



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**

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

**UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL ISSSTE VERACRUZ, VER**

**“ESTADO SITUACIONAL DE SALUD, CARACTERÍSTICAS
SOCIOECONÓMICAS, ASÍ COMO LA MORBILIDAD DE LA CONSULTA
DEL CONSULTORIO No. 12 HOSPITAL ISSSTE VERACRUZ, TURNO
MATUTINO.”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

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

PRESENTA:

DR. ARTURO GARCÍA CRUZ

VERACRUZ, VER. 2006



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL ISSSTE VERACRUZ, VER

**“ESTADO SITUACIONAL DE SALUD, CARACTERÍSTICAS
SOCIOECONÓMICAS, ASÍ COMO LA MORBILIDAD DE LA CONSULTA
DEL CONSULTORIO No. 12 HOSPITAL ISSSTE VERACRUZ, TURNO
MATUTINO.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ARTURO GARCÍA CRUZ

ASESOR DE TESIS: DR. ARNULFO E. IRIGOYEN CORIA

H. VERACRUZ, VER.

2006

“ESTADO SITUACIONAL DE SALUD, CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, ASÍ COMO LA MORBILIDAD DE LA CONSULTA DEL CONSULTORIO No. 12 HOSPITAL ISSSTE VERACRUZ, TURNO MATUTINO.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ARTURO GARCÍA CRUZ

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

ASESOR DE TESIS DR. ARNULFO E. IRIGOYEN CORIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR,
FACULTAD DE MEDICINA.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
Y CAPACITACIÓN. I.S.S.S.T.E.

“ESTADO SITUACIONAL DE SALUD, CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, ASÍ COMO LA MORBILIDAD DE LA CONSULTA DEL CONSULTORIO No. 12 HOSPITAL ISSSTE VERACRUZ, TURNO MATUTINO.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ARTURO GARCÍA CRUZ

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

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

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

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

ÍNDICE

I.- MARCO TEÓRICO	7
Historia de la familia	7
Clasificación de la Familia	8
Ciclo Vital de la Familia	11
Roles de la Familia	12
Crisis Familiares	17
Medicina Familiar	17
Antecedentes de Medicina Familiar	17
La Especialidad de Medicina Familiar	19
Definiciones de Medicina Familiar	20
Actividades de la Medicina Familiar	20
El Médico Familiar	20
Perfil del Médico Familiar	21
Perfil del Médico Familiar SSA-ISSSTE	21
Actividades Profesionales del Médico Familiar	22
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
III.- MODELO CONCEPTUAL	25
IV.-JUSTIFICACIÓN	26
V.-OBJETIVOS	28
VI- MATERIAL Y METODOS	28
Tipo de Estudio	28
Población, Lugar y Tiempo	28
Tipo de Muestra	29
Tamaño de la Muestra	29
Criterios de Selección	29
Variable de Estudio	29
Procedimientos para Recabar la Información	29
Consideraciones Éticas	33
VII.-RESULTADOS	35
VIII.-PIRAMIDE POBLACIONAL	36
IX- CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LA FAMILIA	38
X- CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA	44
XI.-MORBILIDAD	49
Faringitis	49
Amigdalitis	50
Hipertensión Arterial	50
Osteoporosis	63
Micosis Superficial	65
Infección Urinaria	72
Diabetes Mellitas	77
Enfermedad Inflamatoria del Intestino	84
Colon Irritable	84
Gastritis	85
Diarrea	87
Otitis Externa	88
Otitis Media	89
Padecimientos Oculares Inflamatorios Infecciosos	91
Padecimientos Oculares Inflamatorios no Infecciosos	92
Lumbalgia	94
Cefalea	96
Epilepsia	99

Varicela	102
Asma	103
Esguinces	107
Dengue	109
XII.- DISCUSIÓN	111
XIII.-CONCLUSIONES	113
XIV.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
XV.- ANEXOS	117

I.- MARCO TEÓRICO.

El médico de familia en la actualidad es parte fundamental del bienestar familiar de la salud, de todos los integrantes de la familia, su entorno psicosocial, el cual repercute directamente en el proceso salud, enfermedad, así como de la evolución de la familia, la clasificación tipológica, estructura, y elementos económicos y sociales.(1).(42)

De tal manera que es necesario iniciar por comprender el concepto básico de lo que significa Familia. Etimológicamente hablando según Tapareis, deriva del latín famulus ya que es una de las necesidades que resuelve esa asociación humana .según Marquez de Morante deriva de la palabra famulus (siervo), a su vez del primitivo famulus, a su vez originario de la voz hosca fanal que significa esclavo. El concepto que mas se acerca al concepto familia puede estar dado por Rodríguez de Cepeda quien define a la familia como un conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural.(1)

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El Diccionario de la lengua española dice que la familia "La Familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje". (2)

El censo canadiense lo define como esposo y su esposa con o sin hijos o padre o madre, con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo.

El censo Americano lo define como Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio adopción y que ejercen interacción reciproca porque saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran unidad.

En México para considerar una familia como tal, se necesita que haya vínculo de parentesco, que convivan bajo el mismo techo, y que el presupuesto sea común a todos los miembros. (3).

HISTORIA ORIGEN DE LA FAMILIA.

La Historia de la familia comienza en 1865 en el derecho materno de Bachofen (Alemania). En 1865 entra en escena J. F. Mac Lenan (Ingles), y en 1871 con documentos nuevos y decisivos, estos descubrimientos permitieron bosquejar por primera vez una historia de la familia donde quedan asentados los estudios clásicos de la evolución.(4)

En su origen la palabra familia no significa el ideal. Fue inventada por los Romanos para designar un nuevo grupo social, cuyo jefe tenia bajo su poder a la mujer, a los hijos y a cierto número de esclavos con la patria potestad y el derecho de vida y muerte sobre todos ellos. En tiempo de Gayo la familia se transmitía aún por testamento.

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas y sobrevivirá en una forma u otra, mientras exista nuestra especie (5).

Hubo tres formas principales de matrimonio que corresponden aproximadamente a los tres estadios fundamentales de la evolución humana. El salvajismo corresponde al matrimonio por grupos, a la barbarie el matrimonio sindiásmico y a la civilización la monogamia.

A través de los tiempos, las familias han subsistido ha pesar de los cambios en el aspecto biológico, social, demográfico, demostrando la gran capacidad de adaptación

no fue sino hasta la segunda mitad del siglo XIX en que se convirtió en objeto de estudio científico cuando Morgan, McLennan, y Bachofen.(5)

Morgan describe en etapas el curso del desarrollo social humano, desde su estado original de salvajismo y de total promiscuidad sexual, hasta la civilizada familia, monogámica.

En 1861 Johann Jakob Bachofen sostenía que las sociedades primitivas vivieron en promiscuidad sexual y que el parentesco se determinaba por línea materna debido a que el desconocimiento de que la fecundación ocurría por medio del contacto sexual y al hecho de que al ser varios los hombres que se relacionaban con la misma mujer, resultaba imposible saber quien era el padre. A consecuencia de este hecho nace la Ginecocracia es decir el dominio femenino absoluto sobre las nuevas generaciones.

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 (1); que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar (2).

Con el propósito de facilitar la clasificación de las familias se identificaron cinco ejes fundamentales (6), en la cual nos basaremos para la realización de la Cédula Básica de Identificación Familiar.

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

Clasificación de las familias con base en el Parentesco:

Parentesco es el vínculo o lazo de unión que los miembros del hogar tienen con el jefe o jefa del hogar, los cuales pueden ser conyugales, consanguíneos, por adopción, afinidad o costumbre (INEGI).

Con Parentesco:

<i>Nuclear:</i>	Hombre y mujer sin hijos.
<i>Nuclear simple:</i>	Padre y madre con 1 a 3 hijos.
<i>Nuclear numerosa:</i>	Padre y madre con 4 hijos o más.
<i>Reconstruida (binuclear):</i>	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.

Sin Parentesco:

<i>Monoparental extendida:</i>	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
<i>Grupos similares a familias:</i>	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ej. Grupos de amigos, estudiantes, religiosos, etc.

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

Presencia física en el hogar: 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.

<i>Núcleo integrado:</i>	Presencia de ambos padres en el hogar.
<i>Núcleo no integrado:</i>	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.
<i>Extensa ascendente:</i>	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres.
<i>Extensa descendente:</i>	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
<i>Extensa colateral:</i>	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 basada en los medios que son origen esencial de subsistencia. Se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicio

Clasificación de las familias con base en su nivel económico.

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar.

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

- ***Pobreza Familiar Nivel 1:***

Ingreso per. cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica. Recursos suficientes para cubrir los gastos en vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros.

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

- **Pobreza Familiar nivel 2:**

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

- **Pobreza Familiar nivel 3**

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

Las familias que pueden cubrir los rubros mencionados en los tres niveles no se consideran pobres.

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

Se deben 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 y que repercuten en la salud individual y familiar.

- **Persona que vive sola:** Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo de vida.
- **Matrimonio o parejas de homosexuales:** Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos.
- **Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos:** Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.
- **Familia Grupal:** Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.
- **Familia Comunal:** Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.
- **Poligamia:** Incluye la poliandria: modalidad de poligamia en la cual una mujer mantiene relaciones sexuales y afectivas con varios hombres frecuentemente hermanos; y la poliginia: es la relación en la cual un hombre tiene más de una esposa al mismo tiempo y con las cuales puede tener hijos-

Estructura familiar según De la Revilla, mencionado por Irigoyen Coria (7):

- **Familia Nuclear:** Formada por dos individuos de distinto sexo y sus hijos convivientes en el mismo domicilio.
- **Familia Nuclear simple:** formada por los cónyuges y menos de cuatro hijos.
- **Familia nuclear numerosa:** En la que conviven cuatro o más hijos con sus padres.
- **Familia nuclear ampliada:** Integrada por un núcleo familiar al que se añaden otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) o bien agregados (personas sin vínculo consanguíneo, huéspedes, servicio doméstico).
- **Familia binuclear:** Familias en las que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar hijos de distintos progenitores.
- **Familia extensa:** Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones; suele estar formado por hermanos, cónyuges y sus hijos y/o padres e hijos casados.
- **Familia monoparental:** Está constituida por un solo cónyuge y sus hijos.
- **Sin familia:** Es esta familia se contempla no solo al adulto, soltero, sino también al divorciado o al viudo sin hijos.
- **Equivalentes familiares:** Se trata de individuos que viven en el mismo hogar, sin constituir un núcleo familiar tradicional, como pareja de homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, personas que viven en residencias o asilos, etc.

Ciclo de vida de las familias

El estudio del ciclo de vida de la familia nos permite analizar la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución. Se ha descrito en muchas formas. La forma más común es la diseñada por Duvall (8,9), quien señala ocho etapas: parejas recién casadas (parejas sin hijos, etapa que tarda 2 años); familias en procreación (nacimiento del primer hijo, desde el nacimiento hasta los 30 meses, etapa de dos y medio años); familias con hijos preescolares (hijo mayor entre 30 meses y dos años, etapa de tres y medio años); familias con hijos escolares (el hijo mayor entre 6 y 13 años, etapa de 8 años); familias con hijos adolescentes (hijo mayor de 13 a 20 años, etapa de 7 años); familias en época de desprendimiento (desde que se va el primer hijo hasta que el último abandona el hogar, etapa de 8 años); padres nuevamente solos (desde que se queda el nido vacío hasta la jubilación, etapa de 15 años o más); miembros de la familia que envejecen (desde la jubilación hasta la muerte de ambos esposos, etapa de 10 a 15 años).

La familia, como toda organización viva tiene su inicio, desarrollo y ocaso; tradicionalmente en el campo de la medicina familiar se utiliza la clasificación de Geyman (11):

- **Fase de Matrimonio:** Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo con la llegada del primer hijo.
- **Fase de Expansión:** Es el momento en que más rápido se incorporan nuevos miembros a la familia. La familia se expande.

- **Fase de Dispersión:** Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia de los hijos.
- **Fase de Independencia:** Etapa en la 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.

En cada uno de los diferentes períodos del desarrollo, la familia necesita adaptarse y reestructurarse constantemente. La misma enfermedad diagnosticada en diferentes etapas del ciclo de vida familiar tiene diferentes implicaciones en lo que respecta a su prevención, atención y tratamiento, tanto de los aspectos físicos, como de los psicológicos y sociales. Por ello, el conocimiento y manejo adecuado del paciente y su familia en cada una de sus etapas del desarrollo, permite al equipo de salud prever fenómenos y actuar en forma integral en las diferentes situaciones y momentos que afecten la salud del grupo familiar (10).

La OMS clasifica al ciclo de vida familiar en seis etapas. Se inicia con la formación en el momento del matrimonio, y caracteriza las sucesivas etapas en función de fenómenos de incremento o disminución de los componentes de la familia (10):

- Formación- Matrimonio-Nacimiento del primer hijo
- Extensión-Nacimiento del primer hijo-El primer hijo tiene 11 años
- Extensión- El primer hijo tiene 11 años- Nacimiento de último hijo
- Final de extensión- Nacimiento del último hijo- El primer hijo abandona el hogar
- Contracción- El primer hijo abandona el hogar- El último hijo abandona el hogar
- Final de contracción- El último hijo abandona el hogar- Muerte del primer cónyuge
- Disolución- Muerte del primer cónyuge- Muerte del cónyuge superviviente

Se considera que la familia es como un sistema viviente que nace, crece, reproduce y muere. La misma familia no es siempre igual, cambia a lo largo de su evolución, y al pasar por las diferentes etapas también se van desarrollando diferentes tareas.

Roles Familiares

Los papeles vitales de marido, esposa, madre, padre e hijo, adquieren un significado propio sólo dentro de una estructura familiar y una cultura específicas. De este modo, la familia moldea la personalidad de sus integrantes en relación con las funciones que tienen que cumplir en su seno, y ellos a su vez, tratan de conciliar su condicionamiento inicial con las exigencias del papel que se les imparte (10).

El papel tradicional de la esposa y madre es considerado como principalmente expresivo y afectivo; incluye la maternidad, la atención del hogar, la actividad sexual y

el representar conductas femeninas ante los hijos (12). Valora más la felicidad que el rendimiento y tiene cariño con autoridad.

El papel de esposo y padre es más instrumental, comprendiendo el sostenimiento económico y la responsabilidad para la toma de decisiones importantes, como las de tipo económico, la autoridad superior, la actividad sexual, cierto grado de cuidados de los hijos y el servir de modelo de conducta masculina (12). El padre tiene autoridad con cariño.

El hijo recibe la atención general de los padres y hermanos, aprende y pone en práctica nuevos conocimientos; El papel de los hijos se ha considerado con frecuencia como de tipo pasivo, pero se está transformando en más activo (11), cuestiona lo establecido y busca romper las estructuras antiguas, trayendo nuevas ideas, nueva visión del mundo que le ha tocado vivir.

Las principales funciones de la familia son las siguientes:

- Satisfacer las necesidades básicas del ser humano, tales como: alimentación, habitación, salud, protección, afecto y seguridad.
- Transmitir a las nuevas generaciones: una lengua y formas de comunicación, conocimientos, costumbres, tradiciones, valores, sentimientos, normas de comportamiento y de relación con los demás, creencias y expectativas para el futuro. Éstos son elementos importantes que vinculan a una familia con la sociedad a la que pertenece.
- Educar para la vida, es decir, formar a los integrantes de la familia de modo que sean capaces de desarrollarse productivamente como personas, y como miembros de una comunidad, a lo largo de toda su vida.

Las funciones de la familia son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones (13).

- **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.**

En general se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad (10). (43).

Fundamentalmente son dos las funciones que asume la familia: asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas.

**Las funciones específicas de la familia pueden resumirse como las siguientes:
(10). (43)**

- Asegurar la subsistencia de cada uno de sus miembros a través de la protección biopsicosocial de cada uno de ellos, lo cual implica proporcionar abrigo, alimento y seguridad física, incluyendo la satisfacción sexual de la pareja.
- Promover el afecto, la unión y la solidaridad social a fin de mantener la capacidad de relación con otros seres humanos.
- Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar, que asegure integridad psíquica y que facilite el adiestramiento en las tareas de participación social y el afrontamiento de nuevas experiencias.
- Modelar el papel sexual condicionado por la imagen de integridad y madurez de los padres, que favorezca a su vez, la maduración y la ulterior relación sexual de los hijos.
- Proporcionar nuevos miembros a la sociedad a través de la reproducción, a fin de garantizar la supervivencia de la especie.
- Educar y estimular el aprendizaje, la iniciativa y la realización creativa de los miembros en forma individualizada.
- Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal, que la familia perpetúe las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes.

La familia debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros, fomentar la libre relación entre ellos, permitir y estimular la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes y mantener la unión y la solidaridad en la familia con un sentido positivo de la libertad (10). (43)

Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables a éstos. Así como también una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros (3).

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa de ciclo de vida en que se encuentre y en la relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es aquella en la que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; no obstante lo cual, presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto a otro (10).

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, se emplean los siguientes criterios:

- **Comunicación:** En una familia funcional la comunicación es clara, directa, específica y congruente; características opuestas a una disfuncional.

- **Individualidad:** La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
- **Toma de decisiones:** La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En las familias disfuncionales importa más ver quién va a “salirse con la suya” y consecuentemente, los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.
- **Reacción a los eventos críticos:** Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas.

La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio (3).

Crisis familiares

Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros (3).

La capacidad de adaptación es uno de los más importantes indicadores de funcionalidad de la familia, no solo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino porque la familia esta constantemente sometida a situaciones críticas por los cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros.

Una crisis es cualquier evento traumático, personal o impersonal, dentro o fuera de la familia, que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma (10). (43)

Las crisis pueden asociarse con pérdidas, cambios, problemas interpersonales o a marcados conflictos internos y son de dos tipos (10): (43)

1. **Crisis normativas (evolutivas o intrasistémicas):** Son las crisis que están en relación con las etapas del ciclo de vida de la familia y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar, son transiciones y cambios que ocurren dentro de la familia.
2. **Crisis paranormativas (no normativas o intersistémicas):** Son experiencias adversas o inesperadas. Incluyen eventos provenientes del exterior, que aunque frecuentes, generalmente resultan impredecibles para la familia.

Crisis normativas

1. **Etapa Constitutiva.-** Matrimonio; dependencia económica o afectiva de la pareja de sus familias de origen; cónyuges adolescentes; problemas de adaptación sexual; diferencias socioculturales, intelectuales, económicas, educativas y religiosas de la pareja.

2. **Etapa Procreativa.**- Diferentes expectativas sobre el embarazo; embarazo; nacimiento del primer hijo; dificultad para asumir el papel parental; familia con hijos lactantes y preescolares; adolescencia; ingreso y adaptación escolar de los hijos; hijo único; nacimiento de otros hijos; familia numerosa; sobreprotección o rechazo a los hijos; crecimiento y desarrollo de los hijos.
3. **Etapa de dispersión.**- Separación de los hijos por causas escolares y/o laborales, independencia y matrimonio de los hijos.
4. **Etapa familiar final.**- Padres nuevamente solos, síndrome del nido vacío, jubilación o retiro, climaterio, muerte de uno de los cónyuges, viudez, etc.

Crisis paranormativas

- **Factores ambientales.**- Abandono o huida del hogar, relaciones sexuales prematrimoniales, embarazo prematrimonial o no deseado, matrimonio planeado, experiencias sexuales traumáticas, conflictos conyugales, rivalidad entre hermanos, problemas con las familias de origen, separación y/o divorcio, incorporación de otras personas a la familia por adopción o por la llegada de un padrastro, hermanastro o miembros de la familia extensa. Suspensión de la escuela.
- **Enfermedades o accidentes.**- Abortos provocados, complicaciones del embarazo y parto, enfermedades venéreas, traumatismos y lesiones, pérdida de funciones corporales (amputaciones), enfermedades, hospitalización, invalidez o muerte de cualquier miembro de la familia, esterilidad, toxicomanías, suicidio.
- **Factores económicos.**- Cambios bruscos en el estatus socioeconómico, problemas económicos graves.
- **Factores Laborales.** Cambios de puesto u horario en el trabajo, huelgas, despidos, desempleo prolongado.
- **Factores legales por conductas delictivas.**
- **Situaciones ambientales.**
- **Detención, juicio.** Actividades criminales, pérdida de la libertad.
- **Emigración, cambios de residencia, desastres naturales (terremotos) o provocados (guerras).**

MEDICINA FAMILIAR.

Antecedentes de la Medicina Familiar

Para entender el concepto de medicina familiar, tendremos que remontarnos a la historia de la misma, para analizar la evolución que demanda el tiempo, en base a los cambios, sociales, tecnológicos, económicos y culturales.

En el siglo XIX el médico generalista era el que atendía a la gente de menores recursos los más pobres, a los indigentes. Solo aquellos médicos mejor preparados, los más calificados atendían a la población más rica,

El siglo XIX en América y Europa se había constituido en la era de la medicina general se empezaba por construir toda una serie de argumentaciones, técnicas, científicas en relación a la práctica de la medicina En ese entonces la práctica de la medicina comenzó a promover un estudio mucho más sistematizado de la atención de a la salud de la población

En 1910 se da a conocer el informe Flexner el cual se considera como el documento que marca la declinación de la práctica de la medicina general a favor del desarrollo de las especializaciones médicas. A mediados del siglo XX con la explosión tecnológica y la solución informática que se empieza a vivir acelerados por los dos conflictos bélicos mundiales contribuyeron a incrementar el desarrollo de la especialización Se empieza a dar el fenómeno global de aumento en el número de especialistas, por ejemplo en Europa se observa una rápida inversión en la relación de generalistas / especialistas mantenida en 80/20 durante el siglo XIX para convertirse en una relación 20/80 durante los primeros 50 años del siglo XX.

Existen dos documentos muy importantes en el ámbito internacional que se consideran fundamentales en el desarrollo de la medicina familiar. En 1966 la denominada fundación Millar, llama la atención sobre la fragmentación de la atención a la salud. En donde se señala que no es posible seguir manteniendo el mismo esquema de la primera mitad del siglo XX que es necesario plantear el enfoque a la atención de la medicina.

Paralelamente otra comisión de carácter académico, El Comité on educación for Family practice establece como debería de formarse este nuevo especialista al que denominó Médico Familiar. En base a estos reportes inicia la formación de nuevos colegios y las primeras asociaciones académicas de Medicina Familiar. (1)

Paralelamente, en Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña empiezan a estructurar esquemas de certificación de de estos especialistas como una estrategia para garantizar, a largo plazo, la calidad ética de quienes ejercen esa llamada práctica familiar.

En América Latina y el Caribe el inicio de la evolución de la medicina familiar se da a partir de los años setenta y ocho del siglo XX.

En el año de 1972 se crea oficialmente el colegio Mundial de Médicos Familiares conocido como (WONCA) este Colegio cuenta en la actualidad con la afiliación de Sociedades Nacionales de Medicina Familiar de más de 80 países en el mundo.

En el con texto Latinoamericano y del Caribe se crea, en el año de 1981 el entonces denominado Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) En dicho organismo se cuenta con la participación muy importante de los Doctores Carlos Zambrano, Octavio Rivero Serrano y José Narro Robles. Quienes permitieron que la medicina familiar se desarrollara más solidamente no solo en México, sino también en varios países Latinoamericanos.

En el año de 1991 WONCA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) emite una declaración conocida como "El papel del médico de familia en los sistemas de

atención a la Salud” el cual plantea el rol del médico de la familia dentro de la estrategia de atención primaria. Como se plantea en la conferencia Internacional de Alma-Ata en el año 1978 los países pertenecientes a la OMS plantean la meta de salud para todos en el año 2000. (1)

En el año de 1994 en Ontario Canadá, se realiza otra reunión importante de la que se deriva otra declaración, que señala al médico de familia como ejercicio de la medicina familiar, el cual contribuye a las necesidades de salud de la población, y que sirve como generador de muchos programas de formación de profesionales de la medicina familiar, así mismo como documento guía para el proceso de introducción de la medicina familiar, en los sistemas de salud de muchos países.

En el año de 1996 en Buenos Aires Argentina el (CIMF) Centro Internacional para la Medicina Familiar realiza una reunión de trabajo sobre la Medicina Familiar y las reformas en los sistemas de salud. Emitiendo la declaración de Buenos Aires, firmada por directivos del sistema de salud de América Latina y el Caribe para la formación de recursos humanos para la salud, vinculados con la medicina familiar.

En 1996 el CIMF se transforma en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, la cual afilia a sociedades nacionales de 17 países. Esta organización llevó a cabo en el año del 2002 la Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, con la participación de Ministros y Viceministros de Salud de 17 países, estableciendo una serie de compromisos en materia de formación de médicos familiares en postgrado, la introducción de la Medicina En el pregrado, así como en el proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios del sistema de salud. Estos compromisos están plasmados en la declaración de Sevilla.

En México, hubo médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social el IMSS que iniciaron las primeras actividades de la Medicina Familiar, proponiendo un esquema de trabajo dentro de algunas unidades médicas de medicina familiar Derivado de esto en el año 1954/1955 implantan en el IMSS el sistema Médico Familiar, con médicos no especialistas. No fue sino hasta el año de 1971 donde se da inicio a los cursos de especialización de medicina familiar. (44)

En el año de 1974 la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) otorga el reconocimiento académico de la disciplina. El cual se convierte en uno de los pasos más firmes para la consolidación de la Especialidad. (44)

En 1975 en esa misma Universidad, se crea el primer Departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica,

En 1980 la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Inician la formación de especialistas en Medicina Familiar.

En el año de 1988 se crea el Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar (CMCMF) fortaleciendo aun más la disciplina de la medicina familiar. Ocupando en este momento el segundo lugar en cuanto a número de especialistas certificados en todas las especialidades de nuestro país. (44)

En el año de 1994 se constituye el Colegio Mexicano de Medicina Familiar (CMMF).

En el año de 1996 ingresamos como CMMF a la Confederación Iberoamericana y finalmente después de 10 años de esfuerzos en el año 2002 El Colegio Mexicano ingreso formalmente como un país titular al Colegio Mundial del gremio WONCA.(1),(2)

LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

La cual surge como una de las más completas en el ámbito de salud, para dar atención a todos los individuos de toda la edad, esferas sociales, religiosas, y nivel socioeconómico.

Las disciplinas clínicas se basan en un conjunto de factores, algunos de ellos epistemológicos y otros prácticos y administrativos. La base epistemológica de una disciplina es el consenso entre sus miembros sobre los conocimientos necesarios para resolverlos (del griego episteme CONOCIMIENTO).(13)

La base epistemológica implica también un acuerdo sobre los conocimientos de la disciplina y la forma de adquirirlos.

La definición Canadiense, del grupo de planeación de las Salud del Ministerio de Salud de Ontario dice: La atención de contacto primario, (Medicina Familiar) no solo incluyen aquellos servicios provistos en el primer contacto entre el paciente y el profesional de la salud, sino también la responsabilidad de la promoción y el mantenimiento de la salud, así como una atención continua y completa para el individuo, incluyendo la referencia a otro nivel cuando así lo requiera.

La definición de Medicina Familiar de la AAFP. Aun cuando no es idéntica es compatible con la Asociación Médica Americana. Dice: la Medicina Familiar es la especialidad que se construye sobre un núcleo de conocimientos derivados de otras disciplinas. Que proviene principalmente de la medicina interna. La pediatría, la Cirugía, la Ginecología y la Psiquiatría. Estableciendo una relación coherente de ciencias biológicas y clínicas Preparando al médico para el manejo de los paciente, la solución de problemas, el consejo, y en la coordinación total de la atención para la salud.(1,13).

En el año de 1991 un grupo de 17 médicos familiares se comprometieron en Perugia Italia, mediante un documento donde marcaba la contribución de los médicos familiares en la consecución de los objetivos de "Salud para todos en el año 2000", llegando a las siguientes conclusiones.

La medicina de familia es el elemento de los servicio de salud que mas apoyará la consecución de los objetivos de "Salud para todos".

El médico de familiar posee un papel vital como agente de cambio dentro de los complejos sistemas de salud.

El médico de familia es para cualquier país la base mas adecuada de los sistemas de salud.

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.

El reconocimiento de la medicina familiar como una disciplina específica, con una identidad propia y un claro perfil, es un requisito previo para realizar una investigación, formación y educación efectiva. (1) (3).

Definición de Médico Familiar.

El Médico de Familiar es el profesional que, ante todo es responsable de proporcionar atención integral y continua a todo individuo que solicite asistencia medica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestaran sus servicio cuando sean necesarios.

El Médico Familiar es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención al contrario que otros profesionales o especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de la edad, sexo y-o diagnostico.

El Médico de Familiar es aquel que atiende al individuo en el contexto de la familiar y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. (3)

ACTIVIDADES DEL MEDICO FAMILIAR:

Las actividades del Medico Familiar, comprenden 3 elementos esenciales: (14)

El Estudio de la Familiar,- Mediante una descripción de su estructura, clasificación tipológica, etapa de ciclo vital familiar además de elementos económicos y sociales.

Acción Anticipatorio.-basada en un enfoque de riesgo, no permite establecer la relación que existe entre los individuos y el entorno en el que viven permitiéndonos establecer ciertas características relacionadas con la enfermedades .Así como establecer estrategias preventivas, de tratamiento medico, Asia los grupos de mayor riesgo.

Continuidad.- Es el seguimiento que se le da al proceso salud-enfermedad de todo individuo, esta en relación con el aspecto social, biológico, psicológico. Sin importar la edad, sexo, ni la patología que les aqueje, ni su estadio, utilizando todos los recursos disponibles, tanto médicos, familiar, o de las comunidades, así como los tratamientos requeridos para la limitación o relación del daño

EL MÉDICO FAMILIAR

Perfil del Médico Familiar:

El Médico de Familia debe poseer las siguientes cualidades: Ser buen clínico, científico, consejero, asesor, educador, trabajador, receptivo, accesible, racional, sistemático, con actitud de búsqueda, con afán de superación, que coordina la asistencia, preocupado por el paciente y preocupado por su propia formación. (46)

El Médico de Familia debe orientar, educar, y participar con las familias, para manejar las enfermedades comunes y mostrarle como prevenirlas o por lo menos como reducir la posibilidad de futuras enfermedades.

El Médico de Familiar es el especialista que interviene en el proceso salud enfermedad de la población, determinara factores de riesgo. Tener actitud anticipatorio y preventiva. Bajo un modelo biopsicosocial que le permita proporcionar una asistencia integral de calidad, (1) (14),

El Médico de familiar no es un terapeuta familiar, sino un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre como y de que enferman sus miembros,

El Médico Familiar no es un epidemiólogo sino un clínico que reconoce la importancia de la epidemiología y la utiliza en su práctica diaria, tanto en la atención individual y familiar como en la orientada en la comunidad. (46)

Tampoco es un agente de desarrollo comunitario sino un clínico que reconoce la responsabilidad sobre la salud de la comunidad, así como la importancia de la participación ésta en sus problemas sanitarios para la mejora de su nivel de salud.

El médico de Familia conoce de la importancia de las funciones de docencia, formación continuada a investigación para la mejora de su competencia profesional, por un lado, y para elevar el nivel científico de la atención primaria en nuestro país por otro lado. (15)

Perfil profesional del médico familiar SSA/ISSSTE (16):

1. El médico de familia, será aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia.
2. Actuará como la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención medica.
3. Coordinará la utilización de los recursos para atención de los mismos y dará atención médica independientemente de la edad, sexo o el padecimiento del individuo.
4. La medicina que practique este profesional, estará encaminada al desarrollo de acciones de mantenimiento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de padecimientos agudos y crónicos y su rehabilitación.
5. Ejercerá el juicio clínico necesario para solicitar interconsulta o referirlos a otros profesionales de la salud para investigaciones adicionales, instalación de tratamientos o evaluación de los resultados del mismo.
6. Desarrollará el hábito de la autoenseñanza, revisará, actualizará periódicamente su competencia profesional, participando en programas de educación médica continua, auto evaluación y auditoria médica. Será capaz de analizar, evaluar y desarrollar actividades de investigación.

Actividad Profesional del Médico Familiar

Se establecen cinco grandes áreas de práctica profesional del médico de familia, que son las siguientes (17,18).

1. **Área de Atención al individuo.**
 2. **Área de atención a la familia.**
 3. **Área de atención a la comunidad.**
 4. **Área de docencia e investigación.**
 5. **Área de apoyo.**
-
1. **Área de atención al individuo:** La primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente; actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Integra las ciencias biológicas, sociales y de la conducta; su campo de acción se desarrolla sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades. La relación médico-paciente representa un lugar privilegiado dentro de la actividad profesional del médico de familia, ésta actitud fortalece esta relación evitando la despersonalización y la deshumanización de su práctica médica (17,19). El médico de familia busca beneficiar a su paciente y nunca perjudicarlo, respetando su autonomía, de acuerdo con la teoría de consentimiento informado, con igual respeto por el principio de equidad en la toma de decisiones y en la distribución de recursos (17).
 2. **Área de atención a la familia:** El triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar. El médico familiar está en una posición privilegiada para detectar e intervenir ante problemas familiares ocasionados o no por la enfermedad (17). Tiene compromiso y responsabilidad con la persona y el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimientos, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. Enfrenta los problemas de salud de sus pacientes en estadios sintomáticos y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural. Por lo que con frecuencia debe atender signos y síntomas aislados, más que cuadros clínicos definidos, o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico de múltiples padecimientos (19).
 3. **Área de atención a la comunidad:** La práctica del médico de familia incluye la necesidad de un conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, así como de los recursos de la misma, tanto sanitarios como de otros sectores, para poder priorizar las acciones que den respuesta a los problemas locales de mayor importancia. Para el desarrollo de la atención orientada a la comunidad, los conocimientos necesarios serán, obviamente, los de las disciplinas básicas de la medicina comunitaria, destacando la epidemiología como disciplina central, pero debiendo considerar también, en diversos grados de necesidad, la estadística, la demografía, la sociología, la economía y la antropología(17). El médico de familia entiende la organización de la práctica profesional no solo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo; es un clínico interesado en la salud de sus pacientes, cada contacto con ellos es para él una oportunidad para efectuar acciones preventivas de educación para la salud, sin que por ello se limite su capacidad para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presente en su población (15). A lo largo de su práctica reconoce la necesidad de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población con otros especialistas y trabajadores de la salud.

