



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA: CLÍNICA HOSPITAL
“DR. PATRICIO TRUEBA REGIL”,
SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE, MÉXICO.

**Características generales de las familias y causas de atención
médica del consultorio número 4 del turno Vespertino de la
Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales para Trabajadores del Estado
“Dr. Patricio Trueba Regil”,
San Francisco de Campeche, Campeche, México**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



ALFONSO MANUEL CANTO VALDEZ

San Francisco de Campeche, Campeche, febrero del 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Características generales de las familias y causas de atención médica del consultorio número 4 del turno Vespertino de la Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado "Dr. Patricio Trueba Regil", San Francisco de Campeche, Campeche, México

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

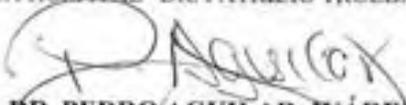
PRESENTA:

ALFONSO MANUEL CANTO VALDEZ

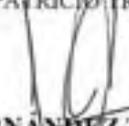
AUTORIZACIONES:



DRA. PERLA ELISA SEMADENI MORA
DIRECTORA DE LA CLÍNICA HOSPITAL
CLÍNICA HOSPITAL "DR. PATRICIO TRUEBA REGIL"



DR. PEDRO AGUILAR JUÁREZ
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL
CLÍNICA HOSPITAL "DR. PATRICIO TRUEBA DE REGIL"



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
ASESOR DIATESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.



DR. ALFONSO LÓPEZ FIESCO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE.

Características generales de las familias y causas de atención médica del consultorio número 4 del turno Vespertino de la Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado "Dr. Patricio Trueba Regil", San Francisco de Campeche, Campeche, México

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

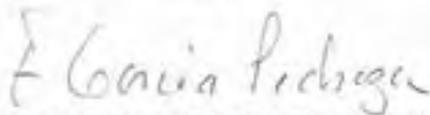
PRESENTA:

ALFONSO MANUEL CANTO VALDEZ

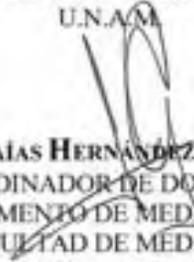
AUTORIZACIONES



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



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



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

DEDICATORIAS

A LAURITA:

Mi siempre entusiasta esposa, por todo su amor y paciencia durante la carrera, y sobre todo en este importante peldaño académico.

A MIS HIJOS:

Alfonso y Mauricio, quienes con su cariño y amor, son mi motor de superación, y con su incomparable combustible: un abrazo y un te quiero, han logrado que persista actualizándome.

A MIS PADRES:

Por haberme regalado el don de la vida.

A MIS SUEGROS:

Por confiar en mí, y por haberme confiado su tesoro.

A MI ABUELO (+) Y MI “PAPI” TÍO MANOLO (+):

Por inculcarme la honestidad y el deseo de superación, así como haberme explicado con su ejemplo, que todos merecemos respeto y trato digno.

A ISAÍAS, ASESOR Y AMIGO:

Por la paciencia para explicarme y permitir no sólo ser su alumno, sino también su amigo.

A MI CUÑIS Y A LA JEFA:

Por su orientación y desvelos, así como sus “regaños”, para acabar con éxito este trabajo.

A MIS HERMANOS:

Por permitirme estar cerca de ellos.

INDICE	
MARCO TEÓRICO	6
La familia	6
Clasificación de la familia	7
Ciclo vital familiar	11
Funciones de la familia	12
Medicina familiar	13
El MOSAMEF	14
Fundamentos del MOSAMEF	14
El MOSAMEF y la medicina familiar	15
El MOSAMEF y el médico familiar	16
Antecedentes sociopolíticos del MOSAMEF	16
Perspectivas del MOSAMEF	17
Estudio de salud familiar	18
Sector Salud en México	21
ISSSTE	21
Causas de atención médica familiar	23
Enfermedades cardiovasculares	26
El cáncer	26
Trastornos mentales	27
Diabetes	29
Enfermedades respiratorias crónicas	30
Principales factores de riesgo de las ENT	31
Información epidemiológica de morbilidad 2003-2005	32
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
Descripción del problema	35
Justificación	36
Objetivo general	37
Objetivos específicos	37
METODOLOGÍA	38
Tipo de estudio	38
Población, lugar y tiempo	38
Tipo y tamaño de la muestra	38
Criterios de selección	38
Variables	39
Procedimiento de recolección de datos	41
Consideraciones éticas	42
RESULTADOS	44
Características generales de las familias	44
Causas de atención médica	48
DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES	71
REFERENCIAS	73
ANEXOS	78
Formato de consultas médicas SM10	78
Cédula básica de identificación familiar	79

MARCO TEÓRICO

De todos los grupos sociales, la familia es probablemente el más controvertido. Hablando en sentido metafórico, “la familia ha sido pesada, medida y cuantificada por sociólogos y economistas; fragmentada y analizada microscópicamente por el antropólogo; idealizada y romantizada por clérigos y poetas y no es, sino hasta épocas recientes, cuando la ciencia médica se propone estudiarla desde su muy particular punto de vista”¹.

El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma la salud del individuo.

A raíz de que se precisó que la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la retoma como objeto de estudio. De ahí que el personal de salud en general, y el médico familiar en particular, enfrenten ahora el problema de tener que modificar un modelo de atención basado en un enfoque biológico a uno integrador, en el que se considera al individuo como unidad biopsico-social.

La familia

Señala Bottomore, que la familia “es una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente duradera para la procreación y la crianza de los hijos”².

Es en la familia donde transcurren los primeros años de vida del individuo, y en ella recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica y psicológica, así como para su socialización. En el desarrollo del proceso de identidad son muy importantes para el individuo las figuras de la madre y del padre, porque se identifica parcial o totalmente con ellas.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y

terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella”³.

Desde la perspectiva del médico familiar, la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y de proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique⁴.

Clasificación de la familia

Ofrecer una clasificación de las familias es una tarea compleja debido a las variedades encontradas y al amplio espectro de culturas existentes en el mundo. No se desconoce con esto otros tipos de familia que han surgido en las últimas décadas, las cuales también enfrentan desafíos permanentes en su estructura interna, en la crianza de los hijos, en su ejercicio paternal o maternal.

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido los siguientes ⁵:

- a) *La familia nuclear o elemental*: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
- b) *La familia extensa o consanguínea*: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende mas allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.
- c) *La familia monoparental*: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la

mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

- d) *La familia de madre soltera*: familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones, pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.
- e) *La familia de padres separados*: familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que éstos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.
- f) *La familia reconstituida*: está integrada por una pareja heterosexual, en la cual uno o ambos miembros son divorciados, con uno o más hijos de su matrimonio anterior⁶.

Con el propósito de facilitar al médico la clasificación de las familias, se definen cuatro características fundamentales necesarias en la perspectiva médica: parentesco, presencia física en el hogar o convivencia, medios de subsistencia y nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales⁴.

- *Clasificación de las familias con base en el parentesco*

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análogo a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente en la necesidad del médico familiar, de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

Con parentesco	Características
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (tíos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.)
Sin parentesco	Características
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vínculos de parentesco que realizan funciones o roles familiares (grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etc.)

- *Clasificación de las familias con base en la presencia física 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 la familia.

Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.)

- *Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia*

La inserción de las familias en los procesos productivos, puede propiciar una clasificación en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas: agrícolas y pecuarias, industrial, comercial y servicios.

- *Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales*

Hay que considerar los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia, mismos que repercuten en la salud individual y familiar.

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

Ciclo vital familiar ⁷

La familia, independientemente de su funcionalidad, está expuesta a momentos críticos, algunos de ellos ocurren como consecuencia del curso natural de la vida e implican perturbaciones y transformaciones en la dinámica familiar, que imperiosamente deben de ser encarados (matrimonio, nacimiento de los hijos, etc.).

El sistema familiar enfrenta el reto de modificar su repertorio habitual de respuesta ante los factores estresantes y para ello recurre a sus recursos internos y externos, es decir, utiliza el conjunto de características, habilidades, competencias, y riquezas individuales, familiares y/o sociales que le permitan ajustarse o adaptarse a la nueva situación.

El Ciclo Vital Familiar (CVF) es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes.

El CVF se describe como la serie de etapas que se suceden a través del tiempo, desde su creación hasta su disolución. Cada etapa tiene a su vez fases y estadios, que permiten distinguir los eventos específicos de cada uno.

Es entendido también como un proceso de crecimiento y maduración. La familia no es una organización estática, pasiva o inmutable, es más bien un organismo vivo integrado por cada uno de sus miembros que interactúan constantemente.

El CVF ayuda a establecer un perfil de riesgo psicosocial, su conocimiento ayuda al médico familiar porque le permite prever crisis y anticiparse a sus posibles consecuencias a la que Hennen (1992) llama la “orientación anticipada”⁵.

Para Geyman (1980) el ciclo vital familiar se clasifica de la siguiente manera:

Fase de Matrimonio	Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo
Fase de Expansión	Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”
Fase de Dispersión	Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
Fase de Independencia	Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen
Fase de Retiro y Muerte	Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.

“(Tomado de Irigoyen, 2006)”⁶

La valoración del CVF se realiza en base a tres preguntas:

1. ¿En qué etapa del desarrollo se encuentran el paciente y su familia?
2. ¿Cuáles son las tareas y crisis en este estadio?
3. ¿Qué posible relación guarda la información obtenida con el problema del paciente?

Funciones de la familia⁴

La familia tiene importantes tareas en la sociedad, que guardan relación directa con la preservación de la vida humana, como su desarrollo y bienestar. Las funciones son:

- *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*.

Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de ellas.

Medicina Familiar

La medicina familiar es la especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia⁸. Es una especialidad amplia y abarcativa, que integra las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento. El alcance de la medicina familiar no está limitado por la edad, el género, el sistema de órganos ni la entidad de la enfermedad.

La medicina familiar, también llamada medicina de familia es la especialidad médica efectora de la Atención Primaria de Salud (APS), que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia y la persona, y tiene como base los métodos clínico, epidemiológico y social, e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.

La APS y la medicina familiar son ámbitos estrechamente relacionados y la APS es el terreno de actuación fundamental del médico de la familia, mientras que la medicina familiar es la herramienta clave para el desarrollo pleno de la APS. Es decir, la APS es la estrategia y la medicina familiar la disciplina para realizarla⁹.

Por lo tanto el médico familiar es el especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico.

Las áreas en las que se desempeña el médico familiar en su ejercicio profesional son las siguientes⁸:

- a) Asistencial. Las actividades de esta área son: atención clínica continua e integral y trabajo con la comunidad, orientación a la familia, trabajo en equipo, prevención, curación, rehabilitación y paliación, atención de primer contacto, atención centrada en la persona y la familia, toma de decisiones compartidas, detección oportuna, manejo en forma integral de padecimientos agudos y/o crónicos, utilización de modelos de abordaje de la atención médica más adecuada al problema de salud que enfrente, atención de los pacientes en diversos escenarios.
- b) Administrativa. En esta área las actividades son: coordinación del equipo de salud, optimización de recursos, promoción al desarrollo organizacional en los diversos escenarios de trabajo.
- c) Educativa. En lo que concierne a esta área las actividades son: educación, promoción de la salud, asesoramiento, desarrollo y actualización de sus conocimientos y habilidades.
- d) Investigación. En esta última área, el médico familiar requiere de: planear, diseñar y conducir proyectos de investigación, así como difundirlos en los medios existentes.

El MOSAMEF ¹⁰

El MOSAMEF es un modelo de práctica médica familiar, diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de México (UNAM).

Fundamentos del MOSAMEF

El MOSAMEF se origina a partir de tres preguntas fundamentales: ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar? ¿Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias? ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?¹¹.

La práctica de la Medicina familiar se fundamenta en tres elementos esenciales:

- 1) El estudio de la familia

- 2) La continuidad de la atención
- 3) La acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo

Con base en estas premisas, las actividades que el médico familiar debe realizar requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud de las familias que requieren sus servicios.

El MOSAMEF pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción planteados por la Carta de Ottawa, producto de la Segunda conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la cual señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en cinco campos de acción:

- Reorientar los servicios de salud.
- Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.
- Crear medio ambiente saludable.
- Elaborar políticas explícitas para la salud.
- Reforzar la acción comunitaria en salud.

Al identificar concretamente las características biopsicosociales de las familias que están bajo su cuidado, el médico familiar podrá implantar medidas eficaces de prevención de enfermedades y promoción de la salud en su consultorio de medicina familiar. Con lo que hará efectivas las premisas antes mencionadas.

El MOSAMEF y la Medicina Familiar

En 1991 se organizó una reunión de expertos, con el propósito de señalar las actividades que desarrollan y las que deberían incorporar los médicos familiares. La reunión se celebró en Perugia, Italia, en mayo de 1991; con la participación de 17 médicos de familia de diferentes países. El objetivo del encuentro fue la elaboración de un documento que marcara la contribución de los médicos de familia en la consecución de los objetivos de “Salud para todos en el año 2000”.

El grupo de trabajo de la OMS elaboró las siguientes conclusiones:

- 1) La medicina familiar es el elemento de los servicios de salud que más apoyará la consecución de los objetivos de “Salud para todos”.

- 2) El médico de familia posee un papel vital como agente de cambio dentro de los complejos sistemas de salud, no sólo por su papel de “portero del sistema”, sino también por ser el abogado de la salud de sus pacientes.
- 3) La medicina de familia es para cualquier país, la base más adecuada de su sistema sanitario.
- 4) La creación de departamentos universitarios de medicina de familia o de atención primaria de salud es vital para el desarrollo de una medicina de familia efectiva.
- 5) El reconocimiento de la medicina de familia como una disciplina específica, como una identidad propia y un claro perfil, es un requisito previo para realizar una investigación, formación y educación efectivas¹².

El MOSAMEF y el Médico Familiar

La función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y mostrarles cómo prevenir, o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades. El médico familiar debe cumplir esta función dentro de la trama de un sistema social cada vez más complejo, caracterizado por rápidos adelantos tecnológicos; el médico también debe tomar en cuenta los patrones cambiantes de la enfermedad y las expectativas cambiantes respecto de la salud¹³.

El modelo de atención primaria a la salud tiene como condición anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo, es decir, usar un modelo anticipatorio basado en diagnosticar los riesgos a que está sujeta una población específica mediante la identificación de los factores de riesgo a que está expuesto cada miembro de la población. La acción consecuente es tratar de cancelar, modificar o atenuar esos factores de riesgo.¹⁴

El médico familiar debe tener una sólida formación clínica que le permita prestar una atención efectiva y eficiente en la cual la relación médico-paciente ocupe un lugar privilegiado en su práctica diaria¹⁵.

Antecedentes sociopolíticos del MOSAMEF¹⁰

Actualmente existe una megatendencia hacia la reforma de los sistemas de salud. Tres elementos impulsan principalmente estas reformas:

- a) Los costos de la atención en salud.
- b) Los problemas de acceso a la atención médica.
- c) La percepción de los usuarios de que la calidad de la atención no es óptima.

Es importante reconocer que el médico familiar está en una posición inmejorable para administrar de manera óptima los recursos de salud de sus pacientes.

