



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  
CMF "XOCHIMILCO" MEXICO DF

**CARACTERISTICAS FAMILIARES, LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS  
DE MORBILIDAD, PIRAMIDE POBLACIONAL Y FACTORES DE  
RIESGO DE LOS PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO  
NUMERO CINCO TURNO VESPERTINO DE LA CMF "XOCHIMILCO"  
ISSSTE, MEXICO DF**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. MARIA CONSUELO SALINAS BELTRAN**



MEXICO, DF.

2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**CARACTERISTICAS FAMILIARES, LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS  
DE MORBILIDAD, PIRAMIDE POBLACIONAL Y FACTORES DE  
RIESGO DE LOS PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO  
NUMERO CINCO TURNO VESPERTINO DE LA CMF "XOCHIMILCO"  
ISSSTE, MEXICO DF**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**MARIA CONSUELO SALINAS BELTRAN**

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

**DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO**

JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**CARACTERISTICAS FAMILIARES, LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS  
DE MORBILIDAD, PIRAMIDE POBLACIONAL Y FACTORES DE  
RIESGO DE LOS PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO  
NUMERO CINCO TURNO VESPERTINO DE LA CMF "XOCHIMILCO"  
ISSSTE, MEXICO DF**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**MARIA CONSUELO SALINAS BELTRAN**

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

**DR. ARIEL DE GUADALUPE BARRANCO IZQUIERDO**  
DIRECTOR DE LA CMF "XOCHIMILCO"

**DR. EUGENIA DEL CARMEN URIBE BELTRÁN**  
JEFE ENSEÑANZA DE LA CMF "XOCHIMILCO"

**DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS**  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.  
ASESOR DE TESIS

**LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL  
ISSSTE.

**MEXICO, DF.**

**2008**

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por haberme permitido lograr el anhelo de superarme, y darme paciencia y sabiduría para seguir tratando a mis pacientes

A TODOS Y CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

Por haberme transmitido sus conocimientos para seguir superándome y por su dedicación, gracias.

A LA DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS.

Asesor de tesis por su tolerancia y buenos sentimientos.

AL PERSONAL DE ARCHIVO Y VIGENCIA DE DERECHOS DE LA CLÍNICA XOCHIMILCO.

Por su cooperación, ya que sin su ayuda no hubiera terminado la presente investigación.

## **DEDICATORIAS:**

**A MIS PADRES, JOSEFINA Y BENITO, A MI HERMANO AGUSTIN +**

**Les doy las gracias porque en vida me apoyaron y ayudaron en todo lo que pudieron en el transcurso de mi carrera, que en paz descansen.**

**A MIS HIJOS, DULCE, JOSE AGUSTIN, ANGELICA, Y A MI ESPOSO**

**Por la ayuda que me brindaron durante toda la presente investigación**

**A MI SOBRINO J. MIGUEL**

**Por ser el más pequeñito y el más querido de la familia**

**A MIS HERMANOS, ESPERANZA Y J. JESUS**

**Por su apoyo, y por todo lo que hemos convivido juntos en las buenas y en las malas y que hemos podido superar unidos**

## INDICE

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| INDICE                                   | 1           |
| MARCO TEÓRICO                            | 2 - 43      |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA               | 44 - 46     |
| JUSTIFICACIÓN                            | 47 - 48     |
| OBJETIVOS                                | 49          |
| METODOLOGÍA                              | 50          |
| TIPO DE ESTUDIO                          | 50          |
| POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO     | 50          |
| TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA              | 5           |
| CRITERIOS DE SELECCIÓN                   | 51          |
| INFORMACIÓN Y VARIABLES A RECOLECTAR     | 52 - 56     |
| PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN | 57 - 59     |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS                   | 59          |
| RESULTADOS                               | 60 - 72     |
| DISCUSIÓN                                | 73 - 74     |
| CONCLUSIONES                             | 75 - 76     |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS               | 77 - 79     |
| ANEXOS                                   | 80 - 82     |

## **MARCO TEORICO**

### **ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

La atención primaria forma parte tanto del Sistema Nacional de Salud como del desarrollo social y económico global de la comunidad, representa el primer contacto del individuo, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, en el lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia médica sanitaria

La Atención Primaria de Salud (APS) es la asistencia sanitaria, basada en métodos y técnicas prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad<sup>1</sup>.

El propósito de la Atención Primaria de Salud (APS) se fundamenta en la reducción de las desigualdades entre países y grupos humanos, esta estrategia debe ser válida y aplicable a toda la población y no quedar restringida a grupos postergados y marginados, aún cuando la satisfacción de las necesidades básicas de éstos, constituyan un objeto principal (2)

El movimiento de APS tuvo como antecedente una serie de decisiones de la OMS sobre cuestiones de política sanitaria que comenzaron en 1974, cuando la Asamblea Mundial, pidió al director que explorase nuevas vías para actuar con más eficiencia. En 1975 la Asamblea Mundial y el Consejo Ejecutivo tomaron la decisión de fomentar la APS

En los países subdesarrollados o en vías de desarrollo las dificultades para conseguir los objetivos de la APS tienen un origen múltiple. En muchos casos, la pobreza y sus secuelas de malnutrición, falta de agua potable e inexistencia casi total de infraestructuras sanitarias son obstáculos casi insalvables

En los países desarrollados la propia inercia de los potentes sistemas de salud centrados en la asistencia hospitalaria y especializada puede ser el obstáculo principal para la implantación de la estrategia de la APS (3)

### **FUNCIONES BASICAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades
- Actividades de prevención y promoción en las consultas
- Atención continuada
- Educación sanitaria y acciones preventivas en la comunidad
- Vigilancia y epidemiología
- Derivación de pacientes a otros niveles asistenciales y otras prestaciones sanitarias

Como primer nivel de acceso al sistema sanitario, se ha de diagnosticar y tratar las enfermedades de los pacientes que demandan asistencia, utilizando los instrumentos de apoyo que la moderna tecnología médica pone a disposición de la Atención Primaria. Estas actividades de consulta se están convirtiendo progresivamente en oportunidades para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud a nivel individual (2)

### **ATENCION PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)**

Es una estrategia sistemática para abordar la asistencia sanitaria de la comunidad y de los individuos de una forma integrada. Es un paradigma de que puede ayudar a los médicos familiares a equilibrar sus obligaciones respecto al propio paciente y a la sociedad en conjunto (4)

El APOC se inicia como una forma de prestación de servicios de atención primaria en los años 40 de Pholela (Sudáfrica), Sídney y Emily Kark, ambos médico de familia, fueron los pioneros en su concepción y desarrollo. Los servicios prestados integraban la atención al individuo, la familia y la comunidad en los aspectos curativos y preventivos (4)

Los fundamentos conceptuales de la APOC son, la evolución de la epidemiología, la orientación comunitaria de la APS, y la afirmación de que la atención primaria es la estrategia básica para hacer frente a las principales necesidades de salud de las comunidades, cuando se coordinan la atención individual y la medicina comunitaria. Los metodológicos son, la epidemiología, los programas de salud y la participación de la comunidad en todo el proceso (4)

Los tres componentes esenciales de la APOC son:

- a) Atención Primaria de Salud o Medicina Familiar
- b) Población definida o Medicina Comunitaria
- c) Un proceso sistemático de identificación y resolución de las prioridades en salud de la población (4)

En la segunda parte de los años 70 y los 80 se aumentaron el número de programas de APOC para diferentes subgrupos de la comunidad. En los años 90 los programas de salud sufrieron variaciones considerables como consecuencia de cambio en el equipo que había desarrollado los programas, puntualizando los requisitos básicos para una práctica de APOC,

La APOC propone una metodología práctica y experimentada que permite superar el problema de integrar el método clínico. (Atención primaria dirigida a los individuos y familias) con la estrategia poblacional (atención primaria dirigida a la comunidad)

Metodológicamente la APOC consiste en un proceso cíclico de planificación que se basa en las necesidades de la población (4)

El proceso de la APOC, aporta una metodología para identificar y abordar los principales problemas de salud de una población. Su estructura es notablemente similar a la utilizada por los programas de garantía de calidad y de mejora continua de la calidad. El proceso de la APOC requiere de cuatro elementos

- a) Definición y caracterización de la comunidad o la población asignada
- b) Identificación de los problemas de salud y de asistencia sanitaria
- c) Intervención o modificación de los patrones de práctica asistencial
- d) Seguimiento del impacto de la intervención (4)

Las fases del ciclo APOC siguen la metodología de la planificación por programas de salud con algunas características específicas (Abramson 1990) y que consisten básicamente en (4)

1. Examen preliminar de la comunidad, etapa inicial del ciclo APOC que consiste en describir y caracterizar a la comunidad atendida, para elaborar un listado con sus principales necesidades y problemas de salud, se trata de una etapa ágil y de bajo costo que utiliza información preexistente completada con información de tipo cualitativo con la finalidad de priorizar uno o varios de los problemas identificados como más importantes en la población.
2. Diagnóstico comunitario, consiste en un estudio detallado de la distribución y determinantes del o de los problemas priorizados en la comunidad. Este diagnóstico comunitario, es la línea de base que permitirá hacer comparaciones y evaluar los cambios producidos por la intervención.
3. El diagnóstico en APOC tiene como característica específica su carácter selectivo (sobre el problema priorizado) activo, implica la identificación de

los individuos y exhaustivo, ya que estudia en profundidad los determinantes del problema en estudio.

4. Esta etapa del ciclo permitirá además tomar la decisión de intervenir, qué intervención es la más adecuada, es decir, como, cuando y en que individuos debe incidirse.
5. Planificación del programa de intervención para tratar el problema de salud priorizado, el programa estará basado en los resultados del diagnóstico previo realizado.
6. Ejecución de dicho programa.
7. Vigilancia (seguimiento) y evaluación del programa para decidir la introducción de modificaciones, seguir o suspender el programa.
8. Re-examen de la nueva situación de salud en la comunidad y de esta manera reiniciar el proceso cíclico (4).

## **EL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA MOSAMEF**

### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN MÉXICO.**

Periodo de creación y crecimiento lento de las instituciones de salud: 1917 – 1958

En México se observa un periodo de creación y crecimiento lento de las instituciones de salud. El procedimiento de creación de las instituciones de salud tuvo su momento más importante en 1943, con el surgimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (5).