4. **Área de Docencia e investigación:** Es necesario que los médicos de familia deben hacer todo lo posible para realizar actividades incluidas en el área de docencia e investigación, ya que ello le llevará a mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional. Una vez finalizado el período de formación, el médico necesita desarrollar una actividad continuada de formación, ya que ningún período de aprendizaje garantiza indefinidamente una preparación adecuada para el desarrollo correcto del ejercicio profesional; por otra parte, la gran amplitud de conocimientos, habilidades y tareas que debe dominar el médico de familia hace todavía más compleja esta formación.

Las distintas facetas de las actividades docentes de un médico de familia pueden resumirse en las siguientes. (16,17).

- Autoformación, de acuerdo a sus necesidades individuales.
- Actividades de enseñanza dirigidas al equipo de salud, a la comunidad y al personal en formación.
- Formación continuada del equipo de atención primaria, en la cual el papel del médico de familia debe ser fundamental para mantener y mejorar el trabajo de todos los profesionales del mismo, mediante la puesta en marcha de actividades formativas de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas expresadas por los integrantes del equipo de salud.
- Algunas actividades de docencia pueden ser las siguientes.
- Desarrollar hábitos de lectura continuada en aquellas fuentes de información más apropiadas para nuestro trabajo.
- Asistencia regular a actividades de formación, como congresos, cursos, seminarios, sesiones clínicas, etc.
- Participar activamente en las actividades formativas realizadas dentro del equipo de salud.

Los médicos de familia, en su conjunto, deben esforzarse en desarrollar actividades investigadoras que no sean fruto de la improvisación o de necesidades personales, sino que se diseñen de acuerdo con los objetivos y metodología propios de su nivel de atención, que sean capaces de dar respuestas válidas a los problemas reales de su trabajo diario, que repercutan favorablemente sobre la comunidad que atienden y que aporten elementos útiles para el progreso de la atención primaria.

Algunas actividades de investigación, pueden ser:

- Utilización del método científico en su práctica diaria.
 - Desarrollar el hábito de la lectura crítica de los trabajos de investigación, especialmente de atención primaria.
 - Reconocer las diferentes etapas de una investigación clínica o de salud comunitaria.
 - Identificar áreas problemas susceptibles de investigación.
 - Colaborar en el desarrollo inicial de una investigación con otros profesionales de su equipo.
 - Diseñar y llevar a cabo personalmente una investigación, previa selección adecuada del problema.
5. **Área de apoyo:** Aspectos como el trabajo en equipo, la gestión de recursos y administración sanitaria, el sistema de registro y la garantía de calidad están permanentemente relacionados, con la actividad del médico de familia.

El trabajo en equipo aporta una serie de ventajas tanto para los propios profesionales del mismo como para los usuarios, señalándose, entre otras:

- El enfermo recibe mejor atención.
- Proporciona mayor satisfacción profesional a los miembros del equipo.
- Previene la duplicidad de esfuerzos.
- Facilita el enfoque biopsicosocial del paciente y la realización de todas las funciones de los equipos de atención primaria.
-

Gestión de recursos y administración sanitaria:

Organizar adecuadamente el tiempo diario para las

- diversas funciones a desarrollar.
- Evitar la solicitud de pruebas complementarias que no sean precisas para el proceso diagnóstico-terapéutico de los pacientes.
- Utilizar principios activos de reconocida eficacia, aceptados por la comunidad científica, escogiendo entre los de idéntico efecto el que posea el menor coste.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La importancia de comprender la dinámica que existe en las familias, su entorno social, cultural y económico, para poder establecer un estado situacional de salud, que nos refleje el impacto real, de la situación, por la que se encuentran cursando los pacientes que acuden a consulta determinar las principales causas de salud que mas presentan con la finalidad de establecer una estrategia que nos ayude a prevenir, detectar, estudiar, analizar y tratar en forma adecuada los múltiples padecimientos que aquejan a esta población derechohabiente

Esto nos daría la oportunidad de emprender un sin número de programas preventivos, así como el poder optimizar los recursos con los que se cuenta en el hospital tanto humano como de material de curación, tratamiento medico, farmacológico, de laboratorio y gabinete.

A su vez este estudio le dará al médico familiar la herramienta necesaria para poder brindar una mejor atención permitiendo interactuar en el rol de la familia, no como una parte mas de la función gubernamental si no como un eslabón importante dentro del contexto familiar, salud y entorno psicosocial.

La atención familiar supone un cambio táctico y estratégico en la practica del médico familiar que se centra en trasladar la acción del marco tradicional individual al del conjunto de personas que forman una familia.

Para realizar estas nuevas tareas se necesita contar con instrumentos de trabajo que permitan acercarse a la familia para conocer su estructura, a aprender a analizar sus sistemas de comunicación y de relación, su organización interna y las pautas de comportamiento de sus miembros.(14).

De tal manera que nos tenemos que hace la siguiente pregunta

¿Cuales son las características socioeconómicas de la población derechohabiente del consultorio no. 12 del hospital ISSSTE Veracruz?

¿Cuáles son las 10 principales causas de consulta en el consultorio no. 12 del hospital ISSSTE?

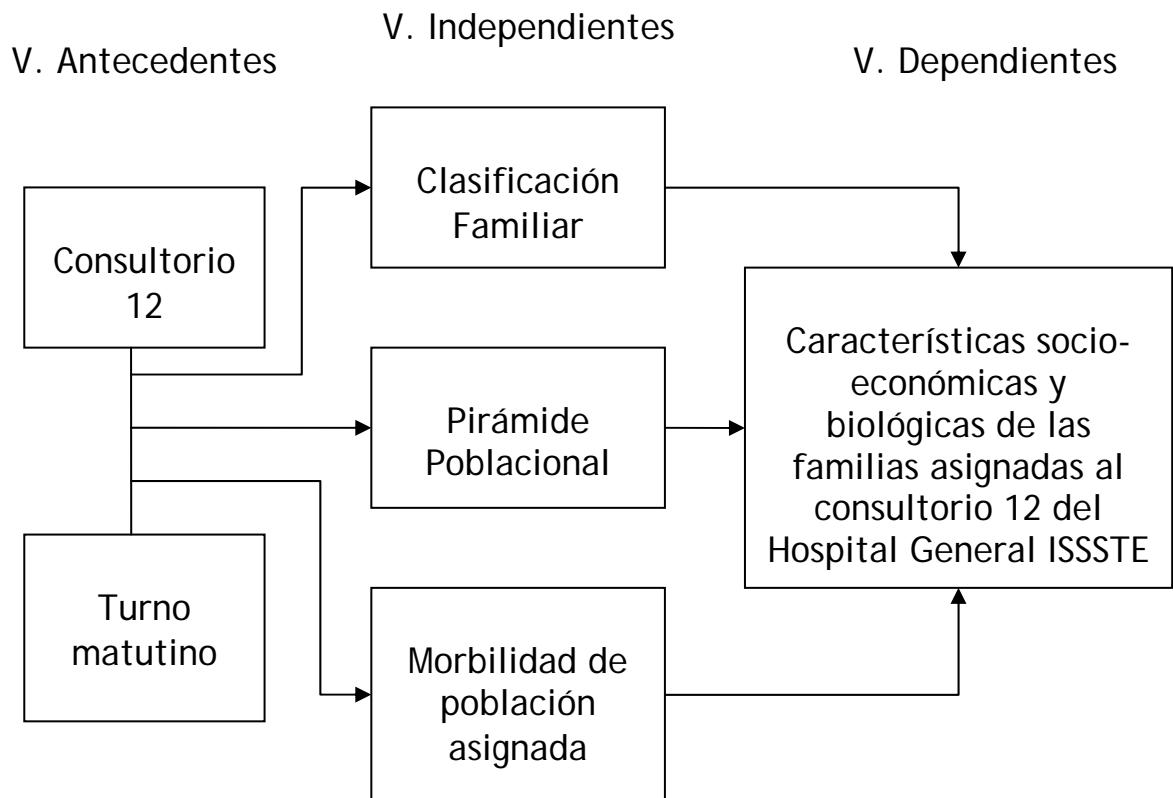
Según INEGI en el año 2004, la tasa de morbilidad de los principales casos nuevos de enfermedades, por cada 100 mil habitantes, son:

Infecciones respiratorias agudas:	24 581.3
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	4 535.5
Infecciones de vías urinarias	3 228.2
Úlceras, gastritis y duodenitis	1 365.7
Amebiasis intestinal	792.2
Otitis media aguda	675.3
Hipertensión arterial	529.8
Otras helmintiasis	498.0
Diabetes mellitas no insulino dependiente (tipo II)	384.0
Varicela	365.8
Candidiasis urogenital	330.9
Asma y estado asmático	289.5
Intoxicación por picadura de alacrán	218.5
Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	201.7
Gingivitis y enfermedad periodontal	350.0

III.- MODELO CONCEPTUAL

En el consultorio 12 de Medicina Familiar, turno matutino, del hospital General ISSSTE, Veracruz (variables Antecedentes), se realizará la Clasificación Familiar utilizando para ello la Cédula Básica de Identificación Familiar, de donde obtendremos las características socioeconómicas y biológicas de las familias asignadas; Se realizará La Pirámide Poblacional por edad y sexo, basándonos en el formato Sm-10-1 (Informe diario de Labores del Médico) y también se obtendrán las causas más frecuentes de consulta basándonos en el mismo formato (Variables Independientes)

Con lo anterior sabremos las características sociales, económicas y biológicas, además de las causas de consultas más frecuentes entre la población de acuerdo a sexo y edad (Variable Dependiente), de las familias asignadas al consultorio 9 de Medicina Familiar del Hospital General ISSSTE Veracruz.



IV.- JUSTIFICACIÓN

La Medicina Familiar es la base de los sistemas de salud en cualquier país en particular a México le a funcionado en forma importante. Bajo el programa de MOSAMEF, el cual plantea 3 características importantes con la que debe contar El estudio de la Familiar, la continuidad de la atención y la acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo.

En base a esto el Médico Familiar debe realizar actividades que requieren una guía metodológica que proporcione el estado de salud de las familias, evaluación demográfica, mediante la descripción de su estructura clasificación tipológica, etapa del ciclo vital familiar, contemplando el aspecto biológico, psicológico y social.

Nuestro país cuenta con una diversidad de padecimientos degenerativa, que requieren de programas de promoción para la salud, preventiva y terapéutica. (1) (3).

En el Hospital General del ISSSTE Veracruz se atendieron un total de 80 352 derecho-habientes: Trabajadores 20 079, Familiares de trabajadores 52 097, Pensionistas 4 251, Familiares de Pensionistas 3 925 (fuente: Subdirección de Afiliación y Vigencia, delegación estatal Veracruz, Septiembre del 2005). En el estado se atendieron 847 000 derecho-habientes, en la consulta de Medicina General/Familiar. En el consultorio 12 de Medicina Familiar, turno matutino, se atendieron, en el primer semestre de este año, un total de 1886 consultas.

El Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología, reporta las veinte principales causas de enfermedad en el estado de Veracruz por fuente de notificación, ISSSTE, durante el año 2005:

Infecciones respiratorias agudas	109 325
Infecciones Int. Por otros organismos y las mal definidas	30 230
Infección vías urinarias	16 334
Úlceras, gastritis y duodenitis	11 825
Amebiasis intestinal	3 509
Gingivitis y enfermedad periodontal	742
Candidiasis urogenital	392
Otras helmintiasis	1 167
Ascariasis	5 513
Otitis media aguda	4 111
Tricomoniasis urogenital	387
Hipertensión arterial	943
Asma y estado asmático	2 668
Diabetes mellitas no insulino dependiente (tipo 2)	615
Varicela	1088
Desnutrición leve	133
Conjuntivitis	2 159
Paratifoidea y otras salmonelosis	940
Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	3 457
Mordeduras por perro	86

Esta mecánica de valoración nos permite analizar las patologías mas frecuentes que se presentan en las familias constituye el perfil de morbimortalidad que aunado a la evaluación demográfica de las familias, facilita al medico de familia realizar estrategias específicamente dirigidas a la prevención, diagnostico, y tratamiento oportuno. (3)

La información que se obtiene mediante estas actividades ofrece oportunidad para realizar proyectos de investigación multidisciplinaria, permitiendo con ello un uso mas eficiente de los recursos para la salud. (3). Incrementado con esto la calidad de vida de los miembros de la familiar, disminución de los costos de atención, racionalizacion de los recursos para mayor atención, derivaciones justificadas a segundo nivel, y en general una atención medica de mayor calidad y que permita mantener y promover la salud de sus familias. (3).

V.- OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer las características Biológicas, Sociales, de las familias asignadas al consultorio número 12 del Hospital General I.S.S.S.T.E. Veracruz, turno matutino.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar la pirámide poblacional del consultorio número 12 en el turno Matutino del Hospital General I.S.S.S.T.E Veracruz.

Identificar las 10 principales causas de consulta.

Clasificar a las familias asignadas al Consultorio número 12 del turno matutino del hospital General I.S.S.S.T.E Veracruz.

VI.- MATERIAL Y METODOS:

TIPO DE ESTUDIO:

De Acuerdo con la clasificación de Méndez y Cols. (20) Este estudio se clasifica de la siguiente manera.

Observacional.
Descriptivo
Ambispectivo
Transversal.

POBLACION LUGAR Y TIEMPO.

Para la pirámide de poblacional se utilizaron las tarjetas VDI de Vigencia de Derecho de la unidad (ANEXO 1).

Para determinar las principales causas de consulta, se utilizaran formatos SM1-17 Informe diario de labores del medico, del consultorio número 12. (ANEXO 2).

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

Este estudio se lleva a cabo en el consultorio número 12 turno matutino del hospital general I.S.S.S.T.E. Veracruz.

El tiempo en el que se realizara este trabajo será de Junio a Septiembre 2006.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

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

Secuencial.-Se incluirán todos los formatos SM1-10 existentes de Enero a Junio del 2006.

Por cuotas. Se encuestara a un total de 50 familias adscritas al consultorio 12. Para la pirámide poblacional no se utilizara muestreo ya que se incluirán todas las tarjetas VD1 de los pacientes adscritos al consultorio 1

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de Inclusión.

Hojas de registro diario del medico pertenecientes al consultorio número 12 del turno matutino del hospital general I.S.S.S.T.E. Veracruz.

Tarjetas VD1 de los pacientes adscritos al consultorio número 12 del hospital general I.S.S.S.T.E. Veracruz.

Familias las adscritas al consultorio número 12 del hospital general I.S.S.S.T.E. Veracruz.

Criterios de Exclusión.

Hojas de registro diario del medico pertenecientes a un consultorio ó turno diferente al consultorio número 12

Tarjetas VD1 pertenecientes a pacientes de consultorio diferentes al número 12.

Familias adscritas a otro consultorio ó turno.

Criterios de Eliminación.

Hojas de registro diario del médico ilegibles.

Tarjetas VD1 con datos incompletos.

Familias con encuestas incompletas.

VARIABLE DE ESTUDIO

Nombres de las variables y definiciones:

- Edad: Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.- Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana. (47).
- Sexo: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra, en los seres humanos, en los animales y en las plantas.-Distinción biológica que clasifica a las personas en hombres y mujeres. (47).
- Ocupación: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa - Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo. (47).

VARIABLES A ESTUDIAR

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

<p>Clasificación de la familia con base en el parentesco</p> <p>Parentesco: Relación recíproca entre las personas de la consanguinidad, afinidad o adopción.</p>	<p>Nuclear: Hombre y mujer sin hijos.</p> <p>Nuclear Simple: Padre y madre con 1 a 3 hijos.</p> <p>Nuclear Numerosa: Padre y madre con 4 hijos o más.</p> <p>Reconstruida Binuclear: Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.</p> <p>Monoparental: Padre o madre con hijos.</p> <p>Monoparental extendida: Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.</p> <p>Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.</p> <p>No Parental: Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familias sin la presencia de los padres.</p>	<p>Nominal</p>
<p>Clasificación de la familia sin parentesco</p>	<p>Monoparental extendida sin parentesco: Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.</p> <p>Grupos similares a familia: Personas sin vínculos de parentesco que realizan funciones o roles familiares.</p>	<p>Nominal</p>
<p>Con base en la presencia física y convivencia</p>	<p>Núcleo integrado: Presencia de ambos padres en el hogar.</p> <p>Núcleo no integrado: No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.</p> <p>Extensa ascendente: Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de</p>	<p>Nominal</p>

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

Con base en sus medios de subsistencia. Se clasifica de acuerdo al origen de los recursos De subsistencia aportados por el jefe de la familia.	Agrícolas o pecuarias Industrial Comercial Servicios	Nominal
Con base en su nivel económico (pobreza familiar)*	Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 No se le considera pobre	Nominal
Etapas del ciclo de vida familiar	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte	Ordinal
Pirámide Poblacional por grupos de edad	Menores de 1 año De 1 a 4 años De 5 a 9 años De 10 a 14 años De 15 a 19 años De 20 a 24 años De 25 a 29 años De 30 a 34 años De 35 a 39 años De 40 a 44 años De 45 a 39 años De 40 a 44 años De 45 a 49 años De 50 a 54 años De 55 a 59 años De 60 a 64 años De 65 a 69 años De 70 a 74 años De 75 y más...	Ordinal
Pirámide poblacional por sexo	Masculino Femenino	Nominal
Principales causas de consulta	Diagnósticos anotados en el formato SM-10-1	Nominal

CONSIDERACIONES ETICAS

La Ley General de Salud, en el Título Quinto, Capítulo Único, Artículo 100 menciona: La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases (21):

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

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

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

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

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

La Comisión Nacional de Bioética (22) en su Código de Bioética para el Personal de Salud 2002 en su Capítulo VII dice:

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

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

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

De acuerdo a la declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial (23) enmendada por la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 declara: Art. 10.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

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

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

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

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

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

VII.- RESULTADOS

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA

En el Consultorio 12 de Medicina Familiar de Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), turno matutino durante el primer semestre del presente año, se atendieron un total de 1886 consultas, encontrándose que las principales causas de consulta fueron (tabla 1):

Tabla 1: Principales causas de Consultas

DIAGNÓSTICO	NÚMERO DE CONSULTAS	PORCENTAJE %
Faringitis	318	17.0
Hipertensión arterial	298	16.0
Artrosis degenerativa	237	12.5
Diabetes Mellitas 2	232	12.3
Infección de vías urinarias	145	7.6
Micosis y dermatitis inespecíficas	111	5.8
Colitis inflamatorias	106	5.6
Gastritis	91	4.8
Gastroenteritis	87	4.6
Otitis externa	72	3.8
Síndrome depresivo	54	2.8
Conjuntivitis	49	2.5
Lumbalgias	48	2.5
Cefaleas	26	1.3
Otitis media	12	0.6

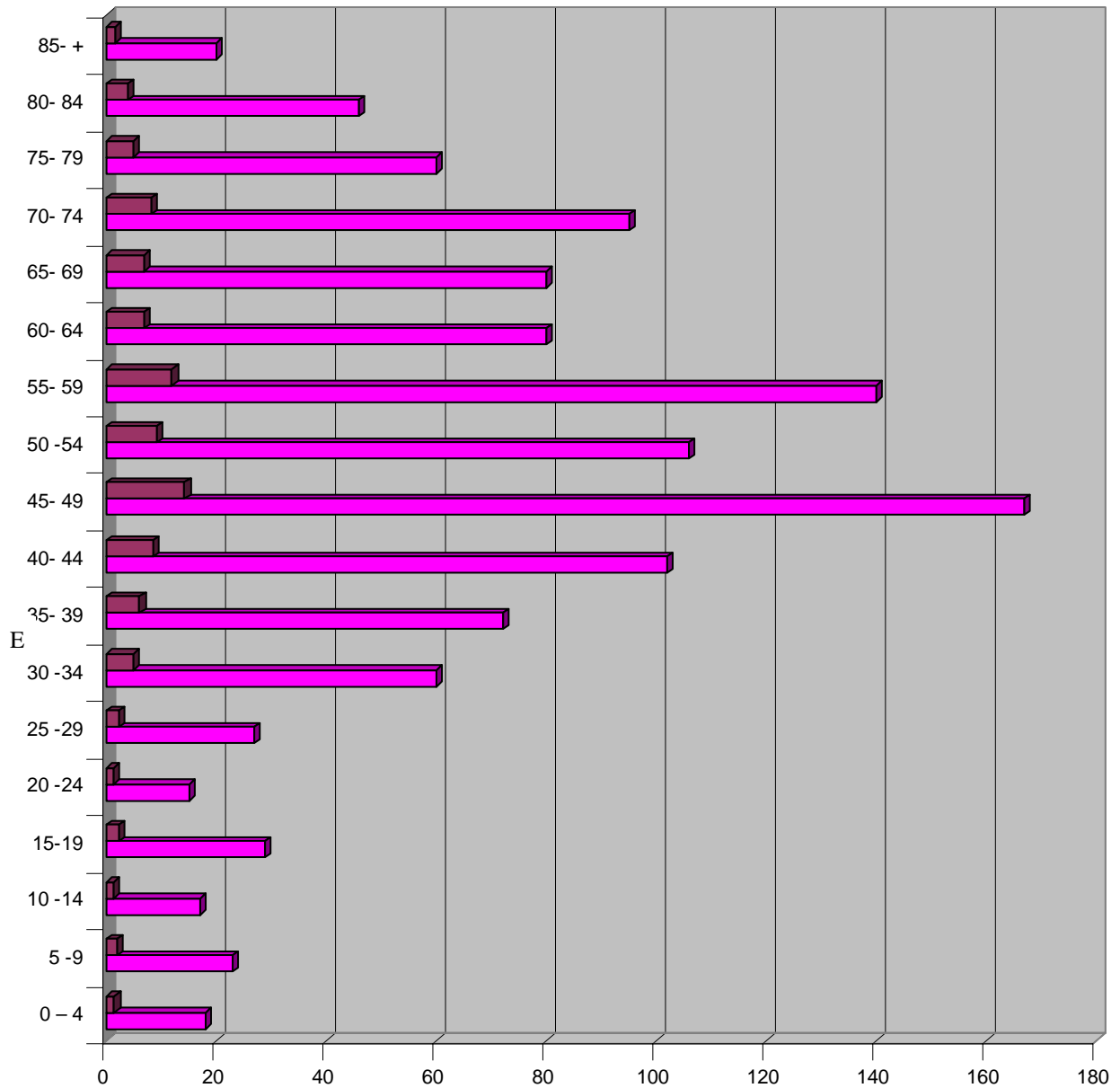
En la gráfica poblacional por edad y sexo (tabla 2) se encontró que de la población derechohabiente que acudió a la consulta, 1886 pacientes, es mayor la cantidad de mujeres 1163, que corresponde al 62%; la cantidad de hombres que acudieron a la consulta fueron 729, que corresponde al 38%.

Por edad vemos que es mayor el número de pacientes adultos y senectos.

VIII.- PIRAMIDE POBLACIONAL

Pirámide poblacional de Mujeres por edad.

Gráfica 1.



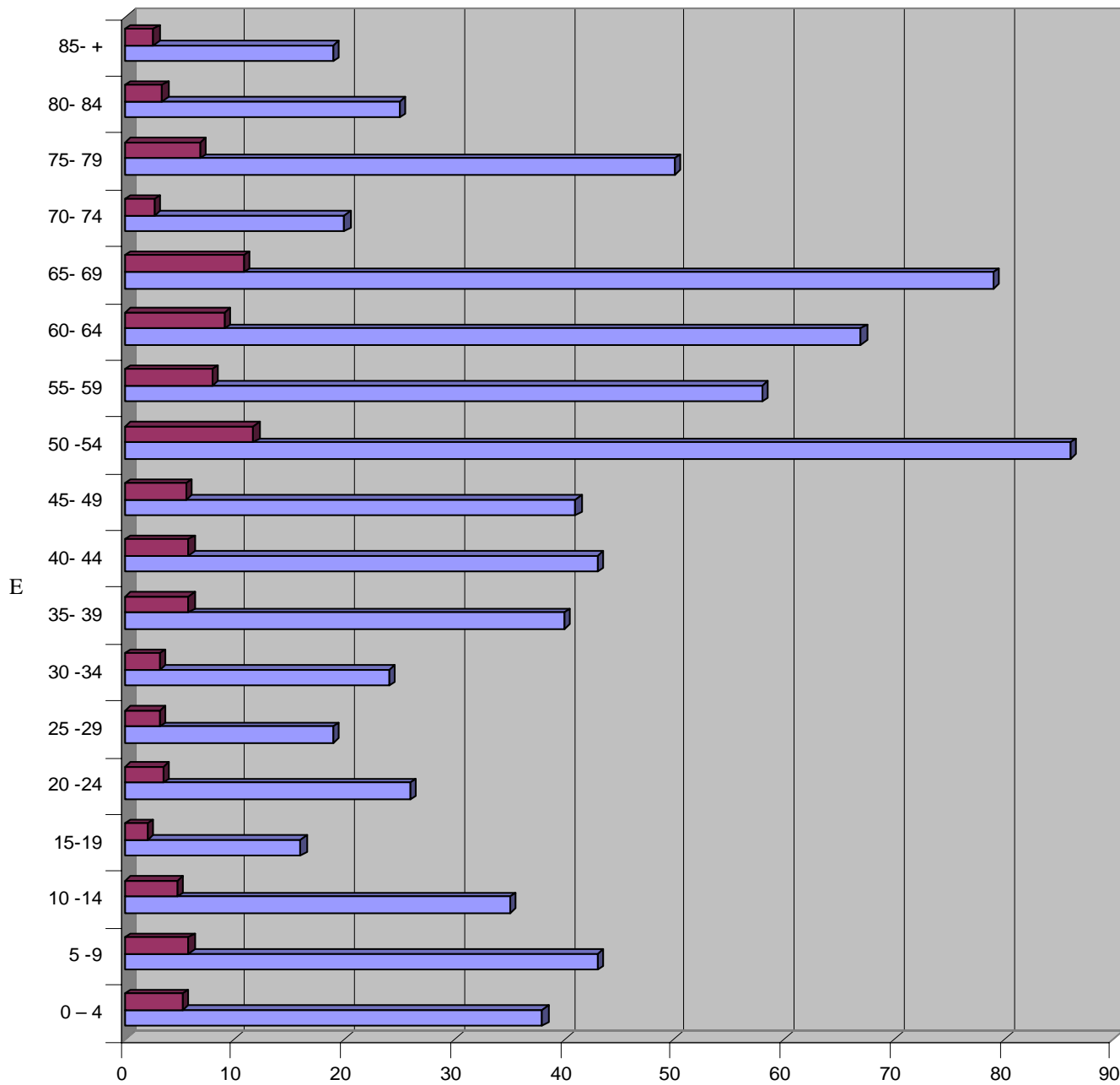
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
■ %	1.5	1.9	1.4	2.4	1.2	2.3	5.1	6.1	8.7	14.3	9.1	12	6.8	6.8	8.1	5.1	3.9	1.7
■ M	18	23	17	29	15	27	60	72	102	167	106	140	80	80	95	60	46	20

Tabla 1.

Mujeres 1163 = 62%
Total 1886 = 100%

Pirámide poblacional de hombres por edad.

Gráfica 2.



	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - +
■ %	5.2	5.8	4.8	2.1	3.5	3.2	3.2	5.8	5.8	5.6	11.7	7.9	9.1	10.8	2.7	6.8	3.4	2.6
■ H	38	43	35	16	26	19	24	40	43	41	86	58	67	79	20	50	25	19

Tabla 2.

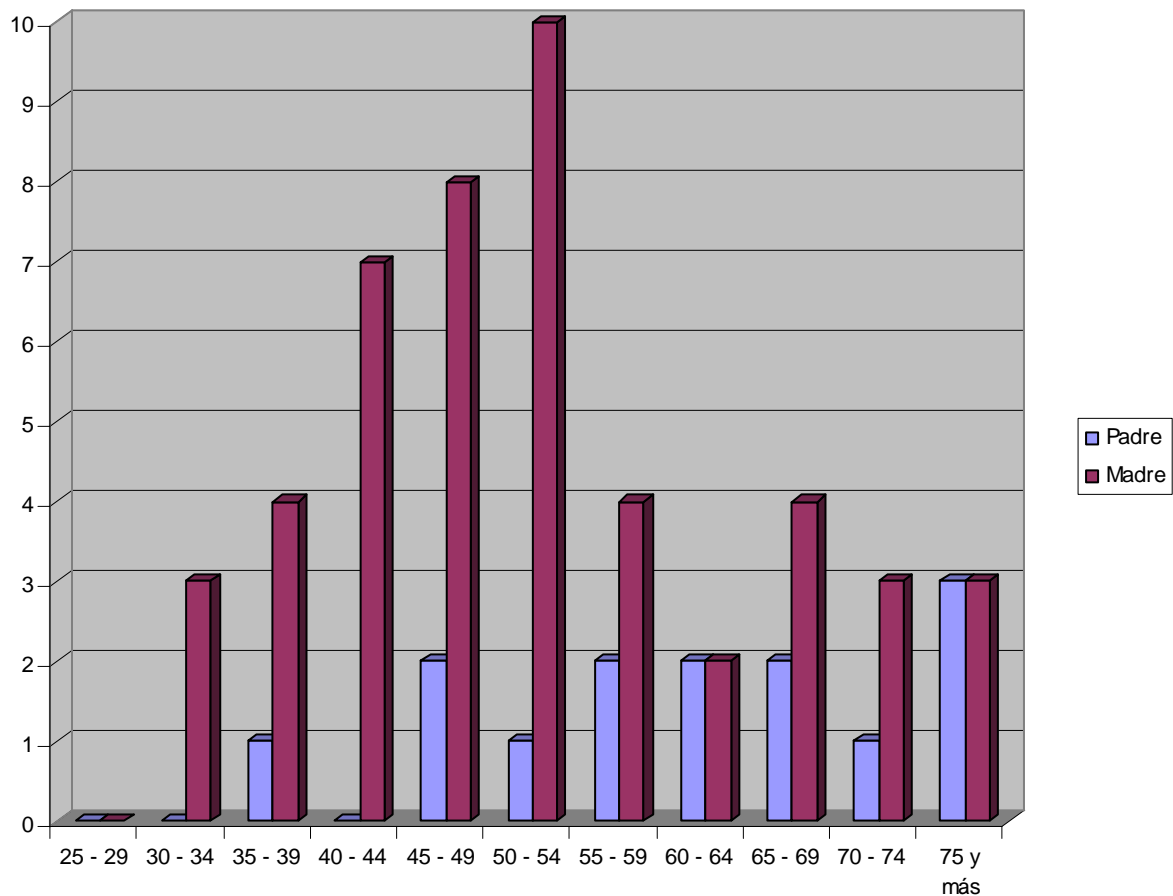
Hombres 729 = 38%
Total 1886 = 100%

X.- CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LA FAMILIA

La edad de los padres de las familias encuestadas la mayor edad se encuentra entre la edad 40 a 59 años tal como se aprecia en la tabla 3.

Tabla 3. Edad de los padres encuestados.