El MOSAMEF comparte sus principios con el modelo ecológico de asistencia médica, propuesto por White; sus elementos esenciales parten de que la salud es un estado natural que se ve afectado por innumerables factores entre los que destacan:

- El microambiente y macroambiente (físico y social).
- El acceso a los servicios de salud (niveles de atención preventivos, curativos, y de rehabilitación).
- Factores hereditarios.
- Estilo de vida (actualmente de primordial importancia para la comprensión y manejo de patologías crónico-degenerativas).

Perspectivas del MOSAMEF¹⁰

Partiendo de que la continuidad a decir de Shires, se constituye en la quinta esencia de la medicina familiar la aplicación del MOSAMEF, deberá incluir un proceso de:

- Actualización periódica.
- Evaluación operativa.
- Establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y anticipación al daño.

En otras palabras, deberá responder a los *programas de calidad total* que incluyan casi siempre cuatro fases:

- 1) Identificación de características de la comunidad a estudiar.
- 2) Señalamiento puntual de los problemas de salud de la población.
- 3) Modificación a los problemas detectados, principalmente a desviaciones en la práctica asistencial.
- 4) Seguimiento del impacto de la intervención.

La atención médica familiar basada en la comunidad, espíritu del MOSAMEF es deseable que se logre constituir en un modelo eficaz para los médicos familiares que laboran en instituciones de salud, pero no solo para ese sector de médicos, sino aún para los médicos que realizan práctica privada y también son responsables de una población.

Estudio de Salud Familiar (ESF)⁴

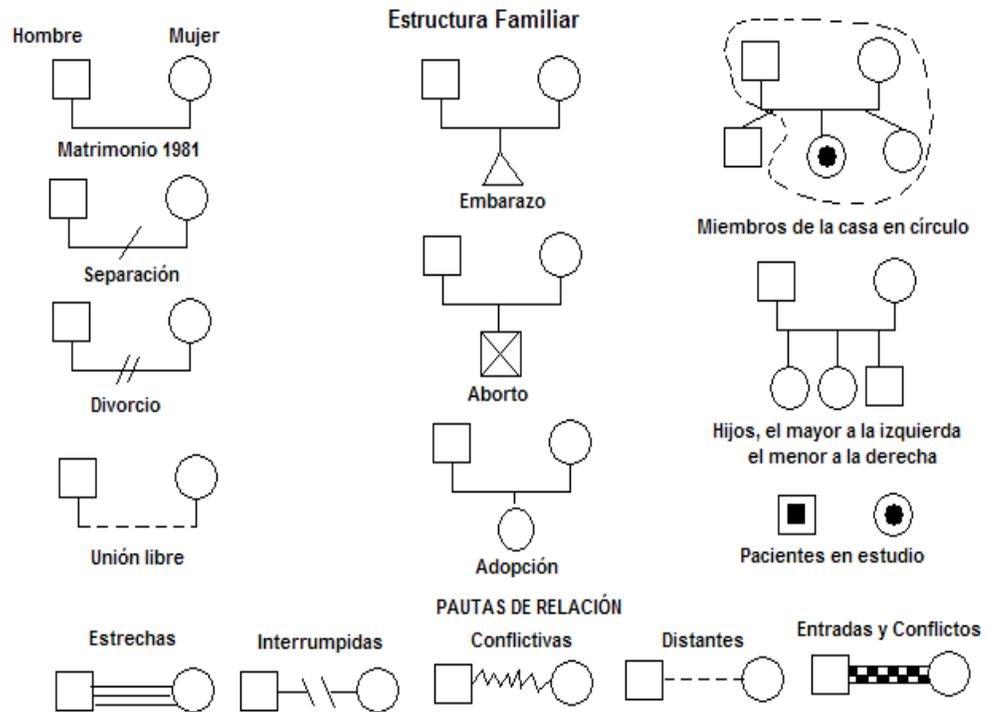
La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación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

Para lograr esta evaluación, el médico familiar debe seguir una estrategia de carácter clínico, que incluya a los individuos y sus familias, bajo un enfoque integrador de las esferas biológicas y psicosociales a través del Estudio de Salud Familiar (ESF).

El ESF no se justifica en todas las familias que se encuentran bajo el cuidado de los médicos familiares. Entre las circunstancias clínicas ante las que se recomienda realizar un ESF se encuentran las siguientes: pacientes con síntomas y signos mal definidos, problemas de salud mental (ansiedad y depresión, obsesiones y fobias, duelo patológico), hiperutilización de los servicios, incumplimiento de la prescripción, problemas de adicción (uso de drogas, alcoholismo, abuso de psicofármacos, tabaquismo), niños con problemas (trastornos de alimentación, trastornos de conducta y aprendizaje), crisis familiar, disfunción familiar, enfermedades congénitas y hereditarias, acontecimientos vitales con mal manejo del estrés, mal control de enfermedades crónicas y degenerativas, violencia intrafamiliar y problemas de adaptación social, enfermedades de transmisión sexual en especial VIH/SIDA y VPH, problemas relacionados con la sexualidad, embarazo no deseado, abuso sexual y violación.

Para el estudio de estos problemas de salud existen algunos instrumentos básicos para el ESF, entre los cuales puede mencionarse los siguientes:

- Historia clínica. Es un documento que surge del contacto entre el equipo de salud y los pacientes, a partir de la segunda mitad del siglo XX. En atención primaria la historia clínica se llama historia de salud. Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, la historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento informado, consentimiento del paciente; es un documento que se va haciendo en el tiempo, documentando fundamentalmente la relación médico-paciente. La información recogida y ordenada en la historia clínica es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de actividades de [docencia](#) e [investigación](#), [epidemiología](#), [gestión](#) y [administración](#), mejora continua de [calidad](#) y médico-legal¹⁶.
- Genograma. Es un instrumento clínico versátil que puede ayudar a los médicos familiares a integrar información de la familia del paciente dentro del proceso de aclaración del problema médico para una mejor atención al propio paciente. El Genograma (o árbol familiar) ofrece una valiosa oportunidad para obtener más fácilmente el historial familiar médico y social de los pacientes, y para ampliar la comprensión del médico familiar sobre la problemática presente, proporcionando una descripción inmediata del contexto en la cual ocurre. También permite a los médicos familiares diagnosticar y manejar problemas clínicos psicosociales complicados que frecuentemente no pueden ser identificados usando el modelo biomédico tradicional; ayudan a establecer una relación armónica con los pacientes, tener empatía y comprender sus circunstancias personales, especialmente cuando se enfrentan a pacientes difíciles¹⁷.



“(Tomado de Irigoyen, 2006)”⁶

- Clasificación familiar. Como se mencionó anteriormente, el médico clasifica a las familias de acuerdo con los siguientes ejes fundamentales: parentesco, presencia física en el hogar o convivencia, medios de subsistencia y nuevos tipos de convivencia individual familiar originados por cambios sociales.
- Ciclo vital familiar. Es el instrumento que describe las etapas que se suceden en la familia a través del tiempo, desde su creación hasta su disolución.
- Índice simplificado de pobreza familiar. Instrumento de autoaplicación que evalúa elementos esenciales para la identificación de pobreza en las familias.

Sector Salud en México

A lo largo de todo el siglo XX y en especial en los últimos sesenta años del mismo, se construyó el sistema público de salud con el que actualmente contamos en México. La edificación del hospital general de México hace casi cien años, marcó el principio de una etapa que permitió que a finales del siglo anterior, casi la totalidad de nuestra población tuviera acceso a los servicios básicos de salud y que cerca del 95% de los mexicanos recibiera atención médica, preventiva y curativa, prestada por un profesional de la medicina. En la actualidad, la población cuenta con los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

Por la finalidad del trabajo se destaca la importancia del sector ISSSTE.

ISSSTE¹⁸

La Constitución otorgó a la seguridad social carácter ineludible al incorporarla al artículo 123, con la obligación patronal de proporcionar a los trabajadores, pensiones, habitaciones cómodas e higiénicas, escuelas, enfermerías y otros servicios. Resaltó además la obligatoriedad de la capacitación y la prerrogativa de los trabajadores a organizarse para garantizar estos derechos.

En 1959 se transforma y adiciona el apartado B del artículo 123 constitucional, donde se incorporan las garantías que el Estatuto Jurídico de la FSTSE había planteado para los servidores públicos.

El mismo año, el presidente Adolfo López Mateos anunció que presentaría al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley que daría origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la cual fue discutida, aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959, por lo que la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transforma, en 1960, en el ISSSTE.

La única forma de lograr una eficaz protección social es establecer obligatoriamente la inclusión de todos los servidores públicos en los beneficios de la Ley, pues de otra manera no se protegería a los grupos económicamente más débiles y que más requieren de los servicios que se implantan. En estas condiciones queda la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado como una de las más favorables y tutelares en el mundo.

La Ley del ISSSTE se constituía en México como la primera en responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extendían y se extienden a los familiares de los trabajadores.

Las prestaciones que marcaba la nueva Ley son:

Seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad.

Seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Servicios de reeducación y readaptación de inválidos.

Servicios para elevar los niveles de vida del servidor público y su familia.

Promociones que mejoren la preparación técnica y cultural, y que activen las formas de sociabilidad del trabajador y su familia.

Créditos para la adquisición en propiedad de casas o terrenos y construcción de moradas destinadas a la habitación familiar del trabajador.

Arrendamiento de habitaciones económicas propiedad del Instituto.

Préstamos hipotecarios.

Préstamos a corto plazo.

Jubilación. Seguro de vejez.

Seguro de invalidez.

Seguro por causa de muerte.

Indemnización global.

Causas de Atención Médica Familiar¹⁹

Los países en desarrollo están experimentando los mismos cambios drásticos en las causas de enfermedad y muerte, que los países desarrollados experimentaron después de 1900. Esto es debido a los cambios en el régimen alimenticio y estilo de vida, así como al rápido envejecimiento de la población en los países en desarrollo, las principales enfermedades no transmisibles (ENT) se están agregando ahora rápidamente a la carga de morbilidad mundial.

Las principales ENT como son las enfermedades del aparato circulatorio, cánceres, diabetes, principales trastornos mentales y las enfermedades respiratorias crónicas estaban limitadas a los países industrializados y en la actualidad representan más de la mitad de todas las defunciones en los países de bajo y mediano ingreso

Solamente las enfermedades cardiovasculares (ECV) mataron en estos países en 2001 a casi más del triple de personas que el SIDA, la malaria y la tuberculosis combinados. Y a raíz de que las enfermedades transmisibles, la desnutrición y la mortalidad materna aún representan el 40 por ciento de defunciones en los países en desarrollo, el ascenso de las ENT está creando una “carga de morbilidad dual” que muchos sistemas de salud de países en desarrollo están mal equipados para afrontar.

Tres de las cuatro principales causas de muerte en todo el mundo (las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas) van ligadas a un estado de enfermedad crónico. El número de personas que mueren anualmente de enfermedades cardiovasculares (incluidas las cardiopatías y los ataques de apoplejía) es cuatro veces superior a las muertes producidas por el SIDA, la tuberculosis y la malaria combinadas; y las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes constituyeron el 60% de las 58 millones de muertes que se estima tuvieron lugar en todo el mundo en 2005 (más de tres cuartas partes de las cuales ocurrieron en países en desarrollo).

En octubre de 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió un informe (Preventing Chronic Disease: A Vital Investment) para elevar la conciencia sobre esta epidemia básicamente invisible en los países en desarrollo y hacer una llamada a la acción entre los gobiernos nacionales, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado. La OMS propone una nueva meta a nivel mundial: reducir en un 2% anual hasta el año 2015, la tendencia proyectada en los índices de mortalidad por enfermedades crónicas. Esta reducción impedirá que 36 millones de personas mueran por enfermedades crónicas en los próximos 10 años, la mayor parte de ellos en países de ingreso medio y bajo.

Para ello es esencial la prevención de enfermedades crónicas, pero a no ser que se preste urgente atención a la extensión del problema, los gobiernos de los países en desarrollo no podrán elevar los recursos de los sistemas de sanidad ni cambiar debidamente el enfoque de sus servicios de salud. Si bien en los países desarrollados ha habido algunos programas de prevención efectivos (especialmente en el combate y la educación sobre el tabaquismo), hay que tener cuidado al aplicarlos a otros contextos.

Existen una serie de factores (como el envejecimiento de la población y la reducción en el número de muertes por enfermedades infecciosas) que han dado lugar a la creciente carga de enfermedades crónicas en los países menos desarrollados. La urbanización (por la mayor emigración a las ciudades), la industrialización (como consecuencia del menor trabajo agrícola a medida que se amplía la industria manufacturera de los países), y la globalización (por la mayor interdependencia en las relaciones de comercio a nivel mundial, especialmente en productos alimentarios) han contribuido a esta transición.

Pero los tres factores de riesgo más importantes para las enfermedades crónicas (dietas poco sanas, falta de actividad física y el tabaquismo) se refieren a elecciones de estilo de vida. La prevalencia de estos factores aumenta a nivel mundial, a medida que se eleva el consumo de azúcares y grasas, y el estilo de vida y el trabajo se vuelven cada vez más sedentarios. La mayor comercialización y venta de productos de tabaco en los países de ingreso medio y bajo también significa mayor exposición al riesgo del tabaquismo en los países en desarrollo.

La obesidad contribuye a un número de enfermedades crónicas, como la hipertensión, las cardiopatías y apoplejías, la osteoartritis, altos niveles de colesterol, períodos de falta de respiración (apnea) durante el sueño, y otros trastornos respiratorios. También es el factor de riesgo de mayor peso en la diabetes de adultos (Tipo 2), que se calcula padecen 177 millones de personas en todo el mundo (dos terceras partes de las cuales se encuentran en el mundo en desarrollo).

Desafortunadamente los índices de obesidad van en aumento en los países en desarrollo. Existen más de 1.000 millones de personas en todo el mundo con exceso de peso, entre las que se encuentran más del 30% de las poblaciones en América Latina, el Caribe, Oriente Medio y África Septentrional. El 77% de los 22 millones de niños menores de 5 años con exceso de peso a nivel mundial se encuentran en los países en desarrollo. Las poblaciones de las islas en los océanos Índico y Pacífico registran actualmente la mayor incidencia de obesidad a nivel mundial, y en algunos lugares, como las zonas urbanas de Samoa, los índices de obesidad son de hasta el 75%. En China la proporción de calorías procedente de grasas en la dieta promedio se ha duplicado en 20 años, y los niveles actuales son similares a los de la dieta estadounidense²⁰.

El tabaquismo también es un factor de riesgo para una serie de enfermedades crónicas, incluidas las cardiovasculares, el cáncer y los trastornos respiratorios crónicos. Los perfiles de muertes mundiales por tabaquismo están cambiando drásticamente y en la actualidad existen casi tantas personas (alrededor de 2 millones) en el mundo en desarrollo como en las naciones industrializadas que mueren anualmente por esta causa. Hoy en día el consumo del tabaco se extiende a 1.300 millones de personas en todo el mundo, el 84% de las cuales se encuentran en países en desarrollo y de economías en transición. Tan sólo China tiene 350 millones de fumadores, y el 57% de los hombres en dicho país fuman.²¹

Enfermedades cardiovasculares²²

Una epidemia mundial de enfermedades cardiovasculares se cierne sobre nosotros: Mientras que la Enfermedad Cardiovascular (ECV) estuvo una vez en gran parte confinada a los países de alto ingreso, ahora es la causa número uno de la muerte en el mundo entero, así como en los países de bajo y mediano ingreso, donde 80 por ciento de los 13 millones de defunciones anuales mundiales por ECV ocurren. Y al menos 21 millones de años de vidas, ajustados en función de la discapacidad (o AVAD, una medida de vida productiva futura), se pierden a nivel mundial debido a la ECV cada año.

