento y la comunicación con la entidad del otro, siempre independiente a la vez que se toma mas íntima, toda vida mas nítida cuanto mas cercana exigen dedicación y exclusividad en el tiempo.

El amor a si mismo, cuando es narcista, cuando es producto de la hipervaloración objetiva por lo propio, conduce a amor en el otro lo que se reconoce como reflejo fiel y hasta exacto de uno mismo. Erich From reforzó el mandato cristiano del amor con el cuestionamiento de lo inverso si no te amas a ti mismo ¿cómo puedes amar a otros? el amor universal o mejor unilateral, absorbe y devora la presencia y el desempeño de manera indiscriminada de los otros sin dar a cambio nada personal.

Lo que continua siendo una realidad común a muchas mujeres es que solo a través del encuentro sexual experimentan el amor del compañero, amor masculino que difícil mente se manifiesta de otro modo aún en nuestros días tanto la capacidad de expresar el deseo amoroso como la desesperación por su falta, su ansiedad por temer el insufrible desamor, siguen siendo características prevalentemente femeninas.

El acto sexual sería la unión de los opuestos, de los que están separados de sus diferencias y quienes sin embargo son del todo similares y viven unidos por fusionarse en la experiencia del amor. ²³

AMBIENTE EMOCIONAL

El clima emocional dentro de la familia depende del tipo y expresión de los sentimientos entre sus componentes, así como del interés mutuo y de la calidad de vida sexual. En cuanto a la expresión de los sentimientos, una familia funcional permite que los familiares expresen no solo sus sentimientos negativos, sino también los positivos.

En una familia se considera funcional la expresión de sentimientos tales como ambivalencia, rechazo, tristeza y angustia, que son normales en cualquier relación humana, sin sentir que se corre el riesgo de perder el cariño, pues se tiene la confianza básica de ser aceptado. Existen cinco clases de interés afectivo: indiferente, interesado sin sentimientos, narcisista, fusionado y empático. ¹³

LAS CAUSAS DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES

Las causas de estas diferencias múltiples y no se comprenden del todo. La personalidad y la conducta se pueden conceptualizar como multideterminadas por una serie de factores. Algunos de estos factores son biológicos, predisposiciones innatas, y otros están basados en las experiencias que cada niño tiene en su familia. Estas predisposiciones biológicas interactúan con el medio ambiente interpersonal en el que se desarrolla el niño, y su ínter juego determina el resultado de las preferencias, estilos de conducta, vulnerabilidades, y retos de cada niño en particular.

Es interesante la pregunta de que importancia relativa tiene el medio ambiente en las diferencias individuales y que papel tiene la genética o la herencia en las predisposiciones o características conductuales. En una misma familia, las experiencias de los hijos y sus vivencias son sentidas y percibidas de modo distinto por cada hijo, aun cuando los padres piensan que sus hijos han tenido las mismas experiencias.

Cuando una familia ha pasado por determinados eventos, estos no son vividos por cada hijo exactamente igual. La información disponible indica que puede haber diferencias muy marcadas entre las percepciones de los distintos hijos cuando relatan eventos o experiencias dentro de la familia.

También, uno de los hijos puede sentir que ha recibido mas o menos afecto y mas o menos apoyo de los padres. En una familia determinada, cada hijo tiene en este sentido una pareja de padres "distinta", pues lo que viven los primeros hijos es diferente de lo que viven los nacidos diez años mas tarde.

En ese lapso los padres pueden haber adquirido más experiencia, o por el contrario, haber experimentado mas preocupaciones o problemas, y la presencia de los hermanos pueden determinar grandes diferencias en lo que cada hijo percibe. 13

Hoy en día los estudiantes eligen la medicina de familia porque desean ser médicos de personas y no médicos de órganos, máquinas o grupos de edad, una expresión evolutiva del contexto comunitario es la atención primaria orientada hacia la comunidad.

En vez de identificar y tratar un problema de salud personal, el objetivo es un problema de salud comunitario.

Las próximas generaciones de médicos de familia se enfrentará a nuevos retos, pero la clave del éxito en el futuro está en la adaptación al tiempo que se mantiene la fidelidad a los primeros principios, se decir a la prestación de una atención continua, global y coordinada en el contexto familiar y comunitaria.

SEPARACION Y DIVORCIO

CONSECUENCIAS EMOCIONALES

Como separación y divorcio nos referimos aquí a la ruptura de la unión física, emocional y social de la pareja conyugal, se haya dado o no el divorcio legal., pues el impacto psicológico en la pareja y en los hijos depende mas de aquella y aún este último cuyos efectos son mas estrictamente legales se ve matizado o complejizado por la actitud emocional que lo subyace.

Manejar lo mejor posible las consecuencias emocionales previsibles y por último lograr la superación de esta crisis vital, permitiendo así una vida mas sana, libre de culpas y rencores con preservación del vínculo positivo entre ambos padres y los hijos.

La funcionalidad de esta relación, genera sentimientos de bienestar tanto intrapersonales (alegría, contento, dicha, entusiasmo, felicidad, seguridad, etc.) como interpersonales (aceptación, efecto, aprecio, gratitud, ternura, etc.) reciprocamente en uno y en el otro.

En medida de que se den estos se lograra una mayor funcionalidad y satisfacen relacional y por el contrario, en la medida que no se logre vivirlos, se generan disfuncionalidad, insatisfactoria y sentimientos de malestar en forma semejante reciproca tanto intrapersonal (descontento, desdicha, desaliento, infelicidad, tristeza, inseguridad, depresión, etc.), como interpersonales (rechazo, enojo, resentimiento, desprecio, rencor, hostilidad, odio, etc.).

Este acróstico "RICCAAS" recuerda los elementos o valores relacionales necesarios para lograr relaciones ricas, funcionales y satisfactorias en la pareja, ver siguiente cuadro.

VALORES RELACIONALES

Reciprocidad	Respeto
Interés	Intimidad
Comunicación	Comprensión
Compromiso	Confianza
Aceptación	Apertura
Aprecio	Amor
Sinceridad	Solidaridad

Un elemento fundamental para la seguridad en la relación conyugal es el compromiso, la intención de que se trata de un proyecto de vida de permanente de pareja (formalizada en el matrimonio, base de nuestra cultura de la familia, esto fundamenta junto con la sinceridad y honestidad-tanto en lo que se dice como en lo que se hace.

De no darse estos elementos si nos encontramos que no hay respeto, mi interés auténtico en el otro, si hay faltas graves en la comunicación y por todo esto la comprensión se dificulta o no existe, si hay un compromiso genuino de vida, de fidelidad se genera un clima de desconfianza de insatisfacción y malestar crecientes que pueden iniciar o reforzar los circuitos de realimentación negativa, con el consiguiente deterioro progresivo de la relación no solo conyugal si no con frecuencia de la familia entera, en particular cuando se establecen bandos o se buscan alianzas en contra el otro, el o la culpable. 29

DEFINICION DE MED. FAMILIAR

La medicina de familia se define como la especialidad médica que proporciona una atención médica continua y completa al individuo y a su familia.

La atención que ofrece el médico de la familia comienza antes de la concepción del individuo y continua, a través de su imbricación constitucional con su familia.

Después de su muerte. La cadena de la continuidad no se rompe cuando el enfermo es remitido a un especialista, pues el médico de familia sigue implicado en la atención compartida o desempeñando un papel de apoyo.

Además de ver al enfermo de forma continua, utilizando a menudo un tratamiento empírico de prueba, el médico de familia puede tratar a los pacientes empleando menos recursos al tiempo que consigue resultados equivalentes a los de otros especialistas. Así pues los médicos de familia desarrollan tolerancia ante la ambigüedad y un acto clínico y un gusto por la completividad, la indefinición y los saltos fuertes.

Medico de familia: proporciona atención sanitaria mediante la disciplina de la medicina de familia. Su formación y experiencia cualifican para ejercer en los diferentes campos de la medicina y de la ciencia.

La palabra familia (etimológicamente de origen latino) es actualmente una expresión universalmente aceptada, ver en la siguiente tabla, la cual se utiliza para cubrir lo que de diversas maneras se describe como la familia nuclear, la familia elemental o biológica.

Los eventos principales de la dinámica demográfica-fecundidad, mortalidad, patrones de nupcialidad, practicas sexuales, practicas de gestación crianza y cuidado de los hijos, enfermedades, muertes y practicas de salud. Son el resultado de un conjunto de acciones individuales y de actitudes que se gestan principalmente en el seno de los grupos familiares y cuyas alternativas y opciones se encuentran condicionadas por los mas diversos contextos socioeconómicos y culturales.

También se incluyen recomendaciones sobre los procesos jurídicos de la familia, según las condiciones sociales y etapas del ciclo de familia el fortalecimiento de los lazos familiares, los derechos conyugales así como la afiliación de los hijos nacidos dentro y fuera del matrimonio y la responsabilidad con relación a la paternidad.

Otro tema que en la actualidad ha cobrado especial importancia es relativo al desarrollo de su mujer y su igualdad frente al hombre, tema que se vincula con la situación familiar y el comportamiento relativo a la fecundidad.

HIPÓTESIS ETIMOLÓGICAS DEL ORIGEN DE LA PALABRA FAMILIA

AUTOR	CONCEPTO ETIMOLÓGICO
Taparelli	La palabra familia deriva del latín famēs ya que es una de las necesidades que resuelve esta asociación humana
Marquez de Morante	La palabra familia deriva de famulus (siervo) a su vez del primitivo fumul, originado de la voz osca famel que significa esclavo
Mendizábal	El origen de la familia deriva de la famēs (hambre) por lo que tenemos en castellano hambriento de hambre
Rodríguez de Zepeda	Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinándose a un superior común y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural
Trendelenburg	Existe en la familia tres sociedades unidas; la conyugal y la filia
Anónimo del siglo XIII	Gente que viven en una casa bajo la autoridad del señor de ella
Fernandez de Moratin	Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje
Góngora	Cuerpo de una orden o religión o parte considerable de ella
Alarcón	Gente que el señor sustenta dentro de su casa

El método de la familia está preparado y formado para desarrollar y poner en práctica actitudes y habilidades especiales que le cualifican para proporcionar la conservación completa y continua de la salud familiar y la atención médica a toda la familia, independientemente del sexo, edad o el tipo de problema presente, sea biológico, conductual o social. Este médico actúa como defensor del paciente o de su familia en todas las cuestiones relacionadas con la salud.

Medicina de familia: es la especialidad médica que proporciona atención sanitaria completa y continua al individuo y su familia. Es la especialidad que integra las ciencias clínicas biológicas y conductuales. El ámbito de la medicina abarca todas las edades, ambos sexos, todos los sistemas orgánicos y entidades patológicas.

La medicina personal es un proceso de atención médica extensa en la que tanto el médico como el paciente reconocen que su relación se extiende más allá de la que existe entre un proveedor y su cliente.

Al proporcionar atención médica personal el médico puede actuar como consejero, defensor, confidente o sanador, aunque el nexo unificador es la relación personal entre dos individuos. La relación personal con el paciente aumenta si el médico de familia puede ofrecer mejores prestaciones tecnológicas en el ambiente cómodo de su consulta tales como culposcopia, nasofaringoscopia, endoscopia del tracto gastrointestinal.

Entiendo por familia un sistema ecológico, es decir un conjunto dinámico y potencial de: 1) símbolos, 2) creencias, 3) actividades, 4) funciones y 5) funciones interpersonales que desarrollan e integran bajo la forma de escenario primario y permanente más importante del desarrollo humano (al que le sigue el lugar de trabajo).

Este enfoque de la familia que es sistémico-contextual-de espacio, tiempo y significado, debemos recordar que la vida familiar del mexicano tiene características peculiares a la hora de entrevistar, evaluar, diagnosticar y conducir el tratamiento. 13

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA FAMILIA SON

1. La separación e individuación de los miembros se hace especialmente difícil y pasa por una crisis en la vida adulta a causa de la fuerte sujeción a la familia de origen.
2. Los patrones y trayectorias de desarrollo se ven obstaculizados por una excesiva dependencia de los abuelos, los padres y los hermanos, que impide la actuación decisivamente autónoma.
3. El universo simbólico de la familia creado sobre la base de imágenes sensuales, ilusiones, mitos y rituales es la fuente primaria de las percepciones, las creencias y las evaluaciones y el núcleo imaginativo que genera significados y decisiones.
4. El conflicto de lealtades en las parejas: la tensión entre la familia de origen y la familia nuclear crea estancamiento y retrocesos en el desarrollo, reduciendo la autoestima y la capacidad del logro.
5. En México la verdadera familia objeto de tratamiento no es solo la familia "nuclear", que incluye a la "de origen" sino, a lo largo del espectro de la vida y de las generaciones, la que contiene un gran potencial para el desarrollo y también fuerzas perturbadoras: la gran familia compuesta de abuelos, padres y nietos, es decir, la familia trigeneracional. 13

INSTRUCCIONES PARA EL ABORDAJE FAMILIAR

Hay que tener una formación educada para saber en que momento conviene realizar el tránsito de una atención individual a otra familia, es decir tener la capacidad para detectar problemas psicosociales, que permitan poner en marcha modificaciones de la conducta y estrategias de cambio familiar. Se necesita contar con instrumentos de trabajo que permitan acercarse a la familia a conocer su estructura, aprender a analizar sus sistemas de relación y de relación, su organización interna y las pautas de comportamiento de sus miembros, saber en que momento de su intrahistoria se encuentran y a que acontecimientos estresantes se ha visto sometidos. Creemos que existen determinados motivos de consulta que pueden sugerir que detrás del paciente identificado subyace un problema psicosocial en el que está implicada la familia.

Circunstancias clínicas ante las que se recomiendan realizar un enfoque familiar.

1. Pacientes con síntomas y signos mal definidos.
2. Problemas de salud mental.
3. Hiper utilización de servicios.
4. Incumplimiento de la prescripción.
5. Problemas de adicción.
6. Niños con problemas.
7. Crisis familiar.

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR A LAS FAMILIAS

Identificando en la consulta al paciente con un problema psicosocial a través del sistema de alarma, es necesario utilizar instrumentos que permitan dar un salto cualitativo para pasar de un enfoque individual de casualidad lineal a otro familiar y sistémico. Permitiendo estudiar a la familia como un todo, para elaborar hipótesis, conocer el juego relacionadle los miembros de la familia y para proponer sistemas de intervención hay que utilizar otros instrumentos de trabajo. Se trata de llegar al problema a través de una nueva vía que implique a todos los componentes de la familia, preguntas reflexivas y circulares son y están en la base de las técnicas de aproximación de la familia.

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN SU CICLO VITAL

El medico de familia debe estar en condiciones de identificare el ciclo vital familiar y de clasificarlo de acuerdo con la etapa en que se encuentra.

Dubai propuso uno de los mas conocidos y utilizados, especialmente en sociología, consta de ocho etapas, la primera marca el comienzo de la familia o nido sin usar y la última el de familias ancianas o nido vacío.

Medalie recomienda un modelo dividido en seis fases que tiene la ventaja de su aproximación a las peculiaridades de la atención individualizada y el inconveniente de no fijar claramente los límites entre ellas dejándolas muy abiertas, la OMS define un modelo dividido en seis etapas, se inicia con la formación en el momento del matrimonio y caracteriza las sucesivas etapas en función de fenómenos de incremento (extensión por el nacimiento de los hijos) o disminución de los componentes de la familia (contracción por emancipación de los hijos o fallecimiento del cónyuge).

CLASIFICACIÓN DE LAS ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR, SEGÚN EL MODELO DE LAS OMS MODIFICADO

ETAPA	DESDE	HASTA
I Formación	Matrimonio	Nacimiento 1º hijo
IIA Extensión	Nacimiento del 1º hijo	El primer hijo 11 años
IIB Extensión	El 1º hijo tiene 11 años	Nacimiento último hijo
III Final de la extensión	Nacimiento último hijo	El primer hijo abandona el hogar
IV Contracción	El primer hijo abandona el hogar	El último hijo abandona el hogar
V Final de la contracción	El último hijo abandona el hogar	Muerte del cónyuge
VI Disolución	Muerte del primer cónyuge (extinto)	Muerte del cónyuge superviviente

CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DE APGAR FAMILIAR

- El medico explica clara y brevemente para que el paciente elija una opción marcando una X.
- Puede ser llamado por el paciente al término de la consulta.
- Anotar el nombre, parentesco, dirección y teléfono de las personas que guarden mejor relación con el paciente, con el fin de contar con un posible colaborador para la solución de la problemática familiar.
- De preferencia aplicarlo en pacientes adultos.

CUESTIONARIO DE LA PRUEBA APGAR FAMILIAR

1. ¿Está satisfecho con la ayuda de su familia cuando tiene un problema?
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?
4. Está satisfecho con el tiempo que su familia y Usted pasan juntos?
5. ¿siente que su familia le quiere?

CASI NUNCA (0); A VECES (1); CASI SIEMPRE (2)

Belló¹, afirma que *"el mero hecho de utilizar para detectar disfunción familiar, no garantiza por si mismo la mejor salud de los pacientes y sus familias. Una vez establecido el diagnóstico debe intervenir sobre las familias, para lo cual lo primero, que hacen falta son conocimientos, actitudes y habilidades.*

El Apgar-familiar es una herramienta útil para conocer la situación psicosocial que vive la familia determinado momento y puede ayudar a determinar el posible papel que la familia a jugado en el origen de los conflictos y de las soluciones a estos. ²⁹

LA PRACTICA MEDICA GENERALISTA

La practica médica actual presenta una marcada desventaja entre el generalista (internista, medico familiar, pediatría general) y los subespecialistas, (cirujanos de tórax, neurocirugía, cirugía reconstructiva, etc.) con una notable orientación técnico-intervencionista.