Edad	Padre	Madre
25 - 29	0	0
30 - 34	0	3
35 - 39	1	4
40 - 44	0	7
45 - 49	2	8
50 - 54	1	10
55 - 59	2	4
60 - 64	2	2
65 - 69	2	4
70 - 74	1	3
75 y más	3	3

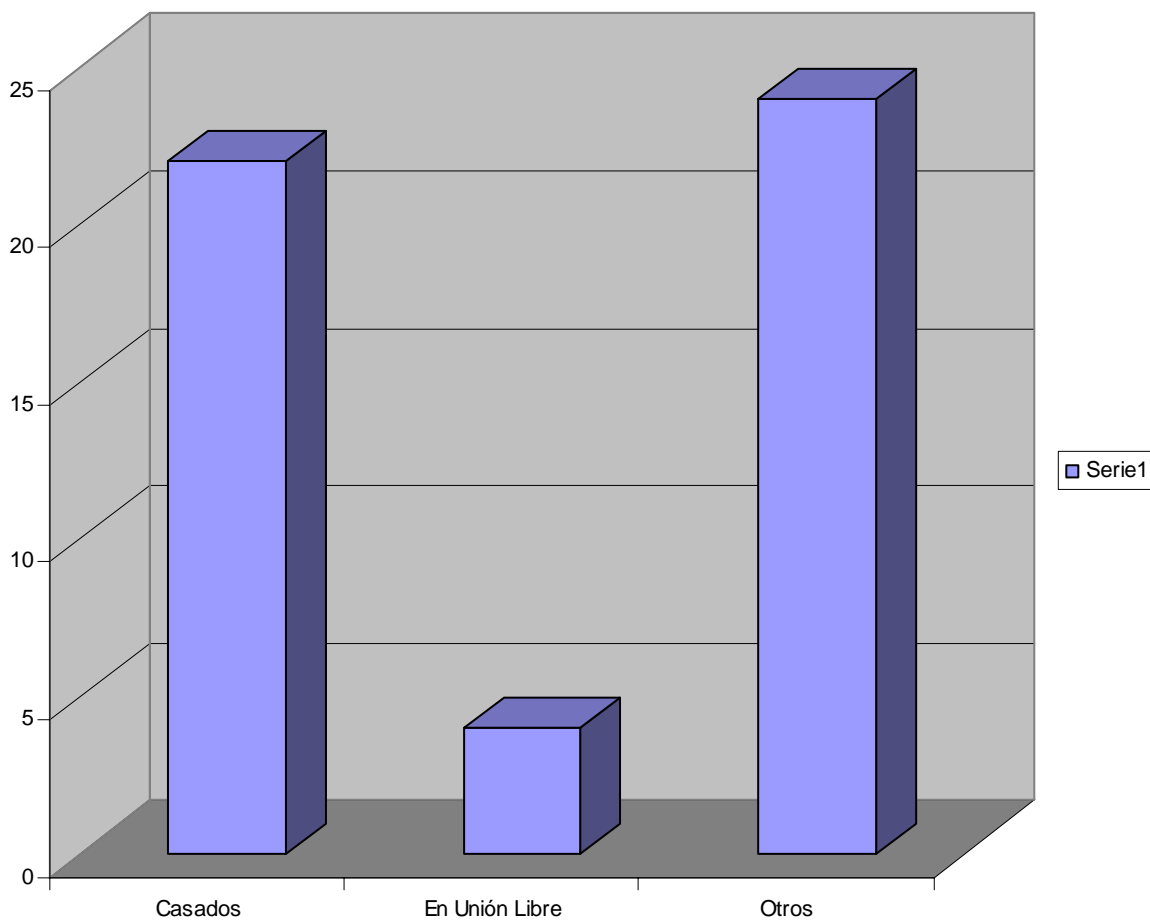


Gráfica 3

Indefinida. El estado civil de las familias encuestadas, tabla 4: el mayor número corresponde a los casados con 28 y el menor número, dos, a una relación

Tabla 4. Estado civil de los padres de las familias

Casados	22
En Unión Libre	4
Otros	24

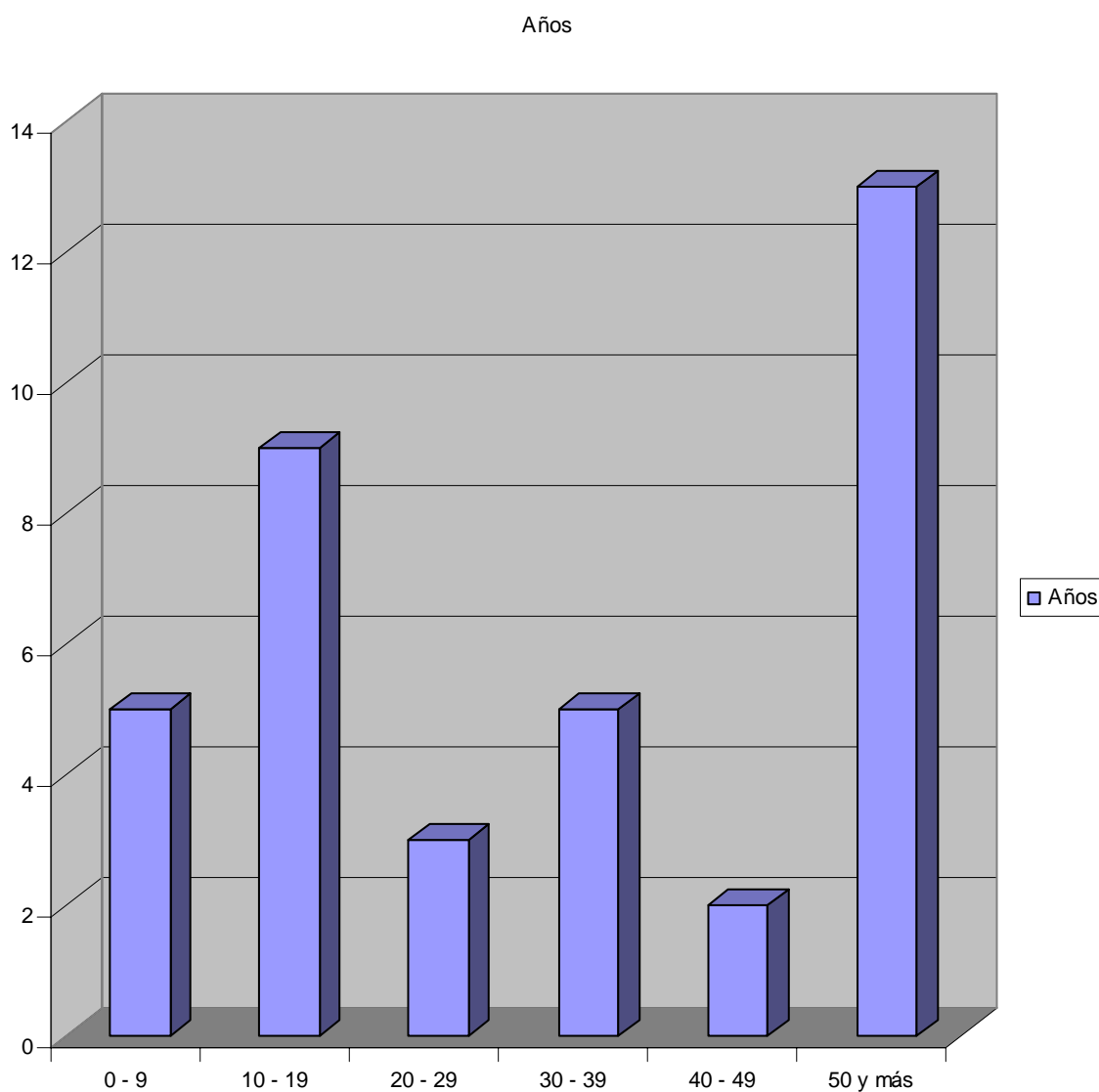


Gráfica 4

Con respecto a los años de unión conyugal se puede apreciar en la tabla 5, que el mayor número de parejas se encuentran en la quinta década y el menor en la cuarta década.

Tabla 5. Años de Unión Conyugal.

Décadas	Años
0 - 9	5
10 - 19	9
20 - 29	3
30 - 39	5
40 - 49	2
50 y más	13

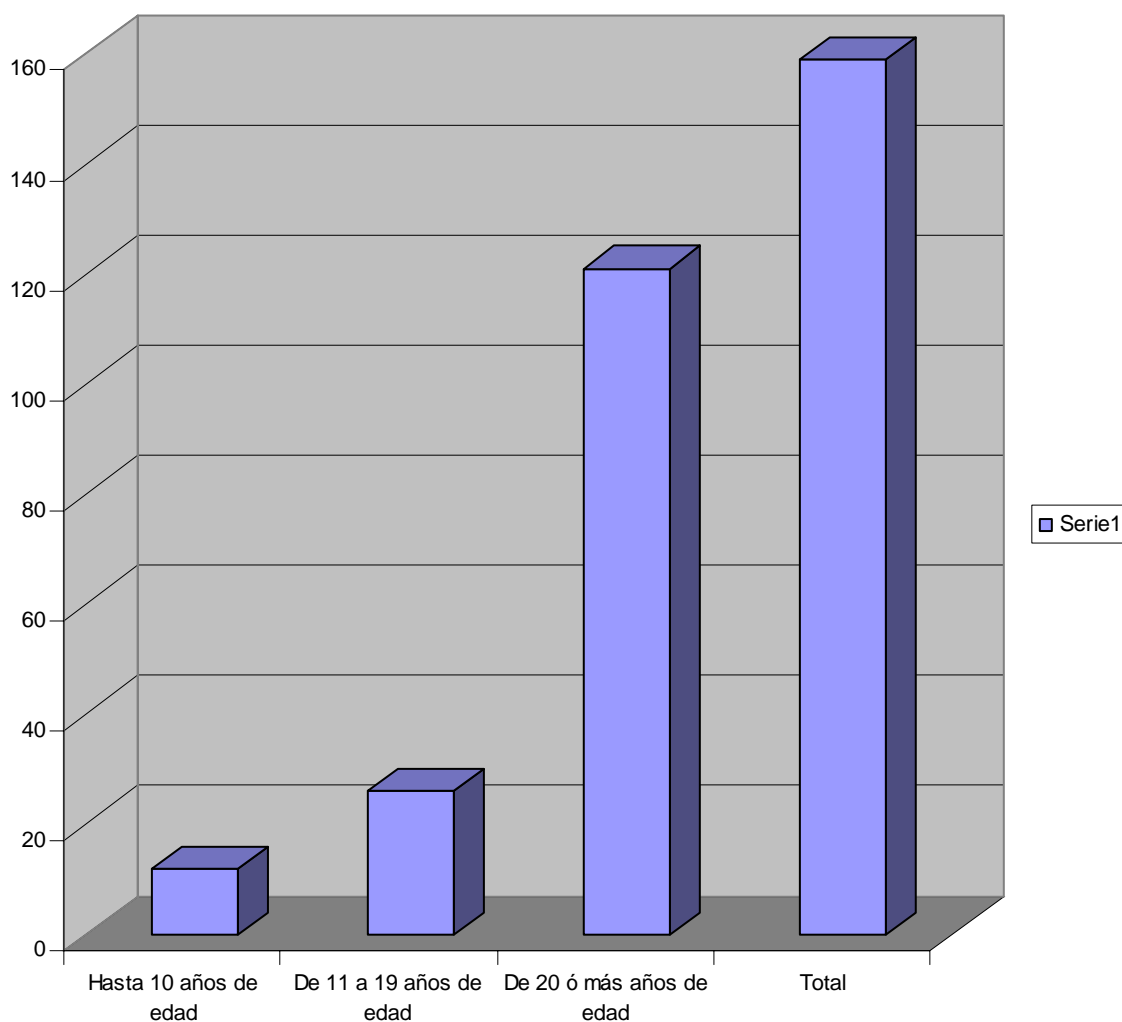


Gráfica 5

La cantidad de hijos de las familias encuestadas el mayor número se encontró en la edad de 20 ó más años, como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Número de hijos. Tabla 6

Hasta 10 años de edad	12
De 11 a 19 años de edad	26
De 20 ó más años de edad	121
Total	159

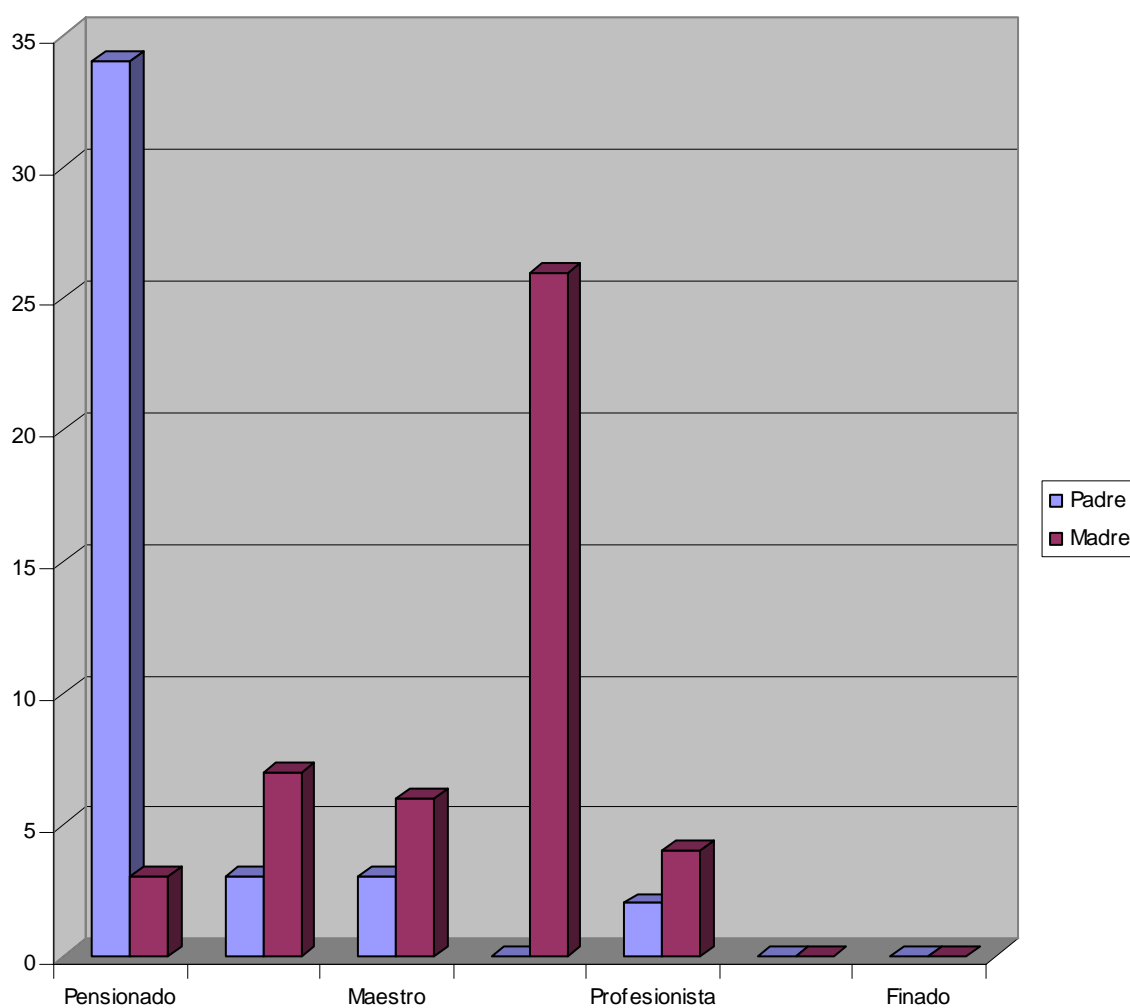


Gráfica 6

La tabla 7 muestra que de acuerdo a la ocupación de los padres el mayor número corresponde a pensionados, seguido por la actividad del hogar, y la menor actividad es campesino.

Tabla 7. Ocupación de los padres.

Actividades	Padre	Madre
Pensionado	34	3
Empleada	3	7
Maestro	3	6
Hogar	0	26
Profesionista	2	4
Campesino	0	0
Finado	0	0

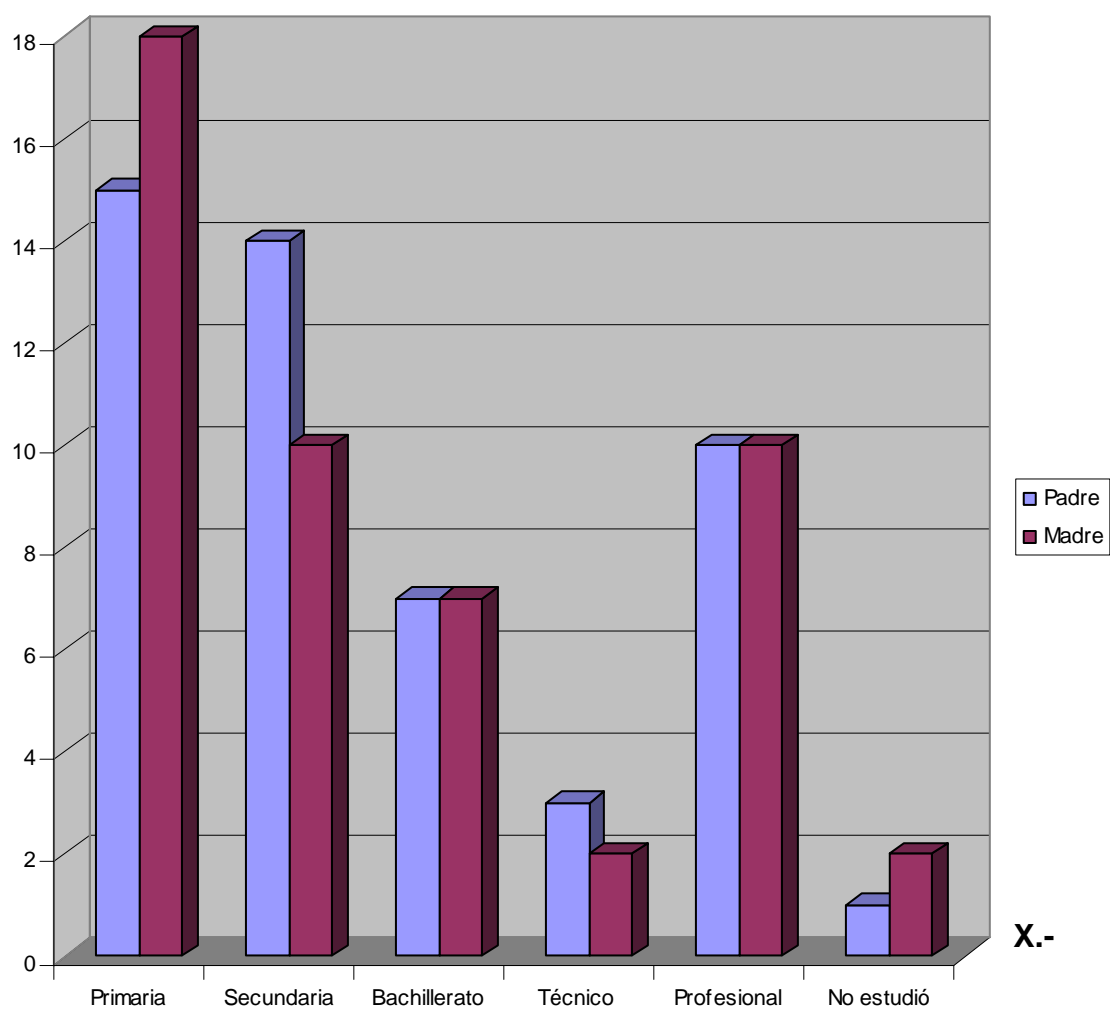


Gráfica 7

Se encontró que la escolaridad de los padres la mayor cantidad son profesionistas y la menor no estudió, tal como se muestra en la tabla 8.

Tabla 8. Escolaridad de los padres.

Escolaridad	Padre	Madre
Primaria	15	18
Secundaria	14	10
Bachillerato	7	7
Técnico	3	2
Profesional	10	10
No estudió	1	2



Gráfica 8

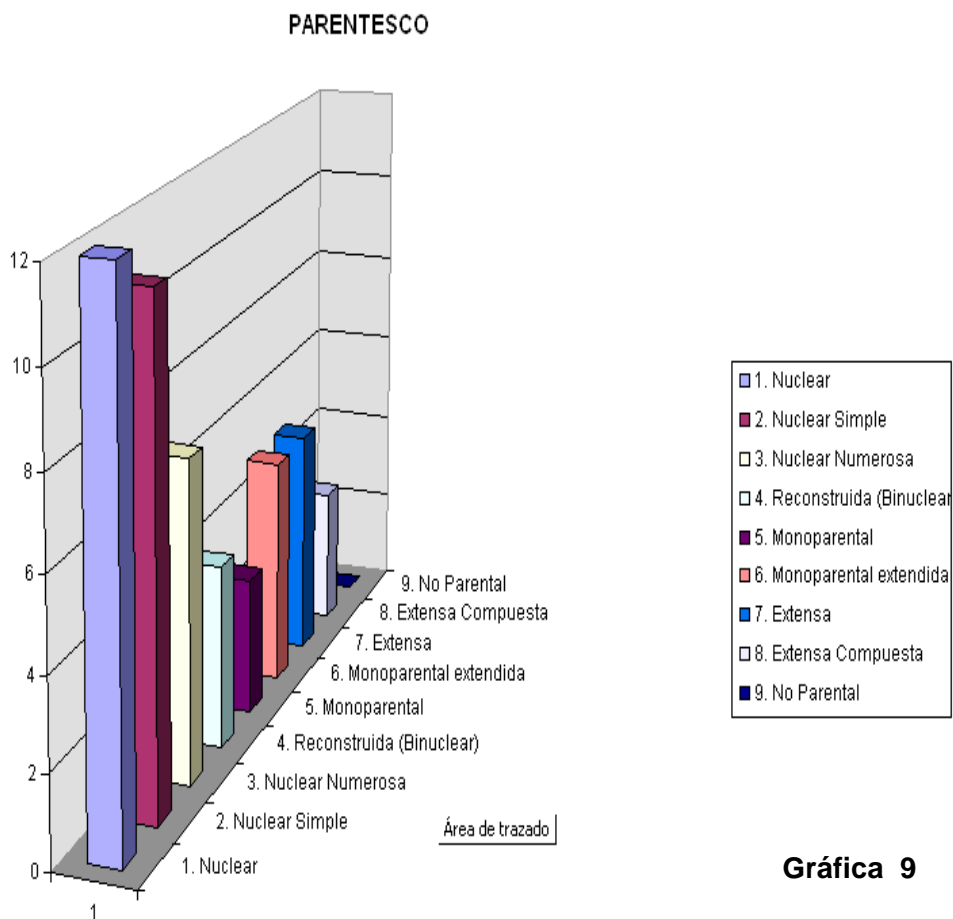
CLASIFICACION DE LA FAMILIA

Como se muestra en la tabla 9, la familia Nuclear Simple es la que predomina, y el menor número le corresponde a la Nuclear Numerosa y la Extensa.

CON PARENTESCO

Tabla 9. Clasificación de la familia con Parentesco

TIPO	NUMERO	%
NUCLEAR	12	24
NUCLEAR SIMPLE	11	22
NUCLEAR NUMEROSA	7	14
RECONSTRUIDA	4	8
MONOPARENTAL	3	6
MONOPARENTAL EXTENDIDA	5	10
EXTENSA	5	10
EXTENSA COMPUESTA	3	6
NO PARENTAL	0	0
TOTAL	50	100

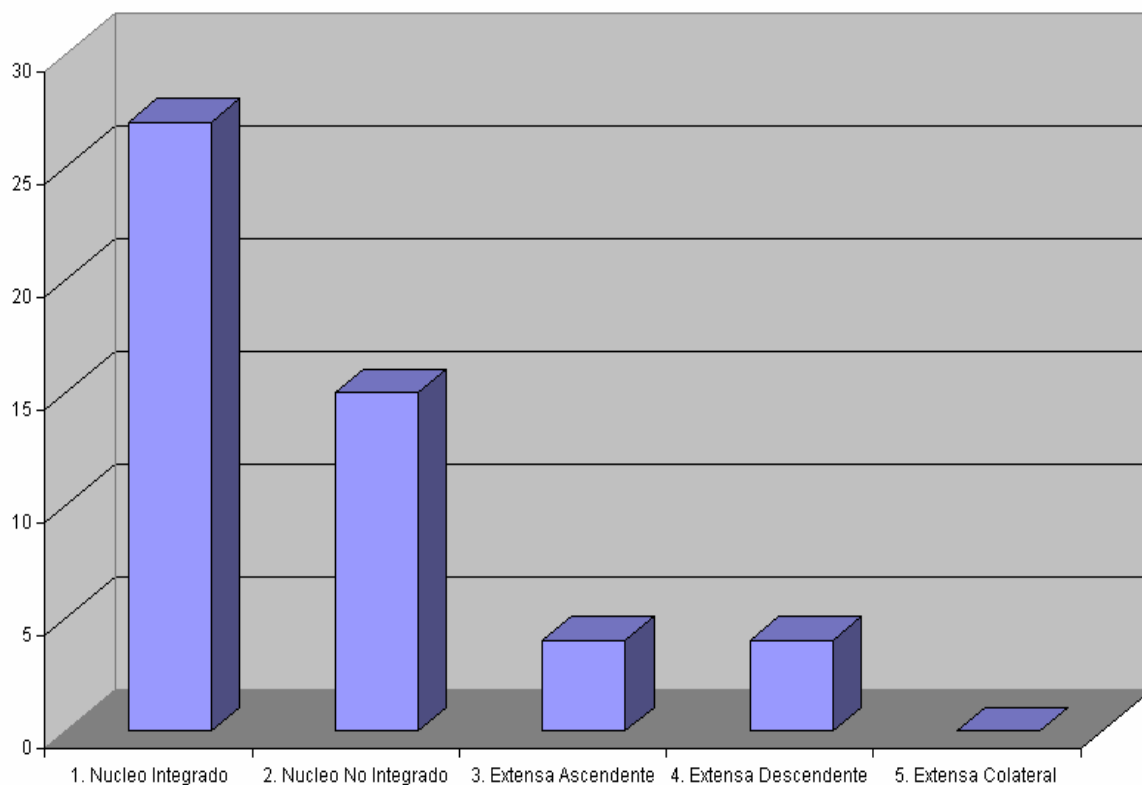


BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA familiar se encontró que el mayor número corresponde al tipo Núcleo Integrado.

Tabla 10 .Presencia física y convivencia familiar

TIPO	NUMERO	%
NUCLEO INTEGRADO	27	54
NUCLEO NO INTEGRADO	15	30
EXTENSA ASCENDENTE	4	8
EXTENSA DESCENDENTE	4	8
EXTENSA COLATERAL	0	0
TOTAL	50	100

PRESENCIA FISICA

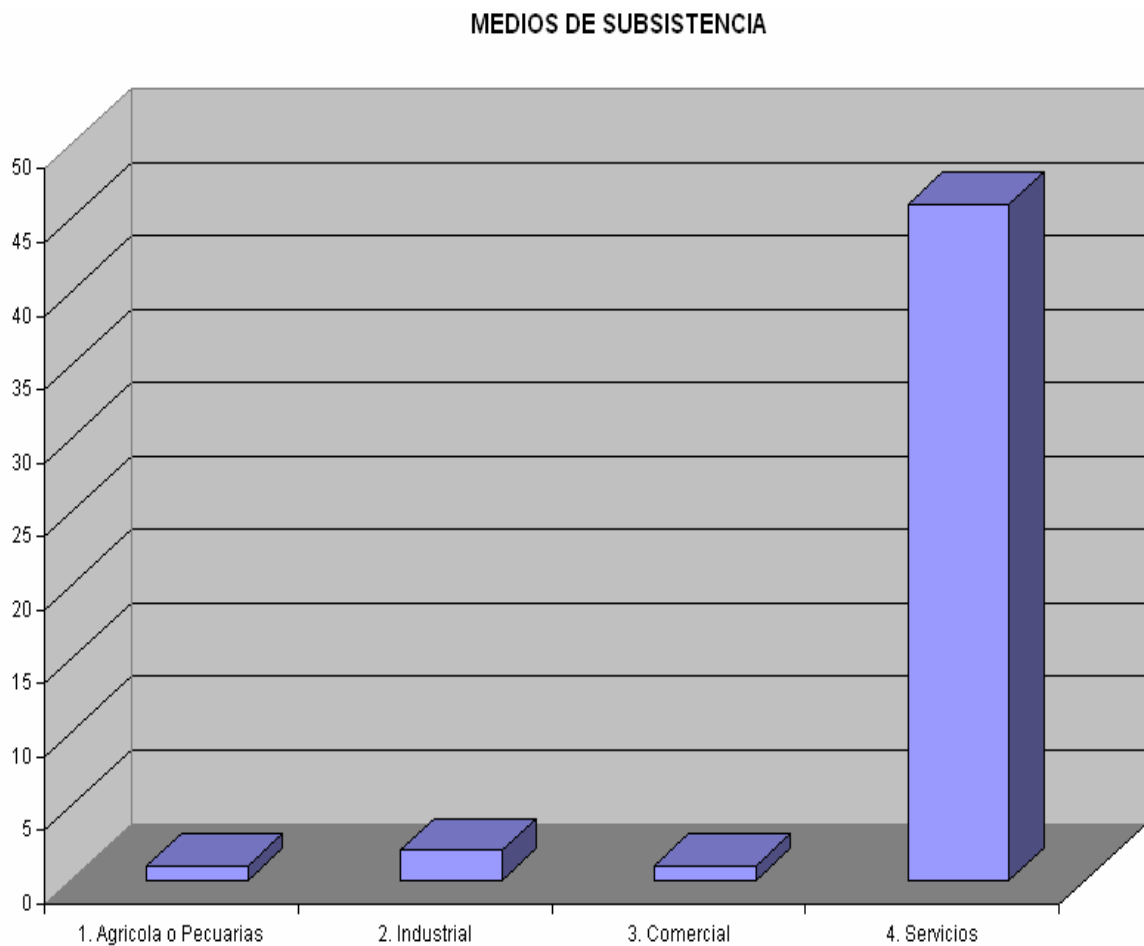


Gráfica 10

- CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUSBSITENCIA.-Como se muestra en la tabla siguiente, el origen de subsidencia familiar corresponde al tipo de Servicios.

Tabla 11. Medios de Subsistencia Familiar

TIPO	NUMERO	%
AGRICOLA Y PECUARIA	1	2
INDUSTRIAL	2	4
COMERCIAL	1	2
SERVICIOS	46	92
TOTAL	50	100

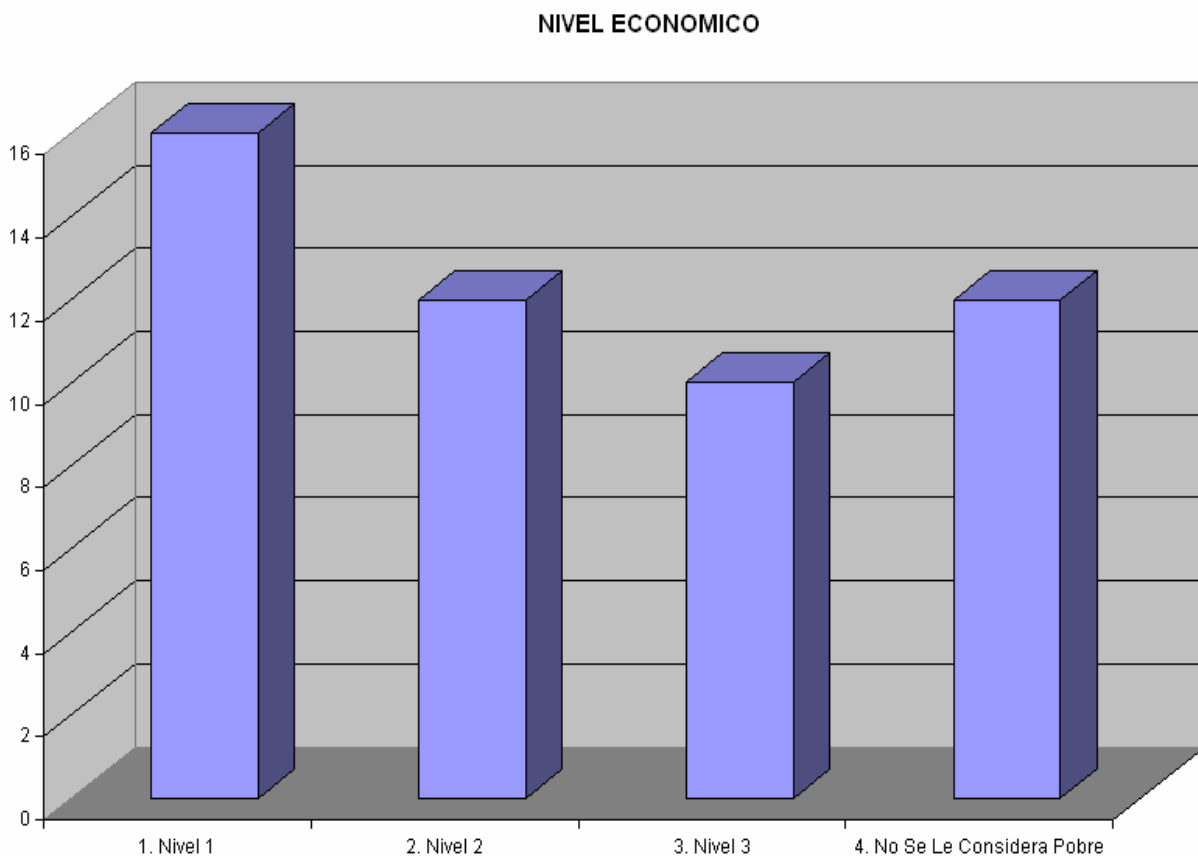


Gráfica 11

- CON BASE EN SU NIVEL ECONOMICO: POBREZA FAMILIAR
Podemos ver en la tabla 12, que en mayor número de familias se encuentran en el tipo No se considera pobre, y el menor número se encuentra en el nivel 3.

Tabla 12. Pobreza Familiar

TIPO	NUMERO	%
NIVEL 1	16	32
NIVEL 2	12	24
NIVEL 3	10	20
NO SE CONSIDERA POBRE	12	24
TOTAL	50	100



Gráfica 12

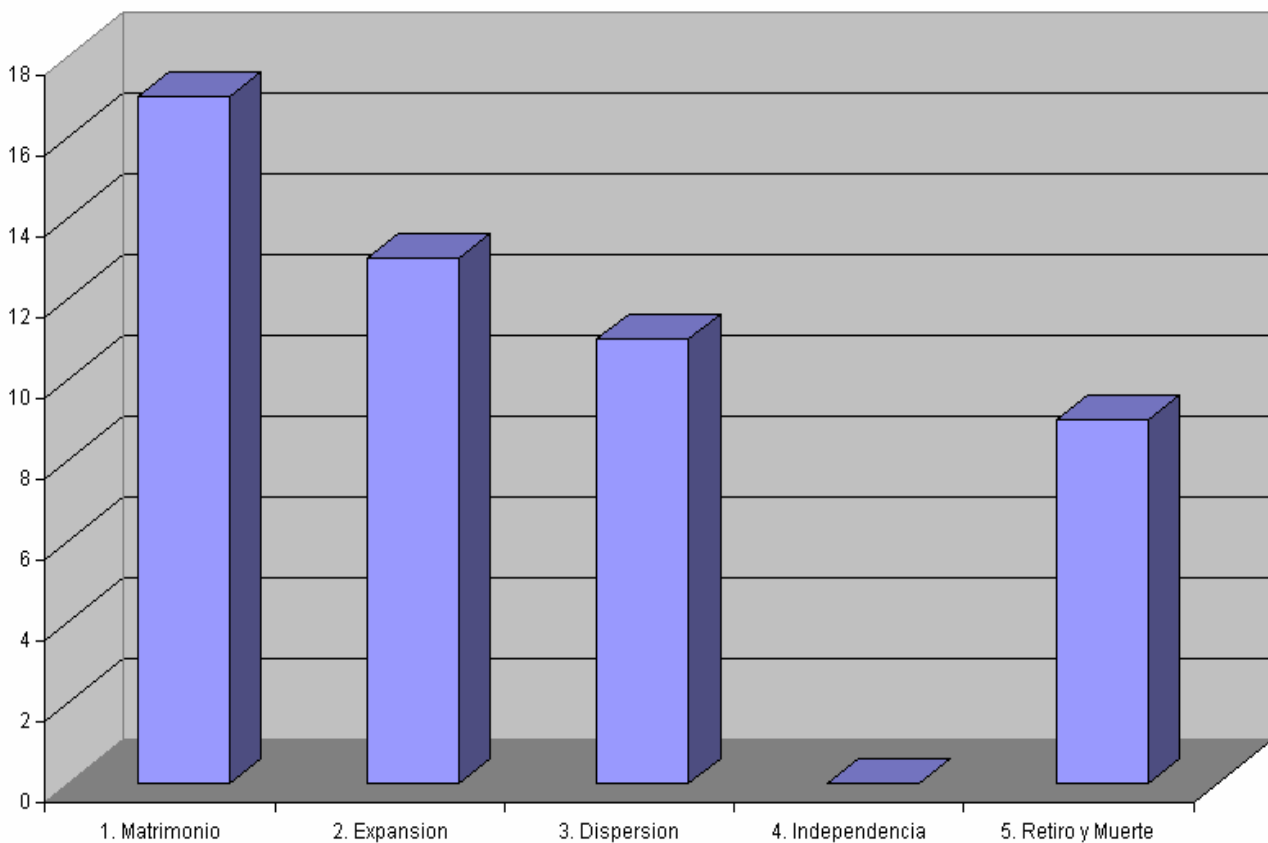
- ETAPA DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR

En la tabla 13 podemos notar que las familias estudiadas se encuentran en la etapa de Dispersión familiar.