La gran mayoría de la ECV puede atribuirse a los factores de riesgo convencionales como el consumo de tabaco, la hipertensión, la glucemia alta, las anormalidades del lípido, la obesidad y la inactividad física. Aun en África al sur del Sahara, la hipertensión, el colesterol alto, el uso extenso de tabaco y alcohol, y el consumo bajo de verduras y frutas están ya entre los factores de más alto riesgo de enfermedad. Y debido al retraso asociado con factores de riesgo para contraer enfermedades cardiovasculares, el efecto total de la exposición será visto muchos años después. Más niños de 13 a 15 años de edad en todo el mundo fuman más que nunca, y los niveles de obesidad en los niños están aumentando notablemente en países tan diversos como Brasil, China, India, México y Centro América.

Aunque algunos factores de riesgo como la edad, el grupo étnico y el sexo, obviamente no pueden modificarse, la mayoría del riesgo es atribuible al modo de vida y los tipos de comportamiento, los cuales pueden cambiarse.

El cáncer²³

El cáncer es uno de los principales problemas de salud pública, ya que a pesar de los avances en investigación y tratamiento, anualmente fallecen más de seis millones de personas en el mundo. Esta situación se torna crítica y de no implementarse estrategias de prevención, para el año 2025 se presentarán, 15.5 millones de nuevos casos, advierte la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La epidemiología del cáncer en los países en desarrollo difiere claramente de la de los países desarrollados en aspectos importantes. Mientras los países desarrollados tienen a menudo tasas relativamente altas de cáncer del pulmón, colorrectal, de mama y la próstata (alguno de los cuales está atado al consumo de tabaco, carcinógenos ocupacionales y régimen alimentario y modo de vida), hasta el 25 por ciento de los cánceres en los países en desarrollo está asociado con infecciones crónicas.

En México, las enfermedades oncológicas son la segunda causa de muerte en población general después de las cardiovasculares, representando gastos millonarios para los institutos de salud que las atienden.

Se han logrado avances significativos en esta área, en un esfuerzo conjunto de diversas instituciones y profesionales de la salud altamente comprometidos en la lucha contra esta enfermedad. De acuerdo con las cifras de la Secretaría de Salud, en los últimos años a nivel nacional, se ha incrementado la detección oportuna de las displasias cervicouterinas, además la tasa de mortalidad ha disminuido a través de los años²⁴.

Siete tipos de los cánceres representan aproximadamente 60 por ciento de todos los casos de cáncer recién diagnosticados y muertes por cáncer en los países en desarrollo: cervical, hígado, estómago, esofágico, pulmón, colorrectal y mama. Cuesta entre 1,200 a 6,200 dólares por año de vida salvado (YLS) para el tratamiento inicial de los cánceres más tratables cervical, mama, cavidad bucal y cáncer colorrectal.

Trastornos mentales²⁵

Aunque los trastornos neurológicos y mentales representan sólo cerca del 1.4% de defunciones en los países de bajo y mediano ingreso (1.8% en países de alto ingreso), infligen sufrimiento y discapacidad mucho más allá de lo que los números de mortalidad sugieren. Cerca de 10 por ciento de carga de morbilidad en AVAD (medida de vida futura productiva) en los países de bajo y mediano ingreso resulta de estas condiciones. Y tres

principales enfermedades psiquiátricas: depresión grave unipolar (31% de AVAD); el trastorno bipolar (0.6%); y la esquizofrenia (0.8%) son responsables de la mayoría de esta carga.

El reto inmediato para los países en desarrollo es generar recursos suficientes para la atención primaria de salud mental para asegurar el diagnóstico correcto y tratamiento de estos trastornos.

Las poblaciones de la mayoría de los países en desarrollo están envejeciendo rápidamente, y muchos trastornos neurológicos ocurren con mayor frecuencia en los ancianos, planteando un problema creciente de salud pública en estos países. Los países en desarrollo deben empezar o ampliar sus programas de investigación y desarrollo para abordar los temas relacionados con la prevención, identificación y el tratamiento de los trastornos neurológicos. Áreas específicas para la investigación y desarrollo incluyen:

- La realización de los estudios epidemiológicos basados en la población;
- El mejoramiento de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria existentes, especialmente en las zonas rurales usando a prestadores de atención de salud comunitarios;
- El desarrollo de medicamentos más baratos y más eficaces; y
- El estudio y la promoción del uso de los sistemas autóctonos de los medicamentos y lanzando campañas de remoción de estigmas.

La Secretaría de Salud indica que en México 15 millones de personas tienen algún trastorno mental, padecimientos que ocasionan, además de muchos gastos, un impacto negativo a nivel social, familiar, emocional y personal debido al rechazo, discriminación y falta de oportunidades de trabajo para las personas afectadas.

Las enfermedades mentales son una de las principales causas de discapacidad, ya que ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad y vuelven dependiente a una tercera parte de los pacientes.

Cifras de la más reciente Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) indican que el 28.6% de la población tuvo un trastorno de este tipo alguna vez en su vida y que sólo uno de cada 10 pacientes recibe atención médica especializada. Del total de afectados, 12.1% sufre un problema mental severo²⁶.

Diabetes²⁵

Una pandemia mundial de la diabetes está desplegando con aumentos rápidos de la prevalencia de diabetes tipo 2 (aparición adulta). Los países en desarrollo que tienen a 141 millones de personas con la enfermedad, o 72.5% de total del mundo tienen más del 80% de los AVAD resultantes de la diabetes y gastan entre 2.5% y 15.0 % de sus presupuestos sanitarios directos anuales en la atención diabética. En 2025, más de 6% de la población mundial se proyecta para ser diabética un ascenso de 24% desde niveles de 2003. En el Oriente Medio y África del Norte, Asia Meridional, y África al sur de Sahara, el número de personas con la diabetes se espera que doble entre 2003 y 2025.

La Secretaría de Salud informó que, de acuerdo con reportes internacionales, la diabetes es una de las mayores catástrofes sanitarias del mundo, que de no atenderse a corto plazo con programas básicos de concientización poblacional, en no más de una década podría minar considerablemente los recursos públicos de todos los gobiernos.

Sin embargo, es posible reducir el impacto mundial de esta enfermedad en la población, ya que 80% de los casos pueden retrasarse e inclusive prevenirse con una alimentación equilibrada e incremento de la actividad física.

En el mundo, cada 10 segundos muere una persona por causas relacionadas con la diabetes, y en ese lapso dos o más la desarrollan, lo que reporta el crecimiento anual de siete millones de personas afectadas.

Estimaciones de organismos foráneos de salud destacan que antes de 2025, 80% de las personas con diabetes vivirán en países subdesarrollados, y que en 2007 los países afectados

gastarán entre 215 y 375 mil millones de dólares para hacer frente a la atención sanitaria y su tratamiento.

En los años 80, en nuestro país, la diabetes era la tercera causa de muerte en uno de cada mil mexicanos; para 1999 era la causa principal por la que fallecían uno de cada 10 mexicanos; de 2000 a 2005 se reportaron 210 mil 327 decesos por esta causa y, sólo en 2005, 71 mil más. Lo reportado en este lustro de un crecimiento de 31%. Se estima que al cierre del 2010 en México habrán muerto 100 mil mexicanos por diabetes.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el país se ubica entre las naciones con alta prevalencia de la enfermedad, por encima de Estados Unidos, con 12% y 14%, y representa el séptimo lugar mundial por el número de casos²⁷.

La calidad de la atención de la diabetes permanece en general subóptima en todo el mundo, independientemente del nivel de desarrollo, sistema de cuidado de salud o población de un país en particular.

Enfermedades respiratorias crónicas²⁵

Las enfermedades respiratorias crónicas adultas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma son una carga principal y creciente en cuanto a morbilidad y mortalidad en el mundo en desarrollo.

La EPOC (que incluye enfisema, bronquitis crónica y síndrome bronco-obstructivo) en gran parte se vincula con el hábito de fumar cigarrillos así como exposición a las cocinas a carbón sin ventilación; representa 2% de AVAD perdidos sobre una base mundial. Mientras la prevalencia de asma mundial es inferior a la de otras enfermedades respiratorias adultas, los estudios de algunos países de mediano ingreso como Estonia y Singapur muestran que los costos médicos para el asma constituyen más de 1% de los costos sanitarios totales.

Principales factores de riesgo de las ENT²⁸

Los estilos de vida ligados con el progreso socioeconómico, que favorecen el aumento de las enfermedades cardiovasculares, son la dieta rica en calorías totales y grasas saturadas, y la adquisición del hábito de fumar, a lo que se suma ulteriormente la reducción de la actividad física y el aumento del estrés mental. La urbanización, el rápido avance de la tecnología y la facilidad para adquirir alimentos preparados explican la extensión de la epidemia de la obesidad en los países en vías de desarrollo. En una reciente encuesta realizada en México en el año 2005 se observa que la obesidad, la hipertensión y la diabetes son más prevalentes en los adultos jóvenes que en la población de mayor edad, puesto que ya han recibido el influjo del cambio en los estilos de vida.

Derivado de lo anterior los principales factores de riesgo son la hipertensión, el colesterol y la masa corporal, y se consideran como la causa de una grande y creciente proporción de la carga mundial de morbilidad. Aunque históricamente estos riesgos se han considerado “occidentales,” su repercusión ahora se reconoce como mundial: son ya causas principales de las enfermedades en los países de ingreso mediano y de importancia emergente en los países de bajo ingreso.

A nivel mundial, 7,1 millones de defunciones se atribuyeron a la hipertensión en 2000, 4,4 millones al colesterol alto y 2,6 millones al índice de masa corporal alto (IMC). Más de la carga total de AVAD se experimentó en los países en desarrollo que en los países desarrollados, reflejando las grandes poblaciones en los países en desarrollo y sus niveles de factor de riesgo ya altos. Para todas las regiones, más de dos terceras partes de la carga de ECV es atribuible a los efectos combinados de la hipertensión, el colesterol y los niveles de peso corporal. Además, más de tres cuartos de la diabetes de tipo 2 están relacionados con la masa corporal alta. Solamente las enfermedades relacionadas con la obesidad son la causa de 2% a 8% de todos los gastos de atención de salud en los países desarrollados.

Información Epidemiológica de Morbilidad 2003-2005²⁹

La información epidemiológica es fundamental para la toma de decisiones en materia de salud y para la distribución estratégica de recursos materiales y humanos, elementos fundamentales para planear programas de prevención y control de enfermedades que más aquejan a la población y/o ponen en peligro su vida.

El Sector Salud, encabezado por la Secretaría de Salud y con fundamento en la Ley General de Salud, estableció los lineamientos básicos para que, a través del Sistema Nacional de Salud (SNS) se concentre, capture, analice e interprete la información de morbilidad de forma homogénea y sistemática.

La población estimada por el Consejo Nacional de Población fue de 106'451,679 habitantes, se atendieron 42' 940, 074 consultas.

La Secretaría de Salud pone a disposición de la población general los Anuarios de Morbilidad 2003-2005, con el fin de mantener actualizada la información y difundirla a todos los usuarios dentro y fuera del Sistema Nacional de Salud. Los resultados permitirán conocer el panorama epidemiológico del país y conformar un marco de referencia para una mejor interpretación de los fenómenos de salud, por cada una de las entidades federativas del territorio nacional sobre la incidencia de enfermedades transmisibles seleccionadas; enfermedades prevenibles por vacunación, gastrointestinales, de las vías respiratorias, de transmisión sexual, transmisión por vectores y zoonosis, entre otros.

Las 10 principales causas de enfermedad a nivel nacional

ENFERMEDAD	NÚMERO DE CASOS
Infecciones respiratorias agudas	26'627,541
Infecciones intestinales mal definidas	4'765,567
Infecciones de vías urinarias	3'181,056
Gastritis, úlceras y duodenitis	1'433,592
Amibiasis intestinal	762,937
Otitis media aguda	754,742
Hipertensión arterial	519,298
Gingivitis y periodontales	449,714
Helmintiasis	400,759
Diabetes mellitus 2	397,287

“(Tomado de Secretaría de Salud, 2003-2005)”²⁹

Las 10 principales causas de enfermedad del ISSSTE a nivel nacional

ENFERMEDAD	NÚMERO DE CASOS
Infecciones respiratorias agudas	2'512,077
Infecciones intestinales mal definidas	478,087
Infecciones de vías urinarias	308,936
Gastritis, úlceras y duodenitis	179,200
Otitis media aguda	88,829
Hipertensión arterial	84,787
Amibiasis intestinal	59,774
Diabetes mellitus 2	58,427
Gingivitis y periodontales	47,336
Conjuntivitis	37,873

“(tomado de Secretaría de Salud, 2003- 2005)”²⁹

Las 10 principales causas de enfermedad en el estado de Campeche

ENFERMEDAD	NÚMERO DE CASOS
Infecciones respiratorias agudas	256,969
Infecciones intestinales mal definidas	37,766
Infecciones de vías urinarias	31,967
Amibiasis intestinal	12,622
Gastritis, úlceras y duodenitis	11,965
Otitis media aguda	7,049
Helmintiasis	5,585
Asma y estado asmático	4,602
Candidiasis urogenital	3,783
Hipertensión arterial	3,750

“(Tomado de Secretaría de Salud, 2003-2005)”²⁹

Las 10 principales causas de enfermedad del ISSSTE en el estado de Campeche

ENFERMEDAD	NÚMERO DE CASOS
Infecciones respiratorias agudas	22,354
Infecciones intestinales mal definidas	5,054
Infecciones de vías urinarias	2,030
Gastritis, úlceras y duodenitis	1,031
Conjuntivitis	903
Otitis media aguda	855
Asma y estado asmático	641
Hipertensión arterial	395
Varicela	334
Diabetes mellitus 2	317

“(Tomado de Secretaría de Salud, 2003-2005)”²⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estudiar a la familia es una estrategia característica de la práctica médica familiar. La trascendencia de esta actividad se observa en la utilidad de la información obtenida para identificar las familias y las enfermedades que padecen.

El entendimiento de la relación entre la estructura y funcionalidad familiar con el proceso salud-enfermedad y la evaluación de la medida en que intervienen factores de carácter social, económico y psicológico, constituyen el objetivo central del estudio de salud familiar, que brinda al médico de familia la oportunidad de definir acciones específicas de diagnóstico, prevención y tratamiento, haciendo uso óptimo de los recursos a su alcance y gestionando la promoción, formación y extensión de redes de apoyo intra o extrafamiliares con otros profesionales de la salud e incluso con otras instituciones.

Dichas actividades repercuten tanto en la calidad de la atención que el médico familiar otorga, como en la solución de la problemática sanitaria de las familias que se encuentran bajo su cuidado. Se podría considerar al estudio de salud familiar como el eje inicial de la actividad característica del médico familiar, la cual propicia el desarrollo de otros dos ejes: la continuidad de la atención y la acción anticipatorio basada en un enfoque de riesgo.