A partir del los cuarenta el modelo francés modificó su trayectoria hacia el modelo flexneriano, que proponía el diseño de los cursos para la formación de médicos, de acuerdo con las especialidades médicas, ponderando el uso del hospital como el principal escenario para el entrenamiento médico. (5)

### **Periodo de la medicina científica 1959 – 1967**

En las escuelas de medicina se adoptó oficialmente el currículo flexenario en 1959, que llevó a incorporar un año de internado rotatorio al pregrado en 1962, lo que implicaba la práctica hospitalaria de tiempo completo. (5)

### **1968 – 1979. Periodo de crisis**

La reducción en el ritmo de crecimiento de la infraestructura de atención a la salud, parece haberse relacionado en forma muy estrecha con la fatídica crisis económica que el país comenzó a experimentar en 1974 y que tuvo su peor momento en 1976, cuando se alcanzó una devaluación de 100 por ciento después de 20 años de estabilidad cambiaria (5)

Se inicia un audaz intento por reorientar el currículo médico, apartándose del notorio énfasis en la especialización hospitalaria, orientando la formación de los médicos hacia la atención primaria a la salud. Se experimentan nuevas opción a nivel de posgrado como los cursos de especialización en medicina familiar (5)

## **FUNDAMENTOS DEL MOSAMEF**

EL MOSAMEF, se origina a partir de tres preguntas fundamentales

- ¿Cómo llevar a cabo a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar?
- ¿Cómo identificar las necesidades de atención, a la salud en las familias?
- ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?

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

- a) Reorientar los servicios de salud
- b) Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida
- c) Crear “medioambientes” saludables
- d) Elaborar políticas explícitas para la salud
- e) Reforzar la acción comunitaria de salud

En 1992 se aplicó en una zona de España, un programa de atención a la población adulta denominado. Programa de actividades. Preventivas y de Promoción a la Salud, impulsado por la Sociedad Española de Medicina y Comunitaria (SEMFYC), Con el objeto de valorar los resultados de estas medidas preventivas y el grado de intervención sobre cada factor de riesgo (6)

## **EL MOSAMEF Y LA MEDICINA FAMILIAR**

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

Los profesionales de la medicina familiar han de ser capaces de aplicar un modelo bio-psicosocial que permita proporcionar una asistencia integral de calidad, en una gran variedad de marcos asistenciales y a personas que surgen muy diversos problemas de salud. Además han de incorporar, entre sus tareas cotidianas, aspectos sociales de la medicina preventiva y de la promoción de la salud (7)

La atención primaria de salud pretende modificar la calidad y el contenido de las prestaciones, que ofrece este primer nivel al usuario. El nuevo modelo se basa en potenciar la participación comunitaria y en concretar una nueva filosofía que se fundamente en la atención sanitaria en el fomento de la salud y en la mejora de la calidad de vida y, no sólo en la asistencia en caso de enfermedad (8)

## **EL MOSAMEF Y EL MEDICO FAMILIAR**

La función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y mostrarles cómo prevenir o por lo menos reducir la posibilidad de futuras enfermedades. El médico familiar debe cumplir esta función dentro de la trama de un sistema social cada vez más complejo, caracterizado por rápidos adelantos tecnológicos, el médico también debe tomar en cuenta los patrones cambiantes de la enfermedad y las expectativas cambiantes respecto a la salud (9)

## **PERSPECTIVAS DEL MOSAMEF**

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

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

En otras palabras deberá responder a los programas de calidad total que incluyen casi siempre cuatro fases;

- a) Identificación de características de la comunidad a estudiar
- b) Señalamiento puntual de los problemas de salud de la población
- c) Modificación a los problemas detectados, principalmente a desviaciones en la práctica asistencial
- d) Seguimiento del impacto de la intervención

## **PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR**

### **DEFINICIÓN DEL MEDICO FAMILIAR**

El médico general o médico de familia es el profesional que ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y pueda implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario (10)

Es así que se presenta el perfil profesional del médico familiar en el Instituto del Seguro Social y, el propuesto por el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM, en su programa de Especialización en Medicina Familiar que se desarrolla en la Secretaría de Salud y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

### **Perfil profesional del médico familiar del IMSS**

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

### **Perfil profesional del médico familiar SSA/ ISSSTE**

El médico general/familiar será aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia

Desde la década de los sesenta se ha propuesto varias definiciones de este nuevo médico general o médico de familia, la más relevante es la propuesta por la Organización Mundial de Medicina Familiar (WONCA)

### **El médico de la familia debe poseer las siguientes cualidades**

Ser buen clínico, científico, consejero, asesor, educador, trabajador, receptivo, accesible, empático, sistemático, racional, respetuoso, comunicativo, con actitud de búsqueda, con afán de superación que coordina la asistencia, preocupado por el paciente y preocupado por su propia formación. Deberá ser un profesional que trabaja en equipo para orientar de forma integral los problemas de salud de sus pacientes a través de la entrevista clínica, utilizando los métodos diagnósticos y terapéuticos adecuados (11)

## **El médico familiar deberá trabajar en cinco grandes áreas**

- Área de atención al individuo
- Área de atención a la familia
- Área de atención a la comunidad
- Área de formación, docencia e investigación
- Área de apoyo, que incluye trabajo en equipo, sistemas de registro e información gestión de recursos administración sanitaria y por último la garantía de calidad. (12, 13)

## **LA MEDICINA FAMILIAR EN MEXICO Y EN EL MUNDO**

La medicina general y la medicina familiar comienzan, en la segunda mitad del siglo XX, a ser vistas como una disciplina clínica. Se empiezan a formar en muchas universidades los conocidos departamentos de medicina familiar y comienzan, entonces a definirse de una manera mucho más sistematizada programas de formación y de adiestramiento en la medicina familiar.

Paralelamente, en los Estados Unidos, Canadá y la Gran Bretaña, se empiezan a estructurar esquemas de certificación de estos especialistas como una estrategia para garantizar, a largo plazo, la calidad ética de quienes ejercen la llamada práctica familiar. Canadá, Estados Unidos, el Reino Unido y Australia comienzan a reformular los procesos de formación de profesionales incorporando a la medicina de familia como una de las disciplinas fundamentales en los sistemas de salud.

En América Latina y el Caribe el inicio de la evolución de la medicina de familia se da a partir de los años setenta y ochenta del siglo XX, y aún en algunos países este proceso de desarrollo y transformación continúa dándose a pasos acelerados,

En el siglo XIX y particularmente en la primera mitad del siglo XX se puede afirmar que la medicina familiar es el resultado de una combinación de visiones: la de la tradición humanista del antiguo médico general, con la del desarrollo, tecnológico de la segunda mitad del Siglo XX

En 1972 se crea oficialmente el Colegio Mundial de Medicina Familiar conocida (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 año de 1977, el comité de ministros del consejo europeo emite una resolución con la que establece que la medicina familiar debe ser la piedra angular de los sistemas de salud, a partir de esta resolución la mayor parte de los países de ese continente, occidentales y orientales, comienzan a realizar transformaciones internas en sus sistemas de salud en donde se establece como base de sus sistemas lo que podemos identificar como medicina familiar, aunque en algunos países se le sigue denominando a esta disciplina como medicina general.

En el contexto Latinoamericano y del Caribe se crea, en el año de 1981, el entonces denominado Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) con el CIMF colaboraron distinguidos médicos mexicanos, algunos no especialistas en la disciplina, pero sí convencidos de la misma.

En el año de 1991 WONCA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) emiten una declaración conocida como “El papel médico de familia en los sistemas de atención de la salud” la cual plantea el rol del médico de familia dentro de la estrategia de atención primaria , la conferencia internacional de Alma-Alta en 1978, los países pertenecientes a la OMS plantearon la meta de salud para todos en el año 2000, la cual se pretendía alcanzar a partir de una serie de transformaciones de los sistemas de salud basados en la atención primaria como una estrategia sanitaria, no como una disciplina académica.

En el año de 1994 en Ontario, Canadá, se realiza otra reunión importante se deriva otra declaración que señala cómo el médico de familia en el ejercicio de la medicina familiar, puede contribuir a atender las necesidades de salud de la población

En el año de 1996 el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) realizó en Buenos Aires, Argentina, una reunión de trabajo sobre la medicina familiar y la reforma de los sistemas de salud

El último de los hechos históricos, en junio del 2002 es el de la aprobación por parte de WONCA de la 6ª. Región mundial, llamada Región Wonca Iberoamericana CIMF. Efectivamente, con esta aprobación 17 países que anteriormente ya trabajan afiliados en CIMF, ahora se han convertido en una nueva región de WONCA

En el año de 1954 hubo médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que plantearon un primer esbozo de lo que es la Medicina Familiar y propusieron un esquema de trabajo dentro de algunas unidades médicas de medicina familiar. En los años 1954/1955 y derivado de esta propuesta un grupo de estudiosos de los problemas de salud de la población implantan en el IMSS el sistema médico familiar pero ha sucedido en muchos países, en México se implantó el modelo de medicina familiar sin contar con especialistas en esa disciplina. El proceso de implantación se concreta hasta el año de 1971 cuando inician los cursos de especialización en medicina familiar.

En el año de 1974 la Universidad Autónoma de México (UNAM), otorga el reconocimiento académico de la disciplina lo cual se convierte en uno de los pasos más firmes para la consolidación de nuestra especialidad. En 1975, en esa misma Universidad, se crea el primer Departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica, hacia 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 1988 se creó el Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar (CMCMF). El cual comenzó a certificar especialistas de medicina familiar precisamente en el año de 1988 y lo ha hecho de manera ininterrumpida, el CMCMF ocupa en este momento el segundo lugar en cuanto al número de especialistas certificados de entre todas las especialidades en nuestro país

En el año de 1994 se constituyó el Colegio Mexicano de Medicina Familiar (CMMF) la Sociedad Morelense de Medicina Familiar es una de las sociedades fundadoras de este colegio y ha participado activamente y ha participado activamente en diferentes etapas de su evolución

Para el año de 1996 se ingresó como CMMF a la Confederación Iberoamericana y finalmente después de 10 años de esfuerzos, en el año 2002 el Colegio Mexicano ingresó formalmente como un país titular al Colegio Mundial del gremio-WONCA. (14)

## **LA FAMILIA**

### **DEFINICION DE FAMILIA.**

1. Según el consenso canadiense es el grupo compuesto por un marido, una esposa con o sin hijos, un padre o madre con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo. (15)
2. Según consenso americano la familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lasos consanguíneos de matrimonio o adopción. (15)
3. La familia es un sistema social abierto en constante transformación según las diferentes etapas existentes de sus integrantes, en un equilibrio dinámico que facilita su relación emocional y física para el desarrollo tanto individual como familiar en interacción con el entorno (16)

Para realizar actividades de atención familiar tanto para el cuidado del paciente como para entender a la salud familiar, se requiere la comprensión de conceptos básicos sobre estructura, ciclo vital familiar, recursos y función familiar. Estos conocimientos y actividades facilitan el desarrollo de un enfoque familiar, tanto para entender las causas de la enfermedad y la disfunción, como para realizar intervenciones de apoyo (17)

### **ESQUEMA DE CLASIFICACION INTEGRAL DE LA FAMILIA SEGÚN ERNEST HEMINGWAY**

- **MODERNA.** Cuando la madre trabaja o no
- **TRADICIONAL.** Cuando uno solo de los cónyuges trabaja fuera del hogar

### **CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE A SU DEMOGRAFIA**

- **URBANA,** Cuando se dispone de todos los servicios, como son agua potable, electricidad, drenaje etc.
- **RURAL.** Cuando no hay ningún servicio

## **CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIAR EN BASE A SU INTEGRACIÓN**

- **INTEGRADA.** En los cónyuges viven y cumplen sus funciones
- **SEMI-INTEGRADA.** En la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- **DESINTEGRADA.** Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

## **CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE EN LA OCUPACIÓN DEL JEFE O JEFES**

- Campesina
- Obrera
- Técnica
- Profesional

## **ESTRUCTURA FAMILIAR SEGÚN EL INEGI**

- **NUCLEAR.** El cual se conforma por jefe, cónyuge con o sin hijos, jefe e hijos.
- **AMPLIADA.** El cual se conforma por jefes con o sin cónyuges, con hijos o sin hijos y con otros parientes, (tíos, primos, hermanos, suegros etc.).
- **COMPUESTAS.-** El cual se conforma por jefes con o sin cónyuges, con hijos con otros parientes y no parientes, es decir, nuclear o ampliado más no pariente.