Provocando los consecuentes problemas de esta tendencia:

- 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 que a fin de contrarrestar esta crisis en la atención médica ejercida por los médicos generalistas, se forme un modelo de perfil profesional que tenga como elemento esencial una estrecha relación médico-enfermo que permita utilizar elementos propios de la atención 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 enfermedad
- disponibilidad, accesibilidad y atención tanto ambulatoria como hospitalaria
- coordinación efectiva de los servicios de salud disponibles para el paciente

PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR

Es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficacia, funciones técnico-médicas, funciones técnico-administrativas, funciones de enseñanza e investigación específicas que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica, contribuye al logro de los objetivos institucionales.

PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO 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 actuaciones actuará como la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención médica.

Coordinará la actualización de los recursos para atención médica independiente 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 crónicos así como su rehabilitación.

En el caso que así lo ameriten, ejercerá el juicio clínico necesario para solicitar inter 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 autoenseñanza, revisará, actualizará periódicamente su competencia profesional, participando en programas de educación médica continua, autoevaluación y auditoría médica. Será capaz de analizar, evaluar y desarrollar actividades de investigación.

En cuanto a las funciones del Médico Familiar, estarán también en constancia con la institución que empleará a dicho profesional. Las funciones que desarrolla el médico familiar en el IMSS, se encuentran bien definidas por la propia institución. En el ISSSTE las actividades que desarrollan son similares. 10

PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

La medicina de familia se puede describir como un cuerpo de conocimientos sobre los problemas que se encuentran los médicos de familia durante su ejercicio profesional. Para describir la medicina familiar se describen a continuación los principios que gobiernan nuestras acciones.

1. El médico de familia está comprometido más con la persona que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o técnicas especiales. El médico familiar se encuentra disponible para cualquier problema de salud experimentando por persona de cualquier sexo y edad. Su ejercicio de profesionalidad no se limita a problemas sanitarios estrictamente definidos; no termina con la curación de la enfermedad, el final del ciclo de tratamiento o el diagnóstico de una enfermedad incurable. En muchos casos el compromiso comienza cuando la persona está sana antes de que haya desarrollado cualquier problema, esos aspectos del compromiso del médico de familia conceder la primacía a la persona constituye la clave de muchas de las habilidades propias de la medicina de familia y la fuente de muchas de las satisfacciones personales del médico.
2. El médico familia intenta comprender el contexto de la enfermedad para comprender bien una cosa, necesitamos verla fuera y dentro de su medio ambiente y tener en cuenta toda su gama de variaciones, William James, muchas enfermedades atendidas en la práctica familiar no se pueden responder a fondo si no son consideradas en su contexto personal, familiar y social, cuando un paciente ingresa en el hospital, se elimina o se oculta gran parte del contexto de su enfermedad. La atención se centra en el primer plano y no en el fondo.
3. El médico de familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria.
4. El médico de familia considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo, los clínicos piensan normalmente en términos de un solo paciente y no en grupos de población, el médico de familia tiene que considerar ambos aspectos.
5. El médico de familia se considera a sí mismo parte de la red comunitaria de apoyo a atención sanitaria, los médicos de familia pueden ser mucho más eficaces si emplean todos los recursos de la comunidad para beneficio de sus pacientes.

6. Los médicos de familia deben compartir el mismo hábitat que sus pacientes, eso se ha hecho menos frecuente durante los últimos años excepto en las áreas rurales.
7. El médico de familia atiende a los pacientes en la consulta, en sus domicilios y en el hospital.
8. El médico de familia concede mas importancia a los aspectos subjetivos de la medicina, durante la mayor parte de este siglo, la medicina a estado dominada por una actitud estrictamente objetiva y positiva hacia los problemas sanitarios. Los médicos de familia siempre han tenido que reconciliar esa actitud con la sensibilidad hacia los sentimientos y la valoración de las relaciones.
9. El médico de familia es un gestor de recursos. Como médico general y medico de primer contacto, tiene el control de muchos recursos y dentro de ciertos límites, puede controlar el ingreso en los hospitales, el empleo de pruebas complementarias, la prescripción de tratamientos y el envío a especialistas, por lo tanto el médico de familia tiene la responsabilidad de gestionarlos para proporcionar el máximo beneficio a sus pacientes. La naturaleza del compromiso del médico de familia con sus pacientes exige que se les proporcione una atención continuada y completa, su disponibilidad para todos los grupos de edad significa que puede actuar como suministrador de atención medica para la unidad familiar completa, la preparación del medico de familia para hacer frente a cualquier tipo de problemas, lo convierte en un médico general.

El generalista comprende como funciona cada parte del conjunto. Constituye cada un centro de comunicaciones: la información fluye hacia el en esas dos direcciones, ayuda a la organización para adaptarse a los cambios tanto internos como externos. El especialista puede encargarse de tomar las decisiones, mientras que el generalista conservará la responsabilidad global de que el problema se solucione de la mejor forma posible para el conjunto de la organización, si sustituimos la palabra organización por organismo, persona o familia, no es comprender como se aplica lo dicho a las funciones desempeñadas por el médico de familia.

El hecho de que el médico de familia sea un generalista, no sea que todos los médicos de familia tengan los mismos conocimientos y habilidades. Todo ello comparten el mismo compromiso con los pacientes, pero en virtud de sus intereses o entrenamiento especializado, un médico puede tener conocimientos no compartidos por sus colegas.

Ello puede constituir una fuente de enriquecimiento en cualquier grupo de médicos de familia. Uno de ellos quizás sea expertos en la interpretación de electrocardiogramas, y otro puede tener especial interés en el cuidado de los niños o en la atención de los pacientes ancianos.

El punto importante es que tales preferencias no deben conducir a la fragmentación de modo que el médico interesado por el cuidado infantil atienda a todos los niños, etc. es posible que existan diferencias entre los médicos de familia, pero la medicina de familia no debe ser fragmentada contrario se perdería el papel médico general. »

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La declaración inspirada en la revolución francesa no se ve plasmada hasta que el 1883 el parlamento de Prusia, aprueba la ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

En México se observa un periodo de creación y crecimiento lento de las instituciones de salud.

Instituto mexicano del Seguro Social (IMSS) Salubridad y Asistencia.

Se crea el primer curso de especialización en medicina familiar en el IMSS. (1971). Se constituye el primer departamento de medicina familiar en Latinoamérica en la UNAM (1975) 3

PRINCIPIOS DE LA MEDICINA DE FAMILIA: HISTORIA TÉRMINOS ACTUALES

El año 1994 marca el 25° aniversario de la medicina de familia como especialidad, y como disciplina académica.

La especialidad comenzó en 1969 como respuesta a la necesidad social de disponer de un solo médico especialista que pudiera contrarrestar la fragmentación de la medicina y que pudiera desarrollar en América un papel investigador.

En palabras de Geyman, escritas en 1978 "la medicina de familia se ha desarrollado en respuesta directa a la necesidad pública de atención primaria con los elementos de globalidad, continuidad y accesibilidad.

En 1979 Brown identificó 12 características significativas de la medicina de familia entre ellas la familia comunidad de atención médica, los tipos de problemas tratados y la heterogeneidad de la práctica. 26

Beasley y Cols, describieron 10 elementos centrales de la medicina de familia, como atención completa, anticipación al problema, continuidad de la atención y relación personal con los pacientes.

Chao evaluó en 1985 siete conceptos esenciales de la medicina de familia, como el contacto y la utilización iniciales, la atención continua, la evaluación y el tratamiento de la familia, la medicina preventiva, la remisión de pacientes y la interconsulta.

La atención proporcionada servía como ejemplo de los siguientes principios: atención continua, global, coordinada, del paciente en el contexto familiar y atención sanitaria en el contexto comunitario.

Estos principios originalmente implícitos y posteriormente definidos según evolucionaba la especialidad, han sido muy útiles a la medicina de familia durante su primera generación. Sin embargo el panorama está combinando y la medicina de hoy día es muy diferente a la de 1969. los fundadores de la medicina de familia nuclear, el ascenso de la atención gestionada y coordinada, los certificados de calificaciones adicionales, los grupos de diagnósticos relacionados y la escala de valores relativos basada en los recursos.

Sin embargo estas circunstancias actuales no rechazan las creencias básicas de los médicos de familia, simplemente influyen en la expresión actual de los principios de la medicina de familia.

Una controversia actual concierne del desarrollo de áreas de especialización dentro de la especialización, como la atención a los adolescentes, la medicina deportiva, la medicina de adicciones y la geriatría, tratamientos a pacientes con dolores crónicos, cefaleas o problemas de compartimiento. Estos campos de interés dentro de la medicina de familia sirve para ampliar los límites de la atención global.

Por supuesto no todos los médicos de familia son iguales y existe una amplia variación entre los servicios y los métodos ofrecidos por estos. Cuando lo juzga necesario, el médico de familia facilita la consulta con un especialista en particular (atención compartida) o remite al paciente para una atención específica, al tiempo que mantiene su relación con el y su familia (atención de apoyo).

El reto de la atención gestionada es garantizar una atención de calidad en un sistema que exige elevadas normas éticas.

Mucho es lo que ha cambiado en los últimos 25 años como el estilo de vida, en el que ambos miembros de la pareja trabajan, una tasa creciente de divorcio y la aceptación de la familia monoparental. Por ello en la actualidad del hogar medio ya nos es la familia nuclear, siendo cada vez mas pertinente una definición pluralista de la familia.

Sin embargo los miembros de los diversos grupos familiares actuales, como progenitor único con sus hijos, habitantes con nidos vacíos. Parejas homosexuales y muchos otros, aun comparten la necesidad tradicional de un medico de familia. Y este a su vez, tiene que ser cada vez mas sensible a los cambios y valores estructurales implícitos en las nuevas constelaciones familiares y grupos culturales que forman un país.

La medicina de familia surgió como respuesta a una presión pública y unas necesidades sociales cada vez mayores y no como consecuencia del descubrimiento de nuevos conocimientos clínicos o avances tecnológicos.

HISTORIA DE LA MEDICINA FAMILIAR

El siglo XIX en América y Europa se había constituido en la era de la Medicina General, la era del médico general, se empezaba por construir toda una serie de argumentaciones técnicas, científicas en relación a la práctica de la medicina. Ese médico general era un personaje importante dentro de cualquier comunidad, particularmente en los países más desarrollados, era un personaje conocedor de la comunidad, era un consejero socioeconómico, promovía transformaciones comunitarias y además era un epidemiólogo; práctico, este era un estudioso constante y además un investigador permanente, este era el perfil del médico general del siglo XIX, en algunos países este personaje resolvía la mayor parte de los problemas de salud que tenía la comunidad y obviamente lo hacía con las limitaciones científicas y tecnológicas que el contexto global le ofrecía.

El inicio del siglo XX es considerado por los estudiosos de la medicina como el inicio de la era de la especialización, en el año 1910 se da a conocer el informe Flexner, el cual es considerado como el documento que marca la declinación de la práctica de la medicina general a favor del desarrollo de las especializaciones médicas la explosión tecnológica y la solución informática que se comenzaron a vivir en la primera mitad del siglo XX, aceleradas por los dos conflictos bélicos mundialmente, contribuyeron a incrementar el desarrollo de la especialización y la súper especialización. Empieza entonces a darse un fenómeno global de aumento en el número de especialistas.

En Europa se observó una rápida inversión en la relación de generalista/especialista 80/20 durante el siglo XIX, para convertirse en 20/80 durante los primeros 50 años del siglo XX, fue una transformación social y tecnológica que motivo que la población de muchos países se cuestionará sobre la convivencia de que la mayoría de los problemas de salud fueran atendidos por especialistas, que desconocían elementos esenciales para el abordaje integral de los problemas de salud de los individuos.

Particularmente en el caso de Gran Bretaña, Estados Unidos y Canadá se reflexionó sobre ese fenómeno que estaba comenzando a afectar el otorgamiento de los servicios de salud en general y que estaba condicionando altísimos costos en la atención de los problemas de salud.

En 1966 la denominada comisión Millis llama la atención sobre la fragmentación de la atención a la salud, señala que no es posible seguir manteniendo este esquema de la primera mitad del siglo XX y plantea que es el momento de cambiar el enfoque de la atención de la medicina, paralelamente al informe de esta comisión Millis, otro comité de carácter académico,

el Committer en Educattion for Family practior, establece como debería formarse este nuevo especialista al que denomino Médico de Familia. Estas fueron las primeras ocasiones en la que apareció en la literatura medica la terminología que habla del médico de familia y de la especialidad de medicina familiar. La medicina general y la medicina familiar comienza en la mitad del siglo XX, a ser vista como una disciplina clínica.

Se empiezan a formar en muchas universidades los conocidos departamentos de medicina familiar y comienzan entonces a definirse de una manera sistematizada programas de formación y de adiestramiento en la medicina familiar. Canadá, Estados Unidos, Reino Unido y Australia comienzan a reformular los procesos de formación de profesionales incorporando a la medicina de familia como una de las disciplinas fundamentales en los sistemas de salud, en América latina y el caribe el inicio de la evolución de la medicina familiar. En 1972 se crea oficialmente se crea oficialmente el Colegio Mundial de médicos de familia (WONCA) este colegio cuenta en la actualidad con la afiliación de sociedades nacionales de medicina familiar de mas de 80 países en el mundo, en el año de 1977el comité de ministros del consejo europeo emite una resolución con la que establece que la medicina familiar debe ser la piedra angular de los sistemas de salud a partir de esta resolución la mayor parte de los países de ese continente, occidentales y orientales comienzan a realizar transformaciones un sus sistemas desalad en donde se establece como base de sus sistemas lo que podemos identificar como medicina de familia, en el contexto Latinoamericano y del Caribe se crea, en el año de 1981 Centro Internacional para la medicina familiar (CIMF). Donde celebraron distinguidos médicos Mexicanos: Carlos Zambrano, Octavio Rivero Serrano y José Narro Robles, quienes permitieron que la medicina familiar se desarrollara de manera mas sólida, no solo en México sino, en varios países latinoamericanos. En 1991 WONCA y la organización mundial de la salud (OMS) emiten una declaración conocida como "EL PAPEL DEL MEDICO DE FAMILIA EN LOS SISTEMAS DE ATENCION A LA SALUD" la cual plantea el rol del médico de familia dentro la estrategia de atención primaria.

En el año de 1994 Ontario Canadá se realiza otra reunión importante de la que se deriva otra declaración que señala como el médico de familia en el ejercicio de la medicina familiar puede contribuir a atender las necesidades de salud de la población, 1966 el centro el Centro Internacional para la medicina familiar (CIMF) realiza en Buenos Aires, Argentina una reunión de trabajo sobre la medicina familiar y la reforma en los sistemas de salud, emitió una declaración , la declaración de Buenos Aires, que fue firmada por directivos de los sistemas de salud de los países de América Latina y el Caribe.

En 1966 el CIMF se transforma en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, la cual afilia actualmente a las Sociedades Nacionales de 17 países; esta organización en el año 2002 llevó a cabo la Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, logrando la asistencia de Ministros y Viceministros de salud de los 17 países estableciendo compromisos en materia de formación de Médicos Familiares en postgrado, proceso de mejoramiento de calidad de los servicios de salud, estos compromisos están plasmados en la llamada Declaración de Sevilla. En junio de 2002 se llevó a cabo la aprobación por parte de WONCA de la 6ª Región mundial llamada Región Wonca Iberoamericana – CIMF. Si queremos que nuestra disciplina sea reconocida tenemos que trabajar para que la población a la que atendemos conozca quienes somos, conozca que hacemos, las ventajas de la atención que ofrecemos, que confíen en cada proceso médico-paciente, en ese momento estaremos construyendo una de las bases más sólidas para fortalecer la evolución en nuestra disciplina. En 1974 en la UNAM, se otorga el reconocimiento académico de la disciplina lo cual se convierte en uno de los pasos más firmes para la consolidación de nuestra especialidad.

En 1975 en la UNAM se crea el primer departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica, hacia 1980 la secretaria de salud y el instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE) inician la formación de especialidades en medicina familiar.

En 1988 se crea el Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar (CMCMF) que es uno de los instrumentos de fortalecimiento de nuestra disciplina más importante; el consejo debe ser entendido como un organismo alejado de toda relación política e institucional que busca garantizar la capacidad técnica de los especialistas en medicina familiar y que nos ha permitido ser reconocidos nacional e internacional como una disciplina con sólidas raíces.

En 1994 se constituyó el Colegio Mexicano de Medicina Familiar (CMMF) la Sociedad Morelense de Medicina Familiar es una de las sociedades fundadoras de este colegio y ha participado activamente en diferentes etapas de su evolución. En 2002 el Colegio Mexicano ingresó formalmente como un país titular al Colegio Mundial del gremio WONCA. 26

MORBILIDAD

Existe en el control de las principales enfermedades infecciosas que asolaron incluso a los países mas avanzados hasta los primeros años de este siglo, ha dado paso a la aparición de un nuevo patrón de enfermedades en las naciones con nivel de vida alto.

En lugar de enfermedades infecciosas que asolaron incluso a los países mas avanzados hasta los primeros años de este siglo, ha dado paso a la aparición de un nuevo patrón de enfermedades en las naciones con nivel de vida alto.

En lugar de enfermedades agudas graves (fiebre tifoidea, neumonía lobar difteria), el medico se enfrenta ahora mas a enfermedades crónicas, trastornos del desarrollo, anomalías de la conducta, accidentes y una gama de procesos infecciosos. La reducción de la mortalidad en los niños y adultos ha dado lugar a que las generaciones siguientes aumente la proporción de personas ancianas. La salud de la sociedad depende menos de nuevas leyes que de millones de decisiones privadas sobre temas tan diversos como el tabaco, planificación familiar y la vacunación, al influir en esas decisiones el papel educativo del medico ha adquirido una nueva importancia.