Descripción del problema

Los países en desarrollo están pasando por un período de rápida transición epidemiológica, lo que amenaza con abrumar sus empobrecidos sistemas de salud y dañar sus débiles economías.

Según estudios estadísticos de la OMS y de la SSA en México, la tendencia proyectada en los índices de mortalidad por enfermedades no trasmisibles ha superado los casos por enfermedades infecciosas, lo que presenta una nueva problemática en los sistemas de salud pública en el país.

Los principales factores de este cambio son principalmente el alto consumo de comida rápida y los nuevos estilos de vida derivados de la urbanización, la industrialización y la globalización, así como las características del núcleo familiar en el que se desarrolla el individuo.

Ante tal situación, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuales son las principales características sociales de los núcleos familiares y las causas de atención médica en el consultorio 4 turno vespertino de la Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado “Dr. Patricio Trueba Regil”, de la ciudad y puerto de San Francisco de Campeche, Campeche, México?

Justificación

En el consultorio 4 del turno vespertino de la clínica antes mencionada no existen datos estadísticos recientes que indiquen las principales causas de atención médica de sus pacientes, así como tampoco la identificación de las características sociales de sus núcleos familiares.

De ahí la importancia de realizar un estudio que permita tener un diagnóstico situacional actual, lo que redundará en una identificación temprana de las enfermedades, con la finalidad de establecer un tratamiento inmediato y adecuado, para que con esto se limiten las complicaciones.

El presente trabajo puede preparar a esta dependencia de salud para evitar el desabasto en medicamentos y por ende la subrogación de los mismos, lo que ocasionaría un incremento en el gasto operacional. Así mismo, podrá servir de comparación sobre los motivos de consulta y de las medidas preventivas por las que optan otras instancias de salud en el estado, que muy probablemente puedan variar por el tipo de derechohabiente que atienden, pero esto enriquecerá el conocimiento médico-formativo inicialmente para Campeche, y muy probable también para aplicarse en otros estados de la república.

Desde otra perspectiva, conocer la integración de los núcleos familiares de los pacientes permitirá tomar medidas sociales preventivas, ya que en ocasiones no todos los miembros de la familia están informados y/o interesados en la problemática del enfermo, afectando con esto la dinámica familiar diaria.

Objetivos

Objetivo general

Identificar las principales características sociales de los núcleos familiares y las causas de atención médica en el consultorio 4 turno vespertino de la Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado “Dr. Patricio Trueba Regil”, de la ciudad y puerto de San Francisco de Campeche, Campeche, México.

Objetivos específicos

Identificar las 10 causas principales de consulta primera vez.

Identificar las 10 causas principales de consulta subsecuente.

Clasificar las familias con base en el parentesco.

Clasificar las familias con base en la presencia física y convivencia.

Clasificar las familias con base en sus medios de subsistencia.

Clasificar las familias con base en los estilos de vida originados por los cambios sociales.

Clasificar las familias con base en la etapa del ciclo vital familia

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio de tipo observacional, descriptivo, con corte transversal y ambispectivo.

Población, lugar y tiempo

La realización del trabajo de investigación se llevó a cabo con los derechohabientes adscritos al consultorio 4 de la Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado “Dr. Patricio Trueba Regil”, de la ciudad y puerto de San Francisco de Campeche, Campeche, México. La recolección de información familiar se realizó durante los meses de octubre de 2007 a febrero de 2008. También se utilizaron las hojas de consulta diaria (SM 10) del período comprendido del 01 de octubre de 2006 al 30 de septiembre de 2007.

Tipo y tamaño de la muestra

La muestra para investigar las características familiares fue por cuota, hasta completar un tamaño de 100 familias encuestadas.

Para recolectar la información de las causas de consulta, se revisó el universo completo de las hojas de registro diario del médico (SM10), durante el periodo indicado.

Criterios de selección

Inclusión:

- La persona entrevistada debe ser mayor de edad, conocer los datos que se requieren para el llenado de la cédula y autorizar la entrevista.

Exclusión:

- Familias no adscritas a este consultorio.
- Familias que no acepten la entrevista.
- Hojas extraviadas de la consulta diaria (SM 10)

Eliminación:

- Hojas ilegibles de la consulta diaria (SM 10)
- Cédulas o entrevistas incompletas

Variables

Nombre de la variable	Definición	Valores de la variable	Nivel de medición
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltero(a), casado(a), viudo(a), divorciado(a), unión libre.	Cualitativa nominal.
Años de unión	Años que una pareja casada o no, ha convivido.	1 a N	Cuantitativa discontinua.
Edad (padre y/o madre)	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o período que se estima de la existencia de una persona.	1 a N.	Cuantitativa discontinua.
Ocupación del padre	Actividad que se desarrolla para el sustento del individuo y de su familia	Profesor, policía, barrendero, etc.	Cualitativa nominal.
Ocupación de la madre	Actividad que se desarrolla para el sustento del individuo y de su familia	Hogar. Profesora, etc.	Cualitativa nominal.

Escolaridad padre y/o madre	Es el nivel de educación académica de una persona.	Primaria, secundaria, bachillerato, técnica, licenciatura, maestría, doctorado.	Cualitativa nominal.
Número de hijos(as)	Número de descendientes directos en primer grado, de una persona.	1 a N	Cuantitativa Discontinua.
Parentesco	Es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afinidad análoga a ésta.	Nuclear, Nuclear simple, Nuclear numerosa, Reconstruida (binuclear), Monoparental, Monoparental extendida, Extensa, Extensa compuesta, No parental	Cualitativa nominal.
Sin parentesco	No existe un vínculo por consanguinidad.	Monoparental extendida sin parentesco, Grupos similares a familias.	Cualitativa nominal.
Presencia física y convivencia	Es la presencia física del padre o la madre en el hogar.	Núcleo integrado, Núcleo no integrado, Extensa ascendente, Extensa descendente, Extensa colateral.	Cualitativa nominal.
Estilo de vida originados por cambios sociales	Un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivos para la salud.	Persona vive sola, Parejas homoexuales sin hijos, Parejas homosexuales con hijos adoptivos, Familia grupal, Familia comunal, Poligamia.	Cualitativa nominal.

Con base en sus medios de subsistencia	Actividad que realiza el individuo para el sustento propio y/o de la familia.	Agrícola o pecuarias, Industrial, Comercial, Servicios.	Cualitativa nominal.
Etapas del ciclo vital familiar	Estadio en el que se encuentran los integrantes de una familia.	Matrimonio, Expansión, Dispersión, Independencia, Retiro y muerte.	Cualitativa ordinal.
Causas de consulta inicial	Motivo mórbido que lleva al individuo a una atención médica.	Abierta	Cualitativa nominal.
Causas de consulta subsecuente	Motivo mórbido que persiste en el individuo que no mejoró o amerita atención para el control crónico.	Las categorías que incluye el CIE 10	Cualitativa nominal.

Procedimiento de recolección de datos

Una vez establecido el tamaño de la muestra, para elegir las familias a entrevistar para aplicar la “Cédula Básica de Identificación Familiar de la UNAM” se determinó seleccionar los números de cita de consulta 4, 8, 12, 16 y 20 de la hoja de la consulta diaria (SM 10), hasta tener las 100 cédulas necesarias para el estudio. Cabe aclarar que el llenado de la cédula se hizo con autorización del paciente adulto.

Es importante mencionar que la información recabada para efectos del trabajo de investigación, se realizó con ética tomando en cuenta el Artículo 100 de la Ley General de Salud y la Declaración de Helsinki.

Para obtener la clasificación de las familias se capturaron los datos de cada cédula básica en una hoja de cálculo electrónica para facilitar el conteo, el análisis estadístico y la elaboración de las gráficas.

Para determinar las causas de consulta más frecuentes, tanto inicial como subsecuente, se utilizaron los motivos de consulta registrados en las hojas de la consulta diaria (SM 10) del 01 de octubre de 2006 al 30 de septiembre de 2007.

Para el conteo, el análisis estadístico y la elaboración de las gráficas, nuevamente se utiliza una hoja de cálculo electrónica¹, en la que se registran también las distintas patologías.

Consideraciones Éticas

LEY GENERAL DE SALUD

Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 100

La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- 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.
- VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y
- VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

¹ Microsoft Office Excel 2003

DECLARACIÓN DE HELSINKI

II . Investigación Médica Combinada con Atención Profesional

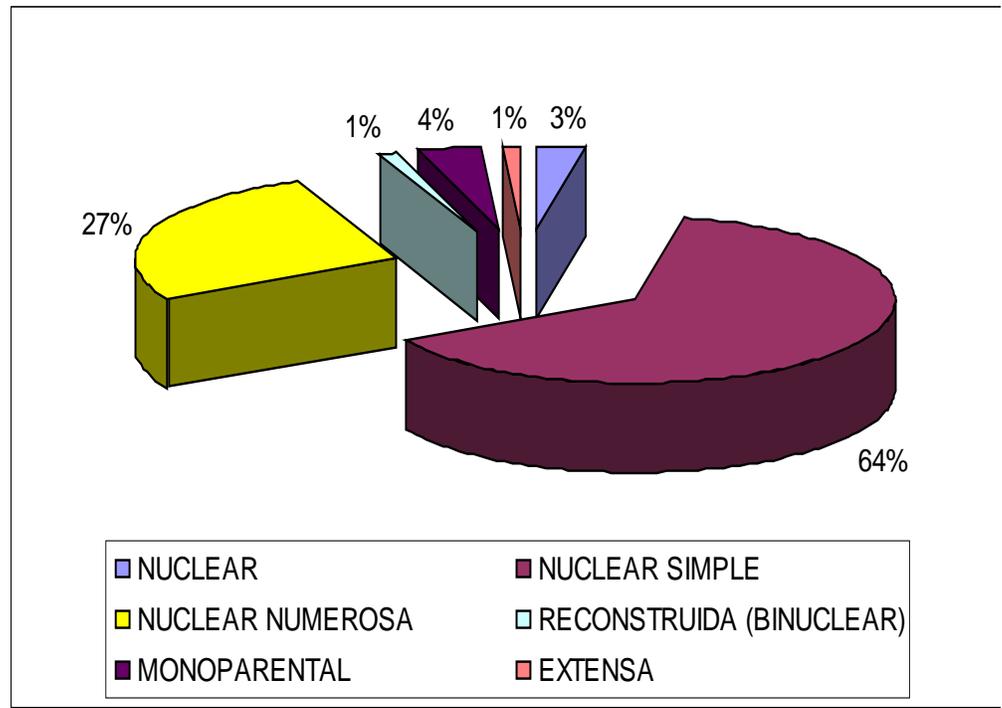
1. En el tratamiento de la persona enferma, el médico debe tener la libertad de usar un nuevo método diagnóstico y terapéutico, si a su juicio ofrece la esperanza de salvar una vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, peligros y molestias de un nuevo método deben compararse con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
3. En cualquier investigación médica, a todos los pacientes —incluidos aquéllos de un grupo de control, si los hay— se les debe garantizar el mejor método diagnóstico y terapéutico probado.
4. La negativa del paciente a participar en un estudio no debe nunca interferir en la relación médico-paciente.
5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado del individuo, él debe estipular las razones específicas de esta decisión en el protocolo que se enviará al comité independiente (I.2)
6. El médico puede combinar la investigación médica con la atención profesional, con el propósito de adquirir nuevos conocimientos, sólo en la medida en que la investigación médica se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

RESULTADOS

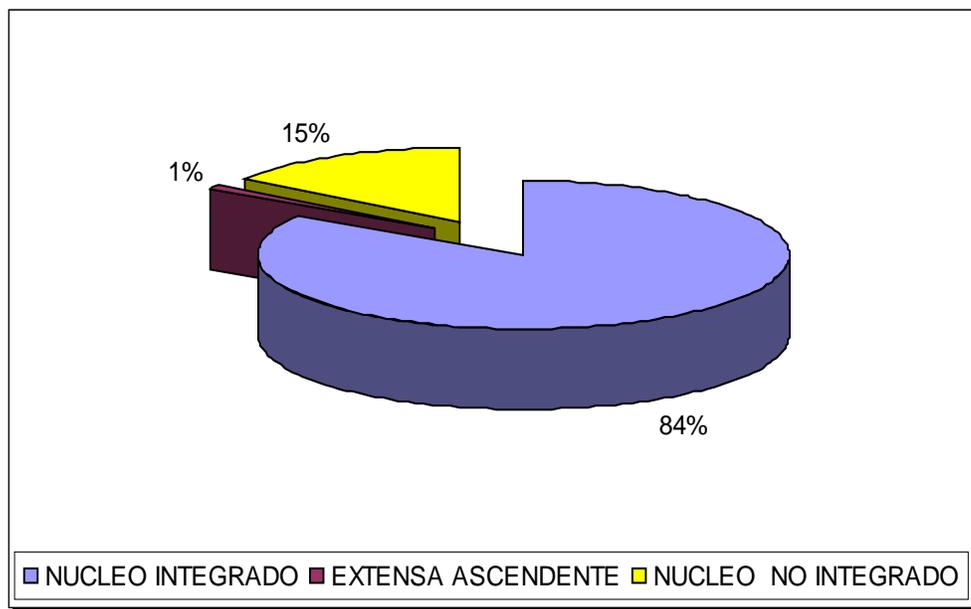
Después de procesar y analizar la información obtenida, se presentan los principales resultados encontrados en la investigación de la siguiente manera:

Características generales de las familias

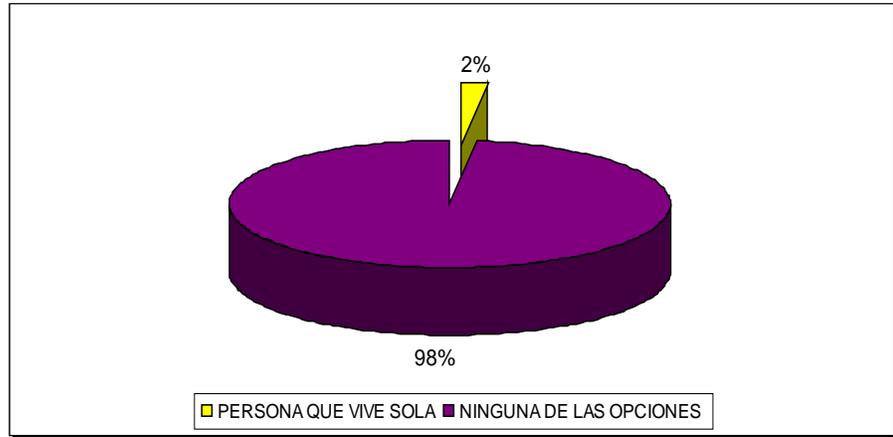
Gráfica 1. Clasificación de la familia con base en el parentesco