## **ESTRUCTURA FAMILIAR SEGÚN DE LA REVILLA**

- **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 cual conviven cuatro o más con sus padres.
- **FAMILIA NUCLEAR APLIADA**, 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 mantienen el vínculo generacional, , conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones, suele estar formado por hijos Casados de dos generaciones, suele estar formado por hermanos cónyuges y sus hijos y /o padres e hijos casados.
- **FAMILIA MONOPARENTAL**. Está formado por un solo cónyuge y sus hijos.
- **SIN FAMILIA**. En esta familia se contempla no sólo al adulto soltero, sino también al divorciado o al viudo sin hijos.
- **EQUIVALENTES FAMILIARES**. Se trata de individuos que viven en el mismo, 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. (18, 19)

## **ESTRUCTURA FAMILIAR DESCRITA POR IRIGOYEN**

- **FAMILIA NUCLEAR**, Modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.
- **FAMILIA EXTENSA**, Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos de adopción o de afinidad.
- **FAMILIA EXTENSA COMPUESTA**, Además de los que incluyen a la familia extensa se agregan miembros sin ningún nexo legal, como en el caso de amigos y compadres.

## **CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

La comprensión integral del ciclo vital de la familia, junto a la comprensión del desarrollo individual, de cada miembro de la familia, puede ayudar al médico familiar a formular hipótesis acertadas con relación a los problemas patológicos, que presentan los pacientes. (20)

### **1.5.10 ETAPAS DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA (DUVALL)**

- **PRIMERA ETAPA**. (pareja sin hijos)
- **SEGUNDA ETPA**. (Nace el primer hijo)
- **TERCERA ETAPA**. (Hijos preescolares)
- **CUARTA ETAPA**. (Hijos escolares)
- **QUINTA ETAPA**. (Hijos adolescentes)
- **SEXTA ETAPA**. (Desprendimiento)
- **SEPTIMA ETAPA**. (Padres solos )
- **OCTAVA ETAPA**. (Padres ancianos)

## **FASES DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA (GEYMAN 1980)**

- **MATRIMONIO:** Se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo con la llegada del primer hijo
- **EXPANSIÓN,** Cuando se incorporan nuevos miembros a la familia incluye desde el nacimiento del primer hijo hasta el último.
- **DISPERSIÓN:** Cuando el primer hijo acude a la escuela.
- **INDEPENDENCIA:** Cuando los hijos se independizan de la familia de origen ya sea por formar nuevas familias o iniciar proyectos personales (Trabajo, escuela)
- **RETIRO EXPANSIÓN: Y MUERTE:** Cuando se llega a una situación crítica, como incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos, jubilación, viudez, abandono.

## **FUNCIONES DE LA FAMILIA**

- a) **SOCIALIZACIÓN.-** La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con “independencia “Para desarrollarse en la sociedad.
- b) **CUIDADO.-** En ella se identifican cuatro determinantes alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.
- c) **AFECTO.** Definido como el objeto fundamental de “transacción dentro de la familia.
- d) **REPRODUCCIÓN.-** Durante siglos se observó como la función esencial de la familia. La “misión” de la familia era vista como casi exclusivamente el suministrar nuevos miembros a la sociedad. Incluye la educación de la sexualidad.
- e) **ESTATUS.** Es la participación y la transición de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

## CLASIFICACIÓN D E LAS FAMILIAS CON BASE EN EL PARENTESCO

| PARENTESCO                               | CARACTERISTICAS   |
|--|---|
| Nuclear                                  | Hombre y mujer sin hijos  |
| Nuclear simple                           | Padre y madre con 3 hijos   |
| Nuclear numerosa                         | Padre y madre con 4 hijos o más   |
| Reconstruida (binuclear)                 | Padre y madre en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior   |
| Mono parental                            | Padre o madre con hijos   |
| Mono parental extendida Compuesta        | Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco  |
| Extensa                                  | Padre y madre con hijos, más otras personas Con parentesco, (más de dos en el mismo hogar )   |
| Extensa compuesta                        | Padre y madre con hijos más otras personas Con parentesco (más de dos generaciones el mismo hogar), más personas sin parentesco.                                    |
| No parental Sin parentesco               | Familiares con vínculo de parentesco que crea funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (ejemplo, tíos, sobrinos, abuelos, primos, hermanos etc.) |
| Mono parental , extendida Sin parentesco | Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco  |
| Grupos similares a familias              | Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares (amigos, religiosas, estudiantes etc.)   |

## CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN LA PRESENCIA FÍSICA Y CONVIVENCIA

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas o transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias. (21)

| <b>PRESENCIA FISICA EN EL HOGAR</b> | <b>CARACTERISTICAS</b>   |
|-------------------------------------|--|
| Núcleo integrado                    | Presencia de ambos padres en el hogar  |
| Núcleo no integrado                 | No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar                                |
| Extensa ascendente                  | Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres.               |
| Extensa descendente                 | Padres que viven en la casa de al alguno de los hijos                                      |
| Extensa colateral                   | Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos etc.) |

## CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE A 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 su subsistencia. De esta manera se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas.

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicio

**Morbilidad.** Enfermedad o frecuencia en que se presenta una enfermedad en una población.

**Definición Factor de riesgo** Es algo que incrementa la posibilidad de contraer una enfermedad, padecimiento o lesión, o puede ser una característica o circunstancia detectable de una o varias personas que se conoce, y está asociada a un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar expuesta a un proceso mórbido, por lo tanto el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística y pueden ser: ambientales, biológicos, de comportamientos socio-culturales y económicos. Además intervienen en la relación familia- enfermedad, tipo de familia, algunos factores de riesgo para la enfermedad son, la Diabetes Mellitus, isquemia del corazón, enfermedad vascular cerebral, dislipidemias, hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo (26)

## **PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD**

### **HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

**DEFINICIÓN** La hipertensión arterial sistémica, es un padecimiento multifactorial caracterizado por un aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, mayor a 140/90 mm/Hg aparece generalmente en personas mayores de 35 años, por lo tanto se define como hipertensión arterial cuando en tres ocasiones diferentes se demuestran cifras mayores de 140/90

**ETIOLOGIA.** Es un padecimiento que, en el 90 % de los casos, la causa es desconocida, aunque se le ha denominado hipertensión arterial esencial con una fuerte influencia hereditaria, secundaria cuando su origen deriva de algunos órganos como son corazón, riñón, hígado etc.

### **EPIDEMIOLOGIA.**

La razón principal que impide a los médicos tratar de forma efectiva esta patología es la propia naturaleza de la hipertensión. La ausencia de síntomas durante un tiempo prolongado, mientras se va dañando progresivamente el sistema cardiovascular, dificulta que el paciente cambie su estilo de vida o tome una medicación a largo plazo. Por otra parte, los datos epidemiológicos subrayan el hecho de que una reducción mínima de PA, de hasta 2 mmHg, en la PA media de la población puede conducir a reducciones anuales significativas de ictus, cardiopatía isquémica (CI) y en las tasas de mortalidad por todas las causas de un 6 %, 4 % y 3 % respectivamente.

### **FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS QUE INFLUYEN SOBRE EL NIVEL DE LA PRESIÓN ARTERIAL.**

Uno de los mejor estudiados es la edad. Tanto la PAS como la PAD aumentan progresivamente con la edad, hasta la edad de 60 años, en ese punto, la PAD tiende a alcanzar un nivel constantes, mientras que la PAS (y como consecuencia la presión de pulso (PP) continúa aumentando, representando un factor pronóstico de ECV (enfermedad cardiovascular) más fiable en esa edad.

## **EL NIVEL SOCIOECONOMICO.**

Está inversamente relacionado con los factores de riesgo cardiovasculares (incluida la hipertensión) y la morbilidad cardiovascular en los países desarrollados, Esto se debe a que las clases socioeconómicas más altas tienden a estar mejor informadas sobre la enfermedad, los riesgos y las medidas preventivas

Finalmente, las características comunes del estilo de vida pueden estar relacionadas con la patogénesis de la hipertensión como la ingesta excesiva de sal, una vida sedentaria, un consumo insuficiente de verduras y frutas, obesidad, uso excesivo de alcohol, estrés, etc.

## **FISIOPATOLOGIA.**

El mantenimiento de la HTA produce hipertrofia e hiperplasia vascular, aumento de la matriz extracelular, aumento de las resistencias, hipertrofia cardiaca y desarrollo de complicaciones: vasculares (aterosclerosis), cardiacas (insuficiencia cardiaca, isquemia miocárdica y arritmias), cerebral (hemorragia, isquemia, encefalopatía) y nefrológicas (insuficiencia renal).

Se ha demostrado que la ingesta de sal y potasio contribuyen de forma significativa al desarrollo y mantenimiento de una PA elevada. Las pruebas indican que la ingesta de sal y la PA están estrechamente relacionados, así que la modificación de sal en la dieta modificaría los niveles de PA. Esto se ha demostrado en individuos sin hipertensión, y en los individuos con hipertensión tratada y sin tratar, pero las reducciones de PA son más pronunciadas en los pacientes hipertensos.

## **PESO.**

Como posibles factores etiológicos de la hipertensión relacionada con la obesidad se han propuesto el sistema simpático adrenal, la leptina, la hiperinsulinemia y el sistema renina-angiotensina, aldosterona , se sabe que la hiperactividad simpática está presente en una gran proporción de la población hipertensa, comenzando de forma temprana en la vida y precediendo el desarrollo de la hipertensión.