Tabla 13. Etapa del ciclo de vida familiar

TIPO	NUMERO	%
MATRIMONIO	17	34
EXPANSION	13	26
DISPERSION	11	22
INDEPENDENCIA	0	0
RETIRO Y MUERTE	9	18
TOTAL	50	100

CICLO VITAL FAMILIAR



Gráfica 13

XI.- MORBILIDAD

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA

Faringitis (24)

Proceso inflamatorio de la faringe causado por diferentes agentes etiológicos.

El 70-85% son de causa viral (coronavirus, influenza, parainfluenza y en, menor frecuencia, herpes virus y adenovirus) y muchas se relacionan a resfriado común. Su origen bacteriano se presenta de 15 a 30%, el agente más importante en frecuencia (15-20%) es el Estreptococo B Hemolítico del grupo A. Es de vital importancia diferenciar las faringitis estreptocócicas de las virales, ya que las primeras pueden complicarse con fiebre reumática y glomérulo nefritis aguda estreptocócica. Entre otras bacterias, se encuentran estreptococos del grupo C y G, H. Influenza, Yersinia enterocolítica, Neisseria gonorrhoeae, Micoplasma pneumoniae, Corynebacterium diptheriae, Chlamydia penumoniae, entre otras.(24)

Hay ciertas características que orientan hacia el agente etiológico:

- Faringitis del resfriado común:- se presenta con dolor faríngeo leve a moderado, prurito o irritación acompañada de síntomas nasales, tos y coriza. La faringe puede estar normal a la exploración o con hiperemia y edema ligero. Generalmente hay rinorrea y los síntomas generales son poco marcados.
- Faringitis en influenza.- El dolor faríngeo es el síntoma cardinal, suele asociarse a ataque al estado general, mialgias, cefalea, tos y artralgias, fiebre de 38° C o más. El edema e hiperemia faríngeos pueden o no estar presentes.
- Faringitis herpética aguda.- Las vesículas y úlceras superficiales en el paladar son características. Puede haber fiebre y adenomegalias cervicales.
- Faringitis por adenovirus.- Se presentan con malestar general, mialgias, cefalea, fiebre, dolor faríngeo, mareos, exudado y eritema en la faringe. Se acompaña de conjuntivitis folicular en casi la mitad de los casos.
- Faringitis estreptocócica.- La intensidad de los síntomas es variable. En casos severos hay dolor faríngeo intenso, fiebre de 39° C o más, cefalea o escalofrío. En la exploración el eritema de la faringe es muy notorio. Puede haber edema de úvula, petequias en el paladar blando, exudado cubriendo la faringe y amígdalas e inflamación de los ganglios cervicales. Puede haber un cuadro leve que se confunda con uno viral. Los niños pueden quejarse de dolor abdominal secundario a adenitis mesentérica. (24)

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

El tratamiento tiene como objetivo evitar complicaciones supurativas, acortar el tiempo de los síntomas y prevenir la transmisión. El tratamiento de elección sigue siendo la Penicilina V (oral) 200 000 a 400 000UI/dosis y en niños 50 000 UI/Kg./día

cada 6 hs. Por 10 días, o Penicilina Benzatínica dosis única IM (600 000 UI para niños con peso menor a 25 Kg. y 1 200 000 UI para los de mayor peso y adultos). También puede administrarse Penicilina G Benzatínica. Los macrólidos se emplean ante alergia a la penicilina por lo menos de siete a 10 días.

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

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

Amigdalitis (24)

Inflamación aguda de las amígdalas palatina, asociada por lo general a infecciones estreptocócicas o, con menos frecuencia, virales.

La amigdalitis cursa con dolor de garganta, sobre todo al tragar, que se suele referir a los oídos. Los niños muy pequeños pueden no referir dolor de garganta, pero se niegan a comer. Son frecuentes la fiebre alta, el malestar general, la cefalea y los vómitos. (24)

A la exploración las amígdalas aparecen edematosas e hiperémicas. Se puede observar un exudado purulento de las criptas y una membrana blanca, delgada, no confluyente y limitada a la amígdala, que se elimina Sin sangrado.

En las amigdalitis virales, el tratamiento es sintomático igual que en la faringitis. En la amigdalitis estreptocócica, el tratamiento de elección consiste en 250 mg de penicilina V v.o. cada 6 hs o 125 mg cada 8 hs para niños menores de 6 años, debiendo mantenerse estos tratamientos durante 10 días. Si es posible, se debe repetir el cultivo de garganta a los 5 ó 6 días. Hay que realizar cultivos a la familia inicialmente para poder tratar a los portadores al mismo tiempo. Se debe valorar la amigdalectomía si la amigdalitis recidiva repetidamente después de un tratamiento adecuado o si la amigdalitis crónica sólo se alivia en forma temporal con la antibioticoterapia. (24)

Hipertensión arterial (25).

Se define la existencia de hipertensión cuando la presión arterial sistólica es ≥ 140 mmHg y la diastólica ≥ 90 mmHg, en varias determinaciones, en por lo menos tres ocasiones diferentes. Aunque este punto de corte puede ser considerado como arbitrario, las cifras superiores se asocian a mayor morbilidad y mortalidad cardiovascular de manera directa, consistente e independiente a la presencia o no de otras enfermedades o factores de riesgo.(25)

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se calcula que en el mundo hay más de novecientos millones de pacientes hipertensos; en México la encuesta nacional de enfermedades crónicas de 1993 identificó una prevalencia de 26.6% en población adulta. No se cuentan con estadísticas confiables para muchos otros países de América Latina; sin embargo, es posible que las cifras sean similares a las de nuestro país. (25)

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

obstante, 5-8% de hipertensos tiene algún padecimiento que produce hipertensión en forma secundaria.(25)

Clasificación

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

Clasificación de la hipertensión arterial según su gravedad.		
Categoría	Presión sistólica (mm Hg)	Presión diastólica (mm Hg)
Óptima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión		
Grado 1	140-159	90-99
Grado 2	160-179	100
Grado 3	>180	>110
Si la presión sistólica y diastólica está en diferentes categorías, debe seleccionarse la mayor.		

Medición correcta de la presión arterial

Se recomienda medir la presión arterial en cada consulta, lo que permite identificar si las elevaciones de las cifras de presión se mantienen u obedecen al llamado "síndrome de la bata blanca", en el que los pacientes presentan incrementos provocados por la visita al médico. (25)

Las mediciones de la presión arterial se deben realizar con la siguiente técnica:

1. El paciente debe estar sentado en una silla con la espalda recargada y los brazos descansando a la altura del corazón.
2. No puede haber consumido tabaco o café 30 minutos antes de la medición.
3. Las mediciones se inician cinco minutos después que el paciente esté descansando.
4. El brazalete inflable debe alcanzar a cubrir por lo menos 80% del brazo.
5. Se recomienda el uso de esfigmomanómetro de mercurio; si se utiliza esfigmomanómetro de aneroides debe ser calibrado con regularidad (dos veces por año). En caso de utilizar un aparato electrónico, debe validarse previamente. Los medidores digitales no son precisos.
6. Siempre debe medirse la PA en tres posiciones (acostado, sentado y de pie). En algunas circunstancias es válido medir la presión arterial con el paciente acostado o parado. (25)

7. La presión sistólica corresponde a la aparición del primer ruido, fase 1 de Korotkoff, y la presión diastólica a la fase 5, que es el momento en que desaparece el ruido auscultatorio.
8. Deben hacerse dos o más mediciones con intervalo de dos minutos y el valor final es el promedio de estas cifras. Si se observa una diferencia mayor a 5 mmHg en las dos primeras mediciones, debe realizarse una tercera medición y promediarse.
9. Las cifras de presión deben expresarse en números pares.

Fisiopatología

La presión arterial está determinada por dos variables principales y múltiples factores que influyen en ellas; sin embargo, se pueden clasificar de la siguiente manera: (25)

- a) Gasto cardíaco
- b) Resistencias periféricas

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

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

Entre los principales mecanismos involucrados en la regulación de la presión arterial destacan:

- **Renina**

El papel de la renina en la hipertensión arterial es de suma importancia. Incluso se ha subclasificado a la hipertensión arterial esencial con base en el nivel sérico de este péptido, que es una enzima secretada por las células yuxtaglomerulares del riñón. El estímulo más importante para su secreción es el volumen circulante, que a su vez es secundario a la ingesta de sodio. El producto final de la acción de la renina y otras enzimas sobre distintos sustratos es la angiotensina II, un potente vasoconstrictor cuya acción en sus tejidos blanco es dependiente de electrolitos; la restricción de sodio reduce la respuesta vasoconstrictora de la angiotensina II. (25)

Las células yuxtaglomerulares renales producen renina al estimularse por varias vías, la más importante es la hipoperfusión renal. La renina resultante desencadena una cascada de reacciones orientadas a incrementar la vasoconstricción. El resultado de esta cascada es la

angiotensina II, uno de los vasoconstrictores más potentes que se conocen, la cual tiene otros dos efectos importantes: 1) aumenta el flujo sanguíneo renal para mantener una presión de filtración glomerular constante, alterando la excreción de sodio, y 2) estimula la secreción de aldosterona en las glándulas suprarrenales para incrementar la retención de sodio y agua para expandir el volumen circulante

- **Sistema nervioso central y sistema nervioso autónomo**

Tanto el sistema nervioso central (SNC) como el sistema nervioso autónomo (SNA), con sus ramas del simpático y parasimpático, tienen un papel muy importante en la regulación de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, en especial de forma rápida, que permite una pronta y apropiada respuesta adaptativa de acuerdo con las necesidades. La interacción de múltiples áreas del SNC y del SNP (sistema nervioso periférico), tales como médula espinal, bulbo raquídeo, mesencéfalo, protuberancia e hipotálamo, entre otras, permite la liberación de neuropéptidos, vasopresina, norepinefrina, epinefrina, acetilcolina, activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona; cada uno de estos elementos actúa sobre el músculo liso vascular, ya sea produciendo vasoconstricción o vasodilatación.

Cuando la presión arterial (PA) se eleva, los barorreceptores del seno carotídeo y de la pared aórtica se estimulan y se produce un reflejo cuya parte eferente se conduce a través del nervio vago, cuyo efecto es disminuir la frecuencia cardíaca y producir vasodilatación por inhibición noradrenérgica y acción colinérgica sobre las arteriolas.

En general, cuando hay elevación de la presión arterial y/o del volumen circulante, se desencadena una compleja red de acciones coordinadas que llevan a incrementar la actividad vagal, inhibir la liberación de vasopresina, desactivar el sistema renina-angiotensina-aldosterona, incrementar la actividad dopaminérgica renal y la liberación de péptido natriurético auricular. Esta respuesta se inhibe al regularse las cifras de PA; sin embargo, se reactiva si la PA vuelve a elevarse. (25)

- **Riñón**

Este órgano desempeña también un papel central en el control de la PA, ya que regula la concentración de sodio plasmático y el volumen de líquido extracelular que tienen importantes repercusiones sobre el gasto cardíaco y la propia PA; también en el aparato yuxtaglomerular se libera renina cuando la perfusión renal disminuye.

Muchas de las patologías renales son causa de hipertensión secundaria.

- **Electrolitos**

El sodio es el electrolito con la mayor actividad conocida en el proceso hipertensivo. Su participación es compleja, lo que se demuestra con el hecho de que sólo 60% de los pacientes hipertensos responden a la

reducción en la ingesta de sodio. Pero el sodio no es el único electrolito involucrado en la patogenia de la hipertensión; tanto el calcio como el cloro también han demostrado ejercer un importante papel en la hemodinámica y vasoactividad de sujetos hipertensos.

- **Anormalidades en la vasorregulación**

Se han documentado varias alteraciones en la regulación de la contractilidad vascular, lo cual incrementa las resistencias periféricas, que es uno de los determinantes de la presión arterial. Varios reguladores vasculares han sido estudiados y han demostrado alguna forma de alteración en los pacientes con hipertensión esencial, entre otros, la endotelial, péptido natriurético auricular y el factor de relajación derivado de endotelio.(25)

- **Resistencia a insulina**

La resistencia a la insulina (hiperinsulinismo) se ha identificado como factor asociado al incremento de la presión arterial en algunos pacientes hipertensos. Es común en individuos obesos y en sujetos con diabetes mellitus no insulino dependiente; ambos padecimientos se presentan con mayor frecuencia en pacientes con hipertensión arterial esencial que en normotensos. Hoy se reconoce la resistencia a la insulina como un síndrome metabólico (síndrome X), que incrementa el riesgo cardiovascular y se manifiesta con obesidad, diabetes, dislipidemia, hipertensión e hiperuricemia.

- **Factores ambientales**

Varios factores ambientales se encuentran asociados a la hipertensión arterial, los de mayor importancia son obesidad, consumo de sal y alcohol, ocupación, sedentarismo y estilo de vida urbano.

Cuadro clínico

Algunas de las manifestaciones más comunes son cefalea y fatiga; sin embargo, éstas no se presentan en todos los pacientes y por su naturaleza inespecífica no son útiles para el diagnóstico.(25)

- **Efectos en el corazón**

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

1. Hipertrofia ventricular
2. Insuficiencia ventricular izquierda
3. Cardiopatía isquémica
4. Crecimiento auricular izquierdo

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

[javascript:Zoom\('cuadro1.html',245,270\)](#) Los cambios funcionales iniciales que se generan por la hipertrofia son mayor tiempo y resistencia para el llenado ventricular durante la diástole, fenómeno que se conoce como disfunción diastólica. En fases avanzadas, el ventrículo izquierdo se remodela, por lo que se dilata y desarrolla disfunción sistólica y diastólica progresivas, causales de edema agudo pulmonar y eventualmente la muerte.

El desarrollo exagerado de la masa ventricular condiciona insuficiencia coronaria con angina de pecho e infarto agudo del miocardio, incluso en pacientes cuyas arterias coronarias no muestran obstrucción. Por otro lado, la HTA condiciona que se acelere el proceso de aterosclerosis, lo que también favorece el desarrollo de cardiopatía isquémica. (25)

- **Efectos en el sistema nervioso**

[javascript:Zoom\('cuadro2.html',210,310\)](#) El síntoma más frecuente es cefalea, la cual suele presentarse en las mañanas y principalmente en la región occipital. Otros síntomas comunes son mareo, vértigo y tinnitus. Algunos pacientes pueden sufrir síncope, oclusión vascular o hemorragia, esta última favorecida por la aparición de microaneurismas.

Una complicación grave es la encefalopatía hipertensiva, que se manifiesta por hipertensión grave, alteraciones de la conciencia, hipertensión intracraneal y crisis convulsivas. (25)

- **Efectos en el ojo**

Las arterias retinianas sufren daño por hipertensión de igual forma que otras arterias del organismo; sin embargo, son las únicas que pueden ser exploradas de manera directa con un simple oftalmoscopio, lo que permite evaluar la evolución de los cambios vasculares.

La clasificación de Keith-Wagener-Barker es la de uso común para evaluar los cambios retinianos provocados por la HTA, utiliza cuatro estadios y se basa, entre otros hallazgos, en la relación del diámetro arteria-vena, que en condiciones normales es de 3:4 y se modifica conforme avanza la HTA. (25)

El paciente con retinopatía hipertensiva se queja de escotomas, visión borrosa e incluso ceguera, especialmente cuando la región macular se ve afectada por hemorragias o existe papiledema. En algunos casos, el paciente puede presentar aterosclerosis retiniana o esclerosis arteriolar como resultado del engrosamiento de la pared vascular.

- **Efectos en el riñón**

El 10% de las muertes por hipertensión se deben a insuficiencia renal. A este nivel la lesión más común es la aterosclerosis arteriolar y depósitos en los capilares glomerulares. La aparición de esta complicación lleva a la disminución del filtrado glomerular y disfunción de los túbulos renales. El paciente con estas complicaciones presenta hematuria microscópica y proteinuria la cual se agrava hasta llegar a la insuficiencia renal crónica (25)

Diagnóstico

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

Se define el diagnóstico de hipertensión arterial cuando ésta es ≥ 140 de sistólica o ≥ 90 de diastólica, en diferentes mediciones en días distintos. (25)

- **Abordaje diagnóstico del paciente hipertenso**

La mayoría de los pacientes hipertensos se presentará con la forma primaria o esencial de la enfermedad; por esta razón, en la consulta inicial de un paciente con elevación limítrofe de la presión, el médico debe ser cuidadoso, realizar interrogatorio y exploración física detallados

La hipertensión renovascular es una forma común que causa hipertensión secundaria, la cual debe sospecharse en sujetos con hipertensión grave asociada a retinopatía avanzada, en pacientes con deterioro de la función o el tamaño renal o con enfermedad vascular periférica grave.

[javascript:Zoom\('diagnostico.html',200,280\)](#)La hipertensión renovascular secundaria a displasia fibromuscular debe sospecharse en mujeres jóvenes con hipertensión grave y con un soplo abdominal sistólico y diastólico. En estos casos, suele haber una fuerte historia familiar de hipertensión.

El feocromocitoma produce hipertensión grave, episódica, que se acompaña de diaforesis, bochornos, taquicardia, pérdida de peso y diarrea. Debe realizarse determinación urinaria de 24 horas de metabolitos de catecolaminas, incluyendo metanefrina y ácido vanililmandélico.

La coartación aórtica debe sospecharse en sujetos jóvenes cuya presión arterial discrepe entre miembros superiores e inferiores. Esta diferencia debe ser 20 mmHg superior en miembros superiores.

Es importante recordar que varios medicamentos y otras sustancias pueden producir elevaciones importantes de la presión arterial. En los pacientes jóvenes con hipertensión grave o crisis hipertensiva se debe

considerar el consumo de fármacos excitadores como posibilidad diagnóstica. La cocaína, anfetaminas y algunas drogas sintéticas pueden ser causa de hipertensión, infarto al miocardio, hemorragia cerebral e insuficiencia renal. (25)

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es llevar la presión arterial a cifras normales, es decir, por debajo de 140/90 mmHg. Existe controversia sobre la indicación de tratamiento farmacológico a pacientes con hipertensión limítrofe, sin embargo, la mayoría de los médicos concuerdan en que aun éstos deben someterse a tratamiento no farmacológico. La existencia de otros factores o patologías ensombrecen el pronóstico a largo plazo.

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

Factores de riesgo de mal pronóstico en hipertensión arterial

Factores de riesgo mayores

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

Daño a órgano blanco

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

El tratamiento incluye medidas no farmacológicas y farmacológicas

Medidas terapéuticas no farmacológicas para el tratamiento de la hipertensión arterial esencial

Medidas terapéuticas no farmacológicas	
Dieta	Disminución del consumo de sal Disminución del consumo de alcohol Control de lípidos Reducción de peso
Hábitos	Ejercicio aeróbico Manejo de estrés emocional Cambios en rutinas de trabajo Técnicas de relajación Suspender hábito tabáquico Evitar medicamentos que incrementen presión arterial Educación para la salud

Medidas no farmacológicas

Existen múltiples medidas no farmacológicas fundamentales en el tratamiento de la hipertensión, casi todas ellas están enfocadas a eliminar los factores de riesgo modificables: (25)

- a) **Restricción de sodio:** En muchos pacientes esta medida es suficiente para disminuir la presión arterial; en sujetos susceptibles el consumo de sodio debe reducirse a menos de 11 mmol al día, lo que corresponde a 6 g de sal. En la práctica clínica es recomendable aconsejar al paciente que no utilice sal de mesa y evitar el consumo de alimentos enlatados (pre-elaborados), embutidos y lácteos en general.
- b) **Adecuado consumo de potasio:** Aproximadamente 90 mmol al día, de preferencia provenientes de frutas y vegetales.
- c) **Reducción de peso:** La reducción de peso corporal es capaz de disminuir significativamente la presión arterial en la mayoría de los enfermos.
- d) **Reducción del consumo de alcohol:** El efecto del alcohol en la presión arterial se debe a la potenciación de la acción de las catecolaminas. Su consumo debe reducirse a máximo 30 ml al día; esto corresponde a 720 ml de cerveza, 300 ml de vino, 60 ml de whisky u otra bebida destilada.
- e) **Suspender el hábito tabáquico:** El tabaco tiene efecto vasoespástico e incrementa la actividad simpática del sistema nervioso central.
- f) **Reducción del consumo de café:** Al igual que el tabaco, la cafeína favorece la actividad de catecolaminas y promueve el espasmo vascular.
- g) **Ejercicio aeróbico:** La recomendación es alcanzar por 30 a 45 minutos 80% del trabajo cardíaco: una frecuencia cardíaca de 220-edad. La recomendación práctica consiste en realizar ejercicio aeróbico, por lo menos 30 minutos la mayoría de los días de la semana.
- h) **Evitar medicamentos concomitantes que elevan la presión arterial:** Existen varios medicamentos con efectos en alguno de los tres determinantes de la presión arterial. (25)

El tratamiento farmacológico antihipertensivo se basa en los tres principales mecanismos fisiológicos que determinan la presión arterial. Esto a su vez es una forma de clasificar a los medicamentos.

Es importante conocer que algunos fármacos tienen indicación definitiva en ciertos pacientes por su estado comórbido, ya que se obtienen beneficios adicionales, mientras que en otros, por razones similares de comorbilidad, existe cierto riesgo por medicamentos antihipertensivos con efectos deletéreos sobre las condiciones comórbidas, por lo que incluso pueden estar contraindicados.

a. Diuréticos: Al inicio del tratamiento tienen efecto sobre el volumen circulante, pero después de unas semanas de control con diuréticos, el efecto principal es la disminución de las resistencias periféricas. Los diuréticos tiazídicos son más efectivos que los de asa, aunque su efecto inicial no sea tan rápido. Los diuréticos "ahorradores de potasio" son especialmente útiles en estados de hiperactividad de mineralocorticoides; para esta situación también se puede utilizar espironolactona, un inhibidor competitivo de aldosterona. Los diuréticos tiazídicos deben formar parte de todo esquema de combinación debido a su efectividad y bajo costo, a menos de que exista una contraindicación para ello.

b. Antagonistas de nervios simpáticos periféricos: Estos medicamentos inhiben la actividad simpática del sistema nervioso central hacia los nervios periféricos al estimular los receptores adrenérgicos centrales tipo alfa. Su uso rutinario se restringe a situaciones particulares.

c. Agentes betabloqueadores: La actividad principal de los bloqueadores de receptores adrenérgicos beta es disminuir el gasto cardíaco y la liberación de renina. La combinación de un betabloqueador con un diurético tiazídico reduce la presión diastólica a menos de 90 mmHg en más de 80% de los pacientes.

d. Agentes alfabloqueadores: El efecto principal es antagonizar la estimulación de los receptores adrenérgicos, por lo que reducen la presión arterial al disminuir las resistencias periféricas.

e. Vasodilatadores directos: Actúan directamente sobre el músculo liso vascular, con lo que se reducen las resistencias periféricas.

f. Antagonistas de los canales de calcio: Estos medicamentos actúan modulando la liberación de calcio en el músculo liso. Su principal efecto es la vasodilatación, manteniendo la perfusión tisular. Los bloqueadores de canales de calcio también tienen como efecto secundario la disminución del gasto cardíaco al reducir el retorno venoso.

g. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina: El bloqueo de la conversión de angiotensina I a angiotensina II reduce el efecto vasoconstrictor de esta última. Con esto, se consigue disminuir las resistencias periféricas. Además, se reduce la producción de aldosterona, lo que le confiere la propiedad de disminuir la retención de sodio y agua. Deben administrarse separados de los alimentos.

h. Antagonistas de receptores de angiotensina II (ARA): Este grupo de fármacos tiene las ventajas de la inhibición de la actividad de angiotensina II pero sin los efectos adversos de los inhibidores de la enzima convertidora, especialmente la tos.(25)

Abordaje terapéutico

El manejo recomendado es incluir los fármacos de manera escalonada. Para ello es importante hacer notar algunas características de los medicamentos usados para el control inicial. Casi todos los medicamentos disponibles hoy se acercan a los criterios que definen al agente antihipertensivo ideal. La mayoría son efectivos como monoterapia en 40 a 50% de los pacientes, pueden ser administrados una vez al día y con la mayor parte de ellos; los efectos colaterales no son un problema importante. (25)

Agente antihipertensivo ideal.

1. Útil como monoterapia.
2. Efecto prolongado con dosis única diaria.
3. Pocos efectos adversos subjetivos.
4. Pocos efectos adversos metabólicos.
5. El efecto antihipertensivo no desaparece con el tiempo (sin tolerancia).
6. Evidencia comprobada de disminución en morbimortalidad.
7. Relativamente barato.

Mencionamos a continuación algunos lineamientos generales para seleccionar el medicamento antihipertensivo de inicio: (25)

1. Los pacientes de raza blanca y los jóvenes, en general, tienen una mejor respuesta a betabloqueadores, inhibidores de la ECA, bloqueadora de los canales de calcio y antagonista de receptores de angiotensina II.
2. Los pacientes mayores de edad, en términos generales, responden mejor al uso de diuréticos y bloqueadores de los canales de calcio.
3. Si el paciente padece asma, diabetes mellitus o enfermedad arterial periférica, deben evitarse los betabloqueadores; una opción son los calcioantagonistas. El uso de betabloqueadores en pacientes con diabetes mellitus, aunque no es una contraindicación absoluta, requiere de vigilancia estrecha ya que enmascaran los signos de hipoglucemia. Los efectos deletéreos descritos de los betabloqueadores sobre tolerancia a la glucosa y metabolismo de lípidos no tienen trascendencia clínica.
4. Si el paciente tiene antecedentes de hiperuricemia o gota deben evitarse los diuréticos. En caso de requerirse, debe incrementarse la dosis de medicamentos para el control de ácido úrico. Losartan tiene efecto uricosúrico.
5. En los sujetos que son físicamente muy activos deben evitarse los bloqueadores betadrenérgicos.
6. En sujetos con angina de pecho se prefiere el uso de bloqueadores betadrenérgicos o inhibidores de la ECA.
7. En pacientes con insuficiencia cardíaca o Nefropatía diabética es preferible el uso de inhibidores de la ECA o antagonistas de receptores de angiotensina (ARA's).
8. En pacientes con historia de infarto al miocardio se aconseja el uso de betabloqueadores.
9. A pesar de que los betabloqueadores y los diuréticos pueden incrementar la concentración de lípidos séricos, se trata de un fenómeno de pequeña magnitud sin importancia clínica en la mayoría de los casos.

Estas son algunas guías generales para el uso de antihipertensivos. Existen otras condiciones específicas que requieren mayor análisis. (25)

Algoritmo para el tratamiento de la Hipertensión arterial

Modificación del estilo de vida



No se alcanzó la cifra deseada (140/90 mm Hg)



Medicamentos de inicio*	
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión no complicada Diurético Betabloqueadores 	
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos con indicaciones específicas por comorbilidad Inhibidores de la ECA Bloqueadores de receptores de angiotensina II Bloqueadores alfa Bloqueadores alfa y beta Antagonistas de los canales del calcio Diuréticos 	
Indicaciones de medicamentos por enfermedades concomitantes	
Diabetes mellitus:	Inhibidores de la ECA
Insuficiencia cardíaca:	Inhibidores de la ECA Diuréticos
Hipertensión sistólica aislada:	Diuréticos (preferencia) Calcioantagonistas de acción prolongada
Infarto al miocardio:	Betabloqueadores* Inhibidores de la ECA



No se alcanzó la cifra deseada

(140/90 mm Hg)



Sin respuesta o con efectos adversos



Cambiar a otra clase de fármaco



Mala respuesta pero bien tolerado



Agregar otro agente de diferente clase



Se continúa agregando medicamentos y considerar enviar a un especialista en hipertensión

Medicamentos con indicaciones específicas por comorbilidad:

Indicación	Medicamento
Indicaciones definitivas (excepto si hay contraindicación)	
<i>Diabetes mellitus</i> tipo 1 con proteinuria	Inhibidor de la ECA
Insuficiencia cardíaca	Inhibidor de la ECA Diurético
Hipertensión sistólica aislada (pacientes mayores)	Diuréticos (de preferencia) Calcioantagonista (dihidropiridinas) de acción prolongada
Infarto al miocardio	Betabloqueadores Inhibidores de la ECA (con disfunción diastólica)
Pueden tener efectos favorables en condiciones comórbidas	
Angina de pecho	Betabloqueadores Calcioantagonistas
Taquiarritmias auriculares	Betabloqueadores Calcioantagonistas
Hipertensión inducida por ciclosporina	Calcioantagonistas
<i>Diabetes mellitus</i> con proteinuria	Inhibidores de la ECA Calcioantagonistas
<i>Diabetes mellitus</i> tipo 2	Diuréticos en dosis bajas
Dislipidemia	Bloqueadores alfa
Temblor esencial	Betabloqueadores
Insuficiencia cardíaca	Carvedilol, losartan
Hipertiroidismo	Betabloqueadores
Migraña	Betabloqueadores Calcioantagonistas
Infarto al miocardio	Diltiazem, verapamil
Osteoporosis	Tiazidas
Hipertensión preoperatoria	Betabloqueadores
Prostatismo	Bloqueadores alfa
Insuficiencia renal	Inhibidores de la ECA

También es importante tener en cuenta las posibles interacciones medicamentosas de los agentes antihipertensivos con otros fármacos.

En la actualidad, con base en la evidencia científica disponible, los IECA's, como captopril y la amlodipino (calcio antagonista), han demostrado su eficacia en la reducción de la morbimortalidad, por lo que pueden ser considerados como de primera línea. (25)

Recomendaciones prácticas sobre el manejo farmacológico:

- No modifique el tratamiento (incrementar dosis o agregar un nuevo fármaco).
- Promueva el apego al tratamiento.
- Prefiera presentaciones cuyo efecto sea de larga duración.
- Utilice diurético tiazídico.

Osteoartrosis (26)

La osteoartrosis es la más común de las enfermedades reumáticas y por la edad en que ocurre con cierta predilección, ha hecho nacer el concepto equivocado de que las enfermedades reumáticas, en general, son propias de la edad avanzada. Es esta una de las pocas enfermedades peculiares de ese grupo etario y es bien sabido que los padecimientos reumáticos se desarrollan en todas las edades dependiendo del que se trate. Sinónimos: osteoartritis, artrosis y enfermedad articular degenerativa.

Hay consenso de que la osteoartrosis aumenta su prevalencia en forma paralela con la edad aunque se pueden demostrar cambios degenerativos articulares desde la segunda década de la vida y algunas anormalidades por carga en una mayoría de los de 40 años. De esa edad en adelante aumenta la frecuencia y existe en todos los de 75 años o más. Afecta por igual ambos sexos y las diferencias raciales son sólo en lo que a localización se refiere (coxofemoral, en particular). (26)

Etiopatogenia

Los factores etiológicos relacionados son diversos. No influyen el clima ni la geografía. El sobrepeso influye sobre articulaciones que lo soportan y también hay relación con la ocupación y actividades como deportes y hábitos posturales. En lo que hay acuerdo es en que no es la edad el único factor determinante.

Hay pérdida progresiva del cartílago articular y su deterioro da lugar a cambios reactivos en los márgenes de las articulaciones y en el hueso subcondral.

La osteoartrosis se desarrolla en dos condiciones: cuando las propiedades bioestructurales del cartílago y del hueso subcondral son normales pero las cargas articulares excesivas inducen los cambios tisulares; o cuando la carga es razonable pero la estructura cartilaginosa y ósea son deficientes. (26)

Los cambios bioquímicos cartilaginosos afectan tanto los proteoglicanos como la colágena tipo II y ya en las etapas avanzadas, los condrocitos son incapaces de compensar la pérdida de proteoglicano y ocurre la pérdida de la matriz cartilaginosa.

Patología

El cartílago se erosiona y destruye, no se regenera y puede desaparecer, si no en su totalidad, sí en forma por demás importante y extensa. El hueso subcondral responde dando lugar a la producción de "hueso nuevo" y los osteofitos marginales resultantes se hacen aparentes al exterior como nódulos que pueden inflamarse secundariamente o bien como crecimientos óseos capaces de irritar estructuras vecinas (radiculitis, por ejemplo, en el caso de osteofitos que cierran los agujeros de conjunción vertebral), trastornos de deglución por opresión esofágica debida a grandes osteofitos marginales de los cuerpos vertebrales cervicales y otras alteraciones similares. (26)

Manifestaciones clínicas

El síntoma dominante en la osteoartrosis es el dolor articular que se alivia con el reposo pero aumenta al reanudar la actividad. Es típico el dolor de rodillas osteoartrosicas que se exagera al iniciar la marcha posreposito y se alivia luego de caminar un poco. Más tarde, el dolor puede ser espontáneo y aun durante el reposo de la noche. La inflamación existe sólo como un factor añadido, de complicación, dando lugar a brotes inflamatorios añadidos al estado doloroso articular. Las causas de estos brotes pueden no identificarse o ser evidentemente postraumáticos o por depósito de cristales de calcio (pirofosfato) y en ocasiones el proceso inflamatorio sinovial puede conducir a hidrartrosis.(26)

Las localizaciones conducen a cuadros clínicos diferentes:

- **Manos.** Hay dos localizaciones típicas. Una es la de las articulaciones interfalángicas distales (los osteofitos aparecen como Nódulos de Heberden) y las proximales (Nódulos de Bouchard); la otra es la rizartrrosis, la osteoartrosis de la articulación metacarpofalángica de los pulgares. Además del dolor, el diagnóstico se hace por los cambios exteriores evidentes de los nódulos interfalángicos y los cambios en la base de los pulgares, respectivamente.
- **Rodillas.** Es una forma clínica por demás incapacitante. Además del dolor y de los brotes inflamatorios a veces añadidos, hay crepitación y se suman atrofia muscular del cuádriceps y bursitis anserina. Ocurre también la condromalacia rotuliana.
- **Cadera.** La articulación coxofemoral sufre cambios relacionados con anomalías anatómicas o en forma idiopática. El dolor se localiza en la cadera misma o bien irradia hacia el muslo y la rodilla; es clásico el consejo clínico: si duele la rodilla, no olvides estudiar la cadera.
- **Pie.** La articulación más afectada es la metatarsofalángica del primer dedo. El estudio radiográfico es esencial para determinar la naturaleza osteoartrosica del problema.
- **Columna.** La osteoartrosis afecta los discos intervertebrales, los cuerpos vertebrales y las articulaciones apofisiarias, así como los segmentos cervical, dorsal y lumbosacro. El estudio radiográfico es determinante para conocer naturaleza y extensión.
- **Variantes.** La osteoartrosis primaria generalizada afecta en forma agresiva clínica y patológica (cambios radiológicos mayores) las articulaciones interfalángicas proximales y distales en forma bilateral, las metatarsofalángicas, las rodillas y las caderas.