Eso no quiere decir que la sanidad pública ya no sea importante, la potabilización del agua, una dieta equilibrada y las buenas condiciones de la vivienda siguen siendo todavía determinantes fundamentales de la salud. 19

DIABETES MELLITUS

SIGNOS Y SINTOMAS

- Aumento de la sed en cuanto a veces y volumen de líquido preciso.
- Aumento de la frecuencia y volumen de orina.
- Pérdida de peso a pesar del aumento del apetito.
- Vaginitis, infecciones de la piel, visión borrosa y frecuentes infecciones de vejiga.
- Ocasionalmente impotencia en el hombre y desaparición de la menstruación en la mujer.

SÍNTOMAS URGENTES

Cetoacidosis diabética. El aumento de la sed y de la orina, las náuseas, la respiración profunda y rápida, el dolor abdominal, y el aliento con olor dulce son los síntomas que preceden a una pérdida gradual de la consciencia en la cetoacidosis diabética. Esto es más frecuente que ocurra en los diabéticos insulino dependientes, a menudo después de la falta de una dosis de insulina o cuando hay una infección.

Coma hipoglucémico (reacción de insulina). El temblor, la debilidad o adormecimiento seguido de dolor de cabeza, confusión, desvanecimiento, doble visión o falta de coordinación son marcas claras de una reacción de insulina. A todo esto le sigue un estado como de intoxicación y eventualmente convulsiones e inconsciencia. Son necesarios cuidados urgentes.

Coma hiperosmolar. Es una pérdida gradual de la consciencia, más frecuente en personas mayores en las que su diabetes no requiere inyecciones de insulina. El coma hiperosmolar aparece en conjunción o cuando aparecen otras enfermedades o un accidente.

TIPOS DE DIABETES

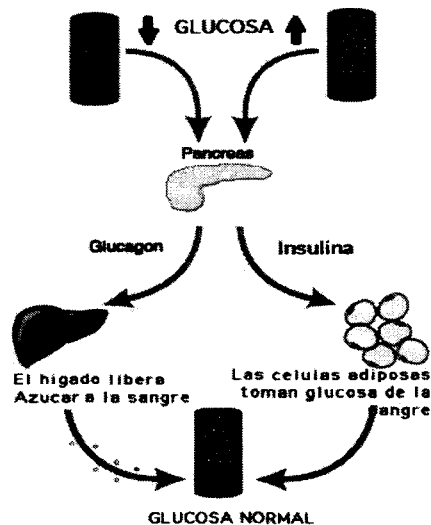
Su incidencia puede ser entre el 5 y el 6 % de la población. A menudo una diabetes benigna no causa ningún síntoma externo durante años. El origen del nombre viene del griego y etimológicamente significa dulzura o miel (mellitus) que pasa a través (diabetes). Alrededor de 1 de cada 10 diabéticos es insulino dependiente. De ahí el nombre de Diabetes Mellitus Insulino dependiente (DMID). El resto tiene una Diabetes Mellitus No Insulino dependiente (DMNID). La diabetes mellitus insulino dependiente es también llamada de tipo I, juvenil, pronoketosis, o principio juvenil de diabetes. Pero nos referiremos a ella como DMID, el nombre que más claramente describe esta enfermedad. La DMID puede aparecer en cualquier persona y a

cualquier edad. Personas típicamente afectadas son niños y adultos jóvenes (los varones jóvenes actualmente tienen más riesgo que las mujeres jóvenes). La mayoría de los diabéticos diagnosticados antes de los 19 años son insulino dependientes. Parece que hay un factor hereditario en el desarrollo de la diabetes. Alrededor de 2 de cada 3 diabéticos pertenecen a una familia con historia de diabetes. Aunque la genética es un factor importante, las características heredadas solas no son suficientes para producir la enfermedad, sin la influencia de otros factores que no son completamente conocidos. Como el nombre indica, la DMID se distingue de la DMNID por el hecho de que la insulina sea o no necesaria para el tratamiento. En la persona con DMID el páncreas produce muy poca o nada de insulina. Los síntomas de DMID se desarrollan muy rápidamente (en cuestión de meses e incluso semanas). Durante el primer año después del diagnóstico puede haber una mejoría, llamada "periodo de luna de miel". Durante el mismo no se necesita insulina o bien su dosis puede ser ampliamente disminuida. En el desarrollo completo de la DMID, la insulina es necesaria para prevenir una cetoacidosis e incluso la muerte. Otros términos utilizados para la DMNID son principio en el adulto, estable y tipo II de diabetes. Las personas con DMNID suelen ser mayores de 40 años.

El problema que afrontan las personas con DMNID no es una ausencia de insulina. Aunque pueden tener una modesta disminución de la hormona, también pueden tener más probabilidad de tener una concentración de insulina normal o incluso aumentada. Su problema es que su cuerpo se resiste a la insulina. Son necesarias grandes cantidades de insulina para mantener la cantidad normal de glucosa en sangre. La mayoría de personas con DMNID son obesas o pasan de su peso. El exceso de peso empeora el estado de su diabetes, y la disminución de peso suele tener un efecto favorable. En ocasiones se necesitan inyecciones de insulina para mantener la concentración de glucosa en sangre dentro de los límites normales, pero no como en la DMID, ya que la falta de estas inyecciones no produce cetoacidosis. Hay medicamentos orales, llamados agentes orales hipoglucemiantes que, a menudo, ayudan en la DMNID pero no valen para la DMID. Cuando se produce una pérdida de peso, la necesidad de insulina e hipoglucemiantes orales es, con frecuencia, reducida o eliminada. Las mujeres embarazadas normalmente son jóvenes y si aparece una diabetes durante el embarazo suele ser de la variedad DMID. No obstante, si usted está embarazada y desarrolla una diabetes visite un especialista. El tercer, y mucho menos frecuente tipo de diabetes es la llamada diabetes secundaria. Esta puede conducir bien a una DMID o a una DMNID, pero se distingue de ellas porque su causa es otra enfermedad. La diabetes secundaria puede aparecer como consecuencia de enfermedades tales como: Acromegalia, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, o extracción quirúrgica del páncreas.

DIAGNÓSTICO

Si usted orina muy a menudo o tiene mucha sed, consulte a su médico, que determinará la petición de un análisis para ver el nivel de azúcar en sangre y orina. La glucosa en la orina se llama glucosuria. Una elevada concentración de glucosa en sangre se llama "hiperglucemia". Tanto la glucosuria como la hipoglucemia se dan en los 2 tipos de diabetes DMID y DMNID. El análisis de las sustancias de la orina llamadas cuerpos cetónicos puede ayudar a distinguir entre DMID y DMNID. Si la insulina es suministrada en cantidades apropiadas, la persona con DMID puede, frecuentemente, tener una cantidad importante de cetonas en la orina. En cambio, en la DMNID solo se encuentran pequeñas cantidades de vez en cuando.



Si la persona con DMID no recibe la insulina por unos días, la cetoacidosis aparecerá casi seguro. Esto conlleva una acumulación de cetonas en sangre y orina, una respiración más profunda y rápida y una pérdida gradual de conciencia. Si no se le realiza un tratamiento urgente y riguroso la muerte puede ser muy probable. La DMNID puede desarrollarse gradualmente a través de un periodo de años. Frecuentemente es descubierta por un análisis rutinario de orina o sangre. Para notar la clásica triada de síntomas de aumento de sed, aumento de volumen de orina y pérdida de peso es necesaria una cantidad muy alta de glucosa en orina y sangre.

¿ES IMPORTANTE LA DIABETES?

Hasta el descubrimiento de la insulina en 1921, el resultado inevitable de una DMID era la muerte. Sin embargo los medicamentos modernos administrados en un programa monitorizado han hecho posible el manejo efectivo de las 2 variedades de diabetes DMID y DMNID. Algunas personas insulino-dependientes, experimentan niveles extremos muy altos o bajos de la concentración de azúcar en sangre. Esta condición de la diabetes suele ser identificada con los términos "frágil", "inestable", o "lábil". Estos individuos requieren una hospitalización para establecer una "terapia intensiva de insulina" que consiste en 3 o 4 inyecciones diarias. De todas formas un control cuidadoso del estilo de vida, incluyendo dieta y menos demanda de insulina o medicación oral puede, en la mayoría de los casos, ser suficiente para que la vida del diabético sea normal y productiva.

Los dos tipos de diabetes mellitus, DMID y DMNID, tienen períodos largos y cortos de riesgo potencial. Los peligros en los períodos cortos son debidos a las reacciones de insulina (bajas concentraciones de glucosa) y a concentraciones muy altas de glucosa en sangre. Pero estas complicaciones normalmente son resueltas con un programa de dieta, ejercicio y, si es necesario, un ajuste en la dosis de la medicación. La cetoacidosis es otro peligro en los períodos cortos que los diabéticos deben conocer. Hay dos tipos de efectos a largo plazo. Estos se desarrollan muy lentamente y tienen muy pocos síntomas tempranos. Uno de los tipos está asociado al engrosamiento de las venas que en el caso de las venas largas, suponen para el diabético en un alto riesgo en caso de golpes, ataques cardíacos y gangrena de los dedos. Cuando las venas cortas o pequeñas sostienen largos períodos de peligro pueden aparecer problemas con los ojos, riñones y nervios. El segundo tipo está asociado a una prolongada elevación de glucosa en sangre (ver Arterioesclerosis en las Extremidades). ³⁵

FARINGOAMIGDALITIS

La faringoamigdalitis es una infección de la faringe y de las amígdalas, es decir, de la garganta y de las anginas. Se trata de una de las infecciones más comunes durante la infancia, sobre todo en la edad escolar. Es conveniente distinguir entre lo que es una infección verdadera de la faringe y lo que es el enrojecimiento que se produce en el curso de un catarro de vías altas, ya que el tratamiento puede ser distinto. La faringoamigdalitis es una enfermedad infecciosa y, por tanto, adquirida por contagio, bien a través del aire (al toser o estornudar) o bien por contacto directo. Conviene desterrar ciertos mitos como el que la enfermedad se produce por no abrigarse lo suficiente, por beber líquidos fríos o comer helados, por exponerse a corrientes de aire, etc. En la mayoría de los casos, los causantes son los virus: 90% a 95% de las veces en menores de 3 años y 50% a 70% de las veces en niños mayores de 5 años. En el resto de ocasiones están producidas por bacterias, siendo la más frecuente el estreptococo.

SÍNTOMAS

La enfermedad comienza entre 12 horas y 5 días después del contagio. La faringoamigdalitis vírica suele tener un comienzo gradual, con fiebre moderada (generalmente menor de 39° C), dolor de garganta, existencia de pequeños ganglios en el cuello y poca afectación del estado general. Con frecuencia se acompaña de otros síntomas como mucosidad nasal, tos y enrojecimiento ocular. Al examinar la garganta, se ve un enrojecimiento difuso de la misma y pueden aparecer secreciones purulentas (placas). La faringoamigdalitis bacteriana (llamada generalmente estreptocócica, por ser ésta la bacteria más frecuente) suele tener un comienzo brusco, con fiebre más elevada que en el caso anterior (generalmente superior a 39° C), aumento de los ganglios del cuello y mayor afectación del estado general. Es habitual que aparezca dolor de cabeza, náuseas, vómitos y dolor abdominal. Al mirar la garganta, ésta se presenta muy enrojecida, a veces con puntitos rojos, como hemorrágicos (petequias) y es frecuente que las amígdalas estén cubiertas de placas blanquecinas.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la enfermedad se realiza por los síntomas y la exploración de la garganta. Ahora bien, tiene gran interés el diagnóstico microbiológico, que permite distinguir una faringoamigdalitis vírica de una bacteriana, ya que la evolución, el tratamiento y las posibles complicaciones son diferentes. En este caso, el valor de los síntomas es limitado. El único diagnóstico definitivo se hace por cultivo de los gérmenes de la garganta, pero como el resultado de este método no es inmediato, el tratamiento se suele realizar antes de tener un

diagnóstico de certeza de si es o no un proceso bacteriano. No obstante, no siempre será preciso recurrir al análisis de la garganta (frotis faríngeo) cuando su pediatra diagnostique una faringoamigdalitis, ya que, como se ha comentado, la edad del niño y los síntomas asociados pueden orientar suficientemente el diagnóstico hacia la causa viral o la bacteriana.

COMPLICACIONES

Habitualmente las faringoamigdalitis víricas no se complican y curan espontáneamente en pocos días. Un tipo especial es la mononucleosis infecciosa, que está causada por el llamado virus de Epstein-Barr, y que se manifiesta por fiebre alta, amígdalas con extensas placas blanquecinas y ganglios cervicales de gran tamaño. Se acompaña de decaimiento, inapetencia y crecimiento del hígado y del bazo, por lo que conviene tener cierta precaución con el ejercicio y los golpes, al estar más expuestos (ha aparecido algún caso de rotura de bazo). El tratamiento con ciertos antibióticos puede provocar la aparición de una erupción en la piel, parecida al sarampión. Las faringoamigdalitis estreptocócicas, si no se tratan adecuadamente, en algunos casos pueden producir complicaciones como fiebre reumática y glomerulonefritis aguda, que es una afectación del riñón. No obstante, hoy en día estas complicaciones son muy poco frecuentes en nuestro país. Un tipo particular de faringoamigdalitis estreptocócica es la escarlatina. En ella, además de las petequias en el paladar (que son muy típicas de esta enfermedad), aparece una erupción que se caracteriza por enrojecimiento facial que respeta la zona naso-labial (aspecto de cara abofeteada) y pequeñas manchas en el tronco, como pequeños puntitos rojos, rasposos al tacto, a veces más palpables que visibles, y que tienden a intensificar su color en los pliegues (axilas, ingles, etc.).

TRATAMIENTO

El tratamiento de los procesos víricos es sintomático, utilizando antitérmicos-analgésicos para la fiebre y el dolor. Es frecuente que los niños no quieran comer, fundamentalmente debido al dolor. Es conveniente ofrecerles líquidos frescos. En el caso de faringoamigdalitis estreptocócicas, el tratamiento se realiza con antibióticos, generalmente penicilina, aunque también otros resultan eficaces. El tratamiento antibiótico debe completarse, ya que si interrumpimos el tratamiento una vez que el niño se encuentra bien (lo cual suele ocurrir a los pocos días), la infección puede activarse de nuevo o bien no eliminarse el estreptococo de la garganta, con el riesgo de que aparezcan las complicaciones que comentamos antes.

Es importante recalcar que nunca se debe dar a un niño un antibiótico sin estar prescrito por un médico. En caso de fiebre y dolor de garganta, se debe iniciar el tratamiento en casa con antitérmicos y con las medidas generales que veíamos antes, hasta que el niño pueda ser valorado por el pediatra. Además, durante las primeras 24 horas de tratamiento, debe evitarse el contacto con otros niños para evitar contagios.

Los motivos de consulta inmediata son:

1. Dificultad progresiva para tragar o respirar.
2. Exceso de salivación continua.
3. Presencia de labios morados.

¿CUÁNDO DEBE OPERARSE DE ANGINAS A UN NIÑO QUE PADECE MUCHOS PROCESOS?

Las faringoamigdalitis de repetición son un problema frecuente en la infancia. Las indicaciones de extirpar las amígdalas son actualmente muy limitadas, dada la drástica disminución de episodios a partir de los 6 años y que no está aceptado que la ausencia de anginas disminuya la frecuencia de infecciones de garganta. Estas indicaciones quedarían limitadas, prácticamente, a tres:

- Crecimiento desmesurado de las anginas que dificulte el paso de aire a través de la garganta.
- Episodios de faringoamigdalitis graves que produzcan complicaciones como abscesos de pus en las paredes de la faringe o bien fiebre reumática.
- Repetición de episodios tan frecuentemente que interfieren significativamente la vida normal del niño. ³¹

GASTROENTERITIS

La gastroenteritis es una enfermedad que afecta al estómago y los intestinos. Los síntomas pueden incluir vómito, diarrea, retorcijones estomacales, dolor de cabeza y fiebre.

PREVENCIÓN DE LA GASTROENTERITIS

- Siempre lávese las manos
- Antes de preparar los alimentos
- Después de ir al baño
- Después de cambiar pañales.
- No coma la carne cruda. Siempre asegúrese que la carne esté completamente cocida.
- No deje los alimentos afuera por mucho tiempo. Mantenga fríos los alimentos fríos y calientes los alimentos calientes para que la bacteria no crezca en ellos.
- Refrigere y congele los alimentos en vasijas poco profundas para que se enfrien completamente.
- Limpie las tablas de cocina y los artículos usados para preparar los alimentos crudos antes de usarlos de nuevo.

Si está acampando o excursionando y necesita tomar el agua de los lagos, ríos, o arroyos, hierva el agua por un minuto, trátela con cloro o yodo, o use un sistema de filtración de agua basado en yodo. Si viaja a países en desarrollo, sólo tome agua embotellada, o trate el agua como lo hace cuando esté acampando. No utilice el hielo hecho de agua sin tratamiento, y no se lave los dientes con agua de la llave. Asegúrese de que todas las frutas o verduras que coma han sido peladas, cocinadas, o lavadas en agua tratada con cloro o yodo. No coma alimentos si no está seguro de que estén limpios y de que no vayan a hacerle daño.

ETIOLOGÍA

Muchas cosas causan la gastroenteritis, inclusive la bacteria, los virus, las toxinas, y los parásitos. El período en que usted está enfermo depende de la causa de su enfermedad. La mayoría de la gente se recupera en dos o tres días sin ir al médico. Algunas personas se deshidratan a causa de perder demasiados líquidos por los vómitos y la diarrea. Pueden tener problemas para comer. El tomar mucha agua y el comer tales alimentos como los plátanos, el arroz, el puré de manzana, y las galletas saladas pueden ayudarle a prevenir la deshidratación. El alcohol, los refrescos, o las bebidas deportivas pueden empeorar la deshidratación. La deshidratación es muy dañosa para los bebés. Además de tener vómitos y

problemas para comer, los bebés deshidratados pueden tener los ojos hundidos o puede que sea difícil despertarlos. Aún cuando estén enfermos, los bebés que toman leche materna deben continuar alimentándose al pecho.