## **ANTECEDENTES FAMILIARES.**

El número de padres con hipertensión afecta al riesgo individual de desarrollar hipertensión. Para un individuo en particular, la proporción de riesgo, para desarrollar hipertensión es del 2.38 cuando un padre tiene hipertensión y 6.49 si ambos tienen hipertensión, este factor es de nuevo independiente de otros factores de riesgo conocidos. Por lo tanto es importante tener en cuenta los antecedentes familiares en el tratamiento de la hipertensión, ya que los pacientes con antecedentes familiares pueden requerir un tratamiento más intenso, centrado particularmente en medidas del estilo de vida para prevenir y controlar la hipertensión en estos grupos (26)

## **SINTOMAS**

Un error muy común es creer que los pacientes hipertensos se quejan de dolor de cabeza, letargia , o epistaxis, sin embargo aunque normalmente se refiere dolor de cabeza, incluso los pacientes con hipertensión grave normalmente no tienen síntomas hasta que no sufren ictus o un IM. Así, la hipertensión se denomina con frecuencia “el asesino silencioso”

La historia médica del paciente puede proporcionar pistas sobre las causas o consecuencias de la hipertensión, para mujeres son especialmente importantes los antecedentes obstétricos, ya que las pacientes con antecedentes de hipertensión durante el embarazo presentan más riesgo de tener hipertensión posteriormente en la vida

## **EXPLORACION FISICA**

Antes de proceder con el examen físico general, es importante calcular el IMC para determinar si el paciente es obeso. Una alternativa es el cociente cintura/cadera (posiblemente una medida más precisa), aunque esta medida no sea frecuente en la práctica clínica, durante la exploración se deberían verificar las causas secundarias de la hipertensión, cualquier tipo de daño al órgano diana o la presencia de otras EVC.

## **DIAGNOÓSTICO.**

Es fundamentalmente clínico y deberá establecerse si la hipertensión arterial es primaria o secundaria o sin repercusión orgánica, también es de utilidad el electrocardiograma, donde se va a encontrar una hipertrofia ventricular izquierda, y en estos casos el mejor método para demostrar su presencia es la ecocardiografía. La tele de tórax para ver si hay cardiomegalia

QS. Para ver sodio sérico, potasio sérico, urea concentraciones de creatinina, concentraciones, de calcio, concentración de lípidos, Biometría hemática completa, glucosa en sangre en ayunas

## **TECNICAS DE MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

Posición, se toman primero las lecturas en posición sentada.

Tamaño del manguito y colocación, el tamaño del manguito debe ser el adecuado para rodear el brazo y debe estar a nivel de la arteria braquial, con su borde más bajo a 2-3 cm. Sobre la arterial pulsátil

Auscultación, los ruidos audibles, los primeros ruidos tenues, repetidos, claros que incrementan gradualmente en intensidad durante al menos dos latidos consecutivos, esa es la PAS

Un breve periodo durante el cual los sonidos se hacen más suaves y adquieren la calidad de siseo

En algunos pacientes los sonidos pueden desaparecer durante un corto periodo de tiempo.

Vuelven los sonidos más claros, que se hacen más tajantes para recobrar o incluso superar la intensidad

El ahogo repentino de los sonidos que se hacen suaves y con calidad de soplo

El punto en que todos los sonidos desaparecen finalmente completamente es la PAD.

Problemas prácticos con el uso: postura y posición.

La postura del paciente influye en la PAD y en la frecuencia cardiaca, siendo ambas significativamente más elevadas, cuando los pacientes están sentados frente al decúbito supino. El efecto disminuye con la edad y, para las medidas indirectas realizadas con manguito, los valores de PAD sentado y en decúbito supino no son necesariamente equivalentes.

El tiempo entre la medición de la PA en decúbito supino y de pie (variando desde 0 a 30 minutos

En la posición del brazo, que no está a la altura del corazón en el 28 % de los casos y en la colocación del manguito, incorrecta en el 46 % de los casos.

## **COMPLICACIONES.**

Nefropatía. El paciente empieza a retener urea, ácido úrico y creatinina.

Ateroesclerosis. Complicándose con infarto del miocardio (ateroesclerosis coronaria), infarto cerebral, (ateroesclerosis de las arterias carótidas o intracerebrales), trombosis mesentéricas o aneurisma aórtico, ya sean abdominales o de la aórtica torácica descendente, retinopatía, encefalopatía.

## **TRATAMIENTO**

### **BETABLOQUEADORES**

Actúan bloqueando la activación de los receptores beta, mediante catecolaminas endógenas, por lo tanto reducen la frecuencia cardiaca y la fuerza de contracción cardiaca, conduciendo a un menor gasto cardiaco, también bloquean la renina

### **FARMACOS Y DOSIS**

|             |                              |
|-------------|------------------------------|
| Atenolol    | 50 a 100 mg. Una vez al día  |
| Metoprolol  | 50 a 100 mg dos veces al día |
| Propranolol | 40 a 60 mg dos veces al día  |

### **Efectos secundarios,**

Broncoconstricción

Insuficiencia vascular periférica

Insuficiencia cardiaca

Bradycardia,

Enfermedad metabólica

Efectos neuropsicológicos

### **INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA**

Convierten a la angiotensina 1 inactiva en angiotensina 11 activa que tienen potentes propiedades vasoconstrictoras y estimula la corteza suprarrenal para que secrete aldosterona, que a su vez causa retención de sodio y agua.

## **FARMACOS Y DOSIS**

Captopril 12.5 mg dos veces al día 50 mg 3 veces al día

Enalapril 5 a 40 mg 1 vez al día

Lisinopril 2.5 mg a 40 mg una vez al día

Ramipril 1.25 mg una vez al día

## **EFFECTOS SECUNDARIOS**

Angioedema

Hipotensión de primera dosis

Alteración renal

Hipercalemia

## **BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA**

Bloquean la acción de la angiotensina II en los receptores AT1 que son los responsables de la mayoría de sus acciones fisiológicas.

## **FARMACOS Y DOSIS**

Losartan 50 a 100 mg una vez al día

Candesartan 4 a 16 mg una vez al día

Valsartán 80 a 160 mg una vez al día

## **BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO**

Amlodipino 5 a 10 mg una vez al día Felodipino

Felodipino 5 a 10 mg. Una vez al día

Nifedipino I:A. 20 a 60 mg, una vez al día

Diltiazem MR 180 a 300 mg Una vez al día

Verapamilo MR 240 mg

## EFFECTOS SECUNDARIO

Rubefacción, dolores de cabeza y mareos

Taquicardia refleja, edema periférico, bradicardia, insuficiencia cardiaca, estreñimiento (27)

## **INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS:**

### **FARINGO-AMIGDALITIS AGUDAS**

#### **EPIDEMIOLOGIA**

Las faringo-amigdalitis agudas representan aproximadamente entre 1 % y 2 % de las visitas de pacientes ambulatorios a los servicios de urgencias y servicios de consulta externa. Un amplio rango de agentes infecciosos produce faringitis aguda, pero los virus son la causa más común.

La gran mayoría de los pacientes que consultan por dolor de garganta tienen faringitis aguda infecciosa de tipo viral. Entre el 5 % y el 15 % son causadas por Estreptococo beta hemolítico del grupo A, pero es importante destacar otras etiologías, como la faringitis por gonococo, el virus de Epstein-Barr e infecciones agudas por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

La faringitis aguda es predominantemente una enfermedad de niños entre 5 y los 15 años de edad. La faringitis por Estreptococo beta hemolítico del grupo A en pacientes pediátricos comprende un 30 % de los casos, afectando más a los niños en edad escolar, con frecuencia se presenta de manera epidémica, con la aparición de varios casos en una misma familia.

#### **FISIOPATOLOGIA**

Entre 80 % y 90 % de las faringitis agudas son de etiología viral. Cientos de virus, muchos de los cuales no producen inmunidad pueden infectar la faringe.

1.- Rinovirus. Coronavirus, adenovirus tipos 17, 9, 14, 16 y 21 , parainfluenza tipo 14, influenza( A y B), Herpes simple (1,2), coxsackie A y B, (tipos 16, 8, 10, 16, y 22), citomegalovirus, Epstein-Barr, virus de inmunodeficiencia humana tipo 1, (VIH-1)

Las faringitis bacterianas agudas son menos frecuentes, pero tienen mucha importancia en cuanto a su manejo puesto que su identificación y tratamiento temprano pueden prevenir la aparición de complicaciones generales como fiebres reumática y glomerulonefritis postestreptocócica y locales como adenitis supurativas, abscesos cervicales, abscesos peri amigdalinos y para faríngeos

Los agentes bacterianos más frecuentes son:

1,- estreptococo beta hemolítico del grupo A., micoplasma sp., arcanobacterium haemolyticus, Streptococcus pyogenes grupo B y G. Chlamydia pneumoniae, Neisseria sp, Corynebacterium sp, anaerobios, otros (raros, menos de 1 %).

## **CUADRO CLINICO**

En los casos de etiología viral el cuadro generalmente va precedido o acompañado de síntomas de rinitis y tos, excepto en los casos de infección por Epstein-Barr y citomegalovirus, en los cuales el cuadro clínico es similar al de la infección bacteriana. Usualmente tienen un periodo de incubación que va desde 12 horas hasta 4 días, con fiebre alta de inicio súbito, dolor de garganta con faringe y amígdalas de color rojo intenso aspecto inflamatorio y/o exudado en su superficie, cefaleas, náuseas y vómito. Puede haber dolor abdominal y adinamia. El eritema no exudativo de la faringe con lesiones vesiculares o ulcerativas sugiere causa viral

## **DIAGNOSTICO**

- 1.- Exudados amigdalinos,
- 2.- Adenopatía cervical anterior dolorosa o linfadenitis
- 3.- Ausencia de tos

#### 4.- Fiebre.

La presencia de 3 ó más de estos criterios tiene un valor predictivo positivo de 40-60 % Con sólo 1 de estos criterios se tiene un factor predictivo negativo de 80 %. Comparados con los cultivos faríngeos, estos criterios clínicos tienen sensibilidad y especificidad de 75 % .

En nuestro país las pruebas serológicas para muchos virus no están disponibles, excepto para el Epstein-Barr. Existe una prueba rápida (Monotest) y la prueba de anticuerpos heterófilos, prueba en la cual los títulos mayores de 2/56 son diagnósticos de mononucleosis

Existen varias pruebas rápidas para estreptococo beta hemolítico del grupo A que detectan el antígeno A del estreptococo, con sensibilidad y especificidad de 65-91 % y 62-97 % respectivamente, dependiendo del tipo de prueba y de la calidad de la técnica. Si es positiva, se debe iniciar tratamiento antibiótico. Si es negativa, es mejor proceder un cultivo faríngeo para confirmar el diagnóstico, ya que puede tratarse de un falso negativo.