La osteoartrosis erosiva inflamatoria cursa con episodios dolorosos repetidos y a veces en forma continua de las interfalángicas distales y proximales, conduce a deformidad y anquilosis y los cambios patológicos (evidentes radiológicamente) son destructores. Se asocia a veces con Síndrome de Sjögren. (26)

Estudios auxiliares

No hay estudios de laboratorio específicos para la osteoartrosis. El líquido sinovial ofrece cambios calificados como no-inflamatorios; en ocasiones se encuentran cristales de pirofosfato de calcio o hidroxiapatita asociados con el problema degenerativo y capaz de producir brotes inflamatorios añadidos.

El estudio por imágenes es importante para conocer el estadio de la enfermedad, los cambios anatómicos y las posibles complicaciones por afección a

estructuras vecinas. Tienen utilidad también para decidir medidas de tratamiento quirúrgico. No es la regla que exista relación directa entre la intensidad de los síntomas y los cambios encontrados en las imágenes.

Tratamiento

El tratamiento analgésico sintomático es esencial y en no pocas ocasiones es lo único que se ofrece al paciente desde el punto de vista medicamentoso. Absolutamente siempre deben ponerse en juego medidas adicionales como reposo, organización de la actividad física, ejercicios específicos para la región afectada, corrección de posturas, medicina física, rehabilitación, adaptación ocupacional, corrección del sobrepeso corporal cuando estuviera indicado, medidas ortopédicas (férulas, bastones, muletas, corsés, etc.), cirugía (infiltraciones locales o intraarticulares, procedimientos artroscópicos, prótesis parciales o totales, artrodesis y otras). En resumen: el tratamiento descansa en medidas múltiples en manos del médico general o del especialista reumatólogo, ortopedista, fisioterapeuta, endocrinólogo, neurólogo, neurocirujano y otras posibilidades. En los últimos años se ha trabajado sobre la posibilidad de regenerar el cartílago o impedir el daño articular; sin haber aún resultados definitivos, hay ya algunos datos alentadores en este camino. (26)

Micosis Superficiales (27)

Las micosis superficiales son enfermedades producidas por hongos que afectan tejidos queratinizados como capa córnea de piel, pelos y uñas, así como las mucosas, Las más importantes por su frecuencia son las dermatofitosis, pitiriasis versicolor y candidosis.(27)

- **Dermatofitosis** También se conocen como tiñas o *tineas*, son las micosis causadas por dermatofitos, un grupo de hongos queratinofílicos y que afectan cabeza, cuerpo o uñas y dan lugar a tiña de la cabeza, del cuerpo, de las ingles, de las manos o pies y de las uñas. Los agentes causales se clasifican en los géneros *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*. Las dermatofitosis se encuentran entre las 10 dermatosis más frecuentes en la consulta dermatológica, la tiña de la cabeza es preferentemente rural y las onicomycosis y tiña de pies son de medios urbanizados.
 - a) **Tiña de la cabeza.** Se observa en la infancia y cura sola al llegar a la pubertad, afecta la piel cabelluda, hay una variedad seca que se manifiesta por pseudoalopecia con pelos tiñosos (de 2 a 3 mm, deformados y engrosados), y descamación; hay una variedad inflamatoria o querion de Celso que da lugar a un plastrón inflamatorio con pústulas y abscesos foliculares, es doloroso a la palpación y se acompaña de adenopatía satélite. Es causado casi siempre por *M. canis* o *T. mentagrophytes*, la variedad seca puede ser dada por *T. tonsurans* o *M. canis*, la primera da placas pequeñas y múltiples y la segunda da grandes placas, bien limitadas y con pelos cortados al mismo nivel.
 - b) **Tiña del cuerpo.** Se observa desde recién nacidos hasta ancianos y se caracteriza por placas eritematoescamosas, redondeadas y con bordes activos vesiculosos que se acompañan de prurito. Hay una variedad tricofítica de transmisión interhumana que da placas de gran tamaño y es ocasionada por *T. rubrum* o *T. tonsurans*; cuando es por *T.*

mentagrophytes, casi siempre es más inflamatoria. La variedad microspórica se debe a *M. canis*, es transmitida por perros o gatos y da lugar a placas pequeñas y muy numerosas. La tiña imbricada es debida a *T. concentricum* solo se observa en algunos grupos étnicos.

- c) **Tiña de la ingle.** Es una micosis más frecuente en varones jóvenes y adultos. Afecta regiones inguinocrurales y se puede extender hacia región abdominal o nalgas; es casi siempre de evolución crónica, hay placas eritematoescamosas con bordes activos, muchas veces pigmentadas y con liquenificación. Es ocasionada por *T. rubrum*, *E. floccosum* o *T. mentagrophytes*.
- d) **Tiña de las manos.** Afecta una o ambas y presenta una variedad inflamatoria con vesículas y una variedad seca con anhidrosis y descamación.
- e) **Tiña de los pies.** Se observa en cualquier sexo, predomina en jóvenes y adultos y sobre todo en varones, las variedades clínicas dependen de las lesiones predominantes. Intertriginosa con grietas y fisuras, hiperqueratósica e inflamatoria con vesículas o ampollas; siempre es muy pruriginosa.
- f) **Tiña de uñas u onicomicosis dermatofítica.** Afecta adultos, se puede observar en niños; predomina en uñas de pies sobre todo primer ortejo y se manifiesta por hiperqueratosis subungueal distal y lateral, en inmunocomprometidos hay una forma blanca superficial y otra proximal subungueal. Las tres últimas dermatofitosis se deben fundamentalmente a *T. rubrum*.(27)

Diagnóstico:

El diagnóstico se confirma mediante un examen directo con hidróxido de potasio; se observan pelos parasitados o la presencia de filamentos o esporas. El cultivo en agar de Sabouraud o en este adicionado de antibióticos permite el aislamiento de la especie causal. (27)

Tratamiento:

Para el tratamiento se dispone de una amplia gama de antimicóticos tópicos o sistémicos; para tiña de la cabeza es de elección griseofulvina 10 a 20 mg/kg/día durante dos a tres meses; son alternativas terbinafina, itraconazol y fluconazol. Para las otras localizaciones se pueden usar los antimicóticos clásicos como toques yodados al 1 % y tolnaftato, o los nuevos derivados azólicos; también se utilizan, terbinafina, amorolfina y ciclopiroxolamina. En las uñas el tratamiento es prolongado y puede requerir terapia combinada.

- **Pitiriasis versicolor.** Es una micosis cosmopolita que predomina en zonas tropicales y es más frecuente en adultos. Es ocasionada por *Malassezia furfur* un hongo lipófilo que vive en la capa córnea y folículos del pelo en forma saprofítica y bajo condiciones apropiadas de humedad y calor desarrolla su sintomatología.

Afecta preferentemente el tronco en pecho y espalda, se caracteriza por placas escamosas lenticulares que pueden confluir y dar lugar a lesiones de gran tamaño, son hipocrómicas, hiperocrómicas o ligeramente rosadas; por lo general son asintomáticas. (27)

El diagnóstico se confirma con un examen directo con hidróxido de potasio o este adicionado de tinta Parker azul, se observan esporas en racimos y filamentos cortos y gruesos, el cultivo no es necesario.

Responde bien a casi todos los antimicóticos, se utilizan por vía tópica en forma de cremas, lociones o jabones: toques yodados al 1 %, tolnaftato, hiposulfito de sodio al 20 %, derivado azólicos o ácido salicílico y azufre; en forma de champú se utiliza disulfuro de selenio, piritione de zinc o ketoconazol. Por vía oral ketoconazol, itraconazol o fluconazol. (27)

- **Candidosis.** También conocida como candidiasis comprende las manifestaciones ocasionadas por levaduras del género *Candida* en especial *C. albicans* para las alteraciones dermatológicas. Estas micosis no son de reciente descripción, pero son mucho más prevalentes debido al advenimiento de diferentes medicamentos terapéuticos como antibióticos y glucocorticoides, así como por factores de inmunodepresión, en especial el SIDA.

Candida vive como saprófito en el medio ambiente y en las mucosas, y es por oportunismo y en condiciones favorables que se convierte en patógeno. La infestación puede ser erógena o endógena; la primera ocurre en recién nacidos que se infectan de una madre con vaginitis, por transmisión sexual o por catéteres, y la segunda es por contigüidad o por vía hematológica. Entre los principales factores que favorecen estos cuadros clínicos tenemos: antibióticos de amplio espectro, glucocorticoides, anticonceptivos, enfermedades que afectan el estado general como diabetes, desnutrición y síndrome de inmunodeficiencia, o incluso solo factores locales como humedad y maceración, y uso de prótesis dentales mal adaptadas.

Las manifestaciones clínicas son muy variadas: en la boca se presenta el algodoncillo o candidosis pseudomembranosa aguda; la forma eritematosa o atrófica, aguda o crónica; la queilitis angular o boqueras; la forma hiperplasia crónica o leucoplaquia; la glositis romboidal media; en pacientes con positividad para VIH se presentan cualquiera de estas formas y en estados avanzados generalmente hay esofagítis. En piel pueden afectarse los pequeños pliegues interdigitales de manos o pies (intertrigo blastomicético), o afectarse grandes pliegues como axilas, ingles y regiones submamarías. La onicomycosis por *Candida* inicia por perionixis que da en forma secundaria surcos transversales y onicolisis. Formas graves son la candidosis mucocutánea crónica y las septicemias; pero se puede afectar prácticamente cualquier órgano ante inmunodepresión. (27)

El diagnóstico se confirma con un examen directo con KOH, Lugol, o usando colorantes como el negro de Clorazol; se observan levaduras y filamentos. El cultivo en medio de Sabouraud o este adicionado de antibióticos permite obtener abundantes colonias de levaduras lo que confirma la patogenicidad.

Eliminar los factores favorecedores es la piedra angular del tratamiento. En la mucosa oral son útiles los enjuagues con bicarbonato y en la piel los baños o compresas con sustancias acidificantes como el ácido acético o vinagre en concentraciones muy bajas. De acuerdo a la localización se puede emplear nistatina en solución, ungüento, polvos, comprimidos y tabletas por vía vaginal; debe recordarse que este medicamento no se absorbe por vía oral. Tienen acción por vía tópica los derivados azólicos, terbinafina, amorolfina y ciclopiroxolamina y por vía sistémica el ketoconazol, itraconazol y fluconazol.

La anfotericina B y 5-fluorocitosina se reservan para formas profundas o graves, en la actualidad deben preferirse los derivados triazólicos por su efectividad y poco riesgo. (27)

Dermatitis atópica o neurodermatitis diseminada

La dermatitis atópica (DA), llamada neurodermatitis diseminada, por las escuelas Europea, es un estado reaccional de la piel, intensamente pruriginosa, más frecuente en los niños, multifactorial, en la que combinan factores constitucionales y factores ambientales, por lo tanto de difícil tratamiento.

Datos epidemiológicos

La enfermedad originalmente conocida como prúrigo de Besnier y eccema constitucional, es ubicua, afecta a todas las razas y existe en todos los países. La enfermedad se inicia antes del primer año de la vida en más del 60% de los casos, es excepcional que la enfermedad se inicie en la edad adulta. La enfermedad sufre exacerbaciones en las temporadas de calor o de frío cuando hay sequedad de la atmósfera. (27)

Cuadro clínico

Tradicionalmente se han descrito tres etapas que en la actualidad ya no se presentan pues se suman unas a otras debido a los tratamientos que reciben los pacientes desde su inicio.

- **Etapa de lactante.** La enfermedad suele iniciarse en los primeros meses de vida, a veces casi desde el nacimiento. Las lesiones afectan la cara: mejillas, frente (respetando su centro); afectan también la piel cabelluda, los pliegues, las nalgas y el dorso de los pies. Las lesiones son de tipo eccematosos (piel llorosa): eritema, vesicular y costras melicéricas con costras hemáticas como signo del rascado. Estas lesiones altamente pruriginosas evolucionan por brotes y en general si el paciente no es yatrogénicamente tratado, tienen tendencia a involucionar al año de edad.
- **Fase del escolar.** Se inicia hacia los 3 a 7 años, cuando el niño empieza a ir a la escuela. Las lesiones son preferentemente flexurales: cuello, pliegues de codo y huecos poplíteos y la morfología corresponde a la de una dermatitis crónica: zonas de eritema y liquenificación (índice de rascado crónico) y costras hemáticas, periódicamente sufren un proceso de eccematización sobre todo por los tratamientos indebidos. La enfermedad evoluciona por brotes, hay temporadas en que no existen lesiones aun cuando persiste a veces una piel xerótica (seca) y pigmentada con intenso prurito.
- **Etapa del adulto.** Se veía con poca frecuencia y ahora es habitual en las consultas diarias debido a los malos tratamientos. En este caso además de las zonas flexurales, se presenta lesiones periorbitarias; y peribucales y lesiones vesiculosas en las manos. Son lesiones tanto liquenificadas como eccematosas, muy pruriginosas, que alternan con periodos asintomáticos. (27)

Con el uso inmoderado de los corticoesteroides no hay diferenciación entre las etapas de la enfermedad y se ven casos que arrastran su enfermedad casi desde que nacieron hasta la edad adulta. (27)

Complicaciones.

La enfermedad puede complicarse con impétigo por infección con estafilococos muy abundantes en la piel atópica y en este caso se añaden francas pústulas. Otras veces se añade una dermatitis por contacto ya que es una piel muy irritable y sufre agresiones de medicamentos y remedios caseros. La eritrodermia es actualmente una complicación frecuente por el abuso de corticoesteroides, en tal caso toda la piel se afecta, se pone eritematosa y escamosa con intenso prurito.

Hay otras complicaciones que en México se ven muy rara vez: las cataratas y el queratocono y la erupción variceliforme de Kaposi que se veía cuando estos niños eran vacunados contra la viruela y actualmente se ve cuando se añade un herpes simple que sufre un proceso de diseminación que recuerda a la viruela ya desaparecida; se le llama también eccema herpético.(27)

Otras manifestaciones de atopia.

Se han señalado otras dermatosis como de origen atópico (aunque no todo mundo está de acuerdo) como son la pitiriasis alba, los clásicos “jotes” de los niños: manchas hipocrómicas escamosas en la cara; la dermatitis numular que son placas circulares eccematomas, el liquen simple que son placas de liquenificación sobre todo en la nuca, dermatitis del área del pañal y del pezón en la que hay fundamentalmente el factor de dermatitis por contacto. Se discute si estos procesos son coincidentes con lesiones de dermatitis atópica o si hay verdadera relación de causa efecto con la atopia.

En cambio el asma, la rinitis, y la conjuntivitis sí son verdaderos marcadores de atopia y pueden coincidir con las lesiones dermatológicas o estar presentes en sus antecedentes. (27)

Etiopatogenia

- Es una enfermedad multifactorial, en la que intervienen factores constitucionales y ambientales. Entre los primeros tenemos a la atopia, el fenotipo cutáneo, neurovegetativo e inmunológico y la discutida personalidad entre los ambientales; el clima, las emociones y el medio familiar. Todos estos factores como en rompecabezas: sólo cuando se juntan todas las piezas se presenta la enfermedad.
- **Atopia.** La atopia puede o no expresarse clínicamente; cuando lo hace en la piel hablamos de dermatitis atópica, cuando lo hace en el aparato respiratorio se habla de asma y rinitis atópicas y hay también conjuntivitis atópica pero muchas veces, quizá sea lo más frecuente, la atopia no tiene expresión clínica y no puede ser detectada en una persona o en una familia. La atopia se hereda con un patrón autosómico dominante y así es posible encontrar, en un 70% a 80% de los pacientes atópicos, antecedentes familiares o expresión de dicha atopia en varios órganos.
- **Fenotipo cutáneo.** Los pacientes atópicos tienen una piel seca, escamosa, irritable con bajo umbral del prurito. Es frecuente observar en la cara un envejecimiento de la piel con arrugas y pliegues como el llamado pliegue de Denny Morgan que es como un doble párpado inferior.

- **Sistema neurovegetativo.** Hay una tendencia a la vasoconstricción prolongada, palidez de tegumentos, intolerancia al calor, retención sudoral y respuesta anormal a la histamina y a la acetilcolina con dermatografismo blanco. De estas alteraciones en el sistema neurovegetativo, la enfermedad tomó el nombre, más usado en Europa, de neurodermatitis diseminada.
- **Inmunología.** La inmunidad humoral está exacerbada con una producción elevada de IgE sobre todo en las fases agudas de la enfermedad; sin embargo este hecho no es exclusivo de la DA. La IgA está transitoriamente disminuida en los inicios de la enfermedad con lo cual se pretende explicar por qué las células epidérmicas quedan desprotegidas y dejan pasar antígenos hacia los linfocitos B cuyo estímulo produciría IgE que se fijaría en los mastocitos permitiendo ante una gran diversidad de antígenos, degranularse y producir los mediadores de la inflamación.
- Por otro lado la inmunidad celular está disminuida en cuanto a los linfocitos Cd4 lo cual determina una mayor susceptibilidad a bacterias, virus y hongos. Además la quimiotaxia de neutrófilos está disminuida y está presente una eosinofilia periférica.
- **Flora bacteriana.** El estafilococo dorado coloniza en especial la piel de estos pacientes. El 90% de lesiones crónicas presentan el germen en 10⁶ por Centímetros Cuadrados y el 100% de las lesiones eccematosas tienen 14X10⁶ por centímetro cuadrado (Leyden); tomando en cuenta que el estafilococo dorado está prácticamente ausente en la piel normal, ello explica la facilidad con que este tipo de piel se infecta.
- **Personalidad.** Este aspecto se ha discutido mucho. Ya se hablaba de la enfermedad de los niños bonitos, inteligentes, con carisma, pero a la vez inquietos, inestables emocionalmente hablando, traviesos, celosos, manipuladores. Se dice que esta personalidad es resultado de la enfermedad aunque otros pensamos que se nace ya con ciertos rasgos de personalidad atópica, mismo que pueden variar con la misma enfermedad: el prurito intenso, su cronicidad, el deterioro de la imagen corporal que ésta enfermedad causa. Estudios psicológicos de un buen número de pacientes hablan de una personalidad depresiva, obsesiva y agresiva (Campos). Son personas con mucha ansiedad, hostilidad, timidez, falta de adaptación y sentimientos de culpa ante una madre rechazante (Obermayer, Whitlock).
- **Factores ambientales.** El clima seco ya sea caluroso o frío empeora la enfermedad y el medio húmedo lo favorece; el agua clorada de las albercas es perjudicial y en cambio les favorece el agua de mar y el clima de las costas.
- **Ambiente familiar.** Es hostil al niño; la madre a menudo es sobreprotectora, estricta, exigente con malas relaciones con el esposo. Hay poca receptividad afectiva en los padres para estos niños sensibles, deseosos de amor. En ocasiones el nacimiento de un hermano desencadena un brote, el ir a la escuela o el cambio de profesores.(27)

Diagnóstico

Es clínico y relativamente sencillo, aunque no toda dermatitis flexural es necesariamente de origen atópico. Deben tomarse en cuenta los antecedentes del propio enfermo y los familiares. En los lactantes debe diferenciarse de la dermatitis seborreica que afecta sobre todo la piel cabelluda y el centro de la cara. En ocasiones hay mezcla de las dos dermatitis: la atópica y la seborreica y es difícil diferenciarlas. La dermatitis del pañal predomina en los lactante; en las zonas glúteas y genitales, se presenta con eritema y lesiones vesículopapulosas muy pruriginosas. La pitiriasis alba corresponde a los clásicos “jotes” de los niños: manchas hipocrómicas cubiertas de fina escama en la cara. (27)

Estos procesos pueden coincidir con manifestaciones de DA, pero nunca se ha demostrado la relación de causa efecto. (27)

Pronóstico

La historia natural de la DA, conduce a su desaparición hacia la pubertad con algunos brotes en la edad adulta; sin embargo, esta evolución puede ser alterada por los tratamientos sobre todo a base de corticoesteroides, permitiendo que la enfermedad se prolongue indefinidamente con los problemas inherentes para el enfermo y su familia.(27)

Tratamiento

- **Medidas generales.** Es conveniente una explicación amplia al paciente y su familia señalando la naturaleza y evolución de la enfermedad y lo que se espera del tratamiento que vamos a indicar.

Evitar el sol excesivo, el agua clorada de las albercas, el uso de jabón (indicar jabones neutros o sustitutos de jabón), prohibir el uso de pomadas y remedios caseros así como los cosméticos que irritan a la piel.

Las dietas restrictivas han sido y siguen siendo un tema muy controversial, pues mientras los alergistas siguen insistiendo sin muchas bases en el beneficio de estas dietas, los más hemos comprobado su inutilidad. Existe un grupo muy limitado en que se puede demostrar que una dieta restrictiva de huevo, leche, fresas, etc. puede mejorar los brotes de DA y en tales casos (sólo en esos casos) se aconsejaría la supresión de tales medicamentos; en lo general se permite al paciente que coma de todo. En la actualidad se están limitando por los pediatras ciertos alimentos como el huevo, las fresas, el plátano y la leche de vaca en el primer año de vida por ser muy alergénicos y se discute la utilidad de la leche materna en estos niños.

Es necesario hacer ver que estos pacientes requieren de una atención más personal, que sienten la necesidad de cariño por lo que es de recomendarse que el niño sea atendido personalmente por la madre. (27)

- **Tratamiento tópico.** Depende del estado de la piel; si está eccematosa debe secarse antes de aplicar cualquier pomada que será rechazada por la piel llorosa. El uso de fomentos con agua de manzanilla o suero fisiológico es útil. Los fomentos con agua de vegeto (subacetato de plomo) al 20% son potentes antiexudativos, pero deben limitarse a áreas restringidas y no usarse en niños. Estando la piel ya seca, se usan pastas inertes que llevan óxido de zinc y calamina en una base de vaselina y lanolina que son protectoras a la vez que antipruriginosas. Si la piel está muy seca y liquenificada, los fomentos y baños serán emolientes, con almidón y aceites seguidos de cremas o pomadas más grasosas que llevan vaselina, coldcream y óxido de zinc. En el comercio existen numerosos preparados humectantes que ayudan a mantener el manto ácido grasa-agua, que se pierde en la DA. Si hay dermatitis por contacto o impétigo hay que tratar primero estas complicaciones con sulfato de cobre al 1: 1000 y pomadas con vioformo o mupirocín. En el caso de eritrodermia, los baños emolientes y el uso del petrolato (vaselina) será lo indicado. (27)

Cuando hay mucha liquenificación, pueden usarse cremas con alquitrán de hulla al 3% en base de coldcream por tiempo y zonas limitadas.

Los corticoesteroides tópicos son los medicamentos más usados en esta enfermedad y muchas veces causa de las complicaciones que se presentan. Estos medicamentos no curan nada, solo engañan al paciente y al médico haciéndoles creer que la enfermedad va curando cuando sólo se oculta y modifica. Al pasar el efecto de estos medicamentos, invariablemente se presenta el rebote y más tarde la corticodependencia, haciendo a la enfermedad incontrolable. Nunca deben usarse los corticoesteroides fluorinados en niños y en la cara y zonas genitales o en los pliegues por su posibilidad de absorción. La hidrocortisona es de baja potencia, hace menos daño, pero también es menos efectiva; algunos la recomiendan. (27)

- **Tratamiento sistémico.** El uso de antihistamínicos sobre todo de la primera generación que son sedantes como la clorfeniramina y la hidroxicina ayudan a mejorar el prurito; el ketotifeno y la oxotamida por su acción dual: inhiben la producción de histamina por los mastocitos y bloquean los receptores H1, también son de ayuda, al igual que los sedantes suaves tanto para el paciente como para la madre que está en perenne angustia que transmite al pequeño paciente. Los antibióticos tipo dicloxacilina, serán necesarios cuando haya infección o simplemente eccematización por el papel que tiene el estafilococo dorado.

En una palabra, más actúa en estos casos, una buena explicación, una terapéutica conservadora que no haga iatrogenia y un apoyo del médico al paciente y su familia, que modernos y agresivos medicamentos que dañan más que mejorar una enfermedad que aunque molesta sigue siendo benigna para la vida del paciente.(27)

INFECCIONES URINARIAS (28)

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

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

Entre los 20 y los 50 años, las IU son 50 veces más frecuentes en mujeres. La incidencia aumenta en los hombres y las mujeres >50 años; el índice mujeres/hombres disminuye como consecuencia de la mayor frecuencia de enfermedad prostática.(28)

Etiología y patogenia.

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

y *Staphylococcus saprophyticus*, que causa un 10%. En los pacientes hospitalizados *E. coli* produce un 50% de los casos.

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

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

La bacteriuria se produce con más frecuencia en los varones ancianos por las alteraciones miccionales y la presencia de cantidades significativas de orina residual en vejiga; el mal vaciamiento vesical por prolapso uterino, la formación de un cistocele y la contaminación del periné por incontinencia fecal son causas frecuentes en las mujeres. Los diabéticos con vejigas neurógenas o que han sido sondados tienen más infecciones y de mayor gravedad. Como la gestación puede producir estasis urinaria por obstrucción anatómica y funcional de los uréteres y la vejiga, las IU durante la gestación deben considerarse complicadas.(28)

- **Uretritis.** La infección bacteriana de la uretra se produce cuando los microorganismos que acceden a ella de forma aguda o crónica colonizan las numerosas glándulas periuretrales de las porciones bulbar y pendular de la uretra masculina y de toda la uretra femenina. *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y herpes simple, patógenos transmitidos por vía sexual, son causas frecuentes de disuria en varones y mujeres.
- **Cistitis.** La infección bacteriana de la vejiga suele ser complicada en varones y se relaciona con la infección ascendente desde la próstata o la uretra, siendo secundaria a la instrumentación uretral. En las mujeres, se suele producir una relación sexual antes de una cistitis no complicada.
- **Prostatitis.** La infección bacteriana crónica de la próstata es una de las causas más frecuentes de IU recidivante en varones por la reintroducción de la infección en la vejiga.
- **Pielonefritis aguda.** El término pielonefritis alude a la infección bacteriana del parénquima renal. Un 20% de las bacteriemias adquiridas en la comunidad por mujeres se atribuye a pielonefritis. Este proceso es infrecuente en varones con vías urinarias normales. En el 30 al 50% de las mujeres con vías urinarias normales se puede producir una pielonefritis por vía ascendente a pesar de la dinámica del flujo urinario y la interferencia de la unión vesicoureteral. La cistitis por sí misma o las alteraciones anatómicas pueden provocar reflujo.. La pielonefritis es muy frecuente en niñas o embarazadas después del sondaje vesical. La infección es focal y parcheada y suele empezar en la pelvis y la médula y se extiende hacia la corteza como una cuña que aumenta de tamaño. Es frecuente la presencia de restos de parénquima entre los focos de infección. Las arterias, arteriolas y glomérulos son muy resistentes a las infecciones. En la pielonefritis aguda asociada con diabetes, obstrucción, anemia drepanocítica o nefropatía por analgésicos se puede producir necrosis papilar.
- **Pielonefritis crónica.-** La pielonefritis crónica sólo se produce en pacientes con alteraciones anatómicas importantes, como uropatía obstructiva, cálculos de estruvita o, como causa más frecuente, reflujo vesicoureteral. El RVU suele ser un defecto congénito, que produce una incompetencia de la válvula vesicoureteral, en general por la existencia de un segmento intramural corto. El

RVU puede ser adquirido en los pacientes con una vejiga flácida por lesiones medulares. 28)

Signos y síntomas

- **Uretritis.** El comienzo es gradual y los síntomas leves. Los varones con uretritis suelen presentar secreción uretral, purulenta cuando se debe a *N. gonorrhoeae* y blanquecina mucóide cuando no es específica. Las mujeres suelen presentar disuria, polaquiuria y piuria.
- **Cistitis.** El inicio suele ser súbito. La cistitis suele producir polaquiuria, tenesmo y sensación urente o dolor con la micción de pequeños volúmenes de orina. La nicturia, con dolor suprapúbico o de la parte baja de la espalda, es frecuente. La orina suele tener aspecto turbio y en un 30% de los casos se produce hematuria macroscópica. Un paciente con vejiga neurógena o sonda permanente no suele tener síntomas atribuibles a la vejiga cuando se produce una IU invasiva, pero puede referir síntomas y signos de pielonefritis o fiebre no explicada (posiblemente como primer signo de sepsis). En los ancianos las IU suelen ser asintomáticas.
- **Prostatitis.** La prostatitis bacteriana aguda se caracteriza por escalofríos, fiebre, polaquiuria y tenesmo, dolor perineal o de espalda, síntomas variables de obstrucción de la micción, disuria, nicturia y, en ocasiones, hematuria macroscópica. La próstata es dolorosa, muestra un aumento de tamaño focal o difuso y está indurada.
- **Pielonefritis aguda.** El comienzo de los síntomas es rápido y se caracteriza por escalofríos, fiebre, dolor de flanco, náuseas y vómitos. Los síntomas de IU baja (polaquiuria, disuria) se producen de forma simultánea en 1/3 de los casos. Se suele producir dolor en el ángulo costovertebral del lado afectado. En los niños los síntomas suelen ser menos intensos y poco característicos.(28)

Diagnóstico

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

- **Uretritis.** En las mujeres la uretritis y la vaginitis justifican la mayor parte de los síntomas urinarios cuando los urocultivos son negativos para bacterias. La vaginitis por *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis* o la vaginosis bacteriana pueden producir disuria al atravesar la orina los labios inflamados. Aunque puede dominar la disuria, también se suele producir secreción vaginal, con mal olor y dispareunia. La uretritis producida por enfermedades de transmisión sexual (ETS), como *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* o virus herpes simple provoca síntomas más leves, comienza de forma gradual y determina disuria sin otros síntomas urinarios. Prácticamente nunca se produce hematuria en el análisis de orina del chorro medio de la orina.
- **Cistitis.** La presencia de hematuria macroscópica sugiere una cistitis bacteriana, diagnóstico que se confirma con el estudio microscópico de la orina (bacterias y leucocitos) y con urocultivos; casi todas las mujeres afectadas presentan piuria y hasta el 50% tienen hematuria microscópica. El cultivo de

orina del chorro medio suele demostrar el agente causal, aunque un 30% de los pacientes con síntomas parecidos de cistitis no presentan una bacteriuria significativa (<105 unidades formadoras de colonias/ml).

- **Prostatitis.** La prostatitis aguda se suele asociar con una cistitis aguda, por lo que resulta posible reconocer la bacteria responsable en un urocultivo de orina espontánea. La prostatitis crónica puede ser menos aparente y suele cursar como una bacteriuria recidivante o con fiebre de poca importancia y molestias pélvicas o en la espalda. La prostatitis crónica es la causa más frecuente de IU sintomáticas recidivantes en los varones, ya que se reintroduce la infección en la vejiga. Los cultivos de orina o de las secreciones prostáticas casi siempre son positivos en los pacientes con prostatitis crónica, aunque su negatividad no excluye el diagnóstico.
- **Pielonefritis aguda.** Los síntomas y signos típicos de una sepsis y de pielonefritis (dolor en flanco, fiebre, temblor, disuria) con leucocitosis, piuria y baciluria en la tinción de Gram de la orina no centrifugada sugieren el diagnóstico. Encontrar neutrófilos en un túbulo es el equivalente morfológico de los cilindros leucocitarios urinarios. Se necesitan tinciones especiales para distinguir entre los cilindros leucocitarios y tubulares renales. La presencia de los primeros, cuando se ven, se considera patognomónica de pielonefritis, aunque también se producen en las glomerulonefritis y en la nefritis tubulointersticial no infecciosa. Hay que distinguir la pielonefritis aguda de otros procesos intraabdominales (apendicitis, litiasis), que pueden cursar con dolor en el flanco, fiebre, rigidez y, en ocasiones, síntomas de cistitis. En las mujeres también se debe plantear una enfermedad inflamatoria pelviana, una gestación ectópica y un quiste de ovario roto. (28)

Prevención

En las mujeres que desarrollan al menos 3 IU/año, puede resultar útil orinar inmediatamente después del coito o evitar el uso de diafragma. Beber zumo de arándanos puede reducir la piuria y la baciluria. Si estas técnicas no tienen resultado, la profilaxis con dosis bajas de antimicrobianos elimina la recidiva de las IU; se puede emplear 40/200 mg de trimetoprima/sulfametoxazol v.o. a diario o tres veces a la semana, 100 mg diarios de trimetoprima diarios o tres veces a la semana o un comprimido diario de una fluoroquinolona (p. ej., ciprofloxacino, norfloxacino, ofloxacino, lomefloxacino, enoxacino) o nitrofurantoína (macrocrisales) 50 a 100 mg/d. Puede resultar eficaz la administración postcoital de trimetoprima-sulfametoxazol o una fluoroquinolona. La profilaxis de las IU es similar en las mujeres embarazadas y en las no gestantes. Las pacientes apropiadas son aquellas con pielonefritis aguda en gestaciones previas, las que tienen bacteriuria durante el embarazo con recidiva después del tratamiento y las pacientes que necesitaron profilaxis por IU de repetición antes de la gestación. (28)

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento antibiótico en las IU incluyen la erradicación del organismo responsable, la prevención y el control de la bacteriemia con las consiguientes complicaciones sistémicas y la prevención de las IU recidivantes sintomáticas. (28)

- **Uretritis y cistitis.** Los síntomas de uretritis y cistitis se pueden resolver sin tratamiento antimicrobiano (algunos pacientes se autotratan sólo con

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

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

La bacteriuria asintomática en los diabéticos, los ancianos o los pacientes con sondas vesicales permanentes no debe recibir tratamiento antibiótico. Sin embargo, una bacteriuria asintomática en una gestante debe ser identificada y tratada como una IU sintomática, aunque pocos antibióticos se pueden emplear con seguridad. Los b-lactámicos, la nitrofurantoína y las sulfonamidas orales se consideran seguros en fases iniciales del embarazo, pero las últimas se deben evitar cerca del parto por el posible riesgo de kernicterus. El tratamiento con trimetoprima se asocia con toxicidad fetal en estudios animales, pero no existen evidencias parecidas en humanos. Se evitan las fluoroquinolonas por el posible daño del cartílago fetal. Cuando se diagnostica una pielonefritis durante la gestación, resulta apropiado hospitalizar a la paciente y administrar un b-lactámico, con un aminoglucósido o sin él. (28)

- **Prostatitis.** Las infecciones agudas pueden responder al tratamiento durante 10 a 14 d con trimetoprima-sulfametoxazol o una fluoroquinolona, pero las recaídas son frecuentes, dadas la mala penetración de muchos antibióticos y las alteraciones anatómicas (cálculos prostáticos). Para la prostatitis recidivante o crónica se pueden necesitar ciclos de 4 a 12 sem de tratamiento antibiótico.
- **Pielonefritis aguda.** El tratamiento ambulatorio con antibióticos orales (trimetoprima-sulfametoxazol o una fluoroquinolona durante 14 d) es posible cuando el paciente no presente náuseas ni vómitos, ni signos de depleción de volumen, la infección sea bacteriana sin signos de septicemia y se pueda confiar en que siga los consejos médicos. Los regímenes más habituales incluyen ampicilina con gentamicina, trimetoprima-sulfametoxazol y una fluoroquinolona y cefalosporinas de amplio espectro (como ceftriaxona)..
- **Pielonefritis crónica.** No se ha establecido de forma concluyente que una bacteriuria renal asintomática sin obstrucción demostrable ni pielonefritis aguda recidivante sea perjudicial. Por tanto, no están indicados los ciclos de tratamiento antibiótico repetidos ni el tratamiento supresor. Se deben tratar las complicaciones de la uremia o la hipertensión de forma apropiada. Si no resulta posible eliminar la obstrucción y se producen frecuentes recaídas de la IU, resulta útil administrar tratamiento a largo plazo con antibióticos (trimetoprima-sulfametoxazol, trimetoprima, una fluoroquinolona, nitrofurantoína).(28)

Diabetes mellitus (29).