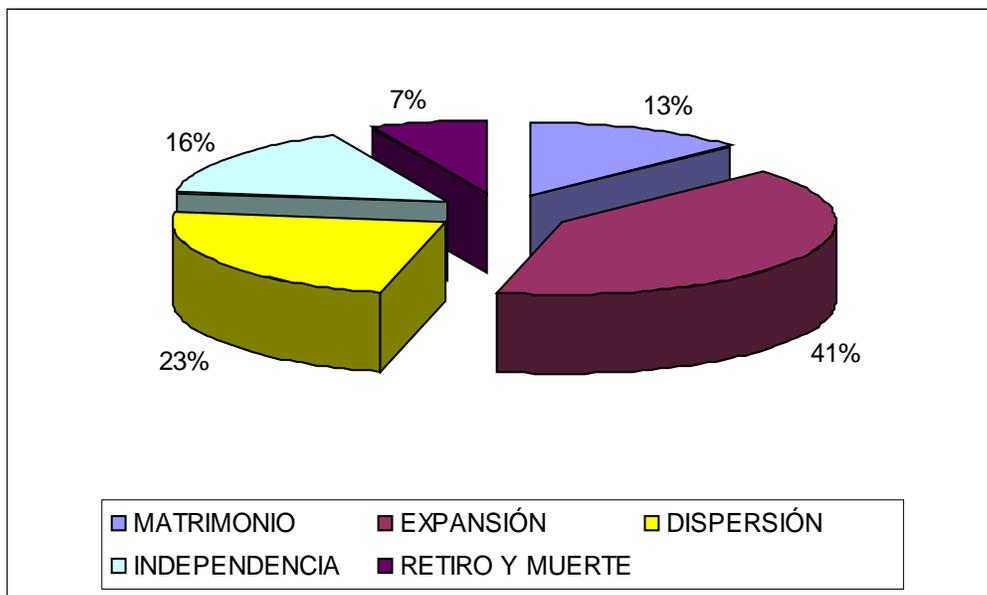
Gráfica 2. Clasificación de la familia con base en la presencia física y convivencia



Gráfica 3. Clasificación de la familia con base en estilos de vida originados por cambios sociales

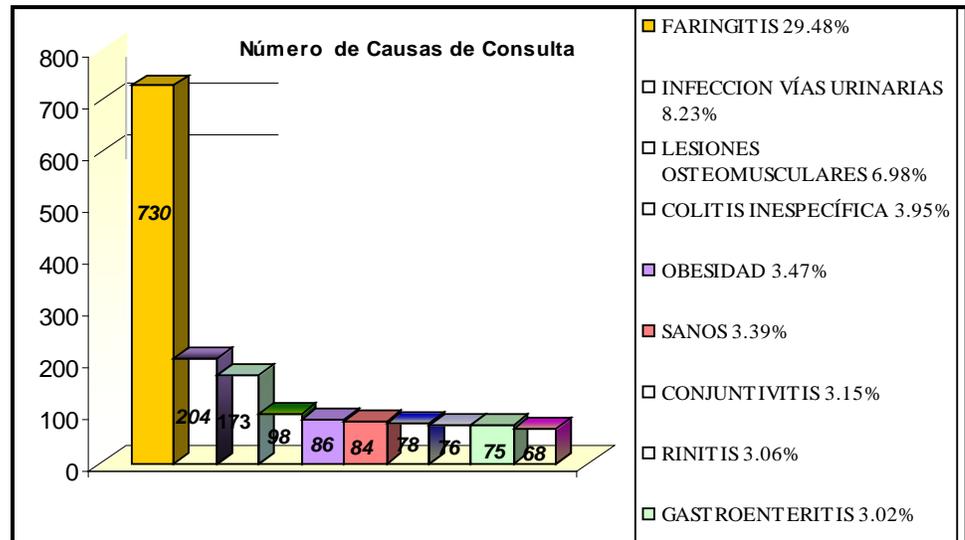


Gráfica 5. Clasificación de la familia con base en la etapa del ciclo vital familiar.



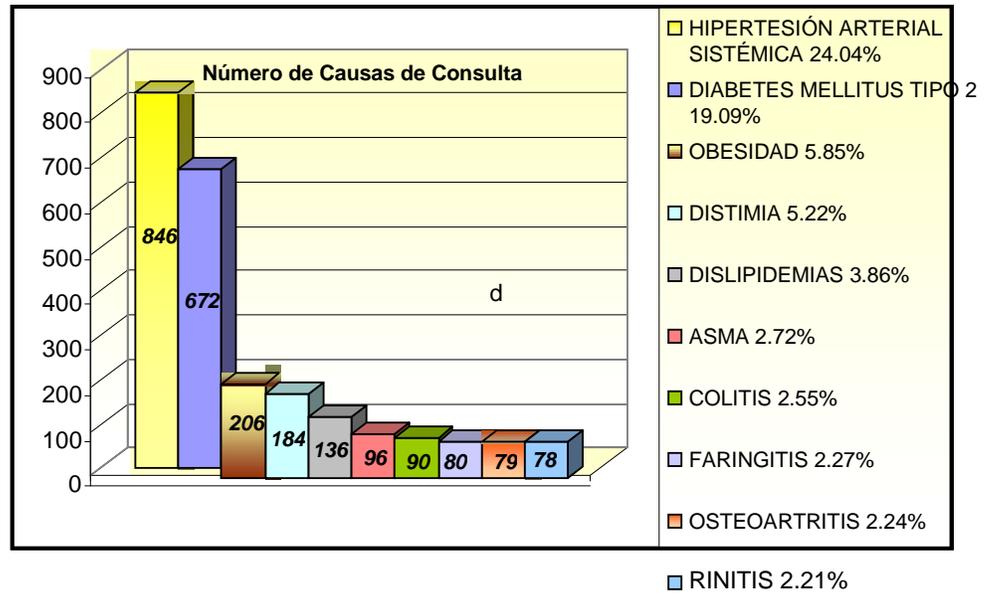
Causas de atención médica

Gráfica 6. Causas de consulta de primera vez



Como se puede observar en la gráfica, la principal causa de atención médica fue por faringitis con un 29.48% del total de consultas, siguiendo las infecciones vías urinarias con un 8.23%, con el 6.98% por osteomusculares, con un 3.95% por colitis, la obesidad con un 3.47%; también acudieron a consulta pacientes sanos con un 3.39%, por conjuntivitis con un 3.15% y por último rinitis con un 3.02%.

Gráfica 7 Causas de consultas subsecuentes



En el caso de las consultas de atención subsecuentes, la hipertensión arterial fue la más alta con un 24.04%, en tanto que la diabetes mellitus 2 reportó un 19.09%, siguiendo la obesidad con un 5.85%, distimia con un 5.22%, dislipidemia con un 3.86%, asma con un 2.72%, por colitis se obtuvo un 2.55%, faringitis con un 2.27%, y por último osteoartritis con un 2.24%.

DISCUSIÓN

La enfermedad es un proceso que genera desequilibrio no sólo en la persona enferma, sino que abarca áreas más extensas tales como: sectores económicos, laboral, de relaciones sociales, afectivas, etc. Es por ello que el equipo de salud debe tratar todos los problemas de salud de la persona centrado en el contexto familiar. Es imprescindible tener presentes todos los recursos disponibles por la familia y valerse de ésta como un gran sistema de apoyo, que pueda contribuir al restablecimiento del equilibrio perdido, de aquí la necesidad de interactuar armónicamente con la familia, al formar un solo equipo de trabajo entre la familia y el médico familiar.

A la familia como grupo social se le concede un rol mediador del proceso salud-enfermedad. En su seno, se mantiene la salud, se produce y desencadena la enfermedad, tiene lugar el proceso de curación, la rehabilitación y en muchos casos la muerte. Sin duda, el término de la vida, con la muerte, constituye el mayor impacto para la familia, por mucho que la sociedad moderna tiende a negarla y a alejar este acontecimiento de su perspectiva natural y de su enclave familiar.

La clasificación familiar es necesaria para el médico familiar, ya que le permite conocer desde diversas perspectivas las características de las familias, información que es importante en el proceso salud-enfermedad.

Cabe destacar que de las 100 familias encuestadas, los resultados obtenidos reflejaron que la mayoría de ellas son con parentesco, situación que el médico familiar debe tener presente para identificar las características de los integrantes de las familias, que puedan influir en el proceso salud-enfermedad como consecuencias del parentesco; al tener este antecedente, obliga al médico familiar a enfocar el interrogatorio en enfermedades familiares, para tomar las medidas preventivas tales como: laboratorio, rayos x, y en ocasiones ultrasonido. El 91% de las familias entrevistadas, están conformadas por padre, madre e hijos. Así mismo, se identificó que la mayor parte de las familias son de núcleo integrado, es decir que existe la

presencia de ambos padres en el hogar, lo cual puede tener algún riesgo de enfermedades infecciosas y transmisibles por el grado de convivencia que se tenga.

Por otro lado, se destaca que es mínima la modificación que se detectó en los estilos de vida derivados de los cambios sociales, conservándose el estilo familiar tradicional, situación que favorece en la salud individual como en la familiar. El área de servicios es el principal medio de subsistencia de las familias interrogadas.

La familia no es una organización estática, pasiva o inmutable, por lo que constantemente enfrenta cambios en su organización, lo que puede originar perturbaciones y transformaciones estresantes que afecten la salud de sus integrantes. Para el caso del consultorio 4 turno vespertino, la mayoría de las familias se encuentran en etapas activas.

Los resultados encontrados en el presente estudio, coinciden en forma importante con lo reportado a nivel nacional y estatal, tanto por la Secretaría de Salud (SSA), como por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE)²⁹ ya que como primera y segunda causa de consulta en el consultorio No. 4, se encuentran la Faringitis y las Infecciones de Vías Urinarias, enmarcándose en casi el 40 % de causas de consulta de primera vez.

En lo que respecta a la faringitis es muy probable que sea por los cambios estacionales en los que la etiología más frecuente son los virus tales como los rinovirus, adenovirus y coronavirus, en los cuales hay que tratar la sintomatología, ya que sólo del 5 al 7% aproximadamente, se complican con infecciones bacterianas³⁰ siendo el estreptococo B hemolítico grupo A el responsable de la mayoría de los casos, predominantemente en niños, pero es raro encontrarlo en menores de 3 años, en los que la causa más probable, son las infecciones virales³¹. Se considera adecuado iniciar tratamiento sintomático, y posteriormente revalorar para determinar el uso de antibióticos, evitando así el uso indiscriminado de éstos.

Las infecciones Urinarias agudas, entre las que están comprendidas la Cistitis, Uretritis y Pielonefritis son más frecuentes en mujeres entre los 20 y 50 años y en hombres mayores de 40 años, en los que los gérmenes más frecuentes son la E. Coli, Proteus y Klebsiella, los cuales también son responsables de más del 70% de los casos de piuria. La uretra femenina parece especialmente propensa a la colonización por bacilos colónicos gramnegativos dada su proximidad al ano, su corta longitud (unos 4 cm) y su desembocadura bajo los labios.

En particular, las infecciones sintomáticas de las vías altas tienen una frecuencia inusitada durante la gestación; entre 20 y 30% de las embarazadas con bacteriuria sintomática terminan sufriendo pielonefritis. Esta susceptibilidad a las infecciones altas durante la gestación se debe a decremento del tono ureteral, menor peristaltismo ureteral e insuficiencia temporal de las válvulas vesicoureterales. Los pacientes con cistitis refieren a menudo disuria, polaquiuria, tenesmo y dolor suprapúbico.

Es preciso practicar a todas las gestantes pruebas de detección de bacteriuria asintomática durante el primer trimestre; si se obtienen resultados positivos, se aplicará uno de los regímenes³².

Las enfermedades de tipo osteomuscular, como la tortícolis y la lumbalgia, ocuparon el tercer lugar de causas de consulta de primera vez, esto muy probablemente por la vida sedentaria de los trabajadores afiliados al ISSSTE, quienes posteriormente, al realizar ejercicio no programado y/ o esfuerzos físicos comprometen las estructuras de tejidos blandos aunado a posibles lesiones óseas por mala posición desde la juventud³³. Es conveniente que como médico familiar recomiende a su paciente una rutina de ejercicios propia para su situación específica.

La colitis, enmarcada como Síndrome de colon irritable (SCI) se presentó como la 4ª causa de consulta más frecuente en este estudio, pero en las referencias nacionales y estatales probablemente se está haciendo mención a ésta dentro de las llamadas Infecciones Intestinales mal definidas, ocupando entonces un 2º lugar en estas infecciones. Durante

mucho tiempo no se le prestó la debida atención al SCI, ya que se consideraba como consecuencia del stress, pero ya en los criterios de ROMA II se establece que si el paciente presenta cambios en la frecuencia, consistencia y si se alivia el malestar con la defecación se debe pensar en SCI; presentándose con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, tanto en menores de 45 años, como en pacientes geriátricos, donde se puede encontrar hasta en un 90% de los casos. Por lo general el malestar es en vigilia, que se exagera con los alimentos, y disminuye con la evacuación o expulsión de gases³⁴. Observándose alta incidencia en los pacientes adultos mayores, muy probablemente secundario al stress de la etapa del ciclo vital en que están incursionando (retiro y muerte).

La obesidad ocupó el 5° lugar, con una incidencia del 3.47 % de todos los casos de consulta de primera vez; esto se considera de importancia relevante, ya que aunque no se encontró en la estadística epidemiológica del CENAVE, la literatura internacional menciona la importante transición epidemiológica de la obesidad como causa co-mórbida de diferentes patologías, entre ellas la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), la Diabetes Mellitus tipo 2, no insulino dependiente (DM 2)¹⁹. La obesidad se diagnostica cuando el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual se obtiene con peso/talla², es igual o mayor a 30, y con esto se ha demostrado una mayor incidencia de desarrollar DM 2, HAS, Dislipidemias, aunque actualmente se está dando importancia a la relación cintura/cadera, que resulta anormal si la cifra es mayor de 0.9 en mujeres y de 1.0 en hombre, ya que en estos pacientes se ha observado mayor cantidad de grasa intraabdominal, lo que guarda relación directa con los adipositos, y esto tiene acción lipolítica, liberando ácidos grasos hacia la circulación porta, y diferentes moléculas como: hormona del balance de energía, leptina, citoenzimas como el factor de necrosis tisular, productos protombóticos como el inhibidor del activador del plasminógeno I, angiotensinógeno que incrementa la tensión arterial, la resistina que incrementa la resistencia a la insulina³⁵; pero guarda primordial importancia el que se esté presentando con mayor frecuencia en niños y adolescentes, ya que si el joven tiene carga genética hispano-americana, presenta mayor riesgo de desarrollar DM 2, y se deberá observar la presencia de acantosis nigra, ya que ésta se relaciona con mayor resistencia a la insulina, pero no se pueden dejar a un lado los importantes cambios en el estilo de vida que

los niños y jóvenes están experimentando hacia un mayor sedentarismo que conlleva la tecnología, así como el incremento de las comidas rápidas en las que se ingieren importantes cantidades de grasas trans. En México, según el reporte de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1998, se refleja que hay un 11.3% de preescolares con sobrepeso, y un 4.4% con obesidad; esto plantea un problema mayor, ya que no hay medicamentos aprobados por la FDA para el uso en niños y adolescentes, por lo que es vital sensibilizar al paciente y a la familia para una rutina diaria de ejercicios, dieta balanceada en calorías y proteínas; con esto se habrá de disminuir el tiempo frente a la televisión y computadoras, fomentar los ejercicios aeróbicos, y en caso de requerir manejo de la hiperglucemia, se recomienda iniciar con metformina³⁶.