### **TRATAMIENTO**

- 1.- Evaluar clínicamente a todos los pacientes
- 2.- No hacer pruebas a pacientes con sólo uno o dos criterios positivos. Es muy probable que no tengan faringitis de origen bacteriano
- 3.- En pacientes con tres o más criterios clínicos, utilizar antibióticos. Practicar pruebas de diagnóstico rápido, si son positivas, se confirma el diagnóstico clínico y si son negativos, se recomienda utilizar antibióticos y realizar un cultivo faríngeo.
- 4.- Administrar analgésicos, anti-inflamatorios, como acetaminofen o ibuprofeno, medidas de soporte en todos los pacientes con faringitis aguda

La evidencia científica de estudios realizados con la administración de penicilina intramuscular demuestra que el tratamiento apropiado con antibióticos previene la

aparición de fiebre reumática. Sin embargo, otros antibióticos y otras vías de administración son igualmente efectivos

El antibiótico de elección en la faringitis bacteriana por *Streptococo Beta hemolítico Grupo A* debe ser uno de bajo espectro que incluya sensibilidad, siendo la penicilina la primera elección, en pacientes alérgicos, la eritromicina es una opción en lugares con índice bajo de resistencia, hay varias alternativas de tratamiento que incluyen cefalosporinas de segunda generación, amoxicilina/ácido clavulánico, clíndamicina, azitromicina, claritromicina, todos han probado ser efectivos en la erradicación del estreptococo beta hemolítico del grupo

El esquema recomendado es:

Penicilina benzatínica 1.200.000 U IM para adultos y personas con peso superior a 30 kg, 600.000 U IM para niños y personas con peso menor de 30 kg,

## **COMPLICACIONES Y PRONOSTICOS**

La mayoría de las faringoamigdalitis agudas son autolimitantes y no dejan secuelas, las infecciones por SBHGA pueden llevar a la aparición de fiebre reumática y/o glomerulonefritis aguda. Pueden haber diseminación regional de la infección y presentarse adenitis supurativas cervicales, abscesos y periamigdalitos, los cuales constituyen motivo de referencia al especialista

## **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

La faringitis aguda y sus complicaciones son más frecuentes en grupos socioeconómicos en desventaja. El grado de contagio alcanza su máximo durante la infección aguda y disminuye en forma gradual en semanas (25)

## **GASTRITIS.**

**Definición,** es un padecimiento que se relaciona con la secreción del ácido gástrico, sea normal, disminuida o aumentado así como con otros fenómenos de la motilidad gástrica. Como atonía gástrica etc.

Frecuencia. Se presenta en cualquier edad, siendo más común entre los 20 y los 40 años, siendo de prevalencia en la mujer en una proporción de 2 a 3 :1

**Etiología:** Alteraciones de la motilidad gástrica. Estásis o atonía gástrica  
Secreción disminuida o aumentada del ácido gástrico. Hernia Hiatal

## **CLASIFICACIÓN Y FISIOPATOLOGIA.**

La inflamación del tapizado gástrico puede ser de 2 formas.

### **Gastritis aguda,**

Se debe a la ingestión de alcohol, aspirinas u otros medicamentos o la presencia de toxinas víricas, bacterianas como el (*Helico bacter pylori*), o químicas.

### **Gastritis crónica.**

Constituye en general un signo de alguna enfermedad subyacente, como la úlcera péptica, el cáncer de estómago, el Síndrome de Zollinger-Ellison o la anemia perniciosa.

## **SINTOMATOLOGIA.**

Pirosis en epigastrio, al despertar se tiene la sensación de vacío o dolor insoportable, en epigastrio o ambos, síntomas que se exacerban al tomar alimentos grasos, picantes, condimentados, alcohol y tabaquismo.

## **DIAGNÓSTICO.**

Endoscopía simple, endoscopía con biopsia, serie gastroesofágica, radiografía de abdomen

## **TRATAMIENTO.**

Omeprazol

Gel hidróxido de aluminio y magnesio

Ranitidina

## **OSTEOARTRIOSIS.**

La osteoartritis es una enfermedad de las articulaciones o coyunturas que afecta principalmente al cartílago. El cartílago es un tejido resbaladizo que cubre los extremos de los huesos en una articulación. El cartílago permite que los huesos se deslicen con el movimiento físico. Con la osteoartritis, la capa superior del cartílago se rompe y se desgasta. Como consecuencia, las partes de los huesos que antes estaban cubiertas por el cartílago empiezan a rozarse una contra otra. La fricción causa dolor, hinchazón y pérdida de movimiento en la articulación, con el tiempo, la articulación puede perder su aspecto normal, además, pueden crecer espolones alrededor de la articulación. Algunos pedazos de hueso o de cartílago pueden desprenderse y quedar atrapados dentro del espacio que existe en la articulación lo que causa más dolor y daño

## **FISIOPATOLOGIA.**

Es, caracterizado por el deterioro del cartílago articular, esclerosis ósea subcondral y proliferaciones cartilaginosas y óseas marginales. Inicio insidioso y evolución lentamente progresiva

## **DIAGNÓSTICO:**

La osteoartritis puede ocurrir en cualquier articulación. Ocurre más a menudo en las manos, las rodillas, las caderas y la columna.

Las señales de alerta de la osteoartritis incluyen:

- Rigidez en una articulación al levantarse de la cama o después de estar sentado por mucho tiempo
- Hinchazón o sensibilidad al tacto en una o más articulaciones
- Sensación de ruptura o el crujido de huesos rozando el uno contra el otro.

No existe una prueba específica para diagnosticar la osteoartritis. , aunque se usan varios métodos tales como:

- Los antecedentes médicos.
- Un examen físico.
- Radiografías
- Otras pruebas tales como análisis de sangre o exámenes del líquido de las articulaciones.
- 

#### **TRATAMIENTO PARA LA OSTEARTROSIS.**

- El estilo de vida y la salud del paciente.
- Mejorar el funcionamiento de la articulación.
- Mantener un peso saludable.
- Controlar el dolor
- Lograr un estilo de vida saludable.
- Ejercicio
- Descanso y cuidado de las articulaciones.
- Técnicas para controlar el dolor sin medicamentos.
- Medicamentos como los AINES
- Terapias complementarias y alternativas.
- Cirugías.

## **DIABETES MELLITUS**

La Diabetes Mellitus comprende un grupo de enfermedades crónicas por factores genéticos o ambientales, caracterizados en la producción de la insulina. Lo que ocasiona alteración en el metabolismo en los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, se acompaña de hiperglucemia y produce lesiones vasculares y neurológicas.

### **CLASIFICACIÓN**

- 1.- Diabetes tipo 1
- 11,- Diabetes tipo 2
- 111.- Diabetes gestacional

### **FISIOPATOLOGIA DE LA DIABETES MELLITUS**

Disfunción de células de los islotes. Ocurre disfunción de células beta,(producción de insulina) y células, alfa (producción de glucagon)

La disfunción comienza años antes del diagnóstico de la diabetes tipo 2. La disfunción es progresiva antes y después del diagnóstico. Los defectos de las incretinas contribuyen a la disfunción de los islotes

**RESISTENCIA A LA INSULINA.** Comienza año antes del diagnóstico. Después del diagnóstico de la diabetes tipo 2 hay un leve empeoramiento de la resistencia a la insulina, la resistencia a la insulina reduce la captación y uso de la glucosa, La sobreproducción es resultado de la disfunción de células de los islotes y resistencia a la insulina

A diferencia de la diabetes tipo 1, la diabetes tipo 2 puede responder al tratamiento con ejercicio, dieta y medicamentos orales. Existen varios tipos de fármacos

hipoglucemiantes orales utilizados para reducir el nivel de glucosa en la diabetes tipo 2 y se clasifican en tres grupos que son:

Medicamentos llamados sulfonilureas que incrementan la producción de insulina por parte del páncreas

Medicamentos llamados tiazolidinedionas que ayudan a incrementar la sensibilidad de las células (respuesta) a la insulina Medicamentos que retardan la absorción de la glucosa por parte del intestino, entre los cuales están la acarbosa y el miglitol.

Existen algunos medicamentos inyectables utilizados para bajar los niveles de glucemia, entre los cuales están, exenatida y pramlintida

La mayoría de los diabéticos tipo 2 requerirá más de un medicamento para un buen control de la glucemia en los tres primeros años de comenzar el primer medicamento. Se pueden combinar diferentes grupos de medicamentos o utilizarlos con insulina

A veces, las personas con diabetes tipo 2 ya no necesitan medicamentos si pierden peso y aumentan la actividad, debido a que cuando alcanzan su peso ideal, su propia insulina y una dieta cuidadosa pueden controlar sus niveles de glucemia

No se sabe si el uso de los fármacos hipoglucémicos durante el embarazo es seguro: las mujeres que padecen diabetes tipo 2 y toman estos medicamentos deben cambiar a insulina durante el embarazo y mientras estén lactando

## CRITERIOS DE DIABETES MELLITUS

### Diagnósticos:

Clínico: Poliuria, polidipsia, Polifagia, Perdida ponderal. Astenia Adinamia. Malestar general, con algias de miembros inferiores.

Glucemia ayuno más de 126 mg en dos o más determinaciones o una arriba de 200 mg/dl

Medir la glucemia plasmática o en suero 1 hora después de la administración oral de 50 gramos de glucosa. Si el resultado es mayor de 130 mg/dl (7.2 mmol/l), realizar prueba de tolerancia a la glucosa oral con carga de 100 gramos

Curva de tolerancia a la glucosa:

| <b>Tabla 2. Criterios diagnósticos de diabetes con carga de 100 gramos de glucosa oral</b> |                        |        |  |        |
|--|------------------------|--------|--|--------|
| <b>Tiempo</b>  | <b>ADA<sup>1</sup></b> |        | <b>Norma Oficial Mexicana<sup>11</sup></b> |        |
|  | mg/dl                  | mmol/l | mg/dl                                      | mmol/l |
| Ayunas   | 95                     | 5.3    | 105  | 5.8    |
| 1 Hora   | 180                    | 10.0   | 190  | 10.6   |
| 2 Horas  | 155                    | 8.6    | 165  | 9.2    |
| 3 Horas  | 140                    | 7.8    | 145  | 8.1    |

Hemoglobina glucosilada +7 %

## **Criterios De Prevención**

Glucemias ayunas 110- 125 mg/dl

Glucemia 2 posprandiales 140 a 180 mg/dl

Obesidad + 25 de I:M:C:

Hipertensión, hiperlipidemias, ovarios poliquísticos

## **TRATAMIENTO**

### **FARMACOS**

Hipoglucemiantes orales.