EL TRATAMIENTO

Para tratar la deshidratación moderada en la gente de todas edades, utilice las soluciones de mantenimiento o las de rehidratación oral. Vaya a un médico de inmediato si:

- No puede comer ni beber
- Llega a marearse
- Tiene una fiebre muy elevada
- Tiene diarrea por más de dos días
- Tiene diarrea sangrienta
- Su bebé tiene una fiebre muy elevada o los ojos hundidos

Algunos medicamentos que se venden sin receta médica pueden enfermarle a ú n más, así que consulte con su médico antes de tomarlos. 34

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Cuando su corazón late, bombea sangre hacia sus arterias y crea presión en ellas. Dicha presión es la que consigue que la sangre circule por todo el cuerpo. Cada vez que le toman la tensión le dan dos cifras. La primera de ellas registra la presión sistólica (aquella que se produce en las arterias cuando late el corazón) y la segunda, la presión diastólica (aquella que se registra cuando el corazón descansa entre latidos).

Si la presión sube por encima del límite normal --que se podría cifrar en 140/90 en los adultos-- se produce lo que denominamos hipertensión arterial. Se trata de una enfermedad muy común en todo el mundo que afecta a más del 20 por ciento de los adultos entre 40 y 65 años y casi al 50 por ciento a las personas de más de 65 años. Pero uno de sus mayores peligros es que se trata de un mal silencioso. Usted puede tener la tensión arterial elevada y no mostrar síntomas. De ahí la importancia de la prevención.

Si no controla su tensión arterial, ésta puede afectar al funcionamiento de su corazón, cerebro y riñones. Recuerde que la hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular y que aumenta el peligro de derrame cerebral. Por eso conocer mejor qué es la hipertensión arterial y controlarla es la mejor forma de prevenir y moderar sus consecuencias. No olvide que, aunque los investigadores no han encontrado causas específicas de la hipertensión, sí han determinado algunos factores de riesgo que hacen que usted pueda ser más propenso a padecerla: obesidad, consumo elevado de sal, alcohol, tabaco, falta de ejercicio y estrés son algunos de ellos.

Tenga en cuenta que si posee antecedentes familiares de hipertensión ha de aumentar la vigilancia sobre su tensión. Por eso es fundamental que se realice controles periódicos y, de padecer hipertensión, combine el tratamiento prescrito por su médico con una dieta más saludable y ejercicio físico.

Aunque la hipertensión arterial no puede ser definitivamente curada, existen una serie de hábitos de vida que, unidos a la acción de los medicamentos antihipertensivos, pueden llegar a controlarla de forma sustancial y evitar así sus consecuencias. A continuación le damos una serie de consejos de gran utilidad para la prevención de la hipertensión y su control.

- Todo adulto de más de 40 años debe vigilar periódicamente su tensión arterial. Más aún, si sus padres o abuelos han sido hipertensos.
- Muchos hipertensos han normalizado su tensión arterial al lograr su peso ideal. Evite la obesidad.
- Si su vida es sedentaria y físicamente poco activa, descubra el placer del ejercicio físico regular y, si es posible, al aire libre. Pero recuerde que siempre debe adaptarlo a sus posibilidades reales: no haga físicamente más de lo que puede.
- Disminuya el nivel de sal en la preparación de sus comidas. Evite, además, los alimentos salados.
- Reduzca al mínimo las grasas animales de su dieta y hágala rica en verduras, legumbres, fruta y fibra.
- No fume y evite los ambientes contaminados por humo de tabaco. Invite a la gente de su entorno a dejar de fumar.
- Modere el consumo de bebidas alcohólicas. No tome más de uno o dos vasos de vino al día y, a lo sumo, una bebida alcohólica a la semana.
- No ingiera en exceso bebidas excitantes como el café, el té, etc.
- Siga fielmente el tratamiento prescrito por su médico y no lo interrumpa sin su conocimiento. Observe los posibles efectos secundarios atribuibles a los fármacos y coménteselos a su médico.
- Recuerde que la hipertensión es un poderoso factor de riesgo cardiovascular que se potencia cuando se asocia a colesterol elevado, diabetes o ácido úrico. Procure controlar, además de sus niveles de tensión, estos otros factores de riesgo citados. »

UROSEPSIS

INFECCION URINARIA

DEFINICIÓN

Síndrome séptico relacionado con infección del tracto urinario. Incluye evidencia clínica de infección del tracto urinario más criterios de sepsis.

PATOGENIA Y EVOLUCIÓN

- Los gérmenes mas frecuentes son bacterias entéricas Gram. negativas, especialmente E. coli. Los pacientes hospitalizados con sonda vesical tienen bacteriuria, pero no piuria ni síntomas localizados.
- Patógenos inusuales: bacterias multirresistentes (incluyendo Pseudomona aeruginosa), hongos
- Presencia de anomalías estructurales: obstrucción de la vía urinaria, cálculos renales o ureterales, abscesos renales o vesicales, quistes infectados, drenajes externos (catéteres urinarios, tubos de nefrostomía), drenajes internos, procedimientos de derivación urinaria, vejiga neurogénica.
- Respuesta del huésped alterada: trasplantados, neutropenia, síndromes de inmunodeficiencia congénitos o adquiridos.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Edad: mujeres jóvenes o de edad madura (Deficiencia estrogénica)
- Actividad sexual reciente o frecuente. La probabilidad relativa de cistitis aguda durante las 48 horas que siguen a una relación sexual se incrementa por un factor cercano a 60. Uso de espermicidas aumenta riesgo.
- Gestación
- Enfermedad neurológica o demencia asociada con trastornos para la micción o pobre higiene perineal.
- Enfermedad previa (diabetes, cáncer, cistocele) secuelas neurológicas (vejiga neurogénica)
- Varones: uropatía obstructiva, prostatitis
- Presencia de catéteres vesicales
- Procedimientos: cistoscopia, intervenciones quirúrgicas recientes (prostectomía, colpoperineorafia, etc.)

CUADRO CLINICO

1. Síntomas

Disuria, polaquiuria o hematuria macroscópica tiene una probabilidad de 50% de tener cistitis.

La ausencia de irritación o secreción vaginal incrementa la posibilidad de cistitis a más de 90%. Las mujeres que han tenido cistitis previas y regresan con síntomas sugestivos de recurrencia, tienen una probabilidad de 84 a 92% de tener infección.

Fiebre alta, confusión, hipotensión, ictericia, oliguria, sugieren sepsis o shock séptico.

2. Diagrama

DIAGNOSTICO

1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Evidencia de infección urinaria: cuadro clínico mas identificación del germen:

Piuria en el uroanálisis (5-10 leucocitos en el sedimento, examinado en campo de gran aumento), tiene una sensibilidad de 95% y especificidad de 75% en cuanto a infección se refiere

Bacteriuria: en el examen microscópico, la sensibilidad es menor pero mejora la especificidad (sensibilidad de 40-70% y especificidad 85-85% respectivamente).

Urocultivo:

Determinación semicuantitativa: Si está con sonda vesical se considera positivo el cultivo con 1000 UFC; si no está con sonda con 100 000 UFC.

El recuento de 100.000 bacteria por mililitro como punto de corte diagnóstico, la especificidad es alta pero la sensibilidad se reduce solo a 50%; en el caso de mujeres jóvenes con síntomas de cistitis reducimos el umbral a 1000 bacterias por mililitro, podemos mejorar la sensibilidad considerablemente sin alterar la especificidad.

Nitritos o la estearasa leucocitaria positivos: tienen una sensibilidad de 75% y una especificidad de 82%.

Urografía excretora: anomalías estructurales, morfológicas y funcionales. Riesgos: nefrotoxicidad por material de contraste.

Ultrasonido método menos invasivo y muy sensible para establecer la presencia de hidronefrosis y evaluar abscesos, de elección en la cabecera del paciente y en gestantes

Tomografía Axial Computarizada: provee mayor detalle anatómico del tracto urinario y es superior en el diagnóstico de abscesos, urolitiasis y evaluación de la hematuria.

2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se debe hacer con cólico renal o ureteral, enfermedad inflamatoria pélvica, Cérvico vaginitis, pancreatitis y neumonía

EXAMENES AUXILIARES

- De Patología Clínica
- Laboratorio Básico: Hemograma Completo, perfil de coagulación,
- Glucosa Urea, creatinina
- Examen de orina completo
- Urocultivo y antibiograma
- De Imágenes
- Ecografía abdominal
- Urografía excretoria
- Tomografía axial computarizada de abdomen

MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

HOSPITALES II 1

- Hospitalización en Emergencia
- Estabilizar al paciente
- Toma de muestras para cultivos
- Iniciar terapia antibiótica empírica

HOSPITALES III 1

- Hospitalización en UCIN o UCI
- Medidas de soporte prolongado:
- Inotrópicos
- Soporte Ventilatorio
- Soporte Nutricional
- Apoyo dialítico

HOSPITALES III 2

- Unidades Especializadas:
- Transplante
- Plasmaféresis

2. TERAPÉUTICA, ESTABLECER METAS A ALCANZAR CON EL TRATAMIENTO

METAS

ESTABILIDAD HEMODINÁMICA

- Fluidoterapia
- Inotrópicos
- Soporte dialítico
- Soporte ventilatorio

CONTROL DE LA INFECCIÓN

- Cultivo semicuantitativo
- Antibióticos: Cefalosporina de 3era Generación + quinolonas, Trimetropin/ sulfametoxazol, aztreonam u aminoglicósidos
- Drenaje de abscesos

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

- Tratamiento oportuno y específico
- Evitar nefrotoxicidad
- Controlar factores de riesgo

3. Efectos adversos o colaterales del tratamiento y su manejo

- Nefrotoxicidad: Vigilancia de creatinina, hidratación, regulación de dosis, estudios contrastados
- Fracaso Renal: Apoyo o soporte dialítico
- Cronicidad cultivos apropiados

4. Signos de alarma a ser tomados en cuenta

- Oliguria: Fracaso renal
- Fiebre persistente: buscar abscesos

- Hipotensión, trastorno del sensorio, ictericia: shock séptico

5. Criterios de Alta

- Estabilidad hemodinámica
- Función renal adecuada

6. Pronóstico

Bueno, si se identifica el agente etiológico, se usa racionalmente los antibióticos y los métodos de diagnóstico apropiados.

EVIDENCIAS

- Pielonefritis aguda
- Infección urinaria sin descompensación cardiorrespiratoria asociada:

Con tracto urinario sin alteración estructural o neurológica deberían tratarse con antibióticos durante dos semanas (A, I); más aún, algunos piensan que en pielonefritis leves a moderadas el tratamiento podría durar 5-7 días y administrarse por vía oral (B, I)

El tratamiento inicial puede hacerse con una fluoroquinolona oral (A, II) Algunos administran una dosis inicial parenteral de ceftriaxona, gentamicina o fluoroquinolona (B, III)

Si el germen es un Gram. positivo puede iniciarse con amoxicilina o amoxicilina/ácido clavulánico (B, III). Una alternativa interesante consiste en observar al paciente durante 12-24 horas en el servicio de Urgencias y evaluar la respuesta al tratamiento inicial con un antibiótico parenteral (B, II).

Urosepsis asociada a inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria: se iniciará antibióticos por vía intravenosa (A, II).

Las guías de la Asociación Americana de Infectología (IDSA) recomiendan el uso de una fluoroquinolona parenteral, un aminoglicósido con o sin ampicilina o una cefalosporina de espectro extendido con o sin aminoglicósido (B, III).

Luego de obtener mejoría clínica, medida como desaparición de la fiebre (usualmente 48-72 horas), se sugiere cambiar a un régimen oral que de acuerdo con el antibiograma podría ser una fluoroquinolona, trimetoprim/sulfametoxazol y si es un Gram-positivo, amoxicilina o amoxicilina/clavulanato (B,III).

COMPLICACIONES

- Insuficiencia renal aguda
- Absceso Renal
- Shock Septico
- Falla organiza multisistemia
- Infeccion urinaria recurrente

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA REFERENCIA

El paciente debe ser referido al nivel inmediato superior con capacidad resolutive del problema cuando no se esté en posibilidad de establecer un manejo y diagnóstico adecuados o cuando se presente una complicación. 37

PARASITOSIS INTESTINALES

1. Protozoos: Giardia. Entamoeba
2. Helmintos:
 - 2.1. Cestodos: Tenias
 - 2.2. Nematodos: Trichuris. Ancylostoma. Ascaris. Oxiuros (Enterobius vermicularis)

Oxiuriasis (ENTEROBIUS VERMICULARIS). (LOMBRICES)

Es la parasitosis más frecuente y reincidente en nuestro medio, sobre todo en los niños en edad escolar, alcanzando el máximo entre los 5-14 años de edad. Es un cuadro de escasa relevancia clínica, pero es frecuente que afecte a todos los miembros de una familia. El hombre es el único huésped conocido. El ciclo vital es de 15-45 días y se inicia con la ingestión de huevos en las manos, alimentos o bebidas contaminadas. Teniendo en cuenta que los huevos son infectantes en el momento de ser puestos, puede producirse autoinoculación por rascado de la zona anal de un paciente que ya tiene una infección. Las larvas salen en el intestino superior, copulan y posteriormente emigran hacia el ano para depositar miles de huevos en las regiones perianales y perineales.

CLÍNICA

La presencia de gusanos adultos o de huevos produce prurito anal intenso (nocturno). La infestación produce: irritabilidad, inquietud, anorexia e insomnio. Una gran proporción de pacientes permanecen asintomáticos y, a veces, puede ocurrir que los síntomas clásicos de prurito perianal, sueño inquieto e irritabilidad no sean más frecuentes entre los niños infectados que en los no infectados

DIAGNOSTICO

Los padres pueden observar gusanos hembras, de unos 10 mm, en un niño infectado mediante el examen nocturno de los márgenes anales con linterna, aunque a veces los parásitos se confunden con hilos blancos. La prueba de la cinta de celofán (test de Graham) detecta el 50 % de las infecciones al primer examen y el 99 % si se hacen cinco determinaciones. Se coloca un trozo claro de cinta de celofán contra la zona de la región perianal a primeras horas de la mañana, se pone de cara contra la superficie de un portaobjetos de cristal limpio y se lleva a la consulta del médico para su examen microscópico. No hay huevos en heces (no coprocultivo).

Para hacer el diagnóstico se emplea la prueba de la cinta de celofán (test del celo) o por la identificación de gusanos adultos de color blanco amarillento (10-13 mm) en la zona perineal.

TRATAMIENTO

Dado que la infección por oxiuros se disemina en las familias y puede ser asintomática, lo mejor es el tratamiento inicial de todos sus miembros. Los fármacos destruyen sólo los gusanos adultos, por lo que el tratamiento de los individuos sintomáticos, 2 semanas después del tratamiento inicial, puede mejorar las tasas de curación.

– De elección

a) Mebendazol, 100 mg en dosis única (igual para adultos que para cualquier edad > 2 años). Repetir tras 2 semanas para eliminar las formas adultas que han aparecido a partir de los huevos. Contraindicado durante el embarazo. Tiene menos efectos secundarios (raramente dolor abdominal y diarrea).

Es conveniente evitar su uso en edades inferiores a los 2 años; se pueden utilizar pautas alternativas.

– Alternativa

a) Suspensión de Pamoato de pirantel, 11 mg/kg (máximo 1 g en adultos y 250 mg en menores de 2 años) en dosis única. Repetir la misma dosis a las 2 semanas. Efectos secundarios leves (mareos, somnolencia, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal). Se puede dar desde los 6 meses de edad

b) Pamoato de pirvinio, 75 mg por cada 10 kg de peso. Dosis única y repetir a los 15 días. Tiñe las heces de color rojo. Es la alternativa de menor coste.

MEDIDAS DE CONTROL

Tratamiento simultáneo a toda la familia (también a los 15 días), aun de los miembros asintomáticos, para evitar la reinfestación.

Las medidas preventivas, como los lavados frecuentes de las manos y las uñas, el evitar chupar los dedos y la descontaminación de la ropa, lugares de dormir y asientos del retrete pueden disminuir la infección, pero quizá no justifiquen el trauma psicológico y el estigma asociado a los oxiuros.

Los seres humanos se infestan por ingestión de los huevos que pueden localizarse en las uñas de los dedos, ropa, sábanas y polvo. Un cuidadoso lavado de las manos y uñas (tener las uñas cortas) puede ayudar a disminuir la transmisión y autoinoculación. Es aconsejable lavar la ropa de cama y ropa interior y el pijama con agua caliente.

La infección a través del polvo de la casa o escuela debe ser un medio de contagio frecuente. No es fácil la lucha contra los oxiuros dada la gran contaminación ambiental por los huevos de oxiuros.

En cuadros frecuentes (2-4 al año) por ejemplo en niños institucionalizados, con exposición casi constante, pueden ser necesarios tratamientos repetidos cada 3 o 4 meses. Ducharse cada mañana y vestir con ropa interior ajustada. Lavados de la región anal cada 6 horas. ³²

Polineuritis

Nombres alternativos

Polineuritis idiopática aguda; Polineuropatía inflamatoria aguda; Polineuritis infecciosa; Síndrome de Guillain-Barré-Landry

Definición

Es un trastorno grave que ocurre cuando el sistema de defensa del cuerpo (sistema inmunitario) ataca parte del sistema nervioso por error. Esto lleva a que se presente inflamación del nervio que ocasiona debilidad muscular, la cual continúa empeorando.