Síndrome caracterizado por una hiperglucemia que se debe a un deterioro absoluto o relativo de la secreción y/o la acción de la insulina.(29)

Clasificación y patogenia

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

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

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

En las poblaciones de raza blanca existe una fuerte asociación entre la DM tipo I diagnosticada antes de los 30 años y **fenotipos HLA-D específicos**. Se cree que uno o más genes portadores de la susceptibilidad a la DM tipo I están localizados en el locus HLA-D o cerca de él en el cromosoma 6. Sólo de un 10 a un 12% de los niños recién diagnosticados con DM tipo I tienen un familiar en primer grado con la enfermedad, y el porcentaje de concordancia para la DM tipo I en gemelos monocigotos es 50%. Además del antecedente genético, los **factores ambientales** afectan a la presentación de la DM tipo I. Esta clase de factores ambientales pueden ser virus (los virus de la rubéola congénita, la parotiditis y los virus Coxsackie B pueden provocar el desarrollo de una destrucción autoinmunitaria de células b) y la exposición a la leche de vaca en lugar de la leche materna en la lactancia (una secuencia específica de la albúmina procedente de la leche de vaca puede presentar reacción cruzada con proteínas de los islotes). (29)

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

La DM tipo II forma parte del grupo heterogéneo de trastornos en los cuales la hiperglucemia se debe a un deterioro de la respuesta secretora insulínica a la glucosa y también a una disminución de la eficacia de la insulina en el estímulo de la captación de glucosa por el músculo esquelético y en la restricción de la producción hepática de glucosa (**resistencia a la insulina**). La resistencia a la

insulina en la variedad común de la DM tipo II no es el resultado de alteraciones genéticas en el receptor de insulina o el transportador de glucosa. Sin embargo, los efectos intracelulares posreceptor determinados genéticamente representan probablemente una función. La hiperinsulinemia resultante puede conducir a otros trastornos frecuentes, como obesidad (abdominal), hipertensión, hiperlipidemia y arteriopatía coronaria (**síndrome de resistencia a la insulina**). (29)

Los factores genéticos parecen ser los principales determinantes de la aparición de la DM tipo II, aunque no se ha demostrado asociación alguna entre la DM tipo II y fenotipos HLA específicos o anticuerpos citoplásmicos de las células de los islotes.. (29)

- **Diabetes atribuida a una enfermedad pancreática.** La pancreatitis crónica, particularmente en los alcohólicos, se asocia a menudo a diabetes. Estos Pacientes pierden tanto islotes secretores de insulina como islotes secretores de glucagón.
- **Diabetes asociada a otras enfermedades endocrinas.** La DM tipo II puede ser secundaria a síndrome de Cushing, acromegalia, feocromocitoma, glucagonoma, aldosteronismo primario o somatostatina. La mayoría de estos trastornos se asocian a resistencia a la insulina periférica o hepática.
- **Diabetes resistente a la insulina asociada a la acantosis nigricans** (síndromes de resistencia a la insulina tipos A y B). La acantosis nigricans es una hiperpigmentación aterciopelada del cuello, las axilas y la ingle y probablemente es la manifestación cutánea de una hiperinsulinemia intensa y crónica. El tipo A se debe a alteraciones genéticas en el receptor insulínico. El tipo B es producido por anticuerpos circulantes contra el receptor insulínico y puede asociarse con otras manifestaciones de enfermedad autoinmunitaria. (29)

Síntomas y signos

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

Después del comienzo agudo de una DM tipo I suele existir una notable secreción de insulina. Los Pacientes con una DM tipo I pueden disfrutar de un período de luna de miel caracterizado por una larga fase de niveles de glucosa casi normales sin ningún tratamiento. (29)

Hiperglucemia sintomática. Se produce poliuria seguida de polidipsia y pérdida de peso cuando los niveles elevados de glucosa plasmática causan una glucosuria intensa y una diuresis osmótica que conduce a deshidratación. La hiperglucemia puede causar también visión borrosa, fatiga y náuseas y llevar a diversas infecciones fúngicas y bacterianas. En la DM tipo II, la hiperglucemia sintomática puede persistir días o semanas antes de que se busque atención médica; en las mujeres, la DM tipo II con hiperglucemia sintomática suele asociarse con prurito debido a candidiasis vaginal. (29)

Complicaciones tardías. Las complicaciones tardías aparecen tras varios años de hiperglucemia mal controlada. Las complicaciones microvasculares pueden

retrasarse, prevenirse o incluso invertirse mediante un control estricto de la glucemia, es decir, consiguiendo niveles de glucosa en ayunas y posprandiales próximos a la normalidad, que se reflejan en concentraciones casi normales de hemoglobina glucosilada (Hb A1C). Una enfermedad microvascular como la aterosclerosis puede producir síntomas de arteriopatía coronaria, claudicación, erosión de la piel e infecciones. Sigue siendo frecuente la amputación de un miembro inferior por vasculopatía periférica grave, claudicación intermitente y gangrena. El antecedente de una retinopatía simple no altera la visión de manera importante, pero puede evolucionar a edema macular o a una retinopatía proliferativa con desprendimiento o hemorragia de la retina, que pueden causar ceguera (29)

La nefropatía diabética aparece aproximadamente en 1/3 de los Pacientes con DM tipo I y en un porcentaje menor de Pacientes con DM tipo II. Tras unos 5 años de padecer una DM tipo I puede presentarse una albuminuria clínicamente detectable (300 mg/l) que no tiene explicación por otra enfermedad del tracto urinario. La albuminuria es casi 2,5 veces más alta en los Pacientes con DM tipo I con PA diastólica $>90 \text{ mm Hg}$ que en los que tienen PA diastólica $<70 \text{ mm Hg}$. Por consiguiente, tanto la hiperglucemia como la hipertensión aceleran la evolución a la nefropatía en fase terminal. La nefropatía diabética suele ser asintomática hasta que se desarrolla la nefropatía en fase terminal, pero puede originar un síndrome nefrótico. La albuminuria y la nefropatía pueden prevenirse o retrasarse con el captopril, un inhibidor de la ECA. A la vez que un tratamiento enérgico de la hipertensión evita el deterioro de la función renal, los inhibidores de la ECA han demostrado sumar beneficios sobre otras clases de antihipertensivos. De hecho, los inhibidores de la ECA evitan la proteinuria en diabéticos hipertensos y no hipertensos. Datos recientes indican que esos fármacos también previenen la retinopatía. (29)

La neuropatía diabética se presenta frecuentemente como una polineuropatía distal, simétrica, de predominio sensitivo que causa déficit sensitivo que se inician y suelen caracterizarse por una distribución en «calcetines y guantes». La polineuropatía diabética puede causar entumecimiento, hormigueos y parestesias en las extremidades y, con menor frecuencia, dolor e hiperestesia intensa y debilitante de localización profunda. Los reflejos aquileos suelen estar disminuidos o abolidos. La neuropatía del sistema autónomo se presenta principalmente en diabéticos con polineuropatía y puede causar hipotensión postural, trastornos de la sudación, impotencia y eyaculación retrógrada en los varones, deterioro de la función vesical, retardo del vaciamiento gástrico, disfunción esofágica, estreñimiento o diarrea y diarrea nocturna. La disminución de la frecuencia cardíaca en respuesta a la maniobra de Valsalva, o al pasar a la bipedestación, y la ausencia de variación de la frecuencia cardíaca durante la ventilación profunda son signos de neuropatía autonómica en los diabéticos.(29)

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

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

infectadas no sienten dolor a causa de la neuropatía y no tienen síntomas sistémicos hasta una fase posterior con una evolución desatendida (29)

Diagnóstico

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

Una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) puede ser útil para diagnosticar la DM tipo II en Pacientes cuya glucosa en ayunas está entre 115 y 140 mg/dl ($6,38$ y $7,77 \text{ mol/l}$) y en los que están en una situación clínica que podría tener relación con una DM no diagnosticada (p. ej., polineuropatía, retinopatía, etc.) (29)

Tratamiento

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

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

La hipercolesterolemia o la hipertensión aumentan los riesgos de complicaciones tardías específicas y requieren atención especial y un tratamiento adecuado. Aunque los bloqueantes b-adrenérgicos (p. ej., el propranolol) se pueden utilizar inocuamente en la mayoría de los diabéticos, estos fármacos pueden enmascarar los síntomas b-adrenérgicos de la hipoglucemia inducida por la insulina y pueden dificultar la respuesta contrarreguladora normal. Por ello, los inhibidores de la ECA y los antagonistas del calcio suelen ser los fármacos de elección. (29)

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

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

Insulina. Se suele preferir la insulina humana al iniciar el tratamiento insulínico porque es menos antigénica que las variedades obtenidas de animales. La insulina se suministra generalmente en preparados que contienen 100 U/ml (insulina 100 U) y se inyecta por vía s.c. con jeringas de insulina desechables. Los preparados de insulina se clasifican como de acción corta (acción rápida), acción intermedia o acción prolongada. El factor esencial que determina el comienzo y la duración de la acción de un preparado de insulina es la velocidad de absorción de la insulina a partir del lugar de inyección. (29)

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

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

1. **Insulina de acción intermedia al acostarse.** Esto ayuda a controlar la producción de glucosa hepática nocturna. Empezar el día con niveles matutinos de glucosa más bajos mejorará la tolerancia a la glucosa a lo largo de todo el día. La insulina al acostarse se asocia con una menor ganancia de peso que la insulina sola durante el día. La insulina al acostarse es también una forma razonable de iniciar el tratamiento insulínico en Pacientes con DM tipo II que no están controlados sólo con fármacos orales.
2. **Insulina mixta antes del desayuno.** Suele realizarse una mezcla aproximada de un 30% de insulina de acción rápida y un 70% de insulina de acción intermedia. La mayoría de los Pacientes tendrán necesidad aproximadamente de la mitad de la dosis diaria de insulina antes de desayunar.
3. **Insulina regular antes de comida y cena.** Para obtener un control estricto, la insulina suplementaria de acción rápida debe administrarse antes de las comidas. En el caso de la insulina regular o la Semilente, la dosis debe administrarse de 15 a 30 min antes de la comida, y con una comida en el caso de la Lispro. (29)

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

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

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

Fármacos antidiabéticos orales. Estos fármacos se utilizan en la DM tipo II, pero no en la DM tipo I, porque en ese tipo de Pacientes no pueden prevenir la hiperglucemia sintomática ni la CAD. Los fármacos hipoglucemiantes orales son las sulfonilureas. Los fármacos antihiperglucémicos son las biguanidas, los inhibidores de la α -glucosidasa y los sensibilizadores a insulina (tiazolidindionas, glitazonas). (29)

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

Las **reacciones alérgicas y otros efectos secundarios** (p. ej., ictericia colestática) son relativamente infrecuentes. La acetohexamida puede utilizarse en los Pacientes alérgicos a otras sulfonilureas. La clorpropamida y la acetohexamida no deben utilizarse en Pacientes con deterioro de la función renal. Además, la clorpropamida no debe utilizarse en Pacientes ancianos, porque puede potenciar la acción de la hormona antidiurética, llevando a menudo a un deterioro del estado mental, el cual, en un Paciente anciano, no suele identificarse como un efecto inducido por fármacos.

La hipoglucemia es la complicación más importante del tratamiento con sulfonilureas. La hipoglucemia puede aparecer en Pacientes tratados con cualquiera de las

sulfonilureas, pero se presenta con mayor frecuencia con las de acción prolongada (gliburida, clorpropamida). La hipoglucemia inducida por las sulfonilureas puede ser grave y persistir, o recurrir durante días después de interrumpir el tratamiento, incluso cuando aparece en Pacientes tratados con tolbutamida, cuya duración de acción habitual es de 6 a 12 h. (29)

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

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

Las **tiazolidindionas** son fármacos sensibilizadores a la insulina que mejoran la sensibilidad a la insulina en el músculo esquelético e inhiben la producción de la glucosa hepática. El único fármaco de esta clase disponible es la troglitazona. Ha sido aprobada recientemente para su empleo en el tratamiento de Pacientes con DM tipo II que precisan insulina y tiene efectos moderados en la reducción de los niveles plasmáticos de glucosa y triglicéridos. Este fármaco se administra una vez al día y tiene una hepatotoxicidad posiblemente intrínseca. Se debe informar a los Pacientes que disminuyan su dosis diaria de insulina al iniciar el tratamiento.(29)

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

Existen publicaciones de la American Diabetes Association y de otras fuentes para la planificación de la dieta y la educación de los Pacientes. Las listas intercambiables que proporcionan información sobre el contenido de hidratos de carbono, grasas, proteínas y calorías de las raciones individuales se emplean para traducir la prescripción dietética en un plan de alimentación, el cual debe contener alimentos que gusten al Paciente, siempre que no exista un motivo específico para excluir un alimento concreto. (29)

En los **Pacientes con DM tipo II obesos**, los objetivos del tratamiento dietético son perder peso y controlar la hiperglucemia. La dieta debe satisfacer las necesidades mínimas diarias de proteínas (0,9 g/kg) y estar diseñada para inducir una pérdida de peso gradual y sostenida (alrededor de 1 kg/sem) hasta alcanzar y mantener el peso corporal ideal. Aumentar la actividad física en los Pacientes con DM tipo II obesos y sedentarios es deseable y puede reducir con el tiempo la resistencia a la insulina. Los diabéticos con hipertensión deben tratarse con inhibidores de la ECA, los cuales han demostrado ser más protectores frente a la arteriopatía coronaria que los bloqueantes del canal de Ca (29)

Enfermedades inflamatorias del intestino(30)

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

El término colitis sólo es aplicable a la enfermedad inflamatoria del colon (p. ej., colitis ulcerosa, granulomatosa, isquémica, por radiación o infecciosa). Colitis espástica o mucosa es una denominación errónea que suele aplicarse a un trastorno funcional que se describe más correctamente como síndrome del intestino irritable. (30)

Colon irritable

Se refiere a un grupo de manifestaciones crónicas originadas en el colon, que afecta a los adultos y que parece deberse principalmente a factores psicosociales, de tensión, depresión o diversas formas de neurosis. Dada la dificultad para un diagnóstico específico se desconoce su frecuencia real, aunque se refiere alta. (30)

Cuadro clínico

Formado por dolor abdominal, estreñimiento o diarrea, borborigmos, meteorismo y distensión abdominal, que se relacionan con episodios de estrés o de empeoramiento de síntomas psicológicos. Es como si el colon de algunas personas fuera el "órgano de choque" de sus emociones, especialmente las displacenteras

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

Determinados hábitos alimentarios y de otro tipo modifican el comportamiento de la sintomatología, de manera tal que en las vacaciones el enfermo puede librarse de sus molestias. Las infecciones, la parasitosis, la lactosa y los excesos alimenticios son, en este tipo de pacientes, de efectos más marcados que en otros. (30)

Diagnóstico

Se fundamenta en bases clínicas y en la exclusión de procesos infecciosos, parasitarios, tóxicos o de otro tipo que afecten al colon. No hay estudios de gabinete o de laboratorio que sean indicativos precisos del síndrome de colon irritable. La prueba terapéutica con modificación de la dieta, el uso de diversos medicamentos o algún cambio en el estilo de vida pueden influir de manera significativa en la evolución de la enfermedad y con ello permitir una orientación diagnóstica. (30)

Tratamiento

Debe establecerse una buena relación entre el médico y su paciente, para que el primero sirva de apoyo y guía al enfermo y con ello se influya sobre los aspectos psicológicos.

La dieta debe carecer de irritantes, de exceso de grasas o de alimentos con mucho residuo. Se elimina además el tabaco y se prescribe ejercicio y recreación adecuados. De los fármacos se pueden utilizar los sintomáticos para atender el dolor, la diarrea, el meteorismo y el estreñimiento.

El manejo debe ser multifactorial, de manera tal que se atiendan, los factores físicos, psicológicos y sociales, de manera individual y personalizada. De ahí la importancia del médico hacia este padecimiento. (30)

Gastritis(31).

El término gastritis es uno de los más vagos dentro de la gastroenterología, ya que el vulgo denomina así a un grupo de molestias vagas como regurgitación, náusea, ardor epigástrico, agruras, borborigmos y distensión abdominal y el médico no intenta aclarar la naturaleza del problema en lugar de dar por hecho lo que el paciente califica como gastritis. *Dispepsia* es otro término de uso común para este mismo cuadro.

La gastritis tiene una connotación diferente para el endoscopista, para el radiólogo y para el histopatólogo. De hecho sólo este último puede afirmar categóricamente que se trata de una inflamación de la mucosa gástrica.(31)

Formas clínicas

La gastritis puede ser aguda o crónica. También superficial o profunda. A la vez puede ser erosiva o no erosiva, grave o leve, hipertrófica o atrófica. En muchas ocasiones no se reconoce algún factor causal o etiológico. En otras existe relación con una quemadura o traumatismo, como las úlceras de estrés. Tal vez lo más frecuente es su relación con la ingesta de medicamentos o de alcohol que irritan la mucosa gástrica, o que consumidos de manera crónica provocan erosiones y úlceras francas. Algunas veces se relaciona con la ingestión de cáusticos, también con infecciones, neoplasias, deficiencia de hierro y con estados de estrés y ansiedad. (31)

Cuadro clínico

Depende de la modalidad de gastritis. En la forma erosiva aguda existe sangrado de múltiples puntos hemorrágicos en la mucosa, lo cual causa hematemesis, alteraciones de la volemia e incluso estado de choque. Además de dolor epigástrico, náusea, vómito y hematemesis. La evolución es aguda, se observa en pacientes con septicemia, grandes operaciones, en los quemados o sometidos a estrés muy intenso.

El cuadro es siempre muy grave y amerita tratamiento intensivo. En las formas no erosivas de gastritis, agudas o crónicas, existe por lo general dolor o malestar epigástrico, náusea, sensación de plenitud posprandial o síntomas vagos que sugieren úlcera péptica. Las formas agudas causadas por medicamentos son similares a la alcohólica aunque en esta se agregan retardo en el vaciamiento gástrico y reflujo gastroesfágico. El cuadro conocido como "resaca" o "cruda" representa clásicamente la gastritis alcohólica; además en ésta, la asociación con el sangrado por desgarro de la mucosa gastroesofágica causado por el esfuerzo de vómito (síndrome de Mallory-Weiss), es más común.

En las formas crónicas las manifestaciones son aun más vagas, puede haber molestia o dolor abdominal, «dispepsia» expresada como flatulencia, eructos, distensión abdominal (31)

Diagnostico

Los datos clínicos son vagos y no permiten efectuar con propiedad este diagnóstico, aunque cuando hay antecedente franco de la ingestión de una sustancia irritante o corrosiva, junto con el dolor abdominal, la náusea, el vómito y la hematemesis puede afirmarse la existencia de gastritis aguda, así como en pacientes reumáticos que ingieren medicación crónica o individuos alcohólicos se puede sospechar una gastritis crónica.

Cuando el cuadro es dudoso se recurre entonces a la endoscopia, la radiología y en caso necesario al estudio histológico con biopsia. (31)

Tratamiento

Se emplean antiácidos, antiseoretos, dietas diversas y tranquilizantes, aunque la respuesta es muy variada, ya que depende del tiempo de evolución y de la gravedad de cada caso. La frecuencia de gastritis relacionada con la ingestión de aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos obliga a considerar que la prevención resulta esencial en virtud de la gran cantidad de pacientes que requieren de dicho tipo de medicación. Entre las estrategias para ese objeto están diversas formas de utilización: capa entérica, efervescentes, combinados con antiácidos, disueltos y en mucha agua, ingeridos con alimentos o usando de manera concomitante los bloqueadores de los receptores H^2 por su efecto antisecretor o las prostaglandinas (misoprostol) por su efecto de "citoprotección".

En la forma erosiva aguda, con sangrado importante, es necesaria la hospitalización, los cuidados intensivos y en ocasiones la cirugía para ligar vasos. Se necesita también reponer la volemia con sangre y líquidos y atender el estado general.

Las formas más frecuentes de tipo crónico están relacionadas con la infección por *Helicobacter pylori*, mismas que se encuadran en dos grupos básicos: las que se establecen en todo el estómago respetando el antro que son principalmente de tipo autoinmunitario (tipo A) y las que involucran principalmente al antro (tipo B) y que corresponden con más frecuencia a la infección por *H. pylori*, que puede ser demostrada fácilmente a través del estudio endoscópico y cuyo tratamiento muy eficiente es la combinación de amoxicilina, metronidazol e inhibidores de la bomba de protones(31)

Diarrea(32)

Es un padecimiento bien conocido por todos los médicos y sufrido por casi todas las personas. Consiste en el aumento de la proporción de agua en las heces y del incremento en el número de las evacuaciones.

Es una manifestación de muy diversas enfermedades, tanto digestivas como de otros aparatos y sistemas. El mecanismo productor de la diarrea es el desequilibrio entre la secreción y absorción de líquidos en el intestino, así como el aumento del tránsito intestinal, todo ello por causas bacterianas, virales, tóxicas, inflamatorias, neurógenas, hormonales, nerviosas, irritativas, degenerativas, etc. (32)

Su importancia radica en su gran frecuencia y las consecuencias graves de deshidratación y desequilibrio electrolítico que ponen en peligro la vida o matan al enfermo, en particular cuando se trata de un niño pequeño o una persona debilitada. Por fortuna, en la mayoría de los casos no se dan estos fenómenos graves, sin embargo es una de las causas más frecuentes de mortalidad infantil en los países en desarrollo como México. Afecta también de manera grave a los desnutridos crónicos, los enfermos debilitados por otras afecciones y los viejos. (32)

Se debe recordar que en el tubo digestivo se vierten diariamente en los adultos 7 litros de diversas secreciones, como saliva, jugo gástrico, jugo pancreático, bilis, jugo duodenal y secreción intestinal. Todo este enorme volumen es normalmente reabsorbido y sólo de 100ml a 200ml se eliminan diariamente con las evacuaciones (32)

El estudio clínico

Diarrea es un síntoma cuyo interrogatorio cuidadoso ofrece información de gran valor semiológico y diagnóstico. Es aconsejable recordar que el interrogatorio comprende: frecuencia (número de evacuaciones en 24 h), cantidad, consistencia, color, olor (fetidez), elementos anormales (moco, sangre, pus, parásitos, restos de alimentos, aspecto grasoso, otros), síntomas acompañantes, dolor abdominal (previo o acompañante, ardor o dolor rectal), flatulencia, borborigmos. La semiología es igualmente valiosa y permite revisar los posibles cambios funcionales y orgánicos como razón de la diarrea y orientar los estudios auxiliares pertinentes y el tratamiento. Cada elemento de información citados, tiene significado semiológico porque es el reflejo de alteraciones orgánicas y/o funcionales. (32)

Cuadro clínico

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

Junto con las evacuaciones diarreicas hay muchas veces dolor abdominal cólico, flatulencia y en ocasiones también pujo o tenesmo. Las otras manifestaciones son las propias de la deshidratación, con baja de la tensión arterial, taquicardia, mucosas secas, ojos hundidos y debilidad con postración.

En ocasiones hay fiebre. Cuando la diarrea es grave, como sucede en el cólera y la shigelosis, se manifiesta desequilibrio electrolítico, con acidosis metabólica. El

resultado final puede ser el choque hipovolémico por la deshidratación y después la muerte.

La mayoría de los cuadros de diarrea son agudos, autolimitados y ceden con la participación del médico o sin él. De hecho la mayoría de los pacientes con diarrea se autotratan y sólo acuden a consulta cuando las molestias son intensas o muy persistentes. (32)

Tratamiento

En los casos leves se indican líquidos por vía oral, principalmente agua, con escasa cantidad de azúcar y un poco de sal, a libre demanda. Una vez que se toleran los líquidos, se agregan paulatinamente alimentos no grasos, ni irritantes y se eliminan los que tienen mucho residuo. Se evita la leche y se recomienda el reposo relativo.

Los fármacos antidiarreicos del tipo antiespasmódicos, los que contienen caolín y pectina y los que frenan la actividad peristáltica y tienen acción opiácea se indican únicamente cuando sea estrictamente necesario y con precaución en los niños pequeños, ya que los últimos son más dañinos que útiles en este grupo de edad.

Los antimicrobianos están indicados exclusivamente en algunas formas de diarreas de origen infeccioso, claramente identificadas, como puede ser la causada por *Vibrio cholerae*, *Escherichia coli*, *Shigella* sp o *Salmonella* sp. (32)

En el caso de graves alteraciones de los líquidos y los electrolitos, está indicada la administración parenteral de soluciones que contienen sodio, potasio, cloruros, bicarbonato y a las cuales se pueden agregar mayor cantidad de algún electrolito y de glucosa para compensar en parte la pérdida calórica y la poca o nula ingesta por vía oral. (32)

Conclusiones

La diarrea constituye una manifestación fácil de reconocer, pero que aún causa graves problemas de salud en todo el mundo en desarrollo. Su intensa morbilidad y mortalidad obligan al médico a ser muy cuidadoso en la identificación y tratamiento de estos pacientes, en particular de los grupos vulnerables. Se cuenta con tratamiento eficaz cuando se administra de manera oportuna y muchas vidas se han salvado gracias a la administración temprana del llamado suero oral. (32)

Otitis externa (33).

Infección del conducto auditivo externo. Es más frecuente durante los meses de verano, debido a la natación, y se suele denominar otitis del nadador.

Etiología

Entre los factores predisponentes destacan la introducción de agua u otros irritantes dentro del conducto auditivo y las lesiones del mismo mientras se limpia. El conducto auditivo se mantiene limpio moviendo el epitelio descamado como si fuera una cinta transportadora, desde la membrana timpánica hacia el exterior. Cuando el

paciente intenta limpiarse los oídos con una torunda de algodón, interrumpe el mecanismo de autolimpieza del mismo y favorece la acumulación de restos celulares al empujarlos en dirección contraria. Los restos celulares y el cerumen tienden a acumular el agua que entra en el conducto auditivo y la consiguiente maceración de la piel permite la invasión por parte de las bacterias patógenas.(33)

Signos y síntomas

Los pacientes con otitis externa difusa presentan prurito, dolor y una secreción maloliente, con pérdida de la audición si el conducto se rellena de restos purulentos o se edematiza. El dolor a la tracción del pabellón auricular o a la presión sobre el trago permite distinguir la otitis externa de la media. La piel del conducto auditivo aparece roja y edematosa, con restos purulentos y húmedos. (33)

Tratamiento

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

Los antibióticos tópicos y los esteroides son útiles en la otitis externa difusa. Una solución o una suspensión que contenga sulfato de neomicina al 0,5% y sulfato de polimixina B 10.000 U/ml es eficaz contra los bacilos gramnegativos. La incorporación de un esteroide tópico, como hidrocortisona al 1%, reduce la inflamación y permite que el antibiótico penetre profundamente en el conducto auditivo; se instilan 5 gotas 3 v/d durante 7 d. La otitis externa también responde a la modificación del pH del conducto con 5 gotas de ácido acético al 2% 3 v/d durante 7 d, cuya eficacia aumenta con hidrocortisona al 1%, que también reduce la inflamación. Suele ser necesario un analgésico, por ejemplo 30 mg de codeína v.o. cada 4 h, durante las primeras 24 a 48 h. Si se produce celulitis que sobrepase el conducto auditivo, está indicada la administración de 500 mg de penicilina V v.o. cada 6 h durante 7 d. Si el paciente es alérgico a la penicilina, se puede administrar eritromicina a las mismas dosis. (33)

Otitis Media Aguda(33)

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

Aunque la otitis media aguda se puede producir a cualquier edad, afecta con más frecuencia a los niños pequeños, sobre todo entre 3 meses y 3 años. Los microorganismos pueden emigrar desde la nasofaringe al oído medio a través de la superficie mucosa de la trompa de Eustaquio o propagándose a través de la lámina propia de la mucosa en forma de celulitis o tromboflebitis. (33)

Etiología

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

mayores de 14 años, los gérmenes responsables suelen ser *S. pneumoniae*, los estreptococos b-hemolíticos del grupo A y *S. aureus*, siendo menos frecuente *H. influenzae* (33)

Signos, síntomas y complicaciones

La primera molestia suele ser una otalgia grave y persistente, que puede asociarse con pérdida de audición. En los niños pequeños se puede asociar con fiebre de hasta 40,5 °C, náuseas, vómitos y diarrea. La membrana timpánica aparece eritematosa y puede protruir, sin que sea posible reconocer los detalles anatómicos, y con desplazamiento del reflejo luminoso. Cuando se produce la perforación espontánea de la membrana timpánica, se puede observar una otorrea sanguinolenta, después serosanguinolenta y por último purulenta.(33)

Entre las complicaciones graves destacan la mastoiditis aguda, la petrositis, la laberintitis, la parálisis facial, la sordera neurosensorial o de conducción, los abscesos epidurales, la meningitis (la complicación intracraneal más frecuente), los abscesos cerebrales, la trombosis del seno lateral, el empiema subdural y la hidrocefalia otítica. Entre los síntomas que deben hacer sospechar complicaciones destacan la cefalea, la sordera profunda de inicio agudo, el vértigo, los escalofríos y la fiebre.(33)

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico suele establecerse clínicamente. Si se realiza una miringotomía, se debe cultivar el exudado obtenido, como se hace en la otorrea espontánea. La antibioterapia puede estar indicada para aliviar los síntomas, acelerar la resolución del proceso infeccioso y reducir el peligro de laberintitis y de complicaciones infecciosas intracraneales.(33)

El tratamiento de elección para los pacientes mayores de 14 años consiste en 250 mg de penicilina V v.o. cada 6 h durante 12 d. En los menores se prefieren de 35 a 70 mg/kg/d de amoxicilina v.o. en dosis iguales cada 8 h durante 7 a 12 días, debido a la frecuencia de las infecciones por *H. influenzae*. En caso de alergia a la penicilina se emplean 250 mg de eritromicina v.o. cada 6 h en niños mayores o una combinación de 30 a 50 mg/ kg/d de eritromicina v.o. y 150 mg/kg/d de sulfisoxazol v.o., ambos en dosis iguales divididas cada 6 h, para los niños menores de 14 años durante 12 a 14 d. Las sulfonamidas están contraindicadas en los lactantes menores de 2 meses. Como alternativa pueden administrarse trimetoprima y sulfametoxazol (TMP-SMX). A los lactantes mayores de 2 meses y a los niños se les administra TMP/SMX 8/40 mg/kg/d en dos dosis divididas cada 12 h durante un período de 10 d, y a los adultos se les administra TMP/SMX 160/800 mg cada 12 h durante 12 d. Otra alternativa en los niños es una dosis única de ceftriaxona i.m. (máximo 50 mg/kg).(33)

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

Para mejorar la función de la trompa de Eustaquio se pueden instilar vasoconstrictores tópicos, como adrenalina al 0,25% 3 gotas cada 3 h, en cada fosa nasal con el paciente tumbado en decúbito supino y con el cuello extendido. Dicho tratamiento no

debe durar más de 3 o 4 d. Las aminas simpático miméticas sistémicas, como el sulfato de efedrina, la pseudoefedrina o la fenilpropanolamina, 30 mg v.o. (adultos) cada 4 a 6 h durante 7 a 10 d, también pueden ser útiles, aunque no suelen recomendarse en niños. Si se considera que la alergia es un factor importante, se puede mejorar la función de la trompa de Eustaquio con antihistamínicos, por ejemplo clorfeniramina 4 mg v.o. cada 4 a 6 h durante 7 a 10 d en adultos, aunque estos fármacos no están indicados en los pacientes no alérgicos(33)

Padecimientos inflamatorios infecciosos oculares

Conjuntivitis(34)

La conjuntiva es la membrana mucosa que provee protección al globo ocular, por lo que cualquier agresión ocular se traduce en una respuesta inflamatoria a este nivel que se conoce como conjuntivitis

- **Conjuntivitis bacteriana aguda.** Muy contagiosa, generalmente bilateral y caracterizada por abundante secreción mucopurulenta o purulenta. Habitualmente no cursa con dolor aunque sí con ardor y sensación de cuerpo extraño ocular, edema palpebral y aglutinamiento matutino de las pestañas debido al acumulo de la secreción conjuntival. La secreción es de color amarillento o verdoso y la hiperemia conjuntival es prominente en los fondos de saco. Cuando la infección es severa se pueden presentar membranas y pseudomembranas. El tratamiento incluye medidas higiénicas de prevención (lavado frecuente de manos, utilización de pañuelos desechables, etc) y la aplicación de un antibiótico tópico de amplio espectro (cloramfenicol, neomicina-polimixina, sulfacetamidas, etc.) por 7 días en forma de gotas cada 2 a 3 horas durante el día y ungüento por la noche. Una forma severa, poco frecuente desde que se utiliza ampliamente el método de Credé (anteriormente nitrato de plata al 2% y actualmente gotas tópicas de antibiótico de amplio espectro), es la oftalmia neonatorum producida por *Neisseria gonorrhoeae*, la cual se presenta a las 48 a 72 horas postparto con abundante secreción amarillenta, quemosis e intenso edema palpebral; la inflamación es tan severa que produce ulceraciones corneales que tienden a la perforación. En casos en que se sospeche infección gonocócica es necesaria además del tratamiento tópico, la administración sistémica de antibióticos como es una dosis única intramuscular de 250 mg de ceftriaxona o bien, cefixima 400 mg vía oral. (34)
- **Conjuntivitis bacteriana crónica.** Padecimiento frecuente, de más de 2 semanas de duración, recurrente, que se ha asociado al uso de lentes de contacto, cosméticos, prótesis oculares, dacriocistitis y blefaritis. Se caracteriza por hiperemia moderada, secreción escasa mucoide o mucopurulenta y molestia ocular de predominio matutino. A la exploración se pueden apreciar folículos, papilas y secreción escasa pegajosa. El tratamiento consiste en eliminar la causa de la cronicidad (cambio de cosméticos, desinfección de lentes de contacto, aseo palpebral en caso de blefaritis, etc) y la aplicación de antibiótico tópico de amplio espectro de igual manera que se trata una forma aguda. (34)

- **Conjuntivitis por Clamidias.** La *Chlamydia trachomatis* produce tres tipos de padecimientos conjuntivales: conjuntivitis de inclusión, tracoma y conjuntivitis oculoglandular. La **conjuntivitis por inclusión** es secundaria a la infección ocular por clamidias provenientes del cervix o uretra en forma directa a través del canal del parto o por contacto sexual, e indirecta por contaminación de albercas. En el recién nacido se manifiesta como una conjuntivitis aguda mucopurulenta con hiperemia intensa, quemosis y formación de pseudomembranas; se distingue de la oftalmia neonatorum gonocócica porque se presenta en forma más tardía al parto (5 a 12 días posparto). En el adulto produce una conjuntivitis folicular crónica caracterizada por cuadros recurrentes de hiperemia ocular, secreción mucopurulenta, fotofobia y ocasionalmente edema palpebral.. El **tracoma** es una conjuntivitis crónica infecciosa que en etapas tardías de la enfermedad produce necrosis tisular y cicatrización conjuntival que distorsiona la arquitectura y función normal de la conjuntiva, córnea, párpados y sistema lagrimal llegando a la ceguera en casos no tratados en forma oportuna La **conjuntivitis oculoglandular** es una inflamación de tipo granulomatoso asociada a linfadenopatía de inicio agudo que se presenta en el linfogranuloma venéreo. Se caracteriza por hiperemia conjuntival moderada, secreción, fotofobia, ardor y la presencia de nódulos linfoides preauriculares o submandibulares Además, el paciente cursa con malestar general, fiebre, anorexia y cefalea..(34)

El tratamiento para estas tres entidades debe mantenerse de 3 hasta 6 semanas y es a base de tetraciclina oral 250mg 4 veces al día, doxiciclina oral 100mg una vez al día o bien, minociclina 100mg una vez al día vía oral. En casos de embarazo y edades pediátricas se recomienda eritromicina 500mg vía oral 4 veces al día y a dosis de 40mg/Kg/día para neonatos. Además, se debe aplicar tratamiento tópico en forma de gotas y ungüento de tetraciclina, eritromicina o sulfacetamida.