Es un hecho interesante que pacientes sin sintomatología al momento de la consulta, acudan al servicio médico, para una revisión médica clínica y para la solicitud de clínicos, en el afán de preservar un adecuado estado de salud; a estos pacientes se les diagnosticó como Sanos, presentándose en un 3.39%; esto muy probablemente se deba al nivel de estudio y preparación académica de los derechohabientes del ISSSTE, quienes cada vez se están preocupando más por su bienestar bio-psico-social, por esta posibilidad se deberá mantener y aumentar esta incidencia de consulta-control del paciente sano, con consejerías durante la consulta, pláticas de salud en la sala de espera, fomento hacia la vacunación, salud sexual, métodos anticonceptivos, autoexploración de mama y control regular de citologías vaginales, aunque si se logra la realización de colposcopias regulares se podrá prevenir en mayor porcentaje la incidencia de cáncer cervico-uterino.

La Gastroenteritis, en la población estudiada, se presentó en 9º lugar, a diferencia de lo reportado a nivel nacional y estatal, que está en 2º lugar, destacando que a nivel nacional, todavía es causa de altos índices de morbimortalidad, predominantemente en lugares de pobreza extrema. Las infecciones gastrointestinales están entre las principales causas de enfermedad y muerte en los lactantes. Las infecciones por rotavirus tiene una incidencia mayor de octubre a enero, en cambio, las bacterianas se presentan más de marzo a agosto, predominan las infecciones por shigella, e. coli, salmonela. Los niños que acuden a

guardería y estancias infantiles, tiene un riesgo de 2 a 4 veces mayor de presentar gastroenteritis, comparado con los que no acuden a éstas. Actualmente dentro del campo de producción en masa de aves de corral, ganado y productos agrícolas, la contaminación de los alimentos de engorda y crecimiento, han estado ocasionando infecciones intestinales en el humano, así como el uso de antibióticos para el crecimiento del ganado, ha ocasionado cepas de enteropatógenos resistentes a los antibióticos de uso humano³⁷; por lo anterior es importante platicar y aconsejar al paciente y su familia, sobre el adecuado lavado de frutas y verduras, limpieza de manos posterior a acudir al sanitario y antes de comer, insistir en la lactancia materna al neonato y lactante, con aseo del seno materno, para aportar nutrientes y anticuerpos de protección intestinal. Por lo general la mayoría de las diarreas se autolimitan, así que hay que recomendar el adecuado aporte de líquidos, así como de electrolitos orales; y en caso de sospechar de infección bacteriana, con un cuadro de diarrea de más de 3 a 4 días de evolución, por lo general es adecuado iniciar con compuestos de Sulfametoxazol con Trimetropina, ya que la mayoría de las bacterias enteropatógenas son sensibles a éste.

El comentar los motivos de consulta subsecuente, (pacientes que acuden nuevamente a solicitar la atención médica por el mismo padecimiento), transporta al lector a tener una visión de las enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes del consultorio en cuestión, y son éstas, las enfermedades que a nivel nacional ocupan una de las principales causas de erogación que se realizan en el país, ya que ameritan tratamientos por un período prolongado de tiempo, así mismo son causas repetitivas de ausencia y/o incapacidad laboral, de stress familiar, limitando el desempeño anatómico, y funcional tanto del individuo mismo como de la familia, y con esto se modifica la dinámica del entorno social adyacente.

La Hipertensión Arterial Sistémica ocupó el 1er. lugar de causa de consulta en los pacientes subsecuentes, en la clínica hospital “Dr. Patricio Trueba Regil”; ésta puede relacionarse como causa importante de motivo de consulta a nivel nacional, ya que ocupa el 7º lugar nacional, según reporte epidemiológico CENAVE 2005. Se ha relacionado a una serie de factores ambientales con el desarrollo de la hipertensión, entre ellos se encuentra el

consumo de sal, la obesidad, profesión, consumo de alcohol, tamaño de la familia y hacinamiento. Se ha supuesto que en las sociedades más prósperas todos estos factores contribuyen a la elevación de la presión arterial con la edad, a diferencia de la disminución de la presión arterial con la edad en sociedades menos favorecidas. Cuanto más joven es el paciente cuando se detecta la hipertensión, mayor es la reducción de su esperanza de vida si la hipertensión no se trata³⁸.

Así pues, no debe sorprender que los factores de riesgo independientes asociados al desarrollo de aterosclerosis, por ejemplo las concentraciones elevadas de colesterol sérico, intolerancia a la glucosa y tabaquismo, aumenten significativamente el efecto de la hipertensión sobre la tasa de mortalidad con independencia de la edad, sexo o raza. Tampoco hay dudas de que existe una correlación positiva entre la obesidad y la presión arterial. En individuos normotensos, el incremento de peso se asocia a una mayor frecuencia de hipertensión, y la disminución de peso en obesos con hipertensión desciende la presión arterial y, si están sometidos a tratamiento, también disminuye la intensidad de las medidas necesarias para mantenerlos normotensos. Por tanto, incluso en sus formas leves, si no se trata, la hipertensión es una enfermedad progresiva y letal³⁸.

Entre los factores que indican un pronóstico adverso en la Hipertensión se encuentran: raza negra, inicio en edad joven, masculino, presión diastólica mayor de 115, tabaquismo, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, obesidad, y consumo de alcohol, entre otras; así como entre los signos de lesiones orgánicas podemos hallar: cardiomegalia, electrocardiogramas con trazos de isquemia y/o sobrecarga ventricular izquierda, lesiones oculares tipo exudados, hemorragias retinianas y edema papilar; hay alteración importante de la función renal, que llega a ocasionar insuficiencia renal crónica y en un número importante de casos enfermedad cerebrovascular: embólica, isquémica y hemorrágica. Como previsor de estos daños, se recomienda el examen de fondo de ojo, mínimo cada 6 meses, en el que habrá que buscar intencionadamente presencia de reflejo luminoso arteriolar, alteración en los cruces arteriovenosos, hemorragias y exudados³⁸.

Por estos importantes antecedentes, la Norma Oficial Mexicana comenta que debido a los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y que el manejo de sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud, establece que para contender este importante problema, se deben tomar acciones preventivas, así como procedimientos para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de esta enfermedad para ser realizados por los sectores público, social y privado a nivel de la atención primaria de la salud, en el que se debe otorgar atención no sólo al individuo, sino también a la familia y a la comunidad, por lo que entablar una comunicación acorde con el paciente y sus familiares, sigue siendo de vital importancia para obtener un apego adecuado al tratamiento farmacológico, y sobre todo a las medidas higiénico-dietéticas necesarias; en este documento se le da relevancia al control del peso como medida preventiva, en el que el índice de masa corporal (IMC) estratifica a las personas en: recomendable entre mayor de 18 y menor de 25, sobrepeso entre mayor de 25 y menor de 27, y con obesidad a los de mayores de 27, según la Norma Oficial Mexicana (NOM-030-SSA2-1999).

Para efectos de diagnóstico y tratamiento, se usará la siguiente clasificación clínica:

- Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg
- Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg
- Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg
- Hipertensión arterial:
 - ❖ Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg
 - ❖ Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg
 - ❖ Etapa 3: $\geq 180 / \geq 110$ mm de Hg

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida, y reducir la mortalidad por esta causa.

La Diabetes Mellitus tipo 2, ocupó el 2º lugar como causa de consulta de control médico subsecuente, siendo que a nivel nacional, fue reportada en 9º sitio, pero de casos nuevos según CENAVE 2005. En el presente estudio, se observó que la Diabetes Mellitus 2, junto con la Hipertensión Arterial, fueron el 44% de las causas de consulta subsecuentes, siendo

éstos los pacientes de difícil control, ya que no aceptan la toma continua de medicamentos, y todavía más importante, es donde la familia y los compañeros de labores no aportan el apoyo debido, muchas veces por desconocimiento y otras por desinterés, al no conocer la enfermedad y sus consecuencias. La diabetes mellitus tipo 2 representa en México un asunto de preocupación en salud pública, lo mismo que las complicaciones que ésta genera, como lo es la insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética, la cual origina un gasto elevado en su tratamiento y control derivado de diálisis peritoneal y hemodiálisis. Ambas enfermedades tienen un impacto tanto físico como emocional a lo largo del proceso de cronicidad, que deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen³⁹.

El cambio gradual del perfil epidemiológico que se ha dado en México a partir de la década de los cincuenta, en el sentido de una lenta disminución de los padecimientos infecciosos, pero un crecimiento rápido de los crónico-degenerativos, ha venido generando nuevas prioridades de investigación e intervención de todos los profesionales de la salud. Este tipo de padecimientos requieren especial atención, puesto que en su desarrollo y evolución se destaca la contribución de factores psicológicos y biomédicos, porque la gama de intervenciones profesionales oscila desde la prevención primaria de la salud hasta apoyar al paciente terminal cercano a la muerte para tener un final tranquilo, digno, reconfortado y en paz. Tanto la cronicidad como el amplio carácter invasivo, representado por muchos síntomas de estos padecimientos, conllevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen. Con mucha frecuencia se comprometen aspectos tan claves del funcionamiento humano como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad. Concomitantemente, el gasto originado por las complicaciones es tres veces superior al de su tratamiento y control, sobre todo por vasculopatía y nefropatía diabética. El tratamiento terapéutico de éstas en sus diferentes etapas, tiene un elevado costo, absorbiendo aproximadamente el 40% del presupuesto total de una unidad hospitalaria de segundo nivel, lo cual aumenta considerablemente las necesidades presupuestales debido a la tasa progresiva de su prevalencia³⁹.

Las complicaciones resultantes de la diabetes mellitus tipo 2 son una causa importante de morbilidad y mortalidad, y se asocia con el daño o falla de diversos órganos como el riñón, ojos, nervios, corazón, cerebro, aparato digestivo, etc. También se asocia con una mayor frecuencia de eventos cardiovasculares como infarto agudo del miocardio, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia arterial periférica. Hay además mayor predisposición a presentar obesidad, hipertensión y dislipidemia. Es un factor importante el cambio en el estilo de vida, como coadyuvante al tratamiento médico, o como limitante en el desarrollo de la enfermedad en pacientes con predisposición a padecerla; estos cambios se enfocan a conserjería a nivel de atención primaria a la salud, tales como: disminución en la ingesta de grasa, aumento en la dieta de verduras, vegetales y fibras, ejercicio habitual⁴⁰.

La American Diabetes Association (ADA) y la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-1994) recomiendan investigar a todos los individuos mayores de 45 años de edad cada tres años, y hacerlo con todos los que tienen factores adicionales de riesgo a edad más temprana, éstos son: antecedentes familiares de diabetes, raza, IMC igual o mayor de 25, nacimiento de niño con peso igual o mayor de 4 kg o con hiperglucemia gravídica, cifras de hipertensión igual o mayor de 140/90, triglicéridos igual o mayor de 250 y/o lipoproteínas de alta densidad (HDL) igual o menor de 35, síndrome de ovario poliquístico, acantosis nigra, antecedentes de enfermedad vascular. Una concentración de glucosa plasmática \geq 11.1 mmol/L (200 mg/100 ml) tomada al azar y acompañada de los síntomas clásicos de DM (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) basta para el diagnóstico de DM. La prueba de sobrecarga oral de glucosa, aunque sigue siendo un método válido de diagnóstico de DM, no se recomienda como parte de la atención sistemática⁴¹.

Como muchos diabéticos de tipo 2 han sufrido diabetes asintomática durante varios años antes del diagnóstico, un grupo de consenso de la ADA recomienda el siguiente calendario de revisiones oftalmológicas: 1) los individuos cuya diabetes comienza antes de los 29 años de edad deben someterse a una exploración ocular inicial en los tres a cinco primeros años tras el diagnóstico; 2) en los pacientes cuya diabetes se inicia después de los 30 años se debe realizar la exploración ocular inicial en el momento del diagnóstico, y 3) en las diabéticas

que consideran la posibilidad de iniciar un embarazo se debe realizar una exploración oftalmológica antes de la concepción y durante el primer trimestre⁴¹.

La exploración anual del pie debe: 1) evaluar el flujo sanguíneo, la sensibilidad (prueba de monofilamento) y el cuidado de las uñas; 2) buscar la presencia de deformidades del pie, como dedos en martillo o en garra y pie de Charcot, y 3) identificar lugares de posible ulceración. Los callos y las deformidades ungueales deben ser tratados por un podólogo. Se debe desaconsejar a los pacientes el autocuidado de los problemas del pie, incluso los leves. La ADA recomienda la revisión visual de los pies en busca de problemas potenciales de éstos cada vez que se vea en consulta al paciente⁴¹.

Se recomiendan las siguientes acciones con los pacientes, sin olvidar individualizar cada caso:

- Autovigilancia de la glucemia (frecuencia individualizada).
- Determinaciones de A1C (2 a 4 veces al año).
- Educación del paciente sobre tratamiento de la diabetes (anual).
- Terapia nutricional médica y educación nutricional (anual).
- Exploración ocular (anual).
- Exploración del pie (1 a 2 veces al año por el médico; diaria por el paciente).
- Prueba de detección de nefropatía diabética (búsqueda de proteinuria).
- Medición de la presión arterial (trimestral).
- Perfil lipídico (anual).
- Inmunizaciones contra influenza y neumococo.
- Considerar tratamiento antiplaquetario⁴¹.

Las complicaciones crónicas pueden dividirse en vasculares y no vasculares. A su vez, las complicaciones vasculares se subdividen en microangiopatía (retinopatía, neuropatía y nefropatía) y macroangiopatía (cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica y enfermedad cerebrovascular). Las complicaciones no vasculares comprenden problemas como gastroparesia, disfunción sexual y afecciones de la piel. El riesgo de complicaciones

crónicas aumenta con la duración de la hiperglucemia; suelen hacerse evidentes en el transcurso del segundo decenio de la hiperglucemia. Como la DM de tipo 2 puede tener un período prolongado de hiperglucemia asintomática, muchos individuos con DM de tipo 2 presentan complicaciones en el momento del diagnóstico. Así mismo la reducción de la hiperglucemia crónica evita o reduce retinopatía, neuropatía y nefropatía⁴¹.

Las personas con DM2 deberán recibir las indicaciones para el manejo integral de la enfermedad por parte de un equipo multidisciplinario de salud coordinado por el médico. Tal equipo incluye, pero no está limitado, al médico, la enfermera, la dietista y los profesionales en salud mental con experiencia y especial interés en diabetes. Es esencial que este equipo proporcione la orientación con un enfoque tal que el paciente asuma un papel activo en el cuidado de la enfermedad. El tratamiento integral para la educación al paciente y su familia debe incluir la orientación en forma sencilla respecto a lo que es la enfermedad, las características de la alimentación y el ejercicio que debe realizarse; el tratamiento debe estar fundamentado en la vigilancia de las condiciones clínicas y metabólicas y la prescripción apropiada de los medicamentos. Los patrones de alimentación no deben ser individuales sino familiares y, por lo tanto, culturales. Las sugerencias individuales al paciente favorecen la exclusión familiar y el desapego al tratamiento, por lo que las recomendaciones de alimentación deben estar dirigidas a toda la familia⁴¹.