Sulfonilureas

Meglitinidas.

Biguanidas

Inhibidores de las alfa glucosidasas intestinales

Insulina glargina, iniciar con 10 a 15 u. al día si la glucosa se encuentra muy elevada, aumentar 2 U. C/3er día hasta llegar a 80 – 100 mg/dl

### **Metformina.**

Mejora la sensibilidad a la insulina en el hígado y reduce la producción hepática de glucosa

Glitazonas.

Mejoría en la acción de la insulina en los tejidos periféricos y mayor captación de glucosa.

### **INHIBIDORES ALFA- GLICOSIDASAS**

Reducción de la absorción de glucosa postprandial.

## ANTIDIABETICOS ORALES UTILIZADOS EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

| GRUPO                                     | NOMBRE   | MECANISMO DE ACCIÓN   |
|---|--|---|
| Tiazolidindionas (TZD)                    | Rosiglitazona 2 mg al día<br>Pioglitazona 15 mg al día             | Aumento de la sensibilidad a la insulina, mantenimiento de la función de las células beta   |
| Biguanidas                                | Metformina   | Disminución de la salida hepática de glucosa  |
| Inhibidores de la alfa-glucosidasa        | Acarbosa 25 mg al día<br>Miglitol 25 mg al día                     | Retrazo de la absorción digestiva de carbohidratos  |
| Secretagogos de insulina sulfonilureas    | Glibenclamida<br>Clorpropamida, glipzida                           | Aumentan la liberación de la insulina   |
| Glitinidas                                | Nateglinida, repaglinida   | Aumentan la liberación de la insulina   |
| Combinación de las TZD +biguanida         | Rosiglitazona 8 mg al día +metformina<br>Pioglitazona + metformina | Aumento de la sensibilidad a la insulina, disminución de la salida hepática de glucosa, mantenimiento de la función de las células beta |
| Combinación de la sulfonilurea+ biguanida | Glipzida + metformina<br>Glibenclamida + metformina                | Aumento de la secreción de la salida hepática de glucosa  |
| Combinación de TZD+sulfonilurea           | Rosiglitazona + glimepirida<br>Pioglitazona + glimepirida          | Aumento de la secreción de insulina, aumento de la sensibilidad a la insulina, mantenimiento de la función de las células beta          |

## **INSULINA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: DOSIS**

0,1-0-3UI//día insulina intermedia en 1 dosis (70Kg: 7-21UI)

Pauta nocturna, ancianos, 0.2 (70 Kg: 14 UI)

Dosis media: 0,3-0,7, Aumenta con la progresión de DM y en obesos (hasta 1,5-2 UI/kg)

Insulina en 2 dosis: 2/3 antes del desayuno y 1/3 antes de la cena (28)

### **Combinación De Fármacos Orales + Insulina.**

Sulfonilureas y meglitinidas:

Aumento de los niveles hepáticos de insulina endógena y mayor liberación de insulina post-ingesta

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Acorde al perfil profesional del Médico Familiar es necesario un modelo de trabajo que lo distinga del Médico General para el estudio de la familia, la comunidad de la atención médica y la detección de los factores de riesgo.

El perfil epidemiológico que hoy caracteriza a nuestro país está formado por las enfermedades crónico-degenerativas y lesiones. A nivel mundial las causas de enfermedades en hombres de 15 años en adelante son: VIH/SIDA en un 7.4 %, la enfermedad isquémica, del corazón en un 6.8 %, la enfermedad cerebro vascular en un 5 %, el desorden depresivo unipolar en un 4.8 %, accidentes automovilísticos en un 4.3 %, la tuberculosis en un 4.2 %, los desordenes en el consumo del alcohol en un 3.4 %, violencia en un 3.3 %, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un 3.1 %, la pérdida auditiva en el adulto mayor en un 2.7 %.

En las mujeres de 15 años en adelante son: desordenes depresivos en un 8.4 %, VIH/SIDA, en un 7.2 %, enfermedad isquémica del corazón en un 5.3 %, la enfermedad cerebro vascular con un 5.2 %, catarata en un 3.1 %, pérdida auditiva en el adulto mayor con 2.1 %, la enfermedad obstructiva crónica, con un 2.7 %, tuberculosis con un 2.0 %, y Diabetes Mellitus en un 1.9 %, en el periodo 2002 (22)

En México son más frecuentes las enfermedades transmisibles y las lesiones, se dice que están asociadas al envejecimiento de la población y al aumento de riesgos, al estilo de vida poco saludable.

Las principales causas de muertes son, la Diabetes Mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares, ocupando el 33 % en mujeres y el 26 % en hombres en el 2002.

En nuestro país en el año 2005 predominaron como causa de muertes, la

Diabetes Mellitus en un 11.3 %, la enfermedad isquémica del corazón en un 10.9 %, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en un 7.6 %, la enfermedad cerebro vascular en un 4.7 %, la EPOC en un 4.1 %, las agresiones en un 3.2 %, accidentes en vehículo de motor en un 3.1 %, infecciones respiratorias agudas en un 2.9 %. (23)

Si estas enfermedades no son atendidas a tiempo provocan doble costo social, aumentan la discapacidad y aumento en el costo-tratamiento, provocando un círculo vicioso pobreza-enfermedad-pobreza. El objetivo es lograr hacer intervenciones costo-efectivas y fortalecer las acciones de prevención y promoción realizando alternativas más variables y enfrentando padecimientos de tratamientos costosos y prolongados, adoptando estilos de vida saludables, fomentando el auto cuidado de la salud, impulsar la prevención de enfermedades y discapacidades para mejorar las condiciones de salud general, con un mejor desarrollo económico y social para nuestro país.

EL MOSAMEF. Se va a tomar como la base piloto para identificar inicialmente los datos básicos de las familias derechohabientes a través de una cédula básica de identificación familiar (CEBIF) con el fin de integrar de una manera sistematizada los datos generales de las familias y sus factores de riesgo, que permitan al médico familiar aplicar un modelo a través del cual puedan complementar las estrategias preventivas y planeación y/o tratamiento necesario para los derechohabientes.

La presente investigación reconoce como problema el no tener una base teórica respaldada por evidencias científicas que permitan esclarecer las características socio-demográficas y patológicas, de las familias con las que el médico familiar trabaja cotidianamente. Con lo cual se podrán llevar a cabo las tres acciones que fundamentan el ejercicio profesional de la medicina familiar que son Estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria. Por lo cual me planteo la siguiente pregunta.

¿Cuáles son las características familiares, pirámide poblacional, factores de riesgo de los pacientes adscritos al consultorio No, 5 del turno vespertino de la U.M.F. Xochimilco, ISSSTE, México, D.F.?

## JUSTIFICACIÓN

En la actualidad y desde hace mucho tiempo, se requiere que el médico familiar este preparado para enfrentar de manera más oportuna y efectiva la atención primaria de la salud, es así que la medicina se ha modernizado, especializado y tecnificado para así ofrecer un servicio más integral, no solo ver al ser humano en su aspecto físico, sino en todo su contexto bio-psicosocial.

A nivel nacional la población derechohabiente del ISSSTE en 2007 fue de 10 972 000, asegurados permanentes y eventuales, 2 453 000, familiares de asegurados, 7 380 000, pensionados, 279 000, jubilados, 333 000, familiares se pensionados y jubilados 528 000 (22)

La Unidad Médico Familiar Xochimilco, ISSSTE, México, D.F. cuenta con una población adscrita de 160 304, y de los cuales son usuarios 96 279.

Las causas de morbi-mortalidad más frecuentes en la Unidad Médico Familiar Xochimilco ISSSTE son las enfermedades crónicas degenerativas como son la hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, y las Infecciones de vías respiratorias altas.

El modelo sistemático de atención médica pretende incidir en cada uno de los cinco campos de acción, planificados por la Carta de Ottawa producto de la segunda conferencia de Promoción de la Salud, la cual señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en cinco campos de acción. Reorientar los servicios de salud, mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida, crear medioambientes saludables, elaborar políticas explícitas para la salud y reforzar la acción comunitaria en salud.

Es necesario un uso racionalizado de los recursos para mejorar la atención de los consultorios de medicina familiar, desde el tiempo de espera, agilización del uso del archivo clínico, derivaciones justificadas a 2do. Y 3er nivel y en general una atención médica de mayor calidad y calidez que le permita promover y mantener la salud de sus familias. Para lograr estos propósitos el médico familiar deberá conocer con detalle la estructura de las familias que están bajo su cuidado, las características de la pirámide poblacional que conforman las patologías más frecuentes tratadas, como la comprensión de la estructura y de la función de la familia, el conocimiento de la forma como la familia se comunica, la capacidad para observar cómo operan las familias y para relacionarse con éstas lo mismo que con los individuos, y la aceptación del papel de reforzadores de la función central de la familia.

En consecuencia es importante conocer a nuestras familias, porque se desconocen los datos relacionados con la población adscrita al consultorio y las variantes socioculturales y patológicas, datos que podrían ser factibles de estudio por el propio médico familiar en su horario y sitio de trabajo.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Características familiares, personales, poblacional, factores de riesgo de los pacientes adscritos al consultorio No., 5 turno vespertino de la Unidad Médico Familiar, Xochimilco, ISSSTE, México, D.F.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Elaborarla pirámide poblacional del consultorio No. 5 turno vespertino de la U.M.F. Xochimilco, ISSSTE. México. DF.
2. Identificar los 10 principales motivos de consulta de primera vez
3. Identificar los 10 principales motivos de consulta subsecuentes
4. identificar la edad de la madre en grupos etareos
5. Identificar la edad del padre por grupos etareos
6. Identificar etapa del ciclo vital
7. Identificar tipos de familias según su estructura
8. Identificar escolaridad en años
9. Identificar factores de riesgo
10. Identificar la ocupación de los padres de familia

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

- Descriptivo
- Transversal observacional
- Prospectivo
- Retrospectivo

### **POBLACION LUGAR Y TIEMPO**

Grupo de familias adscritas que acudieron a consulta al consultorio No. 5 turno vespertino de la U.M.F. Xochimilco, ISSSTE, México, DF ubicada en la calle Galeana No. 158 Bo. San Pedro Xochimilco, DF. CP Durante el periodo comprendido del 1º de enero a el 31 de diciembre del 2007.