Causas, incidencia y factores de riesgo

El síndrome de Guillain-Barré es un trastorno autoinmunitario, cuya causa se desconoce. El síndrome puede presentarse a cualquier edad pero es más común en personas de ambos sexos entre las edades de 30 y 50 años. A menudo, aparece después de una infección menor, generalmente una infección respiratoria (pulmón) o infección gastrointestinal (intestinos). Los signos de la infección original usualmente ya han desaparecido antes de que los signos del síndrome de Guillain-Barré comiencen. El síndrome de Guillain-Barré causa inflamación que daña partes de los nervios. Este daño a los nervios causa hormigueo, debilidad muscular y parálisis. La inflamación generalmente afecta la cubierta del nervio (vaina de mielina), daño que se denomina desmielinización, lo cual reduce el envío de señales del nervio. El daño a otras partes del nervio puede hacer que dicho nervio deje de trabajar. El síndrome de Guillain-Barré puede presentarse junto con infecciones víricas tales como.

- Mononucleosis
- SIDA
- Herpes simple

Igualmente puede ocurrir con otras condiciones médicas tales como el lupus eritematoso sistémico o la enfermedad de Hodgkin. Algunas personas pueden desarrollar este síndrome después de una infección bacteriana, ciertas vacunas (como la vacuna contra la rabia y la gripe porcina) y después de una cirugía.

Síntomas

Los síntomas de Guillain-Barré empeoran muy rápidamente y puede tomar únicamente unas cuantas horas para llegar a los síntomas más graves. La debilidad muscular o la pérdida de la función muscular (parálisis) afecta ambos lados del cuerpo. Si la debilidad muscular comienza en las piernas y luego se disemina a los brazos, se denomina parálisis ascendente.

Los pacientes pueden notar hormigueo, dolor en la pierna o la mano y torpeza. A medida que la función muscular empeora el paciente puede requerir asistencia respiratoria.

Los síntomas típicos son

- Debilidad muscular o pérdida de la función muscular (parálisis)
- La debilidad comienza en los pies y las piernas y puede progresar hacia arriba hasta los brazos y la cabeza
- Puede empeorar rápidamente entre 24 y 72 horas
- Puede comenzar en los brazos y progresar hacia abajo
- Puede ocurrir en los brazos y las piernas al mismo tiempo
- Puede ocurrir únicamente en los nervios craneanos
- En los casos leves, es posible que no ocurra ni la parálisis ni la debilidad
- Falta de coordinación
- Cambios en la sensibilidad
- Entumecimiento, disminución de la sensibilidad
- Sensibilidad o dolor muscular (puede ser similar al dolor por calambres)

Algunos síntomas adicionales pueden ser

- Visión borrosa
- Dificultad para mover los músculos de la cara
- Torpeza y caídas
- Palpitaciones (sensación táctil de los latidos del corazón)
- Contracciones musculares

Síntomas de emergencia (se debe buscar ayuda médica inmediata)

- Dificultad para deglutir
- Babeo
- Dificultad respiratoria
- Ausencia temporal de la respiración
- Incapacidad para respirar profundamente
- Desmayos

Signos y exámenes

Los antecedentes de debilidad muscular y parálisis pueden ser indicio del síndrome de Guillain-Barré, especialmente si hubo una enfermedad reciente. Un examen médico puede mostrar debilidad muscular y problemas con las funciones corporales involuntarias (autónomas), como la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca. Puede haber evidencia de disminución de la capacidad para respirar, ocasionada por la parálisis de los músculos respiratorios, y una disminución en ciertos reflejos de brazos y piernas.

Se pueden ordenar los siguientes exámenes

- VCN (velocidad de conducción nerviosa) que muestra daño al nervio
- EMG: un examen de la actividad eléctrica en los músculos que puede mostrar que los nervios no reaccionan apropiadamente a los estímulos
- LCR (líquido cefalorraquídeo): puede haber incrementado los niveles de proteínas sin un incremento en los glóbulos blancos
- ECG: puede mostrar anomalías en algunos casos

Tratamiento

No existe cura para el síndrome del Guillain-Barré. Sin embargo, hay disponibilidad de muchos tratamientos para reducir los síntomas, tratar las complicaciones y acelerar la recuperación. Cuando los síntomas sean graves, el paciente necesitará ir al hospital para recibir asistencia respiratoria, tratamiento y fisioterapia.

Un método llamado plasmaféresis se utiliza para retirar la sangre de la persona y reemplazarla con líquidos intravenosos o sangre donada que esté libre de proteínas llamadas anticuerpos.

La terapia de inmunoglobulina intravenosa (IVIg) es otro procedimiento que se utiliza para reducir la gravedad y duración de los síntomas del Guillain-Barré.

Otros tratamientos se orientan a la prevención de las complicaciones

- El posicionamiento adecuado del cuerpo y el uso de una sonda de alimentación se pueden utilizar para prevenir el ahogamiento durante las comidas.
- Se pueden usar anticoagulantes para prevenir la formación de coágulos.
- El dolor se trata de manera agresiva con medicamentos antiinflamatorios y narcóticos si es necesario.

Grupos de apoyo

Expectativas (pronóstico)

La recuperación puede tomar de semanas a meses y la mayoría de las personas sobreviven y se alivian completamente. De acuerdo con el National Institute of Neurological Disorders and Stroke, cerca del 30% de los pacientes aún tiene alguna debilidad después de tres años. La debilidad leve puede persistir en algunas personas.

El pronóstico de un paciente probablemente será muy alentador cuando los síntomas desaparezcan dentro de un período de tres semanas después de su aparición inicial.

Complicaciones

- Dificultad respiratoria (insuficiencia para respirar)
- Broncoaspiración de alimentos o líquidos (aspiración)
- Neumonía
- Aumento del riesgo de infecciones
- Trombosis venosa profunda
- Pérdida permanente del movimiento en un área
- Contracturas de las articulaciones u otras deformidades

Situaciones que requieren asistencia médica

Se debe buscar asistencia médica inmediata si se presenta cualquiera de los siguientes síntomas:

- Pérdida del movimiento
- Disminución de la sensibilidad
- Dificultad para deglutir
- Dificultad respiratoria
- Incapacidad para respirar profundamente
- Desmayos ³⁶

Faringitis y Amigdalitis

La faringitis y la amigdalitis son infecciones de la garganta que causan inflamación. Si afecta principalmente a las amígdalas, se denomina amigdalitis. Si afecta principalmente a la garganta, se denomina faringitis. Una persona también puede tener al mismo tiempo inflamación e infección de las amígdalas y la garganta. En este caso se llama faringoamigdalitis. Estas infecciones se diseminan por el contacto cercano entre las personas.

Las infecciones bacterianas son más frecuentes durante el invierno. Las infecciones víricas son más frecuentes durante el verano y el otoño. ¿Qué causa la faringitis y la amigdalitis?

Existen muchas causas de las infecciones de la garganta. Las más frecuentes son las siguientes:

- Virus - esta infección es la más frecuente en todos los grupos de edad, y puede incluir:
 - o Adenovirus.
 - o Virus de la influenza.
 - o Virus de Epstein-Barr.
 - o Virus del herpes simple.
- Las bacterias.
 - o Streptococos beta-hemolíticos del grupo A (su sigla en inglés es GABHS)
 - o Neisseria gonorrhoeae.
 - o Haemophilus influenzae del tipo B.
 - o Micoplasma.
- Infecciones por hongos.
- Infección por parásitos.
- El humo del cigarrillo.
- Otras causas.

Síntomas de la faringitis y la amigdalitis

Los síntomas de la faringitis y la amigdalitis dependen en gran medida de la causa de la infección y de la persona afectada. En algunas personas, los síntomas aparecen rápidamente, en otras, la aparición se produce de forma lenta. A continuación, se enumeran los síntomas más comunes de la faringitis y la amigdalitis. Sin embargo, cada individuo puede experimentar los síntomas de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir los siguientes:

- Dolor de garganta.
- Fiebre, que puede ser alta o baja.
- Dolor de cabeza.
- Disminución del apetito.
- Malestar general.
- Náusea.
- Vómitos.
- Dolor de estómago.
- Dolor al tragar.
- Enrojecimiento o supuración visibles en la garganta.

Los síntomas de la faringitis y la amigdalitis pueden parecerse a los de otras condiciones o problemas médicos. Siempre consulte a su médico para el diagnóstico.

Diagnostico

En la mayoría de los casos, resulta difícil distinguir entre una infección vírica y una infección por estreptococos sólo con el examen físico. Sin embargo, es importante saber si la infección de garganta es debida al GABHS, ya que en este caso es necesario un tratamiento con antibióticos para evitar las complicaciones que puede producir dicha bacteria. Por eso, cuando se tienen los síntomas anteriores, en la mayor parte de los casos se hace un examen de estreptococos (strep test) y un cultivo de faringe para determinar si el causante de la infección es el GABHS. Se suele hacer tomando una muestra de la garganta con un hisopo en el consultorio del médico. Se pueden realizar los llamados "quick test" que detectan rápidamente los estreptococos. Si el resultado es positivo, se pueden empezar a tomar inmediatamente antibióticos contra el GABHS. Si es negativo, parte de la muestra de la garganta se utilizará para realizar un cultivo de faringe. El cultivo identificará, a los dos o tres días, si el GABHS está presente. Su médico decidirá el plan del tratamiento dependiendo de los resultados.

Tratamiento

El tratamiento específico de la faringitis o la amigdalitis será determinado por su médico basándose en lo siguiente:

- Su edad, su estado general de salud y su historia médica.
- Qué tan avanzada está la condición.
- La causa de la condición.
- Su tolerancia a ciertos medicamentos, procedimientos o terapias.
- Sus expectativas para la trayectoria de la condición.
- Su opinión o preferencia.

Si el causante de la infección no es una bacteria, generalmente el tratamiento se centra en aliviar los síntomas. Los antibióticos no son de utilidad en las infecciones de garganta causadas por virus. El tratamiento puede incluir lo siguiente:

- Acetaminofén (para el dolor).
- Aumento en el consumo de líquidos.
- Tabletas para la garganta.
- Antibióticos (si la causante de la infección es una bacteria, no un virus). ³¹

BRONQUITIS AGUDA

Inflamación aguda del árbol traqueobronquial, que suele ser autolimitada y cura por completo con recuperación de la función.

Aunque suele ser leve, la bronquitis aguda puede ser grave en los Pacientes debilitados y en los que padecen una broncopatía o cardiopatía crónicas. La obstrucción al flujo aéreo es una consecuencia frecuente y la neumonía una complicación grave. La bronquitis crónica se comenta en el epígrafe Obstrucción al flujo aéreo, capítulo 68.

Etiología

La bronquitis infecciosa aguda, más prevalente en invierno, suele formar parte de una IRA aguda. Puede producirse después de un resfriado común u otra infección vírica de la nasofaringe, la garganta o el árbol traqueobronquial, con frecuente sobreinfección bacteriana secundaria. Entre los virus que pueden producir una bronquitis aguda se encuentran adenovirus, coronavirus, influenza A y B, virus parainfluenza, virus sincitial respiratorio, virus Coxsackie A21, rinovirus y los virus que producen la rubéola y el sarampión. *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella pertussis* y *Chlamydia pneumoniae* también originan una bronquitis infecciosa aguda, sobre todo en adultos jóvenes. Se considera que la malnutrición y la exposición ambiental a contaminantes son factores predisponentes o que contribuyen a esta enfermedad. La bronquitis suele recidivar en los broncópatas crónicos, cuyos mecanismos de aclaramiento bronquial están alterados, y en los Pacientes con sinusitis crónica, bronquiectasias, alergia broncopulmonar o EPOC, así como en niños con hipertrofia amigdalar o adenoidea.

La bronquitis aguda irritativa puede deberse a diversos polvos vegetales o minerales, a los humos de los ácidos fuertes, amoníaco, determinados disolventes orgánicos volátiles, cloro, ácido sulfhídrico, dióxido de azufre o bromo, los irritantes ambientales como ozono y dióxido de nitrógeno y también el tabaco y otros humos.

La tos de tipo asmático, en que el grado de broncoconstricción no es suficiente para producir sibilancias claras, puede deberse a la inhalación de alergenos por un Paciente atópico o a la exposición crónica a un irritante en una persona con una hiperreactividad leve de la vía aérea. El tratamiento es parecido al del asma corriente.

Anatomía patológica y fisiopatología

El cambio más precoz es la hiperemia de la mucosa acompañada de descamación, edema, infiltración leucocitaria de la submucosa y producción de un exudado pegajoso o mucopurulento. Se alteran las funciones protectoras de los cilios bronquiales, de los fagocitos y de los linfáticos y las bacterias pueden invadir los bronquios, estériles en condiciones normales. La tos resulta fundamental para eliminar las secreciones bronquiales. Se puede producir obstrucción bronquial por el edema de la pared bronquial, por las secreciones retenidas y, en algunos casos, por el espasmo de los músculos bronquiales.

Síntomas y signos

La bronquitis infecciosa aguda suele venir precedida por síntomas de una infección respiratoria alta: coriza, malestar, escalofríos, discreta fiebre, dolor muscular y de espalda y dolor de garganta. La aparición de una tos molesta suele indicar el principio de una bronquitis. La tos es seca y no productiva en fases iniciales, pero a las pocas horas o días se empieza a eliminar esputo viscoso en pequeña cantidad, que se va haciendo más abundante y mucoso o mucopurulento. El esputo francamente purulento sugiere una infección bacteriana añadida. Algunos Pacientes refieren un dolor subesternal urente, que se agrava con la tos. En un caso no complicado grave puede aparecer fiebre de 38,3 a 38,8 °C durante 3 a 5 d, tras la cual desaparecen los síntomas agudos (aunque puede persistir la tos algunas semanas). Una fiebre sostenida debe sugerir una neumonía. Se puede producir disnea como consecuencia de la obstrucción de la vía aérea.

Los signos pulmonares son escasos en la bronquitis aguda no complicada. Se pueden auscultar roncus agudos o graves aislados y ocasionales estertores húmedos o secos en las bases. Son frecuentes las sibilancias, sobre todo después de la tos. Los signos localizados persistentes en la exploración torácica sugieren que se ha desarrollado una bronconeumonía.

Las complicaciones graves suelen producirse sólo en Pacientes con una broncopatía crónica de base. En dichos Pacientes, la bronquitis aguda puede originar graves alteraciones gasométricas (insuficiencia respiratoria aguda).

Diagnóstico

El diagnóstico suele basarse en los signos y los síntomas, pero es preciso realizar una radiografía de tórax para descartar complicaciones u otras enfermedades asociadas si los síntomas son graves o prolongados. Se deben controlar los gases en sangre arterial cuando exista una broncopatía crónica grave de base. Cuando los Pacientes no responden a

antibióticos o tienen unas circunstancias clínicas especiales (inmunosupresión), se debe realizar una tinción de Gram y un cultivo del esputo para determinar el germen causal.

Tratamiento

El Paciente debe descansar hasta que desaparezca la fiebre. Es imprescindible que tome muchos líquidos orales (hasta 3 o 4 l/d) durante la fase febril. Un analgésico antipirético (en adultos, aspirina, 650 mg, o paracetamol, 650 mg, cada 4 a 6 h; en niños, paracetamol, 10 a 15 mg/kg cada 4 a 6 h) reduce la fiebre y el malestar.

El tratamiento sintomático de la tos se comenta en el capítulo 63.

Los antibióticos están indicados cuando existe una EPOC asociada (v. Obstrucción al flujo aéreo, cap. 68), cuando el esputo es purulento o cuando persiste una fiebre alta y el Paciente está más grave. En la mayoría de los adultos es razonable administrar 250 mg de ampicilina o tetraciclina v.o. cada 6 h como primera alternativa, aunque se puede administrar como alternativa trimetoprima-sulfametoxazol, 160/800 mg v.o. 2/d. No se debe administrar tetraciclina a niños <8 años y se puede sustituir por 40 mg/kg/d de amoxicilina en dosis divididas 3/d. Cuando los síntomas persisten o recidivan o cuando el proceso sea más grave de lo habitual, están indicados la citología y cultivo del esputo y así se puede elegir el antibiótico en función del germen presente y su sensibilidad antibiótica. Si se considera que *M. pneumoniae* o *C. pneumoniae* son los gérmenes responsables, se pueden administrar de 250 a 500 mg de eritromicina v.o. 4/d.

Durante las epidemias por virus de la influenza A se puede plantear el tratamiento con rimantadina. 36

TRAQUEÍTIS BACTERIANA

(Crup pseudomembranoso)

Infección de la tráquea causada por diversos tipos de bacterias.

Esta infección es rara y afecta a niños de cualquier edad. Los patógenos más frecuentemente implicados son *S. aureus*, estreptococos β -hemolíticos del grupo A y *H. influenzae* tipo b. Comienza de forma aguda y se caracteriza por estridor respiratorio, fiebre alta y, a menudo, una secreción purulenta copiosa. El cuadro clínico del niño puede simular una epiglotitis con toxicidad importante y un sufrimiento respiratorio que progresa rápidamente, haciendo necesaria la intubación. La traqueítis bacteriana se diagnostica por laringoscopia directa, cuando se observan las secreciones purulentas y la inflamación del área subglótica, o mediante una radiografía lateral del cuello en la que se aprecie el estrechamiento subglótico con una membrana purulenta y desflecada.

El tratamiento consiste en administrar antibióticos eficaces frente a *S. aureus*, estreptococos y *H. influenzae* tipo b. Como terapéutica empírica, puede recurrirse a la cefuroxima i.v. Una vez establecido el diagnóstico microbiológico definitivo, se pasará al antibiótico más específico, manteniendo el tratamiento durante 10 a 14 d.