Las Distimias para el presente estudio fueron representadas por los casos de depresión y/o ansiedad. Se observó que ésta es una causa importante de solicitud de consulta, por parte de los derechohabientes del consultorio 4, ocupando la 4ª causa con un porcentaje del 5.22%. En México, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2002 en sujetos de 18 a 65 años de edad, 9.1 % de la población ha cursado con algún trastorno afectivo, con una prevalencia de 11.2 % en mujeres y 6.7 % en hombres. En la misma encuesta, la prevalencia global del trastorno depresivo mayor fue de 3.3 % y de la distimia, de 0.9 %. En un estudio nacional de 2005 se encontró 4.5 % de depresión en

adultos. Considerando la mortalidad y el número de días vividos con discapacidad, los trastornos mentales se colocan entre los padecimientos que más carga representan a escala mundial, atribuyéndoles actualmente 10 % de la global y estimando que para el 2020 aumentará a 15 %, y que la depresión será el segundo motivo de incapacidad y ausentismo laboral. Hasta antes de la década de los setenta, la depresión en niños y adolescentes fue un tema controversial, sin embargo, investigaciones en las dos últimas décadas dejaron claro que también se presenta en éstos grupos etarios, asociada incluso con mayor comorbilidad que cuando inicia en la edad adulta, pues antes de los 18 años hay mayor riesgo de desarrollar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas⁴². En este estudio los pacientes que presentaron mayor frecuencia de consulta por estos trastornos, fueron las mujeres en edad joven, los adolescentes, y los ancianos hombres.

Aunque se reconoce la relevancia de la depresión en la adolescencia, muchas veces no se proporciona la atención debida. Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y son resistentes a consultar a un profesional de la salud. Cuando acuden para atención médica, lo hacen por manifestaciones somáticas. Por dichas razones, este grupo se vuelve vulnerable al no tener identificados sus problemas emocionales, que tal vez no podrán resolverse de forma espontánea y dificultarán el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta. Los factores causales de la depresión en el adolescente son múltiples, entre ellos el genético, ya que se ha demostrado mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentan trastornos afectivos. Así mismo, se ha informado la presencia de factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina. Se han detectado factores individuales como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y falta de logros académicos. Los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión del adolescente. Respecto a la interacción padre e hijo, las alteraciones más frecuentes en los adolescentes deprimidos son el carácter autoritario o permisivo de los padres, la ruptura de lazos familiares, la riña continua de los padres, el

rechazo de los padres y la falta de comunicación⁴². En la gran mayoría de estos casos de atención médica están siendo manejados ya por el médico especialista (psiquiatra).

Las Dislipidemias, tanto el descontrol en los niveles de colesterol, como en los niveles de triglicéridos, fueron motivo de atención médica en un 3.86 %. Este hecho tiene relevancia, ya que guarda estrecha relación con otras patologías crónico-degenerativas del adulto cuya prevalencia ha venido aumentando de manera preocupante, como la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus tipo 2. Además, los cambios en los estilos de vida y tipos de alimentación están incrementando la prevalencia de factores de riesgo para esas enfermedades, como la obesidad y las dislipidemias. Aunque en este estudio se observó una incidencia importante de adolescentes y de algunos niños con valores anormales altos en sus cifras de colesterol y triglicéridos; por esto importante detectar las dislipidemias desde los 20 años de edad, tanto en pacientes enfermos como en los clínicamente sanos, indistintamente de su sexo, para evitar complicaciones como el infarto agudo del miocardio y enfermedad vascular cerebral, sobre todo si se observa un IMC igual o mayor de 27. Los pacientes que presentan hipertrigliceridemia tienen un riesgo cardiovascular variable y no pueden ser analizados sin tomar en cuenta el valor de colesterol total. Es decir, se ha demostrado que la existencia de una hiperlipidemia mixta aumenta marcadamente la incidencia de eventos cardiovasculares⁴³.

La hipertrigliceridemia es una de las dislipidemias más frecuentes en la población mexicana. En la actualidad, incluso en niños se han detectado cifras elevadas de colesterol y triglicéridos en la sangre, debido a la comercialización masiva de alimentos procesados, los cambios de regímenes alimentarios y el abuso de alimentos ricos en grasa animal. Es preocupante que en la población adolescente se reporten prevalencias de hipercolesterolemia 22.4% e hipertrigliceridemia de 12%, en pacientes entre 12 y 18 años de edad, según lo describe Rodríguez-Fontal en Venezuela⁴³.

En México se han descrito prevalencias de 14.5% de hipertrigliceridemia y de 15.7% con nivel bajo de lipoproteínas de alta densidad, esto relacionado con los cambios de estilo de

vida, sedentarismo y hábitos alimentarios inadecuados. La obesidad es una enfermedad que ha sido replanteada mediante el empleo de la proporción entre la cintura y la cadera, con el propósito de relacionarla con enfermedades cardiovasculares. La distribución de la grasa a lo largo de la cintura está directamente relacionada con la hipertensión arterial y el nivel de colesterol sanguíneo; de hecho, los índices de cintura/cadera identifican más prevalencia de obesidad y riesgo cardiovascular que el de masa corporal, en el cual no se considera la medición de la cintura. En el paciente con diabetes mellitus, el proceso de aterogénesis se puede acelerar por la coexistencia de factores de riesgo como la obesidad, el tabaquismo, la hipercolesterolemia, la hipertrigliceridemia, la hipertensión arterial y la edad avanzada, que favorecen la ocurrencia de infarto y muerte súbita.

Los pacientes que no padecen diabetes mellitus o hipertensión arterial, que aparentemente se encuentran sanos pero presentan dislipidemia desde los 20 años de edad, tienen más factores de riesgo de sufrir daño coronario o infarto al miocardio por obstrucción arterial debido a la placa de ateroma.

Se ha propuesto que la detección de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia debe realizarse en hombres asintomáticos, con edades entre 35 y 64 años, y en mujeres entre 45 y 64 años, debido a que en los hombres el riesgo coronario puede presentarse hasta 10 años antes que en las mujeres y más cuando hay sobrepeso u obesidad. Los niveles recomendables de Colesterol y Triglicéridos son de no más de 200 mg/dl y de no más de 150 mg/dl respectivamente⁴³.

El objetivo final del tratamiento es prevenir la aparición o la recurrencia de eventos cardiovasculares. La reducción de los lípidos séricos es sólo una meta intermedia. Para alcanzar el fin último, todos los factores de riesgo modificables (hipertensión arterial, diabetes y consumo de tabaco) deben ser detectados y tratados. Desde el inicio del tratamiento, el paciente debe conocer cuál es la meta que se busca alcanzar y la duración de la terapia. El médico debe informarle que sus molestias no serán modificadas por el tratamiento y que requerirá de un esfuerzo importante para modificar su estilo de vida.

Incluso, el paciente no percibirá ningún beneficio a corto y mediano plazo. Sin embargo, el tratamiento hipolipemiante es una de las terapias más efectivas para prevenir la aparición de complicaciones cardiovasculares, con la posibilidad de mejorar la calidad de vida a futuro. La modificación de los factores de riesgo es la única alternativa para reducir la mortalidad pre-hospitalaria del infarto del miocardio. Múltiples estudios han demostrado que el tratamiento hipolipemiante es capaz de disminuir la incidencia de los eventos cardiovasculares⁴⁴.

Sus beneficios los ejerce a través de múltiples mecanismos. La reducción de la concentración de las lipoproteínas aterogénicas resulta en disminución de sus efectos tóxicos sobre la función endotelial, menor contenido de lípidos, linfocitos, macrófagos y reacción inflamatoria en las placas, aumento en el espesor de la capa fibrosa que protege a las placas de exponer su contenido a la circulación y modificación de la respuesta trombogénica y fibrinolítica. Los efectos sobre el tamaño de las placas son mínimos. Sin embargo, los cambios en la composición de las lesiones explican el menor número de eventos clínicos.

Es muy útil incorporar a la familia en el tratamiento, ya que su integración facilitará que el paciente se apegue a la dieta y realice ejercicio. La creación de folletos en que se explique la naturaleza de su enfermedad y recomendaciones prácticas sobre el ejercicio y la dieta son métodos útiles para reforzar las indicaciones del médico.

La creación de clubes y la incorporación de los medios electrónicos han sido utilizadas con éxito en el manejo de los sujetos con dislipidemias severas. El consumo crónico de tabaco es una de las causas más frecuentes de colesterol-HDL bajo. Su suspensión frecuentemente es suficiente para eliminar este factor de riesgo. La participación de un especialista en tabaquismo y el empleo adecuado de medicamentos como los parches de nicotina facilita el éxito del tratamiento.

La reducción en el consumo de bebidas alcohólicas permite disminuir la concentración de los triglicéridos séricos. Su efecto deletéreo es proporcional a la cantidad de alcohol

ingerida. La cantidad máxima permisible es una ración al día equivalente a 350 ml de vino o cerveza o 30 ml de una bebida destilada. Su consumo está prohibido en casos con triglicéridos séricos por arriba de 1,000 mg/dl por el riesgo de precipitar una pancreatitis aguda. Independiente de la causa de la dislipidemia, la pérdida de peso resulta en disminución de la concentración de colesterol total, triglicéridos.

En pacientes con obesidad centrípeta una pérdida tan pequeña como el 3% de su peso inicial es suficiente para normalizar o reducir significativamente los lípidos séricos. Por ello, la eliminación del sobrepeso es un objetivo fundamental en el paciente dislipidémico. El inicio de la dieta debe ser gradual, modificando preferentemente los grupos de alimentos que aportan azúcares simples (pan y frutas) y grasas saturadas (lácteos enteros, carne rica en grasa, grasas saturadas). La primera meta debe ser reducir la cantidad de calorías totales⁴⁴.

El tratamiento farmacológico se encamina al manejo de la hipercolesterolemia con estatinas, y la hipertriglicerinemias con fibratos, actualmente cuando se observa dislipidemia mixta, se está prefiriendo manejar en días alternos la estatina y el fibrato, buscando con esto disminuir los efectos de la miopatía, así mismo se disminuyen en forma indirecta el costo medicamentoso, sin pérdida del beneficio médico. La estatina también puede combinarse con ezetimiba, éste es un medicamento que disminuye la absorción de colesterol a nivel intestinal, logrando con esta combinación, alcanzar cifras semejantes a las observadas, cuando se emplean dosis altas de estatinas⁴⁴.

El Asma ocupó el 6°. lugar en las causas de consulta subsecuente; esto llama la atención ya que se observa alta incidencia de esta patología, que está ameritando el tratamiento de control, encontrándolo tanto en escolares como en adultos, con algunos casos en crisis, que ameritaron ingreso hospitalario urgente. La falta de conocimiento de los factores de riesgo para el desarrollo del asma, así como el deterioro del hogar y medio ambiente, incrementan la prevalencia del asma; es conveniente elaborar programas de prevención, información y disminución de los factores de riesgo para este padecimiento.

El asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en la edad pediátrica con un claro incremento en su prevalencia en las últimas décadas representando elevados gastos económicos en las familias de nuestra población. En México el costo de atención también es elevado, sobre todo por el consumo de medicamentos, más que por la atención de urgencia u hospitalización. En la zona del Golfo de México se calcula una prevalencia del 12% en escolares con marcada influencia hereditaria⁴⁵.

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a las vías respiratorias. Aparece como respuesta a una extensa variedad de inmunógenos y se caracteriza por obstrucción de la vía aérea, de gravedad variable y de curso reversible; ésta es la característica principal de esta afección, que ocasionará los sibilantes espiratorios característicos de la enfermedad. En el aspecto clínico, también hay que tomar en cuenta los antecedentes personales de manifestación de atopia, como la dermatitis, la rinoconjuntivitis, alergias alimentarias, así como la aparición de síntomas ante cambios climáticos, así mismo se deberán identificar contaminantes ambientales a los que pueda atribuirse el asma, como: humo del tabaco o de leña, polvo, animales domésticos, materiales de construcción⁴⁶.

El manejo ambulatorio de asma se basa en procedimientos terapéuticos no farmacológicos y farmacológicos, que conjugados deben ser dirigidos a alcanzar metas terapéuticas generales.

Dichas metas del tratamiento son:

- a). Mantener niveles normales de actividad física (incluye ejercicio).
- b). Mantener la función pulmonar normal o lo más próximo a ello.
- c). Prevenir los ataques o agudizaciones de los síntomas asmáticos.
- d). Prevenir o controlar los síntomas crónicos.
- e). Mantener un crecimiento y desarrollo normales.
- f). Prevenir la mortalidad.
- g). Evitar los efectos indeseables de los medicamentos antiasmáticos.⁴⁶

El manejo no-farmacológico óptimo de asma debe de incluir:

1. Educación para el paciente y su familia.
2. Control ambiental: eliminación de los agentes que induzcan o precipiten los síntomas asmáticos.
3. Inmunoterapia específica: indicada únicamente en pacientes en quienes el factor precipitante es un alérgeno ambiental que no pueda ser eliminado con medidas de control ambiental⁴⁶.

La terapéutica farmacológica se utiliza para tratar dos aspectos del asma, que son: revertir la obstrucción de las vías aéreas y la hiperreactividad bronquial condicionada por el estado inflamatorio crónico de la mucosa bronquial. Es decir, se utilizan medicamentos broncodilatadores para revertir el broncoespasmo, y medicamentos antiinflamatorios para el estado de hiperreacción bronquial⁴⁶.

La educación en asma es un proceso continuo, tiene como objetivo proporcionar información actualizada y apropiada al paciente asmático y a su familia, además de entrenamiento. Con una buena comprensión de la enfermedad y del tratamiento por parte de los padres, seguramente incrementará la aceptación y satisfacción de los esquemas de manejo propuestos, y el paciente se ajustará a ellos, obteniéndose así mejores resultados clínicos y disminución de la morbilidad. Los objetivos de la educación serán los de disminuir la angustia generada por el diagnóstico de asma, hacer objetivas y reales las expectativas de los pacientes con relación al tratamiento propuesto.

En este proceso se les insistirá a los padres que los niños son muy sensibles a reaccionar a contaminantes ambientales como el humo de cigarro, el de madera, aerosoles, solventes químicos y a la contaminación por combustión de hidrocarburos de los automóviles. De ellos, el más importante es el humo de cigarro; en diversos estudios clínicos se ha demostrado que el tabaquismo materno tiene un impacto muy negativo en la enfermedad sibilante de las vías respiratorias bajas de los lactantes, aumentando la frecuencia de la enfermedad y adelantando la edad de su presentación. En la edad preescolar se ha demostrado que el tabaquismo materno provoca aumento en la incidencia de asma, inicio

temprano de asma y aumento en la utilización de medicamentos antiasmáticos, y en otros estudios se ha relacionado al tabaquismo materno con aumento de los síntomas de asma, disminución de la función pulmonar y un aumento en la reactividad bronquial, es más común que afecte a varones y a niños con dermatitis atópica⁴⁶.

También se ha comprobado que en los hijos de embarazadas fumadoras hay una mayor prevalencia de enfermedades alérgicas, y el hecho de que los hijos de embarazadas fumadoras tengan niveles séricos de IgE elevados, establece la posibilidad de que el tabaquismo materno afecte el sistema inmunológico fetal⁴⁶.

Se deberán reforzar las consejerías tanto al paciente, como a la familia, no sólo para entender la enfermedad, sino para una participación activa con su enfermo, ya que esto permitirá el adecuado desarrollo integral familiar, con menor frecuencia de enfermedades o de descompensación de las ya existentes. Esto es posible de lograr si nos comprometemos a instruir tanto al área de trabajo social como al de enfermería, para dirigir pláticas hacia los derechohabientes, en la sala de espera o bien en los clubes de apoyo, para las distintas enfermedades, teniendo en consideración las patologías crónico-degenerativas.