### **MUESTRA**

Se realizó una muestra de trabajo no aleatoria, obteniéndose una población de 120 familias, por medio de la cédula básica (CEBIF) en el consultorio del 16 de mayo al 15 de agosto del 2008.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Población usuaria derechohabiente asignada al consultorio No.5 del turno vespertino de la U.M.F. Xochimilco ISSSTE. Méx DF. que tengan expediente clínico.
2. Hojas de informe diario del 1º de enero 2007 al 31 de diciembre del 2007 del consultorio No, 5 turno vespertino de la U.M.F. Xochimilco, ISSSTE, México. DF.
3. Pacientes que contesten voluntariamente

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Población adscrita no usuaria
- Familias no asignadas al consultorio número 5 turno vespertino de la U.M.F. Clínica Xochimilco ISSSTE, México. D.F.
- Que no tengan expediente clínico
- Pacientes que no dieron datos completos

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Expedientes no activos
- Hojas de encuesta incompletas
- Cambio de consultorio
- Pacientes que causaron baja en la Clínica

## VARIABLES

### VARIABLES CUALITATIVAS

| <b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b> | <b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>  | <b>DEFINICION OPERACIONAL</b>  | <b>TIPO DE VARIABLE</b> |
|------------------------------|---|--|-------------------------|
| Género                       | Clasificación en gramatical masculino, femenino                                   | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Masculino</li><li>2. Femenino</li></ol>   | Cualitativa             |
| Escolaridad                  | Total de grados cursados en la escuela y tiempo en el cual se cursan estos grados | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Analfabeta</li><li>2. Primaria</li><li>3. Secundaria</li><li>4. Preparatoria</li><li>5. Superior</li><li>6. Técnica</li><li>7. Superior</li></ol> | Cualitativa             |
| Ocupación                    | Acción y afecto de ocupar u ocuparse, empleo, oficio o dignidad                   | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Empleado</li><li>2. Técnico</li><li>3. Estudiante</li><li>4. Profesional</li><li>5. Comerciante</li><li>6. Hogar</li><li>7. Pensionado</li></ol>  | Cualitativo             |

| NOMBRE DE LA VARIABLE                               | DEFINICION CONCEPTUAL  | DEFINICION OPERACIONAL  | TIPO DE VARIABLE |
|---|--|---|------------------|
| Clasificación de las familias en base al parentesco | Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nuclear</li> <li>2. Nuclear simple</li> <li>3. Nuclear numerosa</li> <li>4. Reconstruida</li> <li>5. Monoparental</li> <li>6. Monoparental extensa</li> <li>7. Extensa</li> <li>8. Extensa compuesta</li> <li>9. No parental</li> </ol> | Cualitativa      |
| Clasificación de las familias sin parentesco        | Aquellas familias sin vínculo afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monoparental</li> <li>2. Extendida sin parentesco</li> <li>3. Grupos similares a familias</li> </ol>  | Cualitativa      |

| NOMBRE DE LA VARIABLE   | DEFINICION CONCEPTUAL   | DEFINICION OPERACIONAL  | TIPO DE VARIABLE |
|---|---|---|------------------|
| Clasificación de las familias con base a la presencia física y convivencia          | La presencia física en el hogar implica un grado de convivencia, la presencia física está vinculada también con la identificación del jefe de familia, la interacción psicosocial de los miembros de las familias | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Núcleo integrado</li> <li>2. Núcleo no integrado</li> <li>3. Extensa ascendente</li> <li>4. Extensa descendente</li> <li>5. Extensa colateral.</li> </ol>                       | Cualitativa      |
| Clasificación de la familia por estilos de vida originados por los cambios sociales |   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persona que vive sola, parejas homosexuales sin hijos</li> <li>2. Parejas homosexuales con hijos adoptivos.</li> <li>3. Familia grupal, familia comunal, y poligamia</li> </ol> | Cualitativa      |

| NOMBRE DE LA VARIABLE       | DEFINICION CONCEPTUAL                         | DEFINICION OPERACIONAL  | TIPO DE VARIABLE |
|-----------------------------|---|---|------------------|
| Factores de riesgo familiar | Patogenia familiar que influye en el paciente | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetes Mellitus</li> <li>2. Hipertensión arterial</li> <li>3. Enf. Del corazón</li> <li>4. Ca Cu.</li> <li>5. Ca mama</li> <li>6. Ca próstata</li> <li>7. Otro cáncer</li> <li>8. Ins. Renal</li> <li>9. Sida/VIH</li> <li>10. Otro ETS</li> <li>11. Tb. Pulmonar</li> <li>12. Obesidad</li> <li>13. Tabaquismo</li> <li>14. Alcoholismo</li> <li>15. Otras farmacod.</li> <li>16. Violencia intrafamiliar</li> <li>17. Discapacidad</li> </ol> | Cualitativa      |

## VARIABLE CUANTITATIVA

| <b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>          | <b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>   | <b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>   | <b>TIPO DE VARIABLE</b> |
|---------------------------------------|--|---|-------------------------|
| Edad de los integrantes de la familia | Tiempo de existencia o duración en años  | En números enteros en años  | Cuantitativa            |
| Años de unión conyugal                | Periodo de doce meses a contar desde un día cualquiera en que se lleva a cabo la unión | En números enteros en años meses  | Cuantitativa            |
| Número de hijos por grupos de edades  | Conteo de hijos y clasificación por edades   | Número de hijos:<br>1. entre 0 a 10 años<br>2. De 11 a 19 años<br>3. De 20 o más años | Cuantitativa            |

## **METODO DE RECOLECCION DE DATOS**

Se pidió permiso a las autoridades competentes, se solicitaron las hojas de informe diario del médico del consultorio No. 5 turno vespertino de la Unidad Médico Familiar Xochimilco, ISSSTE, México. D.F. en el archivo, a lo que corresponde del 1º de enero del 2007 al 31 de diciembre del 2007, y se hizo la captura de la información por medio de paloteo en hojas blancas, identificando las 20 principales causas de atención.

El estudio de las familias se realizó por medio de la cédula básica (CEBIF) en el consultorio, del 16 de mayo del 2008 al 15 de agosto del 2008, las encuestas fueron aplicadas por la autora de éste trabajo.

La aplicación de la CEBIF se aplicó únicamente en el turno vespertino

Las encuestas se aplicaron en el consultorio a las personas que voluntariamente respondieron, con una duración de 20 a 30 min. en cada encuesta y en un lapso de 3 meses aproximadamente

## Cronograma

| <b>Etapas y actividades</b>    | <b>Mayo</b> | <b>junio</b> | <b>Julio</b> | <b>Agosto</b> | <b>Septiembre</b> | <b>Octubre</b> | <b>Noviembre</b> |
|--------------------------------|-------------|--------------|--------------|---------------|-------------------|----------------|------------------|
| Etapa de planeación y proyecto | 2008        |              |              |               |                   |                |                  |
| Marco teórico                  |             | 2008         | 2008         |               |                   |                |                  |
| Material y método              |             |              | 2008         | 2008          |                   |                |                  |
| Etapa de ejecución             |             |              | 2008         | 2008          |                   |                |                  |
| Recolección de datos           | 2008        | 2008         | 2008         | 2008          |                   |                |                  |
| Almacenamiento de los datos    |             |              | 2008         | 2008          | 2008              |                |                  |
| Análisis de los datos          |             |              |              | 2008          | 2008              |                |                  |
| Descripción de los datos       |             |              |              | 2008          | 2008              |                |                  |
| Discusión de los resultados    |             |              |              | 2008          | 2008              |                |                  |
| Conclusión del estudio         |             |              |              |               |                   |                | 2008             |
| Integración y revisión final   |             |              |              |               |                   |                | 2008             |
| Reporte final                  |             |              |              |               |                   |                | 2008             |
| Autorizar                      |             |              |              |               |                   |                | 2008             |
| Impresión de trabajo final     |             |              |              |               |                   |                | 2008             |

Se hizo la recolección de datos de las cédulas (CEBIF) a partir del día 16 de mayo del 2008 al 16 de agosto del 2008

## **RECURSOS**

### **RECURSOS HUMANOS:**

Este proyecto será realizado por el investigador responsable del mismo

### **RECURSOS MATERIALES**

*Se utilizó:*

- Una computadora
- 1000 hojas blancas
- Un lápiz plomo
- Una impresora
- Tres plumas
- Dos sacapuntas
- Internet
- Una goma de borrar
- Una calculadora

### **1.14. 3RECURSOS FINANCIEROS**

Para la elaboración de los recursos financieros de este proyecto corren a cargo del investigador.

### **CONSIDERACIONES ETICAS.**

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud (Artículo 17 del reglamento). 1ª categoría es una investigación que no representa riesgos para los pacientes que van a ser entrevistados, y no altera ninguno de los conceptos de la declaración de Helsinki adoptada en la 18ª asamblea (24).

Esta información se obtuvo de acuerdo a los resultados de la entrevista y revisión de las hojas SM10 de consulta diaria en el archivo, lo cual no produjo daños físicos y mentales a los pacientes en proceso de investigación.

## RESULTADOS

Se aplicaron 120 cédulas CEBIF en el consultorio No. 5 turno vespertino de la U.M:F. Xochimilco, ISSSTE, Méx, DF. los datos obtenidos se analizaron y a continuación se describen los resultados

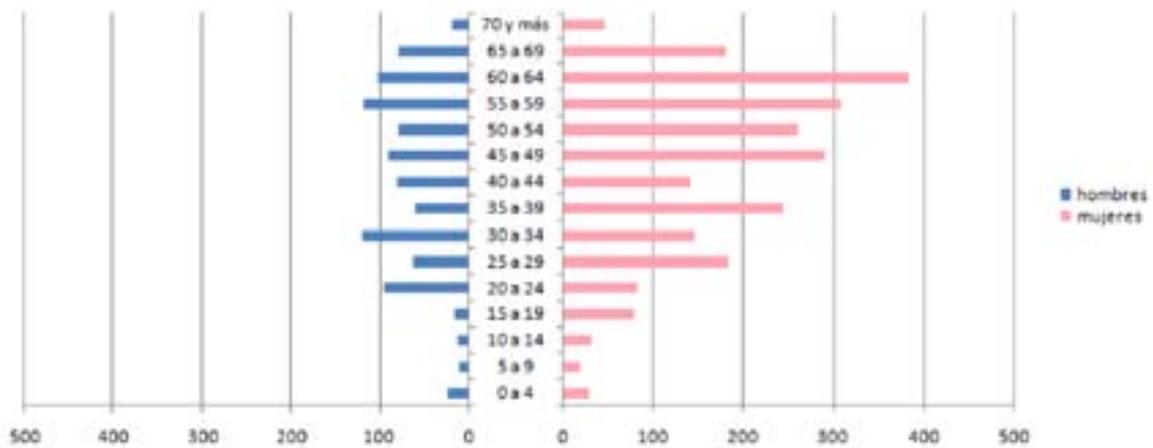
La pirámide poblacional del consultorio No. 5 turno vespertino de la U.M.F. Xochimilco, ISSSTE. Méx, DF. Ascende a 3,352 derechohabientes, representa una población adulta en primer lugar de 60 a 64 años, con 484 pacientes con 14.44 %, después de 55 a 59 años con 426 pacientes, 12.71%, de 45 a 49 años con 380 pacientes, 11.34 %, de 50 a 54 años con 338, con el 10.08 % de 35 a 39 años con 283 casos el 8.44 %, de 30 a 34 años con 265 pacientes, con el 7.91 %, de 60 a 69 años con 258 casos y el 7.7 %, de 25 a 29 años con 245 pacientes y un 7.31%, de 40 a 44 años con 220 casos y el 6.56 %, de 20 a 24 años con 175 pacientes y el 5.22 %, de 15 a 19 años con 93 casos , el 2.77 %,, 70 y más con 63 pacientes y el 1.88 %, de 0 a 4 años con 51 casos con el 1.52 %, de 10 a 14 años con 43 pacientes y el 1.28 % de 5 a 9 años con 28 casos y el 0.84 %.