Las traqueítis bacterianas graves se tratarán de forma similar a la epiglotitis. Sus complicaciones consisten en bronconeumonía, sepsis y celulitis o abscesos retrofaríngeos. La estenosis subglótica secundaria a la intubación prolongada es rara. La mayor parte de los niños que reciben un tratamiento adecuado se recuperan sin secuelas.

HIPERTROFIA DE ADENOIDES

Aumento de tamaño del tejido adenoide debido a hiperplasia linfoide.

La hipertrofia adenoidea ocurre en los niños, en los que puede ser fisiológica o secundaria a una infección o a una alergia. Es típico que provoque la obstrucción de las trompas de Eustaquio, de las coanas o de ambas. La obstrucción de las trompas puede dar lugar a otitis media (derrame en el oído medio) aguda, crónica o secretora (serosa). La obstrucción de las coanas produce respiración bucal, apnea obstructiva durante el sueño, voz hiponasal y rinorrea purulenta, además de facilitar la sinusitis crónica. La adenoiditis crónica es frecuente.

En los casos de otitis media serosa y crónica, suele estar indicada la adenoidectomía con el fin de amortiguar las exacerbaciones y mejorar los resultados de la timpanoplastia. En la otitis media aguda de repetición, la indicación de la adenoidectomía depende de la duración del episodio tras la instauración del tratamiento antibiótico, de si el tímpano está o no perforado, de la frecuencia con que se requiere la miringotomía y de la gravedad de los síntomas generales.

En la obstrucción de las coanas, la necesidad de la adenoidectomía depende de la gravedad de la obstrucción y de la edad del paciente, ya que la hiperplasia linfoide alcanza su grado máximo en la pubertad. En la rinorrea purulenta (o en la sinusitis persistente o de repetición, a pesar de los tratamientos antibióticos adecuados) la adenoidectomía puede ser eficaz en niños por lo demás sanos y cuidadosamente seleccionados. ³⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sabemos que el medico familiar esta preparado y formado para desarrollar y poner en practica actitudes y habilidades especiales que le califican para proporcionar la conservación completa y de la salud familiar y la atención medica de toda la familia, independientemente del sexo edad o el tipo de problemas presente, sea biológico, conductual y social.

El medico esta como defensor del paciente o de su familia en todas las cuestiones relacionadas con la salud y que también la afecten socioeconómicamente, ya que vigilara asuntos legales y/o laborales que le afecten.

Durante su trabajo para presentar una asistencia sanitaria dentro de un marco bopsicosocial, los médicos de familia deben continuar encontrando mejores métodos para comprender a las familias, ayudarlas en la asistencia a los familiares enfermos en el hogar y facilitarles la adopción de unos estilos de vida sanos que vayan unidos a la mejora de la salud.

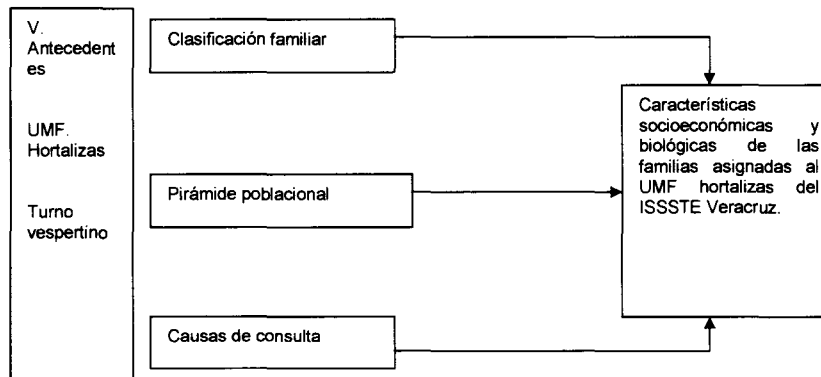
Para que todo esto tenga éxito en el núcleo familiar y exista buena relación medico-paciente-familia es necesario conocer las características socioeconómicas, morbilidad y pirámide poblacional de las familias adscritas a la unidad de medicina familiar las HORTALIZAS DEL ISSSTE VERACRUZ turno vespertino.

¿Cuáles son las causas de enfermedades mas frecuentes en el modulo de Medicina Familiar de las hortalizas del turno vespertino de enero a junio de 2006?

¿Cuáles son las características socioeconómicas de las familias adscritas a la UMF las hortalizas turno vespertino ISSSTE Veracruz?

MODELO CONCEPTUAL

Es una herramienta que nos identifica las variables, en forma clasificadas; variable antecedente es conocida ejemplo, el lugar donde estoy haciendo el estudio, consultorio num. 26, turno matutino. Variable Independiente ,esta ya esta establecida, ya la conocemos, por ejemplo: pirámide poblacional, tipología y clasificación familiar en base a parentesco, presencia física y convivencia, nivel socioeconómico, estilo de vida originados por cambios sociales, ciclo vital y la morbilidad de la población asignada (20 principales causas de consulta) y la variable dependiente es la que desconozco, va representar el problema, es lo que voy a estudiar, es el resultado de v.a. y v.i



JUSTIFICACION

La medicina de familia es la única especialidad dedicada exclusivamente a la atención primaria. La mayoría de médicos de familia de 93% se dedica a la atención directa del paciente. (5).

Esta especialidad es tan amplia que el médico se convierte en un experto en cuanto al tratamiento de los problemas mas comunes y dispuestos a proporcionar sus servicios en función de las necesidades del paciente y de comunidad y no necesariamente a la conveniencia o el nivel de formación del medico. Dado el nivel de competitividad existente (5).

Lo que buscamos es el paso de modelo de atención personal al modelo de atención comunitaria y de esta manera se atenderán de manera mas directa los problemas sanitarios que afectan en gran medida a la comunidad como son la pobreza, violencia intrafamiliar, estilo y hábitos de vida (obesidad, tabaco consumo, exposición medioambiental).

Algunas de las ventajas a la comunidad son una mejor relación medico-paciente, un mejor cumplimiento del paciente y del médico y un menor costo de la atención médica. (5).

Al tener mejor conocimiento del paciente y de su familia por parte del medico de familia da como resultados menores gastos en ordenar estudios de laboratorio y de hospitalizaciones innecesarias, en contraste con otros médicos que al no conocer al paciente ordenan estudios innecesarios o periodos de hospitalización prolongados.

Además el conocer y explorar sistemáticamente el impacto de la familia sobre la salud, la cual fue tomada en cuenta hasta finales de los años setenta y principios de los ochenta.

La revisión original de la bibliografía sobre la familia y la salud hecha por Campbell fue la primera revisión crítica de esta nueva área de investigación sanitaria. Había pocos estudios que probaran de una manera adecuada la hipótesis de que las familias pueden influir de forma negativa o positiva en el resultado de un problema sanitario. (5).

Se cita el trabajo de Minuchin sobre familias psicossomáticas con asma, diabetes o anorexia nerviosa, como prueba de que determinados tipos de familias disfuncionales pueden contribuir a la enfermedad y lo contrario personas íntimamente relacionadas dentro de la familia podían exacerbarla enfermedades como diabetes y asma.

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer las características biológicas y sociales, económicas de las familias asignadas a la UMF las Hortalizas turno vespertino del ISSSTE Veracruz.

ESPECIFICOS

- Establecer la pirámide poblacional de la UMF las hortalizas del turno vespertino.
- Identificar las 20 principales causas de consulta de la población asignada a esta unidad de medicina familiar las hortalizas.
- Clasificar las familias e acuerdo a las variables a estudiar, contempladas en las encuestas realizadas de la UMF las hortalizas, ISSSTE Veracruz.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO: De acuerdo a la clasificación de Mendez y cols () este estudio se clasifica de la siguiente manera.

OBSERVACIONAL: Ya que solo se describe el fenómeno estudiado sin modificarse ninguna de las variables que intervienen en el fenómeno.

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

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

TRANSVERSAL: Por el estudio en el que se mide en una sola ocasión la o las variables involucradas. No se pretende evaluar su evolución en el tiempo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Para la pirámide poblacional se utilizarán las tarjetas vd1 de vigencia de derechos de la unidad..... (ANEXO 1).

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

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

Este estudio se llevará a cabo en la unidad de medicina familiar las hortalizas ISSSTE Veracruz del turno vespertino.

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

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tipo de la muestra; se ampliará un muestreo no aleatorio, secuencial y por cuotas.

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

Por cuota; se encuestará a un total de 50 familias adscritas a la UMF de las hortalizas ISSSTE Ver. turno vespertino.

Para la pirámide poblacional no se utilizará muestreo ya que se incluirán todas las tarjetas vd1 de los pacientes adscritos a la UMF las hortalizas ISSSTE Ver. turno vespertino.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

C. DE INCLUSION

Hoja de registro diario del médico pertenecientes a la unidad de medicina familiar las hortalizas. Del ISSSTE Ver. turno vespertino.

Tarjetas vd1 de los pacientes de los pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar del ISSSTE Ver

Familias; las adscritas a la UMF LAS HORTALIZAS del ISSSTE Ver. turno vespertino.

C. DE EXCLUSION

Hojas de registro diario del medico pertenecientes a un consultorio o turno diferente.

Tarjetas vd1 pertenecientes a pacientes de consultorios diferentes al que es esta estudiando.

Familias adscritas a otro consultorio.

C. DE ELIMINACION

Hojas de registro diario del medico ilegibles.

Tarjetas vd1 con datos incompletos.

Familias con encuestas incompletas.

VARIABLES A ESTUDIAR

VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	NIVEL DE MEDICION
Estado civil	Casados Unión libre Otro	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
Clasificación de la familia con base en el parentesco	Nuclear Nuclear simple Nuclear numerosa Reconstruida binuclear Etc.	Nominal
Clasificación de la familia sin parentesco	Monoparental extendida sin parentesco	Nominal
Etc.		
Etc.		
Pirámide poblacional por grupos de edad	Menores de 1 año De 1 a 4 años De 5 a 9 años De 10 a 14 años Etc. Etc.	
Pirámide poblacional por sexo	Masculino Femenino	Nominal
Principales causas de consulta	Diagnósticos anotados en el formato sm1-10	Nominal

PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACION

Para la pirámide poblacional se revisaron todas las tarjetas vd1 de los pacientes asignados a la UMF las hortalizas ISSSTE Ver.

Para las principales causas de consulta se revisaron todos los formatos sm1-10 existentes de enero a junio del 2006 de la UMF las hortalizas Ver. turno vespertino.
Para determinar las características familiares se encontraron 50 familias adscritas a la UMF las hortalizas ISSSTE Ver. turno vespertino. .

Aplicando la cédula básica de identificación familiar, durante la consulta medica del paciente.

CONSIDERACIONES ETICAS

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

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

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

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

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

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

La Comisión Nacional de Bioética (25) en su Código de Bioética para el Personal de Salud 2002 en su Capítulo VII dice:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De acuerdo a las anteriores reglamentaciones el presente trabajo no representa ningún riesgo para los pacientes involucrados; se les pidió autorización verbal para realizar la encuesta, la cual se realizó en el consultorio, en el momento de la consulta.

RESULTADOS

CENSO POBLACIONAL

En el presente estudio realizado en la Unidad Familiar las Hortalizas turno vespertino, se observó que la población adscrita fue de 4,070, predominando el sexo femenino con 2,235 mujeres que equivale a 54.91% y masculinos 1,835 que corresponde a 45.09% observándose que edad que predomina en esta población oscila en 19-24 años, tanto para mujeres (240-10.74%) y hombres (233-12.15%).

Seguida de los 45 a 49 años con 202 mujeres que equivale 9.04 y 131 hombres que corresponde a 7.14%.

Y la mínima edad que son los 2-1 año, se apreció 6 niños con 0.33% y 5 niños con 0.22%. en los derechohabientes mayores de 75 años, se encuentran 165 mujeres que corresponde al 7.38% y 109 hombres con 5.94%.

Se realizaron 50 encuestas a los derechohabientes que asisten a la U.M.F. a solicitar consulta, de todas esas familias, se observó que existen 31 casados, 2 en unión libre, 8 solteros, 2 viudos, 1 divorciado y solo 5 de las entrevistas fueron los hijos. Observándose que en años de casado oscila en la mayor de 60 años, y en la mínimos de años 5 años de casado.

En cuanto a la edad de las madres se ubicó 30-39-11 mujeres, 40 a 49-9 mujeres, disminuyendo en edad 50-59 solo fueron 5, resto 3.

En el hombre tomando en cuenta las mismas edades fue muy bajo, predominando 8 en edad de 50-59 años, 4 en 30-39, 4 en 60 a 69 y el resto correspondió 5 mas entrevistados.

En cuanto a sus medios de subsistencia de los padres de familia de los 50 padres entrevistados el mayor número es a nivel de servicio con 41 siguiendo la ocupación de industrial con 3 padres y por últimos dedicados solo agrícola o pecuaria con 2. Observación 4 entrevistados fueron hijos que no perciben salario.

Referente a la escolaridad de las 50 entrevistas, el porcentaje mayor se encuentra en el nivel, secundaria con un número de 16 padres, siguiéndole el nivel profesional con 13 padres de familia y por último el nivel técnico con 8 padres, primaria 5, licenciatura 2.

De acuerdo al número de hijos de las familias encuestadas correspondió el mayor en el rango de 0-10 años de edad con 22 hijos, y le sigue el rango de 11 a 19 años con 38 hijos, y por último de 20 y mas años con 63 hijos.

Núcleo integrado 32, extensa absoluta solo 1 igualmente en extensa descendiente.

Núcleo no integrado 16.

En cuanto a la etapa ciclo vital familiar, se encuentra en las familias encuestadas 15 con matrimonio, en expansión 20, dispersión 9 e independencia solo 6. No se observó ninguna familia en rebozo y muerte.

Referente a los ingresos de nivel económico de las 50 familias encuestadas, encontramos 31 de ellas en el nivel 1° que equivale al 62% y 19 en el nivel 2° de acuerdo al salario percibido y se contempla comprar la canasta básica y el pago de estudios los hijos y todos los servicios así como el vestir y calzar a la familia en forma periódica, no hubo familiar que no se le consideraran pobre.

En cuanto al tipo de familia de las 50 encuestadas correspondió al tipo nuclear con 6 familias a la nuclear simple 25 familias, a la binuclear 2, monoparental 5, monoparental extendida 8, extensa 2, extensa compuesta 3.

De las 10 principales motivos de consulta de la U.M.F. las hortalizas, predominaron las infecciones de vías respiratorias agudas (faringotraqueitis, faringoamigdalitis, faringitis, y rinofaringitis), con un total de 235 consultas de 1° vez y 27 consultas subsecuentes. Enseguida le siguió la hipertensión arterial con 59 consultas de 1° vez y 228 subsecuentes, siguiéndole la parasitosis con 43 consultas en total, posteriormente encontramos a la gastroenteritis con 46 consultas.

Las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes mellitas, se ubicó en 8° lugar con 148 consultas, 37 de primera vez y 111 como subsecuente.

Siguiendo en orden de frecuencia polineuritis, con 42 consultas, seguida de las funciones urinarias con 36 consultas, también las lumbalgias fueron motivo de consulta ubicándolas muy cerca a las 10 causas mas frecuentes en este estudio con 28 consultas.

Grafica 1

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR HORTALIZAS
PIRAMIDE POBLACIONAL CLASIFICADOS POR GRUPOS EDAD Y SEXO

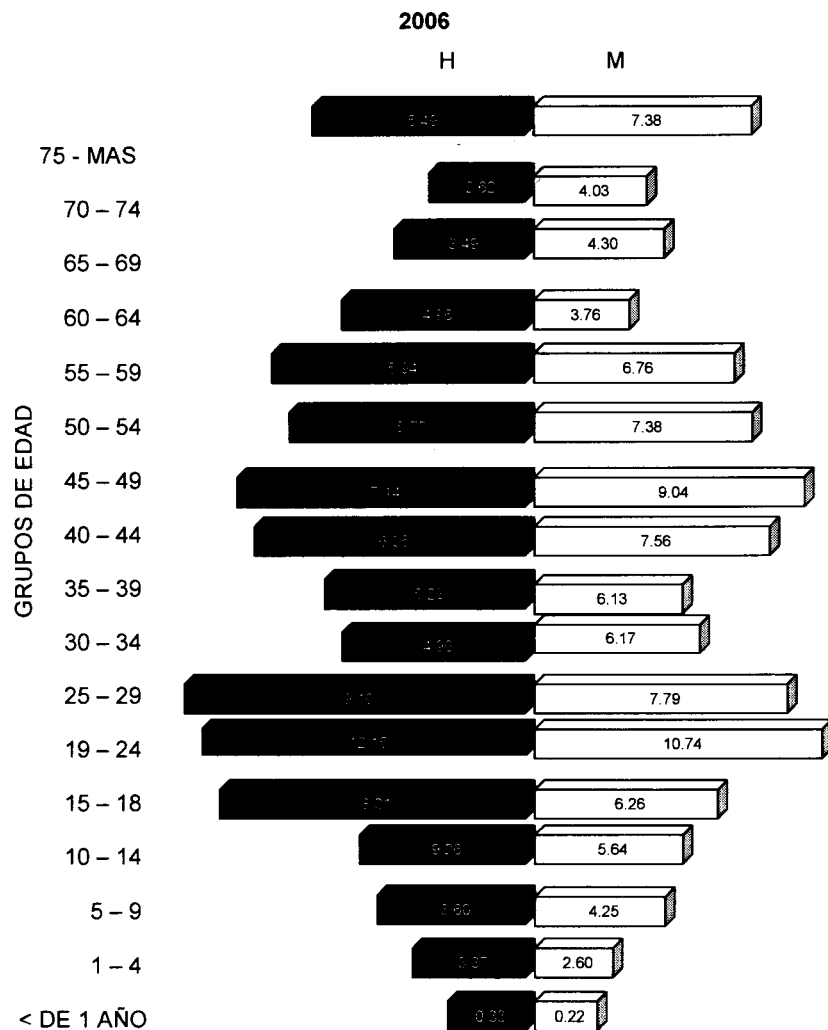


Tabla 2

DATOS GENERALES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	DATOS	%
CASADO	31	63.26
UNION LIBRE	2	4.08
SOLTERO	8	16.32
HIJO (A)	5	10.20
VIUDO (A)	2	4.08
DIVORCIADO (A)	1	2.04
TOTAL	49	100