- **Conjuntivitis virales.** Generalmente son de tipo agudo, autolimitadas, muy contagiosas (se presentan en forma de epidemias) y bilaterales. Se manifiestan por ardor, ojo rojo, fotofobia y lagrimeo; clínicamente presentan hiperemia conjuntival intensa, escasa secreción acuosa o mucoide, folículos abundantes en el fornix inferior y en algunos casos, se acompaña de linfadenopatía preauricular y/o afección corneal (queratitis punteada superficial).

La conjuntivitis epidémica secundaria a adenovirus y virus coxsackie puede cursar con pseudomembranas o múltiples hemorragias conjuntivales. Las enfermedades virales de la infancia como sarampión, paperas y varicela también presentan afección queratoconjuntival, En la mayor parte de los casos no se requiere de tratamiento ya que se autolimitan al cabo de 14 días; sin embargo, en ocasiones es necesario el tratamiento sintomático mediante lubricantes oculares, colirios astringentes o vasoconstrictores y analgésicos orales. Lo más de medidas higiénicas como el lavado frecuente de las manos y evitar también el contacto directo. (34)

Padecimientos inflamatorios no infecciosos

- **Conjuntivitis alérgica.** Condición inflamatoria ocular bilateral, crónica y recurrente, que se presenta predominantemente en la infancia y con mayor incidencia en el sexo masculino. Las exacerbaciones se asocian a ciertas

estaciones del año (donde el nombre de "primaveral") en las cuales se supone que existe una mayor cantidad de alérgenos en el medio ambiente. El síntoma principal es el prurito ocular intenso, además de secreción mucoacuosa matutina, fotofobia severa y lagrimeo. Clínicamente se observa intensa hiperemia y quemosis conjuntival bulbar, presencia de papilas gigantes en la conjuntiva tarsal, secreción mucoide abundante. El tratamiento se divide en medidas preventivas, paliativas y antiinflamatorias.

Las medidas preventivas se orientan a evitar la exposición directa al sol, utilización de visera y lentes oscuros; el tratamiento sintomático se basa en la aplicación de fomentos fríos, lubricantes y vasoconstrictores tópicos y el uso de antihistamínicos orales. Como antiinflamatorios tópicos en etapas agudas se emplean cursos cortos de esteroides. Los estabilizadores de células cebadas (cromoglicato de sodio) y antihistamínicos tópicos tienen efecto a largo plazo. Generalmente estos pacientes presentan mejoría importante en la intensidad y frecuencia de los episodios al alcanzar la adolescencia. (34)

- **Conjuntivitis de contacto.** Incluye reacciones alérgicas y toxicidad por medicamentos tópicos, cosméticos y picaduras de insectos. Característicamente los pacientes presentan edema palpebral, ardor, lagrimeo y prurito. Clínicamente se observa dermatitis asociada en la piel palpebral y periocular, hiperemia y quemosis conjuntival con folículos tarsales abundantes. El tratamiento es la suspensión inmediata del agente agresor, compresas frías, esteroides tópicos y antihistamínicos orales en casos severos.(34)

LUMBALGIAS(35)

Dolor en la región lumbar baja, lumbosacra o sacroilíaca, que puede acompañarse de dolor irradiado por una o ambas nalgas o piernas en el territorio de distribución del nervio ciático (lumbociática).(35)

Etiología

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

El lumbago puede estar influenciado por un descanso nocturno deficiente o de mala calidad, fatiga, falta de entrenamiento físico o problemas y conflictos psicosociales (35)

Síntomas, signos y diagnóstico

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

El diagnóstico diferencial del lumbago puede ser difícil. La limitación de la movilidad producida por dolor, la tensión y la sensibilidad de los músculos paravertebrales o la restricción de otras estructuras relacionadas con las vértebras son frecuentes en los trastornos lumbares que afectan a los sistemas nervioso y musculoesquelético (dolor mecánico). El dolor que empeora durante la inactividad y mejora con el estiramiento o la actividad es característico de un origen fibromuscular.

La **ciática** es un dolor que se irradia a lo largo del trayecto del nervio ciático, con frecuencia por las nalgas y la cara posterior de la pierna hasta por debajo de la rodilla, y puede acompañarse de lumbago (lumbociática) o no (ciática). Suele estar producido por compresión de una raíz nerviosa periférica por protrusión del disco intervertebral o tumor intravertebral. (35)

Existen numerosas **otras causas** de lumbago. El inicio brusco sugiere rotura del disco intervertebral, esguince ligamentoso o rotura muscular. Los síntomas suelen comenzar a las 24 h de levantar un objeto pesado. Son evidentes la sensibilidad localizada y el espasmo muscular y sugieren el origen en un trastorno vertebral más que en la pelvis o la región retroperitoneal. La fractura y la fractura-luxación se descartan por la anamnesis, la naturaleza del traumatismo y las radiografías. La artritis

crónica de las articulaciones interapofisarias posteriores suele asociarse con enfermedad discal degenerativa.

En algunas personas con predisposición física o psicológica, el antecedente de traumatismo leve se puede seguir de un dolor desproporcionadamente grave, incapacitante y prolongado, sin hallazgos o con signos muy escasos de lesión tisular o enfermedad subyacente. (35)

Tratamiento

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

El **lumbago agudo** se trata mediante reposo en cama en posición confortable para mejorar el espasmo muscular (caderas y rodillas flexionadas) durante 1 o 2 días nada más, calor local, masaje y analgésicos por v.o. (p. ej., aspirina hasta 3,6 g/d o una dosis comparable de otro AINE, narcóticos por v.o. cada 4 h). Los relajantes musculares administrados v.o. durante 48 a 72 h (p. ej., metocarbamol 1 a 2 g 4/d, carisoprodol 350 mg 3/d o 4/d, ciclobenzaprina 10 mg 3/d o 4/d o diazepam 10 mg 3/d) pueden ser útiles en Pacientes seleccionados durante la fase aguda. Estos medicamentos se deben evitar en personas ancianas. Las modalidades de diatermia (calor profundo) pueden ayudar a reducir el espasmo muscular y el dolor tras la fase aguda. (35)

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

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

Se deben evaluar los **factores psiquiátricos** como causa importante desde el comienzo de los síntomas. Cuando existe ansiedad o traumatismo emocional, suele ser suficiente con la reafirmación temprana. Por otro lado, los principios de tratamiento más importantes suelen ser *qué no hacer*. El médico no debe manifestar dudas o maneras acusatorias o juicios de valor. Es mejor ser atento, tranquilo y firme, permitiendo que el Paciente hable sobre su problema, ofrecer medicación no adictiva y fisioterapia, esperando la mejoría con Paciencia. Los antidepresivos tricíclicos a dosis bajas pueden mejorar el sueño y el espasmo muscular crónico...(35)

CEFALEAS(36)

La cefalea es un síntoma, síndrome o enfermedad con muy variada etiología. Es extraordinariamente frecuente: cerca del 90% de hombres y casi el 95% de mujeres que se encuestaron en el período de un año reportaron haber tenido al menos una cefalea que no fue provocada por el frío, la influenza o enfermedades similares. Paradójicamente la cefalea puede ser de muy poca significancia clínica o puede representar la primera manifestación de una enfermedad.

El criterio de la International Headache Society (IHS) fue el primero que distinguió entre cefaleas primarias y secundarias. La cefalea primaria es aquella en la cual no hay una enfermedad de fondo y la cefalea por sí sola constituye el problema básico del paciente, mientras que la cefalea secundaria es aquella en la cual el dolor de cabeza es síntoma de enfermedad. (36)

Abordaje diagnóstico

El clínico experimentado busca alarmas o señales de aviso en el interrogatorio o en el examen físico que sugieran cefalea secundaria, señales que orienten rápidamente a una investigación paraclínica adecuada.

Si estas señales de alarma están ausentes o si la evaluación diagnóstica inicial es negativa, el clínico debe entonces orientar sus posibilidades etiológicas a una cefalea primaria específica y si el paciente reúne los criterios de una enfermedad cefálica primaria, debe iniciarse el tratamiento sin realizar otras pruebas neurodiagnósticas. (36)

Cefalea primaria. Las cefaleas primarias son la migraña, la cefalea tensional, la cefalea acuminada o tipo "cluster" (en racimo) y la cefalea crónica cotidiana.

La IHS define varias categorías de migraña, pero las más importantes son 2: la migraña sin aura o migraña común y la migraña con aura o migraña clásica.

Para establecer el diagnóstico de la IHS de migraña sin aura o migraña común se necesitan por lo menos 5 ataques dolorosos; cada ataque doloroso debe durar de 4 a 72 horas y debe tener 2 de las siguientes 4 características: localización unilateral, carácter pulsátil, intensidad moderada a severa y agravamiento del dolor con las actividades físicas rutinarias. Además, los ataques deben tener al menos uno de los siguientes criterios sintomáticos: náusea con o sin vómito, fotofobia y fonofobia. Si el dolor dura más de 72 horas, se establece el término de status migrañoso. La frecuencia de los ataques dolorosos es muy variada, desde varios a la semana hasta 1 o 2 en toda la vida, pero el migrañoso promedio experimenta cuando menos de 1 a 3 jaquecas por mes, puesto que la migraña es por definición un fenómeno recurrente. (36)

El diagnóstico de migraña sin aura requiere al menos 2 ataques con 3 de los siguientes 4 datos clínicos.

1. Uno o mas síntomas de aura totalmente reversible excluyendo una disfunción cerebral definida.
2. Aura que se desarrolla en un lapso mayor de 4 minutos
3. Aura que dura menos de 60 minutos.
4. Cefalea que sigue al aura con un intervalo libre de menos de 60 minutos.

Si los primeros 3 criterios se logran alcanzar se puede diagnosticar migraña con aura aún en ausencia de dolor cefálico. La migraña con aura puede a su vez subdividirse en: 1. migraña con aura típica (alteración visual homónima, hipoalgesia o parestia corporal uni o bilateral o afasia); 2. migraña con aura prolongada (aura que dura más de 60 minutos); 3. migraña familiar hemipléjica; 4. migraña basilar; 5. aura migrañosa sin cefalea; 6. migraña con aura de instalación aguda. Otras variedades de migraña incluyen: la migraña oftalmopléjica, la migraña retiniana y los síndromes periódicos de la infancia (36)

TERAPIA FARMACOLOGICA PARA MIGRAÑA

El tratamiento de migraña puede dividirse en 2 capítulos: tratamiento de la fase aguda y el tratamiento preventivo o profiláctico.

En el tratamiento de la fase aguda se pueden ver en el Cuadro los diferentes medicamentos, sus dosis, su eficacia y los efectos adversos que se presentan con este tipo de fármacos. (36)

Medicamentos utilizados para tratar el ataque agudo de migraña		
Medicamentos,	Posología	Efectos adversos (posibilidad: 0 a ++++)
* Analgésicos		
Aspirina	1g oral t.i.d.	Irritación gástrica (++)
Acetaminofeno (paracetamol)	1g oral t.i.d.	Alteración hepática (0 a +)
Ibuprofen	800 mg oral t.i.d.	Irritación gástrica (++)
Naproxen	500 mg oral b.i.d.	Irritación gástrica (++)
Cafeína	60 mg oral t.i.d.	Estimulación SNC (0 a +)
Meclofenamato	200 mg oral t.i.d.	Irritación gástrica (+++)
Indometacina	50 mg oral/rectal t.i.d.	Irritación gástrica, mareo (+++)
Asociaciones fijas:		
- Acetaminofeno + codeína	1-2 tabletas b.i.d.	Sedación o estimulación SNC (+)
Opioides:		
- Codeína y congéneres	30 mg oral t.i.d.	Depresión respiratoria y de SNC (+)
- Meperidina	100mg oral o IM b.i.d.	Habitación, adicción (++)
Butorfanol	Spray p/vía intranasal 1 mg t.i.d.	Somnolencia, mareo, confusión (++++)

* Agentes vasoactivos		
Sumatriptan	6 mg subcutáneos 25, 50, 100 mg oral	Opresión torácica, vasoconstricción (+)
Tartrato de ergotamina con cafeína (100 mg)	1 mg oral t.i.d. 2 mg rectal b.i.d.	Vasoconstricción (++) , náusea (++), estimulación SNC (+)
Dihidroergotamina (no disponible en México)	1 mg IM, subcut, IV intranasal (2 mg)	Náusea, diarrea (++) Vasoconstricción (+)
Isometeptene (no disponible en México)	65 mg oral	Vasoconstricción (+)
* Agentes coadyuvantes		
Metoclopramida	10 mg oral t.i.d.	
Proclorperazina	50 mg oral t.i.d.	
Prednisona	60 mg oral t.i.d.	

La ergotamina y la dihidroergotamina El tartrato de ergotamina con cafeína y la dihidroergotamina se usan para tratar migraña moderada a severa si los analgésicos simples fallaron para conseguir el control del dolor. Los pacientes que no toleran la ergotamina debido a náusea pueden ser tratados previamente con metoclopramida. Las contraindicaciones para el uso de ergotamina incluyen embarazo, hipertensión, sepsis, insuficiencia hepática o renal y enfermedad vascular cerebral coronaria o periférica. (36)

Sumatriptan El sumatriptan es un fármaco eficiente para el tratamiento agudo de la migraña y es un agonista selectivo de los receptores 5HT1. La eficacia del sumatriptan oral en dosis de 25, 50 y 100 mg es ligeramente menor que el sumatriptán subcutáneo de 6 mg. Las contraindicaciones para el uso de sumatriptan son la enfermedad cardiaca isquémica, la migraña de la arteria basilar y la insuficiencia arterial periférica

Tratamiento preventivo

En el tratamiento preventivo se incluyen el uso de beta bloqueadores como propranolol, atenolol, metoprolol, nadolol y timolol, calcio antagonistas como el verapamil, el diltiazem, la nifedipina y la nimodipina, así como antidepresivos como la amitriptilina, la nortriptilina, la doxepina, la imipramina, la clorimipramina, la protriptilina, trimipramina, el trazodone y la maprotilina, Los antiinflamatorios no esteroideos como el naproxen, la indometacina, el ibuprofen, el meclofenamato y el diclofenac también se han utilizado como medicamentos preventivos de la migraña. (36)

Otras formas de cefalea

La cefalea tipo "cluster" o acuminada es un síndrome doloroso mucho más frecuente en hombres que en mujeres, con dolor habitualmente alrededor de la región orbitaria, del carácter pungitivo, no pulsátil, con múltiples manifestaciones disautonómicas ipsilaterales incluyendo sudoración, palidez, síndrome de Horner, rinorrea y epifora. El tratamiento agudo de la cefalea acuminada incluye dihidroergotamina o ergotamina, o tartrato de ergotamina, la lidocaina intranasal, el oxígeno 7-10 litros por minuto por 15 a 30 minutos y el sumatriptán 6 mg subcutáneos o 100 mg por vía oral.

La cefalea tensional se caracteriza por una sensación de presión de tirantez o de pesadez sobre todo en la región suboccipital y en la nuca con contracción sostenida de los músculos esqueléticos de esas áreas. Esta cefalea es considerada como

consecutiva a la contracción sostenida de los músculos pericraneales y es consecuencia del estrés emocional o de la tensión nerviosa. La cefalea tensional episódica es mucho más frecuente en mujeres que en hombres presentándose en casi el 90% de mujeres y 67% de hombres y frecuentemente está asociada con ansiedad y depresión. El tratamiento de la cefalea tensional es el uso combinado de analgésicos con relajantes musculares y frecuentemente con antidepresivos. (36)

Existen varios tipos de cefalea como la hemicránea crónica paroxística, la cefalea postraumática, la cefalea del orgasmo, las cefaleas asociadas a ejercicio físico, la cefalea asociada a la tos y la cefalea posterior a una punción lumbar (secundaria a una salida crónica de líquido cefalorraquídeo a través del orificio provocado por la aguja espinal en la duramadre).

La cefalea es aún un reto para el médico porque faltan cosas por entender y aprender. La actitud recomendable es buscar siempre un diagnóstico para la cefalea; nunca conformarse con hacer tratamiento sintomático dándose por vencido ante la evidencia de que no pocas veces el estudio del paciente con dolor de cabeza requiere esfuerzo, trabajo e ingenio. (36)

Epilepsia (37).

La epilepsia representa uno de los problemas neurológicos más frecuentes y más que una enfermedad debe considerarse como síntoma de una alteración cerebral que puede tener la más diversa etiología. (37)

En 1973 la Liga Internacional contra la Epilepsia y la OMS. definieron la epilepsia como "una afección crónica de etiología diversa caracterizada por crisis recurrentes originadas por descargas excesivas de un grupo neuronal hiperexcitable y que se asocia con diferentes manifestaciones clínicas".

Las crisis parciales simples son aquellas en las que el foco epileptógeno se localiza en áreas específicas de la corteza cerebral (generalmente en un hemisferio) y el paciente no presenta alteración de la conciencia. Las crisis parciales simples sensitivas pueden consistir en trastornos visuales, auditivos, olfatorios, gustativos, vertiginosos y somatosensoriales. Las manifestaciones consisten en la percepción de luces, olores, ruidos, zumbidos, sabores y alteraciones sensitivas que siempre estarán presentes en el hemicuerpo contrario. Los síntomas o signos autonómicos pueden manifestarse con palidez, sudoración, sensación epigástrica extraña y dilatación pupilar. En estas crisis pueden observarse manifestaciones psíquicas, como el fenómeno de lo ya visto y lo ya vivido, pensamientos forzados, miedo, ilusiones como por ejemplo macropsias (percibir los objetos o un hemicuerpo más grande de lo normal) y algunas veces alucinaciones bien estructuradas como percibir una escena. (37)

Las crisis parciales complejas son aquellas que se originan en áreas corticales no específicas, presentan alteración de la conciencia y cursan con descargas eléctricas en las regiones temporales o fronto-temporales. Son las más frecuentes en la consulta diaria y son de difícil control. Clínicamente se pueden manifestar exclusivamente con alteración de la conciencia. Las crisis parciales complejas se pueden iniciar como una crisis parcial simple seguidas de un deterioro de la conciencia. Con frecuencia el paciente manifiesta una sensación somática generalmente molesta descrita como un trastorno epigástrico que asciende hacia la garganta y puede asociarse con sensaciones raras en la boca y los labios y tener

deglución involuntaria. En otras ocasiones hay sensaciones de irrealidad como despersonalización; otras veces el paciente tiene trastornos de memoria (sensación de lo ya visto, de lo ya vivido) o bien alteraciones afectivas como son episodios de ansiedad, miedo, depresión o sentimientos paranoides. Estas alteraciones habitualmente son seguidas de una desconexión del medio ambiente y aparecer luego automatismos primarios como por ejemplo: escupir, frotarse la ropa, tratar de desvestirse, caminar, etc. (37)

Las crisis de ausencia generalmente se ven en niños en edad escolar (4 a 12 años), son muy breves (5 a 15 segundos), el niño se queda con la mirada fija, parpadea y puede haber algunos movimientos mioclónicos; la hiperventilación puede inducir estas crisis. En un tercio de los pacientes, al llegar a la adolescencia, pueden cambiar a crisis generalizadas tónico-clónicas.

En las crisis generalizadas tónico-clónicas hay una fase inicial de tipo tónico de corta duración en la cual el paciente emite un ruido gutural (grito), se pone cianótico, se dilatan las pupilas y puede haber relajación de esfínteres. Después de la fase tónica viene la fase clónica en la que aparecen movimientos convulsivos violentos en todo el cuerpo.

Las crisis atónicas se caracterizan por una pérdida súbita del tono muscular con caída al suelo y una alteración muy breve de la conciencia que le permite reaccionar casi inmediatamente al momento de caer.

Las epilepsias reflejas son aquellas en las cuales una crisis generalizada tónico-clónica o parcial compleja puede ser evocada por diferentes estímulos (epilepsia musicógena, de la lectura, escritura o aritmética).

Con mucha frecuencia se presentará la oportunidad de atender niños entre 6 meses y 4 años de edad, que han convulsionado durante un cuadro de hipertermia. Este bajo umbral de tolerancia a la fiebre es una característica genéticamente determinada que en un tercio de los casos consisten en crisis generalizadas tónico-clónicas. Se consideran crisis febriles complejas cuando son de carácter focal o bien crisis generalizadas con una duración mayor de 10 minutos y en estos casos debe considerarse la necesidad de iniciar tratamiento médico, ya que un porcentaje importante (15% aproximadamente) pueden seguir convulsionando después de los 5 años sin relación con elevaciones térmicas y entonces considerarse pacientes epilépticos. (37)

Etiología

En general son bien conocidas las diferentes causas que predominan en los distintos grupos de edad, y así en un recién nacido las convulsiones pueden ser por hipoglicemia, hipercalcemia, intoxicación hídrica, asfixia, hemorragia intracraneal, etc.

En la infancia se observan las crisis febriles, crisis por errores congénitos del metabolismo e infecciones del sistema nervioso. Más tarde, en el adolescente y en el adulto joven, aparecen los traumatismos craneales, neoplasias, malformaciones arteriovenosas, suspensión brusca de alcohol y drogas. Finalmente en el adulto mayor, al trauma y tumores se agregan los trastornos vasculares cerebrales sobre todo de tipo isquémico (trombosis y embolismo cerebral). (37)

Diagnóstico

La historia clínica nos permitirá clasificar el tipo de crisis y por la historia natural del padecimiento sospechar la posible etiología.

El electroencefalograma es el registro eléctrico de la actividad cerebral y la presencia de descargas anormales permitirá corroborar la sospecha clínica de epilepsia e identificar el inicio focal o generalizado de las crisis. En las crisis focales las descargas eléctricas se presentan en un área bien definida de la corteza cerebral mientras que en las crisis generalizadas las descargas se presentan al mismo tiempo en ambos hemisferios. No hay descargas específicas, excepto las ausencias típicas donde se presenta el patrón de espiga onda 3 ciclos/seg..

Los estudios de imagen como resonancia nuclear magnética, tomografía, angiografía y estudio de líquido cefalorraquídeo, deberán seleccionarse en cada caso en particular. (37)

Diagnóstico diferencial

Existe un número importante de situaciones clínicas que por sus manifestaciones deben de ser diferenciadas cuidadosamente de las crisis epilépticas. Entre las más frecuentes están:

- Hipoglicemia
- Migraña
- Síncope
- Pseudocrisis
- Arritmias cardíacas
- Narcolepsia
- Isquemias cerebrales transitorias

Tratamiento

La mayoría de los pacientes responden al tratamiento con anticonvulsivos. Siempre se preferirá la monoterapia y cuando se administra más de un medicamento debe analizarse la posible interacción.

El objetivo del tratamiento es que el paciente esté libre de crisis. La suspensión de los medicamentos debe considerarse cuando se ha logrado un control absoluto durante 3 a 4 años y el EEG no muestra anormalidades (37)

Los anticonvulsivos más frecuentemente utilizados incluyen carbamazepina, difenilhidantoinato de sodio, fenobarbital, primidona, ácido valproico, clonazepam y etosuccimida por ser las drogas con las que se tiene más experiencia y se consideran como antiepilépticos primarios con base en su efectividad y efectos colaterales; sin embargo, en la última década ha habido avances importantes en la terapéutica, ya que han aparecido medicamentos como lamotrigina, gabapentina, felbamato y vigabatrina de los que cada día se acumula experiencia sobre su efectividad en los diferentes tipos de crisis.

En la práctica médica diaria predominan las crisis parciales y en éstas la carbamazepina es la droga de elección aunque hay otras alternativas como difenilhidantoína y fenobarbital, primidona, lamotrigina, etc. El ácido valproico es la

droga de primera elección en crisis mioclónicas y junto con la etosuccimida en ausencias en los niños..

En los pacientes con crisis generalizadas tónico-clónicas, tónicas y clónicas, la difenilhidantoína es la droga de primera elección. Ante la falta de respuesta clínica o efectos tóxicos podemos utilizar fenobarbital, ácido valproico, carbamazepina. (37)

Complicaciones

La complicación más grave que puede presentar un paciente epiléptico es caer en estado epiléptico. Cualquier tipo de crisis puede presentarse en esta complicación. La forma más riesgosa es el estado de crisis generalizadas tónico-clónicas donde el paciente no alcanza a recuperar la conciencia entre las crisis y por su alta mortalidad debe considerarse como una urgencia médica que deberá ser tratada en una unidad de cuidados intensivos. La principal causa de estado epiléptico es la suspensión brusca del tratamiento y cuando esto no ha sucedido el motivo puede ser un proceso infeccioso, alteraciones metabólicas o traumatismos craneales que deben ser investigados. El tratamiento consistirá en asegurar ventilación adecuada, monitoreo continuo para mantener un estado hemodinámico normal, uso de medicamentos (benzodiazepinas) para el control inmediato de las convulsiones y el inicio parenteral de drogas antiepilépticas. (37)

Varicela Herpes Zoster (38)

La varicela es una enfermedad infectocontagiosa benigna, altamente infectante con una erupción característica que afecta a menores de cinco años. El herpes zoster es una reactivación de la varicela y las lesiones en ambas enfermedades son indistinguibles histológicamente. La varicela se transmite por vía respiratoria. El lapso de contagiosidad es de 4 días previos a la aparición del exantema y 5-6 días después de la aparición de la primera lesión cutánea. La fase de costras no es infectante. El periodo de incubación varía entre 13 y 17 días.

El herpes zoster aparece en personas que previamente padecieron varicela; nunca tiene carácter epidémico y se acepta que las condiciones que disminuyen la competencia inmunológica, favorecen la reactivación del virus latente en los ganglios sensoriales.

La enfermedad empieza con el exantema, caracterizado por la presencia de lesiones en diferentes periodos de evolución, la fase de maculo-pápulas es bastante rápida y aparece en pocas horas; las vesículas aparecen limpias, rápidamente se umbilican, no permanecen con líquido más de 12-24 h y pasan luego a ser costras. Es característico que ocurran 3-4 brotes de lesiones cutáneas que evolucionan en diferentes estadios (pleomorfismo). (38)

En el herpes zoster la erupción es vesicular con varios brotes, la distribución es en los dermatomas torácicos y lumbares. La localización casi siempre es unilateral, a diferencia de la varicela, hay dolor acompañado de hipoestésias y trastornos vasomotores de la misma zona (bajo estas condiciones aparecen el ardor y las alteraciones de la sensibilidad). El ataque de herpes zoster se resuelve en 10-30 días y habitualmente no deja secuelas

El tratamiento es sintomático en las formas comunes. Para las formas graves de varicela y las encefalitis resulta muy útil el aciclovir 10 mg cada 8 horas por vía intravenosa por 10 días. Los resultados son mejores si el medicamento se administra en los primeros 5 días de la enfermedad. En el herpes zoster, la idoxiuridina 40% en dimetilsulfóxido por aplicación tópica reduce el lapso doloroso.(38)

Asma (39)

El asma es un síndrome caracterizado por la respuesta aumentada de tráquea y bronquios hacia gran variedad de estímulos. Se manifiesta por un espasmo generalizado de las vías aéreas, el que remite ya sea de manera espontánea o como resultado de la terapéutica y debe entenderse en su connotación primitiva como sinónimo de dificultad respiratoria.

El asma es un padecimiento que tiene gran importancia y trascendencia mundial dado el alto número de personas que se ven afectadas. Su impacto no sólo se ejerce sobre los pacientes, sino que altera radicalmente las interrelaciones familiares e inclusive se puede hablar del alto costo social que le determina su repercusión multisectorial. (39)

Clasificación

Actualmente se consideran el asma inmunológica y la no inmunológica, así como las formas mixtas.

El asma extrínseca, alérgica o inmunológica afecta a casi la mitad de los pacientes y proporciona características que les son comunes. Se presenta tempranamente en la vida y en ocasiones coincide con otros padecimientos que sugieren atopia, como rinitis o eccema. Los episodios guardan cierta relación estacional o son resultado del contacto con animales, la inhalación de polvo o alguna otra sustancia especialmente de naturaleza orgánica. En alta proporción es posible establecer una atmósfera familiar o hereditaria de la alergia. Los niveles de IgE son elevados (39)

El asma no inmunológica, por el contrario, se presenta por vez primera en la edad adulta y guarda relación inicial o subsecuente con las infecciones respiratorias. Los antecedentes personales o familiares de alergia son negativos, así como los niveles de IgE son normales.

En años recientes se ha podido avanzar en la comprensión y el estudio de los estímulos que producen broncoespasmo, las características de los individuos afectados y la identificación clara de los fenómenos fisiopatológicos que lo caracterizan.

- *Estímulos:* es pertinente citar a los alergenos, la aspirina (y AINE en general) y otros medicamentos similares, las infecciones, diversos irritantes atmosféricos, el ejercicio y las emociones.
- Factores individuales: el estudio de la atopia en sus aspectos familiares y hereditarios, las aportaciones de la Inmunología, el concepto de irritabilidad de las vías aéreas y finalmente los aspectos endócrinos y nutricionales.

- Fenómenos fisiopatológicos: la localización y la dinámica de la obstrucción bronquial, el espasmo del músculo liso, las características particulares de la inflamación bronquial y las glándulas mucosas.

La mayor parte de los alérgenos sensibilizantes son inhalados y deben encontrarse en suspensión en cantidad razonablemente abundante durante lapsos sostenidos. Una vez que el individuo atópico se ha sensibilizado bastan pequeñas cantidades del antígeno para provocar una respuesta. Habitualmente los aeroalérgenos son de naturaleza orgánica.

La respuesta bronquial hacia alérgenos alimentarios y medicamentosos es bastante rara. La lista de posibles sustancias sensibilizantes se ha visto incrementada en relación directa con el desarrollo tecnológico. (39)

Infecciones

Tanto las infecciones bacterianas como las producidas por virus, son capaces de iniciar o agravar las crisis de asma.

Ejercicio

En muy alta proporción de los pacientes refieren broncoespasmo después de haber realizado ejercicio y es esta la única manifestación clínica de su padecimiento.(39)

Irritantes

De la misma manera que en el caso anterior, los polvos inertes, los humos, los gases y los aerosoles aun poco irritantes suelen desencadenar broncoespasmo en un elevado número de pacientes asmáticos. (39)

Fisiopatología

Desde el punto de vista clínico se caracteriza al asma por disminución del calibre de las vías aéreas por el espasmo de la musculatura bronquial, el edema e inflamación de la mucosa de la pared bronquial y la presencia de moco adherente que obstruye aún más la luz de los bronquios.

Para el médico tratante el asma es un padecimiento que se expresa a través de broncoespasmo, por tanto, la anormalidad radica en la musculatura bronquial.