Los cursos de actualización médica continua deberán seguir realizándose, con un enfoque clínico, con las limitantes diagnósticas y de tratamiento, para el nivel de atención y surtimiento que se tiene en esta unidad hospitalaria.

El apoyo para la realización del presente estudio, fue amplio e irrestricto, tanto por las autoridades de la Clínica Hospital “Dr. Patricio Trueba Regil”, como de los asesores que amablemente nos ampliaron el horizonte de observación desde una panorámica familiar integral, con el claro beneficio de acciones preventivas-anticipatorias.

Quizá pueda realizarse un estudio, con enfoque a las edades de presentación de las enfermedades, y si ya hubiese complicaciones, mencionarlas, para estar siempre con la

visión de la continuidad de la atención, con un enfoque comunitario, en el que se recalca que es mejor prevenir que curar a los pacientes, en conjunto con sus familiares.

Las demás patologías no se discuten en este trabajo, no por su falta de importancia, sino porque rebasan los objetivos principales del mismo.

CONCLUSIONES

En este estudio, las características familiares son las siguientes:

Con base en el parentesco, la mayoría de las familias pertenecen a la categoría nuclear simple; con base en la presencia física y convivencia, el porcentaje más alto es de núcleo integrado. En relación con los estilos de vida originados por cambios sociales, se encontró que dos personas viven solas. Con base en los medios de subsistencia, la mayoría está en el área de servicios. Con base en la etapa del ciclo vital familiar, la mayoría se encuentra en expansión, seguida de los que se encuentran en dispersión.

Las causas más frecuentes de consulta de primera vez, fueron: Faringitis (29.48%), Infección de vías urinarias (8.23%), lesiones Osteomusculares (6.98%), Colitis (3.95%), Obesidad (3.47%), Sanos (3.39%), Conjuntivitis (3.15%), Rinitis (3.06%), Gastroenteritis (3.02%), Dermatitis (2.74%).

Los motivos más frecuentes de solicitud de atención médica, de causas subsecuentes fueron: Hipertensión arterial sistémica (24.09%), Diabetes Mellitus tipo 2 (19.09%), Obesidad (5.85%), Distimias (5.22%), Dislipidemias (3.86%), Asma (2.72%), Colitis inespecífica (2.55%), Faringitis (2.27%), Osteoartritis (2.24%), Rinitis (2.21%).

Dados los resultados de la presente investigación, se observa que es necesario reforzar la labor clínico-asistencial del médico, pero sin pasar por alto todo el contexto sociocultural del paciente. El médico familiar es básicamente un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre cómo y de qué enferman sus miembros, teniendo en cuenta los elementos psicosociales de la familia, que pueden funcionar como recurso de salud; pero también reconoce que estos elementos pueden jugar un rol como generadores de enfermedad y de conductas erróneas de salud. Finalmente, se debe señalar que el médico familiar necesita reconocer que está en una posición privilegiada para

detectar problemas familiares y valorar su intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad para trabajar con el paciente y la familia.⁴⁷

Con base a los resultados encontrados, se considera razonable proponer que a nivel institucional, se apliquen mayor número de pláticas y consejerías, involucrando tanto al área de trabajo social, como al de enfermería. Con esta actividad se involucrará más al paciente y su familia, y en el momento de la entrevista médica se podrá lograr mejor comunicación y entendimiento, limitando las complicaciones, y teniendo períodos más cortos de tratamiento. El tener períodos más cortos de tratamiento y al empezar a tener menos complicaciones, se ameritará menos cantidad de medicamentos a surtir.

El que escribe estas líneas se compromete a tomar mayor número de cursos de capacitación en las patologías detectadas como causas más frecuentes de consulta, haciendo énfasis en las enfermedades crónico degenerativas y en la obesidad, para poder ofrecer tratamientos integrales y capacitar a las familias en el manejo de éstas, tomando el espacio-tiempo necesario para la información necesaria de prevención, tratamiento y dietas, si así se requiere.

REFERENCIAS

1. Santacruz, J. La familia como unidad de análisis. Revista Médica IMSS 1983; 21:348-357.
2. Bottomore, T. B. La Educación. Introducción a la Sociología. Barcelona, España: Ed. Península, 1992, p. 259-267.
3. OMS-OPS. La familia y la salud. 37ª sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2003. p. 5.
4. Grupo del Consenso de Medicina Familiar. II Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar an Intenational Journal. 2005; 7(1):15-19.
5. Chávez, J. V. Estructura y función de la familia. Introducción a la Medicina Familiar. México: Ed. Universitaria Potosina; 1992.p.47-52.
6. Irigoyen, A. Antecedentes históricos y características de la familia. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. México: Ed. Medicina Familiar Mexicana; 2006. p. 28.
7. Suárez Ma., El médico familiar y la atención a la familia. Pasante de Medicina Familiar.2006; 3(4):95-100.
8. Grupo del Consenso de Medicina Familiar. I Elementos esenciales de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar an Intenational Journal. 2005; 7(1):13-14.
9. Díaz J., B. Gallego, M. Durán. Caracterización del médico familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr [online]. Sep-dic 2005; 21 (5-6) [citado 22 Enero 2008] . Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500016&lng=es&nrm=iso>. ISBN 0864-2125.

10. Irigoyen, A, A. Morales. Modelo sistemático de atención médica familiar: MOSAMEF. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. México: Ed. Medicina Familiar Mexicana; 2006. pp. 154-168.
11. Irigoyen A, F. J. Gómez. El modelo sistemático de atención médica familiar: ¿Piedra de Rosseta para la Medicina Familiar?. Archivos en Medicina Familiar an Intenational Journal. 2000; 2(1):5-6.
12. Gené, J. La medicina familiar en la nueva Europa. Atención Primaria 1992; 10:703-704.
13. Hennen BK. Continuity of Care. In: Shires D, Hennen B. Eds. Family Medicine A. Guidebook for practitioners of the art. Mac Graw Hill, Inc. 1989: p.3.
14. Soberón G, Martuscelli J, Alvarez JM. La implantación de la estrategia de atención primaria a la salud en México. Salud Pública México. 1989; 30:683-690.
15. Gallo F y grupo de trabajo SEMFYC. Perfil profesional del médico de familia. Atención Primaria, 1995; 16(1):5-6.
16. Cuesta, LA. Historia clínica en el consultorio. Una necesidad. Revista Cubana Med. Gen. Integr. 1997; 13(4):8-364.
17. Irigoyen, A. Genogramas instrumentos útiles para los médicos familiares. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. México: Ed. Medicina Familiar Mexicana; 2006. p. 57-69.
18. ISSSTE. Historia del ISSSTE [online].2006 [citado 20 Enero de 2008]. Disponible en la Web:< <http://www.issste.gob.mx/issste/historiaissste.html>.
19. Worley H. Las enfermedades crónicas asedian a los países en desarrollo. PRB Population Reference Bureau. Washington, DC, E.U. [online]. Enero2006; [citado 22 Enero de 2008]. Disponible en la Web: <<http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2006/LasEnfermedadesCronicasAsedianalospaisesenDesarrollo.aspx>.
20. Delpeuch F, Bernard M. Obesity and Developing Countries. Tropical Medicine. 2005; 57(4):380-388.
21. Álvarez, A. La investigación sobre tabaquismo. Revista Española sobre Salud Pública.1999; 73(3):1-5.

22. Levenson JW, Skerrett PJ, Gaziano JM. El síndrome metabólico en los países en desarrollo. *Diabetes Veice*. 2006; 51:15-17.
23. Ciensalud, ID. Las cifras fatales del cáncer en México. *Periodismo de Ciencia y Tecnología*. [online]. Septiembre 2001 [citado 20 Enero 2008]. Disponible en la Web: www.invdes.com.mx/anteriores/Septiembre2001/htm/cancer.html#arriba.
24. Secretaría de Salud de Morelos. Panorama del cáncer en México. *Boletín Epidemiológico*. 2006; 24: del 11 al 17 de junio.
25. Hyman S, R. Kessler. Las enfermedades no transmisibles. Fogarty International Center of the U.S. National Institutes of Health. The World Bank World Health Organization Population Reference Bureau. 2006: 1-7.
26. Lara MC, Medina ME, Borges G. Trastornos Mentales. *Salud Mental*. 2007; 30(5):4-11.
27. León, G. La diabetes es una de las mayores catástrofes sanitarias del mundo: SSA. *La Jornada*. [online]. 13 de Noviembre 2006; sección sociedad y justicia [citado 19 Enero 2008]. Disponible en la Web: www.jornada.unam.mx/2006/11/13/?section=sociedad&article=049n2soc&partner=rss.
28. Balaguer I. Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo. *Revista Española en Cardiología*. 2004; 57(6): 487- 494.
29. CENAVE. Información Epidemiológica de Morbilidad 2003-2005. *Boletín Epidemiología*. [online]. 2005 [citado 21 Enero 2008]. Disponible en la Web www.dgepi.salud.gob.mx/publicaciones/compest0305.htm.
30. Harrison [online]. Parte II Síntomas principales y cuadro inicial de las enfermedades. Sección 4 Trastornos de los ojos, oídos, nariz, garganta. Capítulo 27 Infecciones de vías respiratorias. In: Dennis L, Kasper E, Braunwald, editors. *Principios de Medicina Interna*. 16a México:McGraw Hill, 2006. [citado 9 Enero 2008]. Disponible en la Web: <http://www.msd.com.mx/hcp/library/hol2.htm>.

31. Harrison [online]. Parte IV Enfermedades infecciosas. Sección 5 Enfermedades causadas por bacterias grampositivas. Capítulo 121 Infecciones estreptocócicas y enterocócicas. In: Dennis L, Kasper E, Braunwald, editors. Principios de Medicina Interna. 16a México:McGraw Hill, 2006. [citado 9 Enero 2008]. Disponible en la Web: <http://www.msd.com.mx/hcp/library/hol2.htm>.
32. Harrison [online]. Parte XI Trastornos del riñón y las vías urinarias. Capítulo 269 Infecciones urinarias y pielonefritis. In: Dennis L, Kasper E, Braunwald, editors. Principios de Medicina Interna. 16 a México:McGraw Hill, 2006. [citado 9 Enero 2008]. Disponible en la Web: <http://www.msd.com.mx/hcp/library/hol2.htm>.
33. Bruce, R. Clasificación de causas de lumbago. Trastornos y lesiones del sistema músculo esquelético. Barcelona, España: Ed. Salvat; 1989. p. 350.
34. Harrison [online]. Parte XII Enfermedades de las vías gastrointestinales. Sección 1 Enfermedades del aparato digestivo. Capítulo 277 Síndrome del colon irritable. In: Dennis L, Kasper E, Braunwald, editors. Principios de Medicina Interna. 16a México:McGraw Hill, 2006. [citado 9 Enero 2008]. Disponible en la Web: <http://www.msd.com.mx/hcp/library/hol2.htm>.
35. Harrison [online]. Parte IV Nutrición. Capítulo 64 Obesidad. In: Dennis L, Kasper E, Braunwald, editors. Principios de Medicina Interna. 16a México:McGraw Hill, 2006. [citado 9 Enero 2008]. Disponible en la Web: <http://www.msd.com>.
36. Volante ORM. Obesidad y diabetes tipo 2 en el niño. Una nueva epidemia. Revista Endocrinología y Nutrición. 2001; 9(2):103-106 [citado 11 Febrero 2008]. Disponible en la Web: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-endoc/e-er2001/e-er01-2/em-er012k.htm>.
37. Coria LJJ, Villalpando CS, Gómez BD, Treviño MA. Aspectos microbiológicos y epidemiológicos para el uso racional de antibióticos en niños con gastroenteritis bacteriana aguda. Revista Mexicana de Pediatría. 2001; 68(5):200-215 [citado 11 Febrero 2008]. Disponible en la Web: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-pediat/e-sp2001/e-sp01-5/em-sp015g.htm>.

38. Harrison [online]. Parte VIII Enfermedades del aparato cardiovascular. Sección 4 Enfermedades vasculares. Capítulo 230 Vasculopatía hipertensiva. In: Dennis L, Kasper E, Braunwald, editors. Principios de Medicina Interna. 16a México:McGraw Hill, 2006. [citado 13 Febrero 2008]. Disponible en la Web: <http://www.msd.com.mx/hcp/library/hol2.htm/e-alergia/e-al2001/e-al01-1/em-al011c.htm>.
39. Ríos CJL, S. P. T. L. Barrios, R. Ávila Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y neuropatía diabética. Revista Medicina Hospital General México. 2005; 68(3):82-94.
40. Tamayo R. R. V. Prevención de diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica Sur. 2002; 9(3):115-118.
41. Harrison [online]. Parte XIV Endocrinología y metabolismo. Sección 1 Endocrinología. Capítulo 323 Diabetes mellitus. In: Dennis L, Kasper E, Braunwald, editors. Principios de Medicina Interna. 16a México:McGraw Hill, 2006. [citado 13 Febrero 2008]. Disponible en la Web: <http://www.msd.com.mx/hcp/library/hol2.htm/e-alergia/e-al2001/e-al01-1/em-al011c.htm>.
42. Leyva R, A. Hernández M., Nava G, López V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Revista Médica IMSS. 2007; 45(3):225-232.
43. Martínez A. F., R. Chávez. Prevalencia y comorbilidad de dislipidemias en el primer nivel de atención. Revista Médica IMSS. 2007; 45(5):469-475.
44. Aguilar SCA, Gómez PFJ, Lerman GI, Vázquez CC et al. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Revista Endocrinología y Nutrición. 2004; 12(1):7-41.
45. Lara EA. Prevalencia del asma infantil al nivel del mar. Revista Alergias, Asma e Inmunología Pediátricas. 2001; 10(3):88-92.
46. Mérida PJV. Manejo ambulatorio de asma. Revista Alergias, Asma e Inmunología Pediátricas. 2000; 9(5):165-173.
47. Irigoyen, A. Nuevo Diagnóstico Familiar México: ed. Medicina Familiar Mexicana; 2005.

ANEXOS

Formato de Consultas Médicas SM10

INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO



Día	Mes	Año

MINS
Ministerio de Salud
CD.05.001.01

Nombre completo del Médico	Foto	Caso	Especialidad	Área de la consulta	Unidad	Localidad y región
Tipo de consulta: Tipo de Médico Asesor:						
	Foto	Caso	Especialidad	Área de la consulta	Unidad	Localidad y región

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE VALIDE LA ASISTENCIA DE DERECHOS

H	Nombre de paciente	Especialidad	Especialidad		EQUIPO		Módulo de atención		Número de atención	Día de la semana	Hora de atención	Módulo de consulta		Categoría	Dependencia	Observaciones
			M	F	U	R	U	R				U	R			
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																



Folios: _____

CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

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

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 ó más años de edad): _____
TOTAL: _____

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:

Agrícola o pecuarias () Industrial () Comercial () Servicios ()

F) Etapa del ciclo vital familiar:

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

Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina. UNAM.



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**CLÍNICA HOSPITAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
TRABAJADORES DEL ESTADO DE CAMPECHE
“DR. PATRICIO TRUEBA REGIL”**