Grafica 2

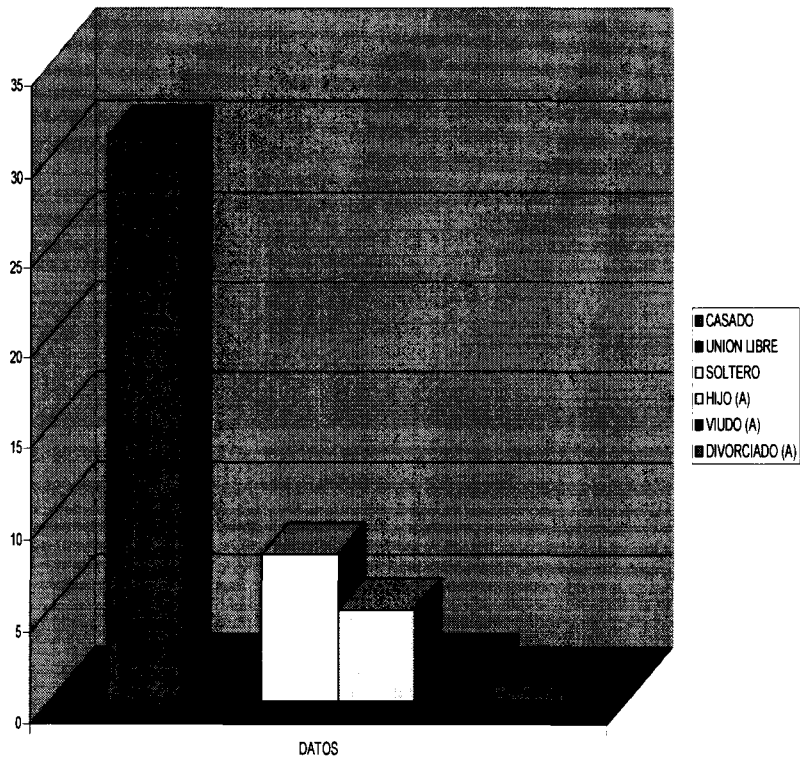


Tabla 3

EDADES DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS EN LA UNIDAD DE LAS HORTALIZAS

EDAD	PADRE	MADRE	HIJO	TOTAL
15- 30	0	3	5	8
31 - 50	3	18	2	23
51 - 70	5	11	0	16
71 - 90	2	0	0	2
TOTAL	10	32	7	49

Grafica 3

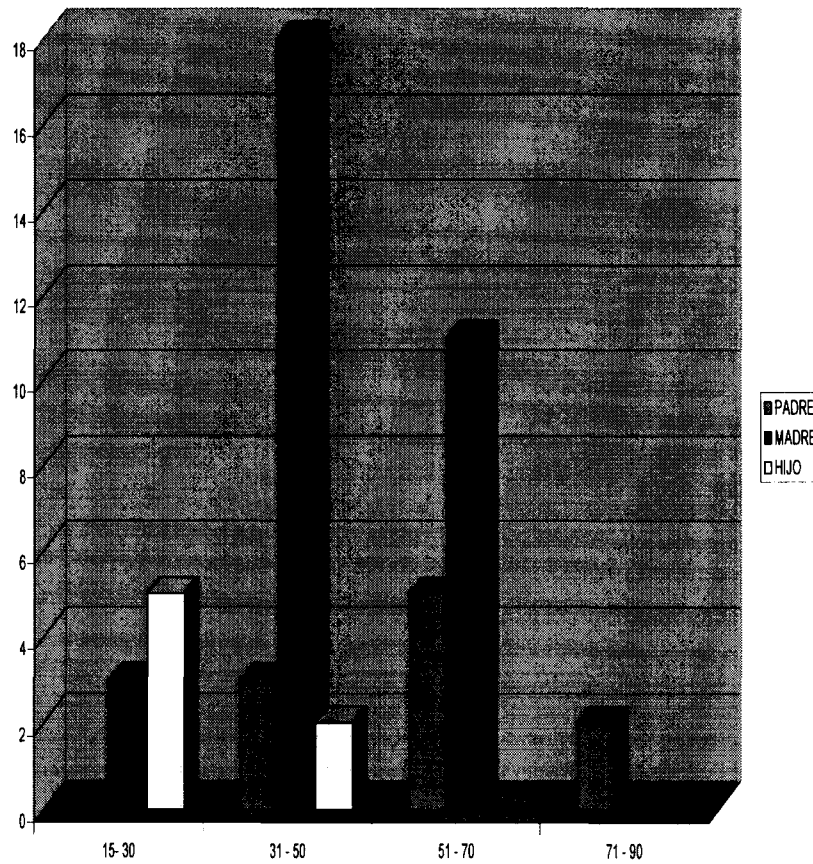


Tabla 4

ESCOLARIDADES DE LOS ENCUESTADOS

ESCOLARIDAD	PADRE	MADRE	HIJO	TOTAL
PRIMARIA	1	4		5
SECUNDARIA	6	10	2	18
BACHILLERATO	1	7	4	12
PROFESIONAL	7	6	1	14
LICENCIATURA	1	1		2
TOTAL	16	28	7	51

Grafica 4

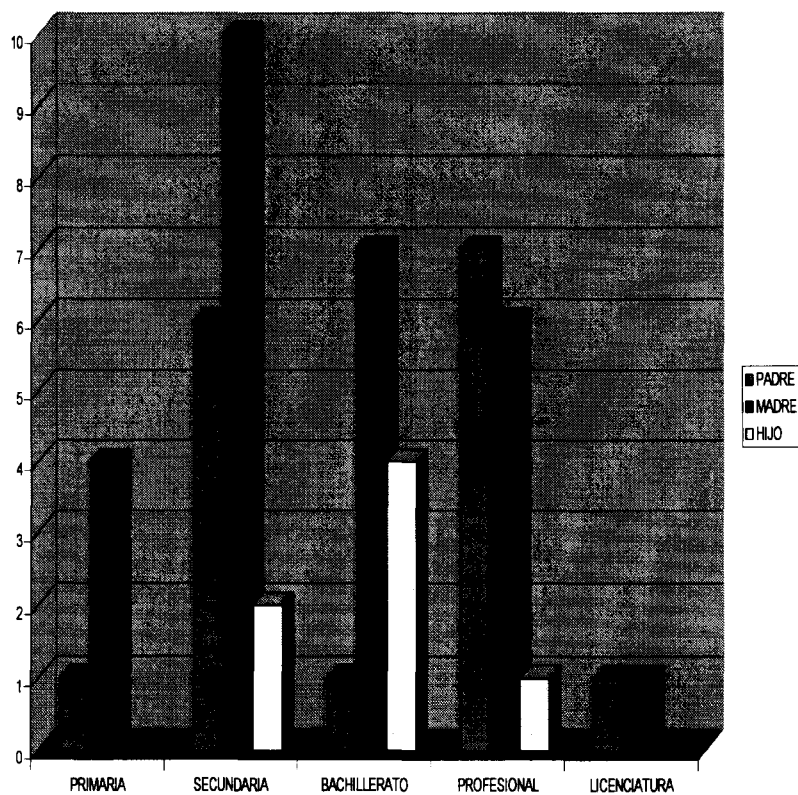


Tabla 5

DATOS DE LOS HIJOS DE LOS ENCUESTADOS

DATOS FAMILIARES	DATOS	%
HIJOS MENORES DE 10	22	17.88
HIJOS DE 11 A 19	38	30.89
HIJOS MAYORES DE 20	63	51.21
TOTAL	123	100

Grafica 5

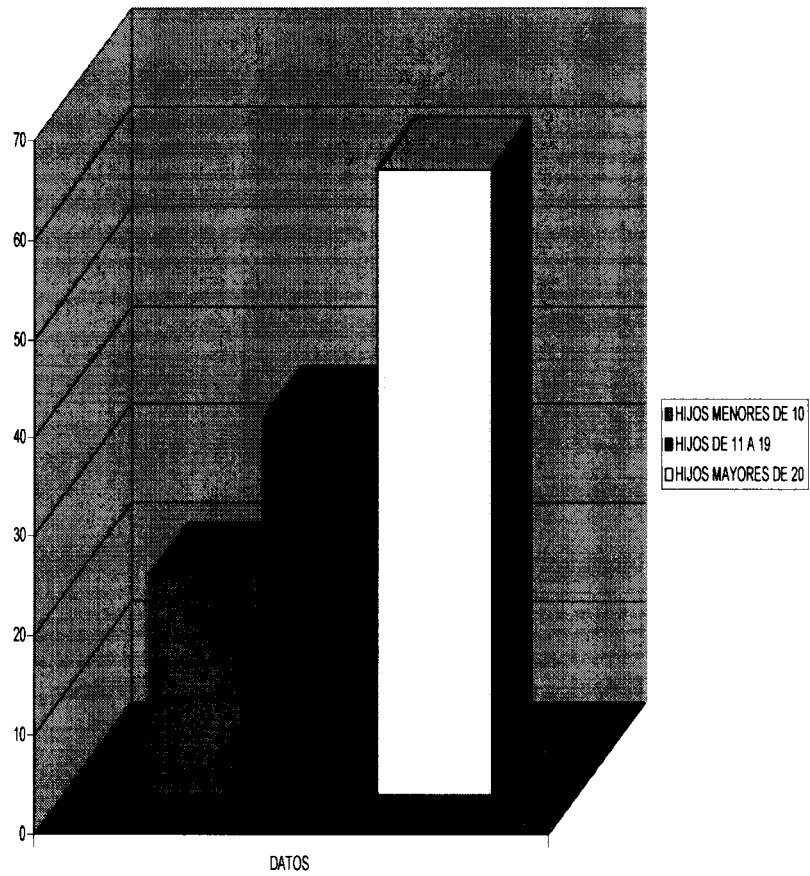


Tabla 6

CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE EN SU PARENTESCO

PARENTESCO	DATOS	%
NUCLEAR	6	11.76
NUCLEAR SIMPLE	25	49.01
NUCLEAR NUMEROSA	0	0
RECONSTRUIDA (BINUCLEAR)	2	3.92
MONOPARENTAL	5	9.80
MONOPARENTAL (EXTENDICDA)	8	15.68
EXTENSA	2	3.92
EXTENSA COMPUESTA	3	5.88
NO PARENTAL	0	0
TOTAL	51	100

Grafica 6

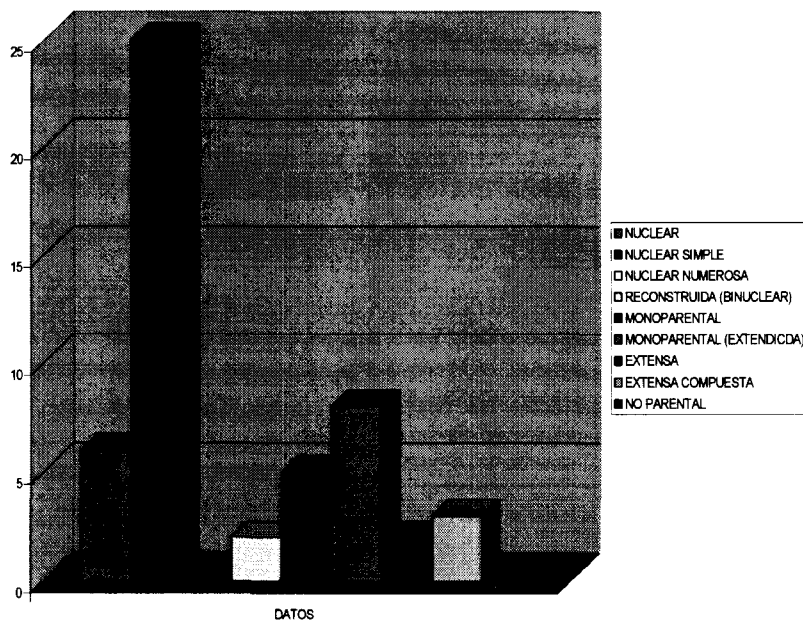


Tabla 7

CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE A SU PRESENCIA FISICA EN EL HOGAR O CONVIVENCIA

SIN PARENTESCO	DATOS	%
NUCLEO INTEGRADO	32	64
NUCLEO NO INTEGRADO	16	32
EXTENSA ASCENDENTE	1	2
EXTENSA DESCENDENTE	1	2
EXTENSA COLATERAL	0	0
TOTAL	50	100

Grafica 7

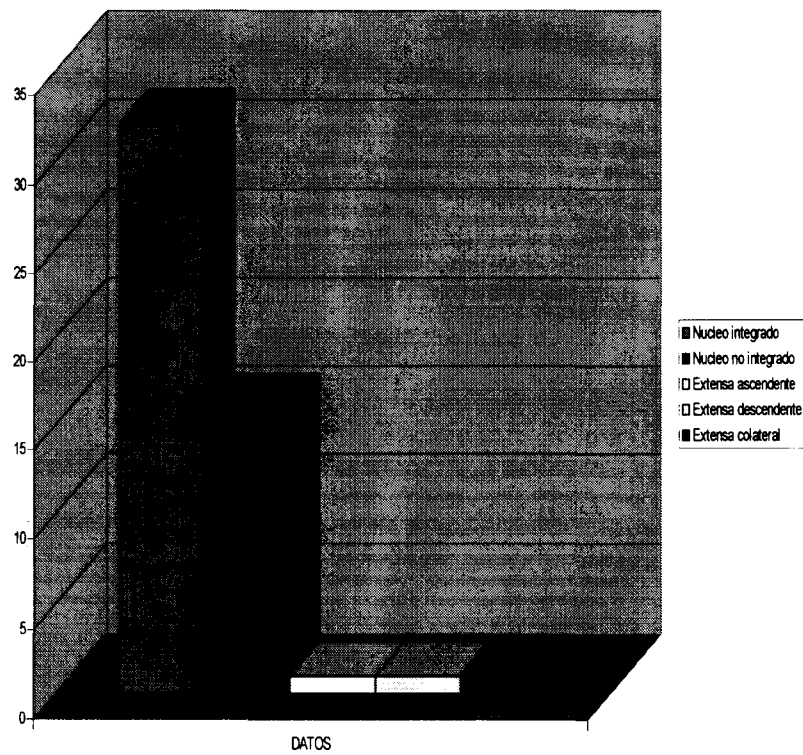


Tabla 8

**CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE EN SUS MEDIOS DE
SUBSISTENCIA**

CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA	DATOS	%
AGRICOLA O PECUARIAS	2	4.08
INDUSTRIAL	3	6.12
COMERCIA	3	6.12
SERVICIOS	41	83.67
TOTAL	49	100