Cuando el broncoespasmo se hace crónico cambia el panorama y aparecen junto a los eosinófilos, las células mononucleadas. La célula cebada constituye el elemento central que modula, a través de diversos mecanismos y estímulos, el tono de la musculatura bronquial y marca al mismo tiempo el ritmo de los fenómenos inflamatorios. (39)

Cuadro clínico

Los episodios agudos suelen cursar con disnea paroxística asociada a tos seca y estertores audibles a distancia y sensación de opresión torácica. La tos es tenaz, seca, muy poco productiva y conforme transcurre el tiempo logra el paciente arrojar un moco espeso y adherente cada vez más abundante, en la medida que la crisis tiende a ceder.

Algunos pacientes sólo refieren síntomas y signos muy discretos y eventuales mientras que otros cursan con tos asociada a estertor discreto y constante. Las crisis pueden desencadenarse por la exposición a alérgenos, en relación con la presencia de infecciones respiratorias, al ejercicio o por inhalación de sustancias irritantes de muy diverso origen. En algunos pacientes la tensión emocional es capaz, por sí sola, de producir el episodio ya que en la mayor parte de los casos las emociones forman parte de los datos clínicos.

La exploración física muestra diversos grados de dificultad respiratoria, dependiendo de la severidad y la duración del episodio

Existe taquipnea con ansiedad y estertores silbantes abundantes, audibles a distancia. La taquicardia y el aumento de la presión sistólica son datos primarios muy comunes y transitorios. En episodios severos y sobre todo prolongados, se aprecian grados variables de deshidratación debido a la pérdida de agua por taquipnea y sudoración. En las crisis severas el paciente prefiere sentarse o inclinarse hacia adelante, asido a algún elemento fijo a fin de poder poner en juego los músculos accesorios de la respiración. La auscultación del tórax muestra prolongada la fase espiratoria con estertores silbantes y roncantes, tanto inspiratorios como espiratorios. En las crisis severas los pacientes encuentran dificultad para emitir varias palabras, muestran fatiga y realizan movimientos respiratorios poco efectivos. La cianosis distal se hace evidente y se aprecia confusión y aletargamiento por retención de CO₂, dato que indica insuficiencia respiratoria (39)

Auxiliares de diagnóstico y laboratorio

El examen de la sangre y el esputo pueden mostrar la presencia de eosinófilos; la cifra de eosinófilos disminuye cuando la terapéutica, sobre todo la esteroidea, es eficaz. El esputo del asma no complicada es típicamente adherente, tenaz y blanquecino. Al microscopio se aprecian eosinófilos formando capas y asociándose a cantidades variables de polimorfonucleares. También es posible ver a los eosinófilos junto con los cristales de Charcot-Leyden. En caso de existir infección agregada, el número de polimorfonucleares se incrementa al tiempo que se observan abundantes bacterias.

Los hallazgos radiográficos, salvo complicación, suelen ser normales o cuando más mostrar sobredistensión pulmonar. Muy ocasionalmente puede apreciarse atelectasia parcial producida por tapones mucosos.

Las pruebas de función respiratoria son de gran utilidad y proporcionan una descripción típica de la enfermedad obstructiva: las curvas flujo/volumen y tiempo así como el volumen espiratorio forzado en un segundo se encuentran disminuidos, la capacidad vital permanece normal o se encuentra disminuida moderadamente. (39)

Complicaciones

Durante las crisis severas pueden presentarse neumotórax, enfisema mediastinal y subcutáneo, atelectasia o neumonitis. La hipertensión pulmonar, el enfisema y la insuficiencia cardiopulmonar se están incrementando y de igual manera que los episodios poco típicos, con disnea severa y pocos estertores, asociados al abuso de los broncodilatadores en aerosol.(39)

Diagnóstico diferencial

En primer lugar importa considerar aquella patología que obstruye a las vías aéreas como: cuerpos extraños, papilomatosis o la que comprime a los bronquios. En segundo lugar, señalar algunos procesos de carácter parenquimatoso: alveolitis alérgica, tuberculosis pulmonar, bronquitis espástica, fibrosis pulmonar, neumoconiosis y aun neoplasias que pueden cursar, muy atípicamente, con manifestaciones asmáticas y por último, las metástasis pulmonares extensas.(39)

Tratamiento

El tratamiento puede dividirse en dos momentos: aquel que se administra en la fase aguda y el que se instituye entre las crisis. Existen cuatro variedades de medicamentos útiles en el tratamiento del asma: los agentes beta-adrenérgicos que incluyen a la epinefrina, isoproterenol, efedrina y los llamados beta-2-estimulantes: la orciprenalina, terbutalina y salbutamol; producen su efecto de relajación de la musculatura bronquial mediante la estimulación de los receptores beta-adrenérgicos. El segundo grupo incluye a la teofilina y sus derivados como la aminofilina: también producen broncodilatación al inhibir a la enzima difosfodiesterasa evitando el efecto de la mediación química producida por la desgranulación de las células cebadas. El tercer grupo incluye a los corticosteroides cuyo principal efecto se establece sobre la inflamación y el edema. Finalmente el cromoglicato de sodio, los corticoides por inhalación y los nuevos medicamentos selectivos beta-2 agonistas.(39)

En términos generales, la epinefrina y el isoproterenol son los más efectivos en el manejo de los episodios agudos y la teofilina y la aminofilina son útiles asociándolos a otros en las crisis y sobre todo en el tratamiento a largo plazo. Los corticoides, por sus efectos colaterales, tienden a evitarse en el manejo prolongado y se les prefiere en los tratamientos a corto plazo.

La epinefrina puede administrarse por vía subcutánea en dosis de 2 a 5 décimas de ml en solución acuosa en dilución al 1:100. Sin embargo, en la actualidad los broncodilatadores de primera línea son los medicamentos beta-adrenérgicos que pueden emplearse más liberalmente sin quedar exentos de efectos colaterales como son nerviosismo, espasmos musculares, palpitaciones, taquicardia e insomnio. (39)

Las metilxantinas como la aminofilina, son especialmente efectivas cuando se emplean en combinación con los agonistas beta. En las crisis de asma pueden emplearse por vía endovenosa en dosis de 250 a 500 mg y se recomienda su aplicación lenta generalmente asociada a una solución. Los glucocorticoides son útiles para el tratamiento de los episodios y pueden iniciarse en dosis de 30 a 50 mg de prednisona al día, para ir disminuyendo esta dosis cada tercer día hasta lograr los 10 a 15 mg al día. A partir de este momento se sugiere emplear 10 mg en días alternos y de preferencia por la mañana antes de retirarla por completo. La beclometasona puede emplearse en dosis de 400 mg al día y en vista de administrarla en aerosol es posible posteriormente ir ajustando la dosis a los requerimientos del paciente. Por este motivo encuentra su mayor utilidad fuera de las crisis de asma.

La administración de cromoglicato de sodio y el nedocromil a dosis de 20 mg resulta útil para evitar la liberación de mediadores químicos. Por este motivo se les puede emplear en el tratamiento profiláctico sobre todo en los niños y en adultos que requieren tratamiento de sostén a largo plazo, con mayor efectividad en los casos de asma alérgica o en el broncoespasmo inducido por ejercicio.

Deberá insistirse en el empleo de expectorantes y sobre todo de terapia rehidratadora particularmente útil para eliminar el moco viscoso y adherente y evitarse todo tipo de irritantes atmosféricos. (39)

Evaluación y Pronóstico

El asma es un padecimiento que sobre la base de la hiperreactividad de vías aéreas puede verse desencadenada por tres elementos fundamentales: alergia, infección y emociones.

De todo ello se desprende la necesidad de reconocer claramente las características propias de cada enfermo a fin de poder brindarle los beneficios de distintos apoyos médicos y tecnológicos; esto es labor de equipo multidisciplinario y empleo de recursos rehabilitadores que van desde las técnicas sencillas de ejercicios respiratorios hasta el uso de las terapias respiratorias actuales.(39)

Esguinces (40).

Definimos a un esguince como la lesión completa o incompleta del aparato capsulo-ligamentario, ocasionada por un movimiento forzado más allá de sus límites normales o en un sentido no propio de la articulación. Esta lesión activa una reacción inflamatoria con ruptura en mayor o menor grado de vasos capilares y de la inervación local que puede determinar por vía refleja fenómenos vaso motores amiotróficos y sensitivos que alargan la evolución de esta patología aun después de su cicatrización. (40)

La clasificación más aceptada es la de la Asociación Americana de Medicina del Deporte:

Grado I. Ruptura de un mínimo de fibras ligamentosas.

Grado II. Ruptura de un número mayor de fibras ligamentosas y/o capsulares.

Grado III. Completa avulsión o ruptura ligamentosa y capsular.

Diagnóstico

La historia clínica nos revela por medio del interrogatorio un antecedente de traumatismo indirecto, generalmente un movimiento involuntario forzado de la articulación, a partir del cual se presenta dolor intenso, que se incrementa con la movilidad, de acuerdo al grado de la lesión. Hay aumento de volumen localizado a la articulación y sitio topográfico de los ligamentos afectados e incapacidad funcional progresiva. Todos estos síntomas están en proporción directa al grado de la lesión. Los signos clínicos más frecuentes son: a la inspección observamos aumento de volumen en todos los casos y equimosis en los grados II y III. A la palpación, dolor exquisito en el sitio anatómico del ligamento o cápsula lesionada que se incrementa con la movilidad pasiva sobre todo la que se realiza en la dirección que pone a tensión a los ligamentos. En el grado III existe franca inestabilidad articular

Para llegar al diagnóstico integral, es necesario tomar estudios radiográficos simples en dos o más proyecciones y aún descartar la presencia de fractura y en caso de sospechar una lesión del grado tres se recomienda tomar radiografías con estrés, de preferencia bajo anestesia y aun artrografía en algunos casos para conocer el grado de inestabilidad existente. (40)

Tratamiento en general

El objetivo del tratamiento es conseguir la cicatrización de los elementos lesionados en su posición anatómica original para evitar las secuelas e incapacidades antes mencionadas. Para lograr lo anterior todos los autores aceptan como común denominador el reposo de la articulación dañada.

Esguinces grado I: reposo parcial, con vendaje blando, generalmente elástico adhesivo por tres semanas. Apoyo parcial progresivo cuando se trata del miembro pélvico y prescripción de antiinflamatorios no esteroideos, sedantes del dolor, hielo local y miembro elevado. (40)

Esguince grado II: se recomienda inmovilización con aparato externo rígido, de yeso o fibra de vidrio por un mínimo de tres semanas para después mantener esa inmovilización en forma intermitente, según el caso, por un máximo de tres semanas más. Se complementa el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, miembro en alto y movilización de las articulaciones vecinas.

Esguince grado III: requiere tratamiento quirúrgico con reparación de los ligamentos y cápsula lesionada, seguida de inmovilización externa por seis semanas; tratándose del miembro pélvico se evitará el apoyo durante las tres primeras.

En los deportistas con esguinces grado I y algunos del grado II, muchos médicos especializados en el deporte los tratan con bloqueo local con corticoides y fisioterapia inmediata para permitirles una actividad deportiva en muy corto tiempo, aunque puede desencadenarse artrosis a largo plazo. (40)

Esguince de tobillo

Los ligamentos más frecuentemente afectados son los externos. Los de primer grado se tratan con vendaje elástico adhesivo no circular, reposo, hielo local, antiinflamatorios no esteroideos por 8 días, apoyo parcial progresivo usando muletas, pero movilizándolo activamente el tobillo cuanto lo permita el vendaje. A las dos semanas, venda o tobillera elástica por 15 días más.

Los de segundo grado se tratan con férula posterior de yeso o fibra de vidrio, que se completan a aparato circular abajo de la rodilla después de 8 a 10 días, según lo permita el edema. Iniciar apoyo progresivo después de dos semanas, hielo local, antiinflamatorios no esteroideos durante 10 a 15 días. Bivalvar aparato a las 4 semanas y uso intermitente del mismo por otros 15 días; después, vendaje o tobillera elástica por otro mes.

Los de tercer grado se tratan con cirugía, reparación de los ligamentos y cápsula, seguida de bota de yeso corta abajo de la rodilla por 6 semanas, para después iniciar su uso en forma intermitente y apoyo progresivo según el caso. (40)

Esquince de rodilla

Grados I y II: férula ortopédica en extensión, hielo local, antiinflamatorios no esteroideos y ejercicios de cuádriceps. Deambulación con apoyo parcial después de 15 días en el grado I.

Dejar la férula de 4 a 6 semanas en el grado I y de 6 a 8 en el grado II. El grado III, requiere reparación ligamentosa por artroscopía y/o abierta según el caso. (40)

Esquince de muñeca

Siempre descartar fractura de huesos del carpo. Los grados I y II requieren férula palmar, antiinflamatorios no esteroideos, hielo local. En el grado I dejarla de 15 a 21 días; en el grado II de 21 a 30 días. El grado III, reparación quirúrgica seguida de inmovilización externa de 4 a 10 semanas según el caso. (40)

Esquince de hombro

Los grados I y II se tratan con vendaje tipo Gildchrist o inmovilizador del hombro (40)

Dengue (41)

Enfermedad viral producida por un RNA virus denominado flavivirus (Togovirus grupo B), que ataca en todas las edades. Es transmitido por el piquete del mosquito Aedes en cuyo intestino, cerebro y glándulas salivales se replica el virus.

El dengue es endémico y epidémico en zonas tropicales de América; en México se presentan alrededor de 10,000 casos nuevos por año (dado que existen cuatro serotipos del virus se pueden presentar diferentes episodios en una sola persona), los sitios más afectados son las zonas litorales. La transmisión del dengue en áreas ajenas a las endémicas se presenta a través de individuos infectados en zonas endémicas en etapa de viremia.

Existen diversas formas clínicas y se caracteriza por fiebre bifásica, mialgias y/o artralgias, erupción cutánea, leucopenia y linfadenopatía (recibe también el nombre de fiebre quebrantahuesos). Las formas graves son: dengue hemorrágico y síndrome de choque por dengue. La inmunidad conferida es tipo específico. La variedad hemorrágica presenta alta mortalidad.

En el dengue clásico, después de un periodo de incubación de 2 a 7 días, se presenta con inicio súbito de fiebre elevada (39.5 a 41.5 C) acompañada en las primeras 24 a 48 hrs de cefalea frontal y retroorbital, erupción cutánea macular generalizada y transitoria, mialgias o artralgias severas. Del 2 al 6o. día de la fiebre puede haber náusea y vómito, linfadenopatía generalizada, hiperestesia cutánea o hiperalgesia y anorexia progresiva. Uno o dos días después, aparece una erupción maculopapular morbiliforme en palmas y plantas que desaparece de 1 a 5 días, en algunos casos se acompaña de edema y puede haber descamación. Durante esta segunda erupción puede presentarse fiebre leve, estableciéndose la curva bifásica de la enfermedad.

En el dengue hemorrágico o síndrome de choque el inicio es brusco con fiebre, ataque al estado general, vómito, cefalea, anorexia y tos. Dos a 5 días más tarde hay deterioro rápido y progresivo llegando al colapso vascular.

La OMS propone los siguientes criterios para el diagnóstico:

- Fiebre de inicio brusco, elevada, continua con duración de 2 a 7 días.
- Manifestaciones hemorrágicas, prueba positiva del torniquete y uno o más de los siguientes signos: petequias, púrpura, equimosis, epistaxis, gingivorragias, hematemesis, melena.
- Hepatomegalia.
- Estado de choque. Es de corta duración, el paciente se recupera o muere en 12-24 h y es mucho más frecuente en los niños de 6 a 18 meses de edad.

En los exámenes de laboratorio, debe encontrarse plaquetopenia con menos de 100,000/mm³ y hemoconcentración con hematócrito aumentado en 20% por arriba de la variación normal.

Las anomalías de laboratorio son inespecíficas: leucopenia moderada, aumento ligero del hematocrito y de las transaminasas sin modificación de la albúmina sérica y del tiempo de protrombina. En la forma hemorrágica, al aparecer el estado de choque hay leucocitosis, plaquetopenia, hemoconcentración, disminución del fibrinógeno, y del activador de C3.

Las medidas de control disponibles incluyen el control del vector evitando el desarrollo de larvas en receptáculos de desecho (llantas, envases, latas, macetas etc.) donde se almacene el agua.

El tratamiento en el dengue clásico es a base de medidas generales, la primoinfección generalmente es benigna y se autolimita.

En el dengue hemorrágico o síndrome de choque no hay tratamiento antiviral específico. Ante la hemoconcentración sin alteraciones de permeabilidad vascular se debe restituir el equilibrio hidroelectrolítico. Pueden administrarse antipiréticos como el acetoaminofén y no se deben administrar salicilatos.

XII.-DISCUSIÓN .

Este trabajo se realizó, en un periodo de seis meses de Enero a Junio del año 2006 En el Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Veracruz. En el consultorio no. 12 del Turno Matutino, Otorgándose un total de 1886 consultas Teniendo como primera causa de consulta las Infecciones de Vías Respiratoria Altas. Que corresponden a 318 casos con un 17% , esto tiene correlación con el reporte de INEGI y el Sistema Único para la vigilancia epidemiológica de la Dirección General de Epidemiología.

Las Enfermedades Crónico Degenerativa como la Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial con un segundo lugar que corresponde al 232 casos con un 12.3%, y 298 casos con un 16.0% respectivamente.

Llama la atención el alto índice de enfermedades crónico degenerativa con 237 casos y un 12.5% seguramente por el tipo de población de edad avanzada y por pacientes con enfermedades concomitantes Degenerativas del tipo de la Diabetes Mellitus. Relacionado también con la edad predominando los grupos de mayores de 45 en las mujeres y de 50 en la de hombres.

Las Infecciones de Vías Urinarias conforman 145 casos y el 7.6% de la consulta atendida, también con alta incidencia en la consulta que también coincide con el reporte del INEGI, el Sistema Único para la Vigilancia Epidemiológica. Y SSA-VER .predominando mas en la mujer entre la edad de los 30-60 años.

Los padecimientos gastrointestinales. Como la Colitis. Gastritis y Gastroenteritis, con de alta incidencia en la consulta, con 106, 91, y 87 casos respectivamente, teniendo un porcentual del 5.6, 4.8, y 4.6 respectivamente, estando muy relacionado con el tipo de vida actual. Que viven bajo el estrés, Ingiriendo alimentos en la vía publica. Otros relacionados al tipo de alimentación actual. Con uso de alimentos de proceso rápido, con bajo aporte nutricional.

Otro padecimiento como la otitis, sx depresivo la conjuntivitis, las lumbalgias, y la cefalea, también fueron motivo de consulta. Algunas de ellas tienen relación con el tipo de trabajo. el sedentarismo, estrés, y accidentes viales.

Este estudio realizado demuestra la prevalencia de edades en la población de adultos y adultos mayores con enfermedades cronicodegenerativas. Como la diabetes Mellitus que ocupa el 4to lugar, la hipertensión arterial ocupando el 2do lugar seguida de la artrosis degenerativa en 3er lugar, en los grupos de edad de los 40 a los 80 años. Esto nos muestra el camino Asia donde debemos de dirigir nuestros conocimientos y programas de atención. Con los grupos más vulnerable de la población, relacionados con el tipo de vida, activad. Y estado situacional de salud. De las familias.

Las infecciones de Vías respiratoria corresponden al grupo mas alto de atención medica con 318 casos y un 17% es la población pediátrica la de más alta incidencia.

En la gráfica de población por edad y sexo. se encontró que la población derechohabiente predomina el sexo femenino con 1163 casos que corresponde al 62% de la población atendida en las edades de 40 a 60 en el adulto, y de 60ª los 80 en el anciano ó adulto mayor. Esto tiene relación con el reporte del servicio de vigencia

de derecho. Quien reporta que la mayor población corresponde al sexo femenino que al masculino principalmente al adulto joven y mayor.

Como muestra la gráfica de resultados la edad de los padres de familia corresponde a los grupo de 40 y 49 años de edad y adultos mayores.

El Estado Civil de los encuestados corresponde al de mayor número al de casados con 26 y unión libre con 24 otros 0, La mayoría de las familias encuestadas son casados, aunque un número importante viven en unión libre (INEGI informa que entre 1900 y 2000, las parejas en unión libre aumentaron en casi tres puntos su porcentaje, para situarse en 10.3 %, respecto de la población nacional. Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda 2000).

Con respecto a los años de unión conyugal el mayor número de pareja se encuentra en la quinta década y el menor en la 4ta década. La cantidad de hijos de familias encuestadas, en mayor número se encuentran en la edad de los 20 años o más.

Con relación a la ocupación de los padres. El mayor número correspondió a pensionados, el de las madres al hogar, aunque existen mujeres que son empleadas en mayor número. En relación a la Escolaridad de los padres la mayor cantidad son profesionistas y la menor no estudio

Clasificación de la Familia en base a su parentesco, se tomaron 5 parámetros fundamentales: Parentesco, Presencia Física en el Hogar, Convivencia, medios de subsistencia, Nivel Económico, y Nuevos Tipos de Convivencia Individual Familiar Originados por Nuevos cambios Sociales.

En el presente estudio se encontró que la Familia Nuclear Simple en base a su parentesco esta formada por padre y madre con 1 y 3 hijos. Con Base en la Presencia Física el mayor número corresponde al tipo Nuclear Integrado. Por presencia de ambos padres en el hogar. Pero también se encontró que en 15 de las familias estudiadas no hay presencia física de algún o de los dos padres. (Núcleo no Integrado). En Base a los Medios de Subsistencias el origen de los recursos es aportado por el Jefe de Familia, provenientes del área de servicios que corresponde a 46. En Base a su Nivel Económico la mayoría de las familias no se considera Pobre, encontrándose en un nivel 1 de Pobreza.

En esta encuesta no se encuentran Nuevos Estilos de Vida Originados por Cambios Sociales.

De acuerdo a la Etapa del Ciclo de vida Familiar las familias encuestadas están en etapa de Dispersión Familiar, seguida de etapa de Expansión, por la llegada de nuevos miembros a la familia, la mayoría de las familias son casadas, en esta encuesta no se encontró independencia

XIII.-CONCLUSIONES

En este estudio realizado en el Consultorio # 12 de Medicina Familiar, del turno matutino del Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado, ISSSTE. Las enfermedades crónicas degenerativas fueron las de mayor importancia como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión arterial, y la artritis Degenerativa. Seguidas de las infecciones de Vías Respiratorias, y Digestivas. Una vez obtenido este estado situacional de salud, En relación a la morbilidad podemos iniciar con acciones más concretas, basados en la filosofía del Mosamef. Con programas preventivos, de promoción, tratamiento, así como la derivación de los pacientes al nivel de atención que así lo requiera.

Con relación a la pirámide poblacional la mayoría de la población son mujeres. Que corresponden a los adultos. Y adultos mayores en las edades de los 45 a 80 años.

Un número importante corresponde a los jóvenes y adultos, que acuden a la consulta teniendo que enfatizar en los programas preventivos, de transmisión sexual, DOC, y planificación familiar. Los ancianos son un grupo de usuarios importante, también aquí debemos de utilizar los programas preventivos y de control medico continuo de las enfermedades cronicodegenerativas con actitud anticipatoria para la limitación del daño saber en que momento debemos canalizar a nuestros pacientes. Para el apoyo de especialidades que tengan relación con las complicaciones, propias de sus patologías, para de esta manera poder brindar una mejor calidad de vida.

En cuanto a las características Socioeconómicas de las familias la mayoría se encuentran en las Etapas de Expansión y Dispersión. Del Ciclo de Vida Familiar. De acuerdo con la clasificación de familia son familia Nuclear Simple, Núcleo Integrado, con Escolaridad Media y Superior. Con Medios de Subsistencia dado por Servicio lo que le permite considerarse como no Pobres.

Habiendo terminado este trabajo en estos momentos me doy cuenta lo tan importante que es el saber, enteren y comprender las bases de la Medicina Familiar, ya que sin el conocimiento de los tres factores importantes de las bases de Medicina Familiar, no seria posible establecer un estado Situacional de Salud. De la Población adscrita al consultorio, que no permita emprender acciones, preventivas, anticipatorios. Y terapéuticas. Relacionadas con el entorno social, económico, biológico-.para poder brindar una mayor y mejor calidad de los servicio, de salud así como de la buena administración de los recursos. En pro de una mejor calidad de vida de nuestros pacientes.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Irigoyen Coria A, Morales López H. MOSAMEF Bases conceptuales, modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana 2000. p 19.
2. EA López.- Hacia una nueva salud pública en Latinoamérica.-Aten. Primaria 2005; 36: 336-8.
3. Herrera Santi PM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Gen Integr. 1997; 13 (6): 591-5. (12)-28.-Irigoyen Coria A, Morales López H. Elementos para un análisis de la estructura familiar. En Nuevos fundamentos de Medicina Familiar.-Tercera edición.- Editorial Medicina Familiar Mexicana.2006.p 49.
4. Garza Elizondo. Trabajo con familias. La familia. Primera edición. Editorial Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Nuevo León. México 1999 p. 7-12.
5. Irigoyen Coria A, Morales López H. Nuevos Fundamentos Medicina familiar antecedentes históricos características de las familias del futuro Medicina Familiar 2006 p.13-15.
6. Elementos esenciales de la Medicina Familiar.- Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias.- Código de Bioética en Medicina Familiar.- Primera reunión de consenso de organismo e instituciones educativas y de salud.- Efectuada durante el 5º coloquio nacional y el 3º internacional de profesores investigadores en medicina familiar. 15-17 de junio del 2005.- Arch Med Fam. 2005; 7 Supl 1: 13-23.
7. Irigoyen Coria A, Morales López H. Elementos para un análisis de la estructura familiar. En Nuevos fundamentos de Medicina Familiar.-Tercera edición.- Editorial Medicina Familiar Mexicana.2006.p 49.
8. Hennen BK. El ciclo vital de la familia y la orientación anticipada. En: Shires DB, Hennen BK. .Medicina Familiar, Guía práctica. México. Libros McGraw-Hill de México; 1983. 28-29.
9. Dichiara Kirienko A, Gracia Ramírez A, Gómez Clavelina F. TEMAS DE INTERESES.- La Medicina Familiar: una especialidad con identidad.-Aten Fam 2004; 11(3); Mayo-Junio.-Disponibles en: www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm113/
10. Huerta GL. La familia como unidad de estudio. Estudio de la salud familiar. En: Farfán SG, programa de actualización continua en Medicina Familiar México. Intersistemas. 1999. p: 11-37.
11. Irigoyen Coria AE, Morales López H. Lineamientos para la elaboración de estudios de la salud familiar. En: Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Tercera Edición.- México. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2006. p 187.
12. Hennen BK. Estructura y función de la familia. En: Shires DB, Hennen BK. Medicina Familiar, guía práctica. México. Libros McGraw Hill de México. 1983: p 19-20.
13. www.geocities.com/hiponiqueo/Family1.htm.-Resumen del Dr. Anselmo Herrera Ávila, de Chávez AH.- El médico familiar en la atención primaria a la salud. Rev. Med. Del IMSS 1995; 33:173-176.
14. Irigoyen Coria A, Morales López H. Nuevos Fundamentos Medicina Familiar Modelo Sistemático de Atención de medicina Familiar Editorial. Medicina Familiar 2006 capitulo 11 p. 164-165.
15. Irigoyen Coria A, Morales López H. Nuevos Fundamentos Medicina Familiar Concepto y Filosofía Editorial Medicina Familiar 2006 p.146-147.
16. Irigoyen Coria A, Ponce Rosas R, Bonilla Marín F, Estrada JL, Carro H, Gordo H. Perfil Profesional del Médico Familiar en México. En: Nuevos fundamentos

- de Medicina Familiar. Tercera edición. México. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2006. p: 137-42.
17. Gallo Vallejo FJ, Altisent Trota R, Diez Espino J, Fernández Sánchez C, Foz Gil G, Granados Menéndez MI, Lago Deibe F. Perfil Profesional del Médico Familiar. Documento SEMFYC.
www.semfyc.es/es/actividades/publicaciones/documents-semfyc/docum004.html
 18. Guerrero García FJ, Alonso Morales MF.- Medicina Familiar y atención a urgencias.-Editorial. Medicina de Familia Andaluza.-Junio 2004; 5 (2):65-66
 19. www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/quemf1-8.htm.-perfil del Médico Familiar.- Tomado de: Narro Robles J. Medicina Familiar, En: "La salud en México, testimonios 1998". Las especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro. Soberón G. Kumate J. Laguna J. (Compiladores). Vol.2, tomo IV, México. Ed. Fondo de Cultura Económica 1989:239-252.
 20. Méndez Ramírez I, Namihira Guerrero D, Moreno Altamirano L, Sosa de Martínez C. Protocolo de Investigación: lineamientos para su elaboración y análisis. 2 ed. México: Trillas; 1990 (8 Reimp 2001). 11-27.
 21. LEY GENERAL DE SALUD DE MEXICO.-Diario Oficial de la Federación, 7 de Febrero de 1984. Última reforma publicada DOF: 19-09-2006.
 22. Código de Bioética para el personal de salud México 2002. Página de Internet. Disponible en: www.codamedver.gob.mx/bioetica2002.htm.
 23. Declaración de Helsinki de la asociación medica mundial. Principios médicos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <http://www.wma.net/s/policy/b3.html>
 24. Consalud.com México. Educación Médica Continua online. Faringoamigdalitis. Disponible en http://mdmx.consalud.com/infeccion_resp/emc/faringoamigdalitis.asp?id=3871
 25. Consalud.com. México. Educación Médica Continua Online. Hipertensión. Disponible en: <http://mdmx.consalud.com/hipertension/index.asp?id=3871>
 26. Dr. Scope Educación Médica Continua por Internet. México; PAC MG1 D5: Reumatología, Ortoartrosis. Disponible en: <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/reumatologia/osteoart.htm>
 27. Dr. Scope- Educación Médica Continua por Internet. México; PAC MG1 C3: Dermatología: Micosis Superficiales. Disponible en: <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/dermatologia/micosis.html>
 28. Merck Sharp and Dohme México-Información de Salud. Manual Merck 10 Edición en español. Sección 17. Trastornos Genitourinarios, Infecciones Urinarias. Disponible en: http://www.msd.com.mx/assets/hcp/biblioteca/manualmerck/content/MM_17_22_7.htm
 29. Merck Sharp and Dohme México-Información de Salud. Manual Merck 10 Edición en Español. Sección 2: Enfermedades Endocrinas y Metabólicas, Trastornos del Metabolismo de los Hidratos de Carbono. Disponible en: http://www.msd.com.mx/assets/hcp/biblioteca/manual_merck/content_mmerck/MM_02_13.htm
 30. Dr. Scope – Educación Médica Continua por Internet. México; PEC MG1 A2: Gastroenterología: Colon Irritable. Disponible en: http://www.drscope.com/pac/mg/a2/mga2_p20.htm
 31. Dr. Scope - Educación Médica Continua por Internet. México; PAC MG1 A2: Gastroenterología: Gastritis. Disponible en: http://www.drscope.com/pac/mg/a2/mga2_p37.htm
 32. Dr. Scope – Educación Médica Continua por Internet. México; PAC MG1 A2; Gastroenterología: Diarrea. Disponible en: http://www.drscope.com/pac/mg/a2/mga2_p21.htm

33. MDS México – Manual Merck. Página de Internet. Manual Merck 10 Edición en Español; Otorrinolaringología. Sección 7: Caps 83 y 84. Disponible en: www.msd.com.mx/msdmexico/hcp/library/manualmerck.htm
34. Dr. Scope – Educación Médica Continua por Internet. México; PAG MG1 B4 Oftalmología: Conjuntiva. Disponible en: http://www.drscope.com/pac/mg/b4/mgb4_p17.htm
35. MSD – México – Manual Merck. Pagina de Internet. Manual Merck 10 Edición en Español; Enfermedades Musculoesqueléticas y del Tejido Conjuntivo. Sección 5: cap 59. Disponible en: http://www.msd.com.mx/assets/hcp/biblioteca/manual_merck/content_mMerck/MM_05_59.htm
36. Dr. Scope – Educación Médica Continua por Internet. México; PAG MG1 D3; Neurología: Cefaleas. Disponibles en: <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/neurologia/cefalea.htm>
37. Dr. Scope-Educación Médica Continua por Internet. México; PAC MG1 D3; Neurología: Epilepsia. Disponible en: <http://www.drscope.com/privados/pac/general/neurologia/epilep.htm>
38. Dr. Scope. Educación Médica Continua por Internet. México; PAC MG1 B3; Infectología: Enfermedades Causadas por Virus: Varicela. Disponible en: http://www.drscope.com/pac/mg/b3/mgb3_p25.htm
39. Dr. Scope-Educación Médica Continua por Internet. México; PAC MG1 A4 Neumología: Asma Disponible en: http://drscope.com/pac/mg/a4/mga4_p41.htm
40. Dr. Scope. Educación Médica Continua por Internet. México; PAC MG1 D1. Ortopedia: Esguinces. Disponibles en: <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/pdl1/esguince.html>
41. Dr. Scope- Educación Médica Continua por Internet. México; PAC MG1 B3; Insectología: Enfermedades Causadas por Virus: Dengue. Disponibles en: http://www.drscope.com/pac/mg/b3/mgb3_p31.htm
42. Santacruz Varela J. La Familia Unidad de Análisis.- Rev. Med. IMSS 1983. Disponible en: www.geocities.com/hiponiqueo/family.html
43. Pons Álvarez ON. II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar.- Aten Fam. 2006; 13(3):49-50.
44. Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro JM, Portillo Strepell J, Benítez del Rosario MA. Cuidados paliativos: Atención a la familia. Aten Primaria 2002; 30:576-80.
45. ASOCIACION ARGENTINA de MEDICINA FAMILIAR.- Perfil del Médico de la familia.- Disponible en: www.aamf.org.ar/perfil.html
46. Fernández Ortega MA. El impacto de la enfermedad en la familia. Revisión clínica.- Atención Familiar, Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm111>
47. Gran Diccionario Patria de la Lengua Española.-Bilbao: Durván; México: Patria, 1994



Folio:

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

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

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

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

A) Parentesco:

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

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) Con base en su nivel económico; Pobreza familiar:

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

G) Etapa del ciclo vital familiar:

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

Observaciones: _____

Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina. UNAM.