Grafica 8

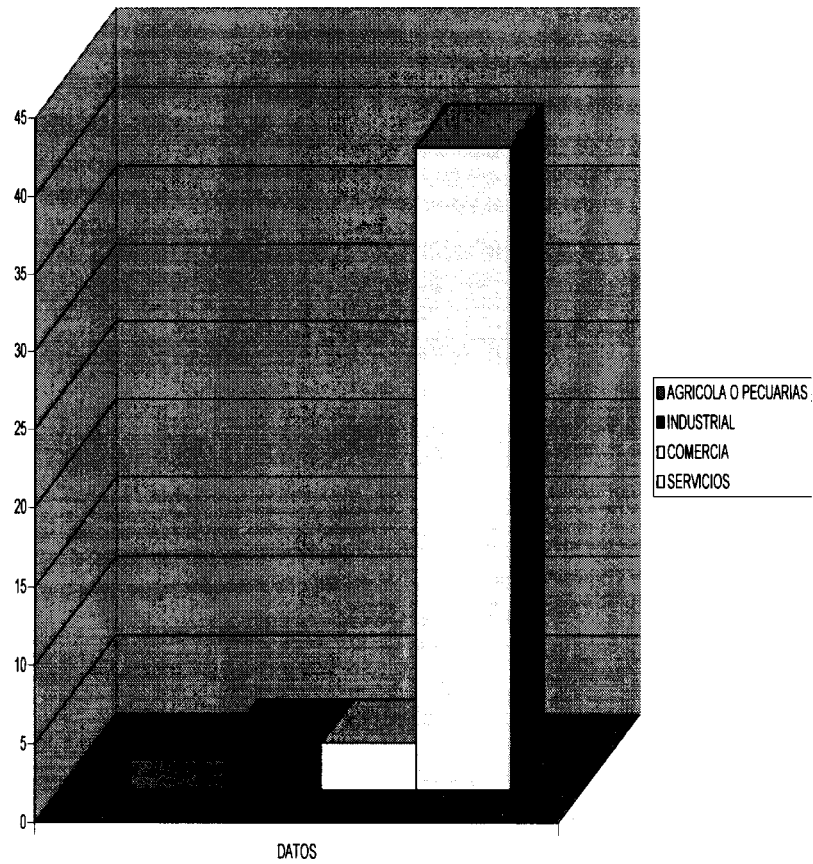


Tabla 9

CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE EN SU NIVEL ECONOMICO

CON BASE EN SU NIVEL ECONOMICO	DATOS	%
NIVEL 1	31	62
NIVEL 2	19	38
NIVEL 3	0	0
NO SE LE CONSIDERA POBRE	0	0
TOTAL	50	100

Grafica 9

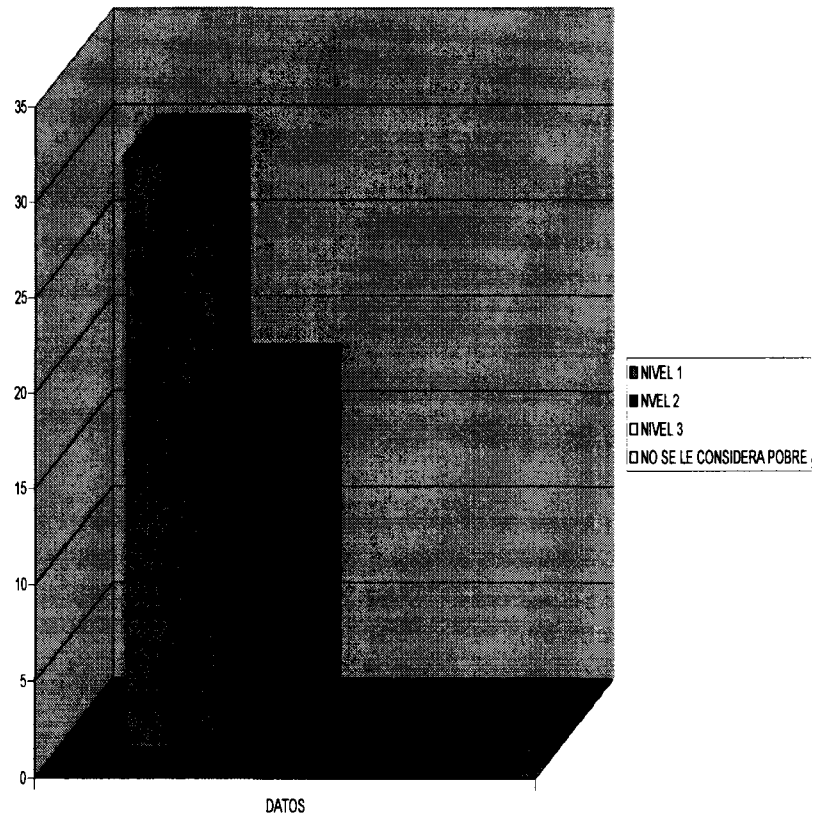
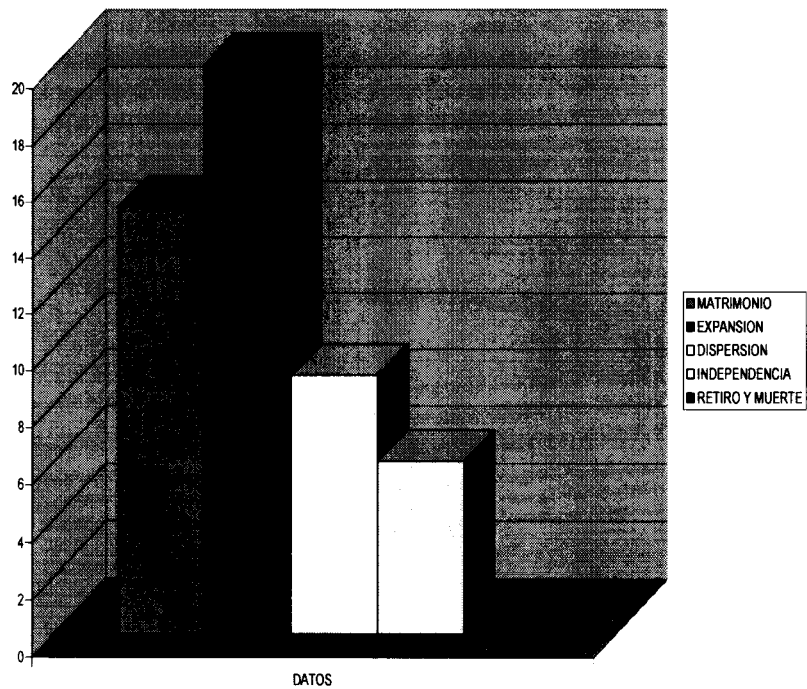


Tabla 10

**CLASIFICACION DE LA FAMILIA EN LA ETAPA DEL CICLO VITAL
FAMILIAR**

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR	DATOS	%
MATRIMONIO	15	30
EXPANSION	20	40
DISPERSION	9	18
INDEPENDENCIA	6	12
RETIRO Y MUERTE	0	0
TOTAL	50	100

Grafica 10



DISCUSION

En la pirámide poblacional adscrita a la UMF las hortalizas se observó predominio femenino en la edad de 19-24 años y las mismas edades para hombres, este resultado es muy diferente con el censo poblacional del 21 de octubre 2005 donde predomina en edades de 10-14 años tanto para hombres como mujeres.

Y en los derechohabientes de menor edad 1-4 años el INEGI contempla en femeninas 5.0 y para los hombres 5.2 % respectivamente y en nuestro estudio 33.0 en hombres y 22.0 respectivamente y solo a los de mayor edad 70-79 de edad se contempla 5.94 Hombres 7.38 en mujeres, apreciándose totalmente diferente la gráfica de la población de la INEGI y las hortalizas de la UMF estudiada, ver gráfica num. 1.

Todo esto nos indica que la población estudiada es predominantemente joven por lo que hay que implementar programas de información sobre planificación familiar, orientación para prevenir infecciones de vías respiratorias y llevar problemas de Geropofilaxis así como la sensibilización a todos los jóvenes y adolescentes para disminuir el maltrato de nuestros adultos que cada día son más los que acuden a consulta familiar, además para disminuir la incidencia de las enfermedades crónicas degenerativas que se encuentran en buen porcentaje de nuestra población estudiada.

De las familias en cuanto a su estado civil el campo que predominó fue el de casados con 31 familias de las 50 encuestadas, muy similar a los reportes por INEGI a nivel nacional.

En la edad de los padres el mayor número se ubicó en el campo de 31 a 50 años de edad con predominancia en el sexo femenino.

Todo esto nos traduce que existe en la mayoría de los padres de familia estudiada mayor estado de madurez, físico, psicológico con predominancia igualmente en el sexo femenino.

Por lo tanto debemos hacer énfasis en la promoción de la salud y orientación por las enfermedades crónicas degenerativas a las que pueden estar expuestos.

El nivel de estudio de los padres de familia es nivel media superior que se aprecia con mayor frecuencia a diferencia con el INEGI a nivel nacional que es de nivel medio básico, esto

nos traduce que el nivel educativo de los padres de nuestras familias es bueno para desarrollar sus actividades socio-culturales, así como el cuidado de la salud y mantener la funcionalidad familiar.

Referente a los hijos de las familias estudiadas se apreció que se predominaron los hijos mayores de 20 años, seguido de los hijos de 11 a 19 años.

Traduciéndonos esto que la mayoría de los hijos están en una fase laboral, incrementando el estado económico de la familia.

En cuanto a la clasificación de la familia con parentesco predominó la familia nuclear simple, el INEGI reporta nuclear 65.4% y la estructura familiar es muy similar a la de INEGI.

Con base en la presencia física y convivencia predominó la familia con núcleo integrado y en la etapa de ciclo vital familiar las familias se encuentran en la etapa de expansión, matrimonio, seguida de dispersión e independencia.

En base de sus medios de subsistencia las familias se encuentran en su mayoría prestadores de servicio.

Y el ingreso económico familiar y reportado por el INEGI son similares, ya su gran mayoría se encuentran ya se encuentran en el nivel 1 y nivel 2, no coincide con el nivel de escolaridad ya que sobresale el nivel medio superior.

Las causas de mayor consulta en la UMF las hortalizas nos indica a las infecciones de vías respiratorias agudas, ocupan el primer lugar seguidas de Hipertensión Arterial, seguidas de Parasitosis Intestinal, y Gastroenteritis y D.M. tipo II, por último a las infecciones de vías urinarias y los reportes de INEGI de septiembre de 2006 son muy similares al grupo estudiado, reportando igualmente en primer lugar a las infecciones respiratorias, seguidas de Infecciones Intestinales.

Y la morbilidad por grupos de edad y por institución, en el ISSSTE predomina igualmente las infecciones respiratorias agudas a nivel estatal en los grupos de edad de 25 a 44 años.

Por lo que debemos duplicar la orientación a prevenir este tipo de Infecciones, Respiratorias con aplicación de las vacunas de influenza neumocócica principalmente en nuestra población así como mejora la calidad de vida, con una adecuada alimentación y promover el ejercicio mediante la implementación de grupos de autoayuda.

CONCLUSIONES

Al concluir nuestro estudio, se logró el objetivo deseado que era el conocer las principales características biosociales y económicas de la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE las Hortalizas en el turno vespertino, en cuanto a la realización de la Pirámide Poblacional nos permitió conocer los grupos de edades, sexo, así como los grupos de la tercera edad que actualmente es la que predomina en este estudio.

Las familias estudiadas en su mayoría urbanas con un ingreso económico medio sin embargo su nivel de preparación es superior, y no se consideraron relativamente familias pobres. En cuanto a las familias la mayoría correspondió a nuclear simple, tradicionales e integradas y encontrándose en su ciclo vital de expansión y dispersión.

También en este estudio los motivos de consulta mas frecuentes fueron las infecciones vías respiratorias seguidas de enfermedades crónico degenerativas como DM y HTA. Por lo que después de todo el estudio, el médico familiar, ha de comprender y dirigirse con efectividad y con estrategias ya programadas para llevar a cabo la promoción y prevención de la salud, con un enfoque anticipatorio, además de la calidad humana que debe de proporcionar mejorando la relación medico-paciente-familia.

Estrategias de prevención

1. Proporcionar información suficiente a todos los derechohabientes de los servicios que presta la unidad de las hortalizas.
2. De acuerdo a la morbilidad detectada, procurar otorgar mayor promoción de salud, encaminada a prevenir las infecciones respiratorias tanto en niño, como adultos.
3. Promover orientación e información de la importancia de llevar un control periódico del niño sano y asegurar su esquema nacional de vacunación.
4. Realizar educación familiar con el propósito de mejorar su estado higiénico personal y de su hogar para que de esta manera haya mejor prevención de parasitosis intestinal.
5. Fomentar la cultura y educación a las familias mas desprotegidas de estos beneficios, para que tengan mas apegos a los tratamientos y recomendaciones médicas.
6. Conocer la etapa del ciclo vital de nuestras familias, para prevenir y subyugar las crisis familiares de cualquier índole.
7. Concienciar a nuestras familias en forma permanente, además proporcionando orientación oportuna, además para llevar a cabo prevención primaria y Geroprofilaxis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS


1. 1° Reunion de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismo e Instituciones Educativas y de Salud. Elementos esenciales de la Medicina familiar Conceptis Básicos para el estudio de las Familias, Código de Ética en Medicina Familiar. Efectuada durante el 5° Coloquio Nacional y 3° Internacional de profesores Investigadores en Medicina Familiar 15-17 de Junio 2005 P:15-17
2. Arnulfo E.I.C., Herlinda M.L. La medicina familiar: Conceptos y filosofía. (10): 145-147 Tercera Edición 2006.
3. Arnulfo Irigoyen C. Herkinda Morales L. MOSAMEF bases conceptuales modelo sistemático de atención Médica familiar. Editorial Medicina familiar Mexicana 2000. P:21-23.
4. Celina Gg, Hector M. RH. Trabajo con familias, funciones de la familia. La edición, editorial facultad de medicina Universidad Autónoma de Nuevo León México 1997 P. 143.
5. Daniel Sideiski, trabajo presentado en el II congreso de la sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. Beniderm 21,23 de septiembre de 2000; 152.
6. Domínguez del Olmo J. la medicina familiar en México y en el mundo, archivos en medicina Familiar 2003 P; 61-64. universidad Nacional Autónoma de México, material de apoyo, medicina familiar y estudio médico de la familia I primer año 2005-2006.
7. Elizabeth R. la pareja y su formación, Academia Mexicana de Pediatría A.C. la familia Dr; Enrique Dulanto g. Editores de Textos Mexicanos (I) P: 89-94.
8. Enrique Cardenas de la Peña. Medicina familiar en México (Historia) en el concuentenario de la propuesta del sistema Médico Familiar en México 1954-2004. Editorial medicina familiar mexicana México. D.F. 9 de Abril 2003. P:1-18
9. Irigoyen C. y Col. Nuevos fundamentos de medicina familiar 2° edición editorial medicina familiar mexicana 2004; 122-124.
10. Irigoyen C.A., Raúl P.R., Federico R.B.M., José, L.E.M., Humberto C.M. Héctor G. Perfil Profesional del médico familiar en México (9) 147-141 tercera edición 2006.

11. Jesús Martín M.D., Juan Manuel S.G. Influencias familiares en desarrollo del individuo (2)
P: 42
12. Juan Manuel S.G., J. Martín M.D. Bases Teóricas y técnicas de la terapia familiar.
Organización panamericana de la salud, 2003 Washington D.C. (1) P: 3, 8-9.
13. Juan Manuel S.G., J. Martín Maldonado D. la familia su dinámica y tratamiento Washington
D.C. 2003 organización panamericana de la salud Washington D.C. IMSS P: 6-7.
14. L. de la Revilla A. y L. Fleitas C. Taylor R.B. medicina de familia. Edición Española.
Barcelona 1999: 88-90-99.
15. L. de la Revilla Ahumada, L. Fleitas Cochoy, instrumentos para el abordaje familiar,
atención longitudinal: el ciclo vital familiar. Tyler RB medicina de familia principio y práctica.
Edición española Barcelona. Springer-verlag Iberia 1999 (8) P: 88-90. 99-101.
16. Ma. Enriqueta Gf. Apertura o limitación en el diálogo: éxitos y fracaso del matrimonio, (5) P:
136-238
17. Maria Luisa V.C., J.F. Julian S.G. Manejo del enfermo crónico y su familia editorial el
Manual Moderno México D.F.-Santafé de Bogotá (1) 2001 P: 1-3.
18. Mayling M. Mujeres que trabajan testimonio (4) P: 119
19. Mc. Winney Ir. Medicina de familia. Barcelona. Editorial Mosby-Doymal 1995 (1) P: 80.
20. Mc. Winney Ir. Medicina de familia. Barcelona. Editorial Mosby-Doymal 1995 (2) P: 65-69.
P; 74 y 78.
21. Mc. Winney Ir. Medicina de familia. Barcelona. Editorial Mosby-Doymal 1995 (2) P: 65-78.
22. Mc. Winney Ir. Medicina de familia. Barcelona. Editorial Mosby-Doymal 1995 (1) P: 79-80
23. Norma Elena VJ. mujeres que trabajan y relación de pareja (3) P: 17, 102-104.
24. Raymundo MA. Separación y divorcio, consecuencias emocionales Capítulo 8 (8) P: 149-
150.

25. Roberto B. Taylor. Principios de la medicina de familia términos actuales. (1) P: 1-3
26. Roberto B. Taylor. Principios de la medicina de familia términos actuales. (1) P: 1-4.
27. Universidad Nacional Autónoma de México, Material de apoyo para medicina familiar y estudio médico de la familia, 1° año 2005-2006, 61-64.
28. Código de bioética para el personal de salud 2002; capítulo VII Bioética en la investigación de salud, disponible en www.smri.org.mx.
29. Irigoyen-Coria, Morales de Irigoyen Nuevo diagnostico familiar, 1ª edición. Editorial Medicina familiar Mexicana 2005 P. 62-63.
30. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria <http://www.aepap.org>. Last Updated: Wednesday, October 12, 2005
31. University of Virginia Health System Traqueitis Bacteriana www.healthsystem.com.
Fundación Española del Corazón. Sociedad Española de Cardiología www.secardiologia.es
32. Anthelmintics: 5 Agents Cover the Most Common Parasitic Worm Infections Drugs & Ther Perspect 11(1):9-13, 1998.
33. Pediatric Infections and Infestations. University of Iowa Family Practice Handbook, 3rd Edition, Chapter 10 Guillain-Barre Syndrome Foundation International - www.gbsfi.com
34. Last Updated: Wednesday, October 12, 2005. Texas Department of State Health Services - Infectious Disease Control Unit 1100 West 49th Street, Suite G301, Mail Code: 1943
35. www.tuotromedico.com
36. Hughes RA, Raphael JC, Swan AV, van Doorn PA. Intravenous immunoglobulin for Guillain-Barre syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD002063. Review.
37. Schaeffer, A. J.: Infections of the urinary tract. In: Campbell's Urology, 8th ed. Edited by P. C. Walsh, A. B. Retik, L. R. Kavoussi, E. D. Vaughan, Jr., A. C. Novick, A. J. Wein et al. Philadelphia: W. B. Saunders Co., vol. 1, chapt. 14, pp. 515-602, 2002.

ANEXOS

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%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></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								



Folio: _____

CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

Familia: _____ No. Expediente del informante: _____
Datos de la persona que proporciona la información:
Madre () Padre () Hijo ()
Edad: _____ Sexo: M () F ()
)Escolaridad: _____

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Edo. civil de los padres: Casados () U. Libre () Otro ()
Años de unión conyugal: _____
Edad del padre: _____ Edad de la madre: _____
Ocupación del padre _____
Ocupación de la madre: _____
Escolaridad del padre: _____
Escolaridad de la madre: _____
Número de hijos (hasta de 10 años de edad): _____
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): _____
Número de hijos (de 20 ò más años de edad): _____
TOTAL: _____

Observaciones: _____

**CLASIFICACION DE LA FAMILIA:
MARQUE CON UNA EQUIS (X)**

A) Parentesco:

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

B) Sin parentesco: Monoparental extendida sin parentesco ()
 Grupos similares a Familias ()

C) Con base en la presencia física y convivencia:

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

D) Estilos de vida originados por cambios sociales:

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

E) Con base en sus medios de subsistencia:

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

F) Con base en su nivel económico; Pobreza familiar:

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

G) Etapa del ciclo vital familiar:

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

Observaciones:

Departamento de Medicina Familiar Facultad de
Medicina. UNAM