El total de consultas reportadas en el año 2007, del consultorio No. 5 turno vespertino de la U.M,.F. Xochimilco, ISSSTE, Méx. DF. Fueron de 3.353, las 10 principales patologías y el número de pacientes que las padecen.

Encontrándose, con 897 casos de hipertensión arterial, correspondiendo a un 26 %, Diabetes Mellitus con 782 casos, con el 23,34 %, faringitis, 706 casos, el 21 %, infección de vías urinarias, 140 pacientes con el 4.17 %, osteoartrosis, 190 casos, el 5.66%, gastritis con 210, casos y con el 6.26 %, dislipidemias con 188 casos, con el 5.16 %, lumbalgias, 85 pacientes con el 2.54 %, vulvovaginitis con 78 casos y el 2.34 %, gastroenteritis 76 consultas con 2.26 %.

## PIRAMIDE POBLACIONAL

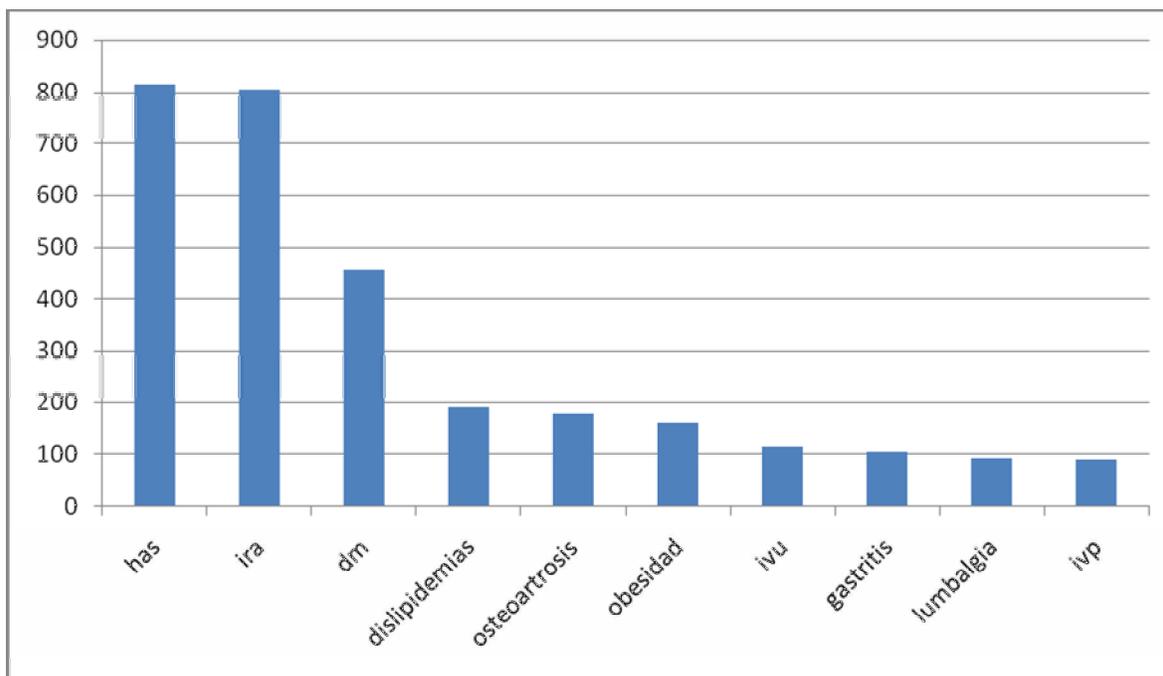
| Edades        | Hombres y mujeres | %           |
|---------------|-------------------|-------------|
| 0 a 4         | 51                | 1.52%       |
| 5 a 9         | 28                | 0.84%       |
| 10 a 14       | 43                | 1.28%       |
| 15 a 19       | 93                | 2.77%       |
| 20 a 24       | 175               | 5.22%       |
| 25 a 29       | 245               | 7.31%       |
| 30 a 34       | 265               | 7.91%       |
| 35 a 39       | 283               | 8.44%       |
| 40 a 44       | 220               | 6.56%       |
| 45 a 49       | 380               | 11.34%      |
| 50 a 54       | 338               | 10.08%      |
| 55 a 59       | 426               | 12.71%      |
| 60 a 64       | 484               | 14.44%      |
| 65 a 69       | 258               | 7.7%        |
| 70 y más      | 63                | 1.88%       |
| <b>Total:</b> | <b>3352</b>       | <b>100%</b> |



**Fuente:** Hoja SM-10 (hoja de consulta diaria ) periodo 2007

## 10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

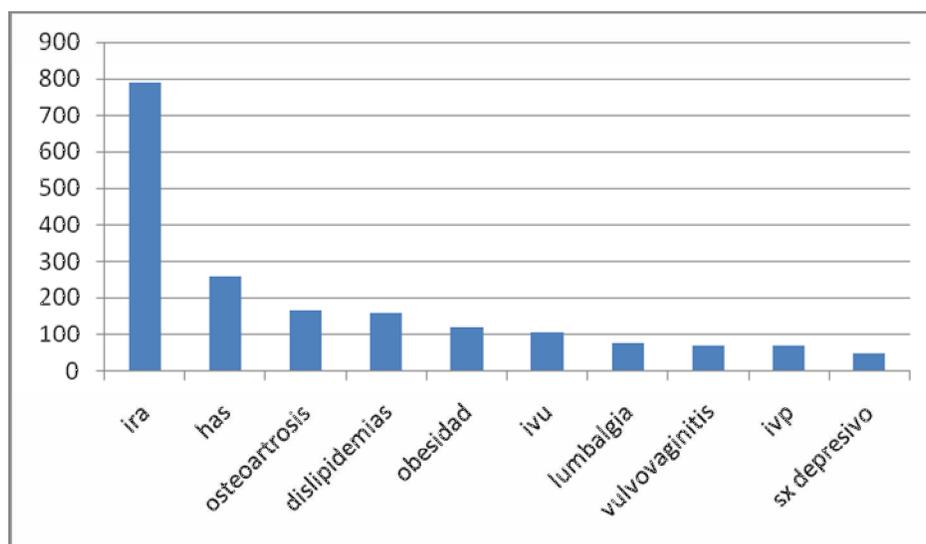
| Enfermedad                            | Total | %     |
|---------------------------------------|-------|-------|
| Hipertensión arterial                 | 815   | 27.23 |
| Infección de vías respiratorias altas | 803   | 26.83 |
| Diabetes Mellitus                     | 454   | 15.17 |
| Dislipidemias                         | 190   | 6.35  |
| Osteoartritis                         | 176   | 5.88  |
| Obesidad                              | 160   | 5.35  |
| Infección de vías urinarias           | 114   | 3.81  |
| Gastritis                             | 103   | 3.44  |
| Lumbalgia                             | 90    | 3.01  |
| Insuficiencia venosa periférica       | 88    | 2.94  |
|                                       | 2993  | 100%  |



Fuente: hoja SM-10 (hoja de consulta diaria) periodo 2007

## 10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA [PRIMERA VEZ]

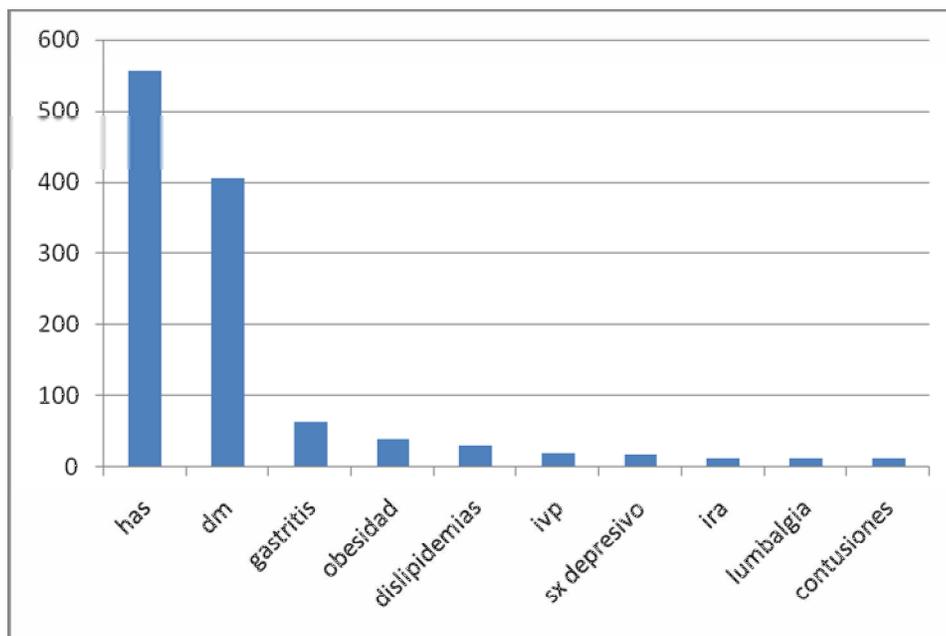
| Enfermedad                            | Total | %     |
|---------------------------------------|-------|-------|
| Infección de vías respiratorias altas | 790   | 42.2  |
| Hipertensión arterial                 | 260   | 13.89 |
| Osteoartrosis                         | 168   | 8.97  |
| Dislipidemias                         | 160   | 8.55  |
| Obesidad                              | 120   | 6.41  |
| Infección de vías urinarias           | 108   | 5.77  |
| Lumbalgia                             | 78    | 4.17  |
| Vulvovaginitis                        | 70    | 3.74  |
| Insuficiencia venosa periférica       | 68    | 3.63  |
| Síndrome depresivo                    | 50    | 2.67  |
|                                       | 1872  | 100%  |



Fuente: hoja SM-10 (hoja de consulta diaria), periodo 2007

## 10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA SUBSECUENTE

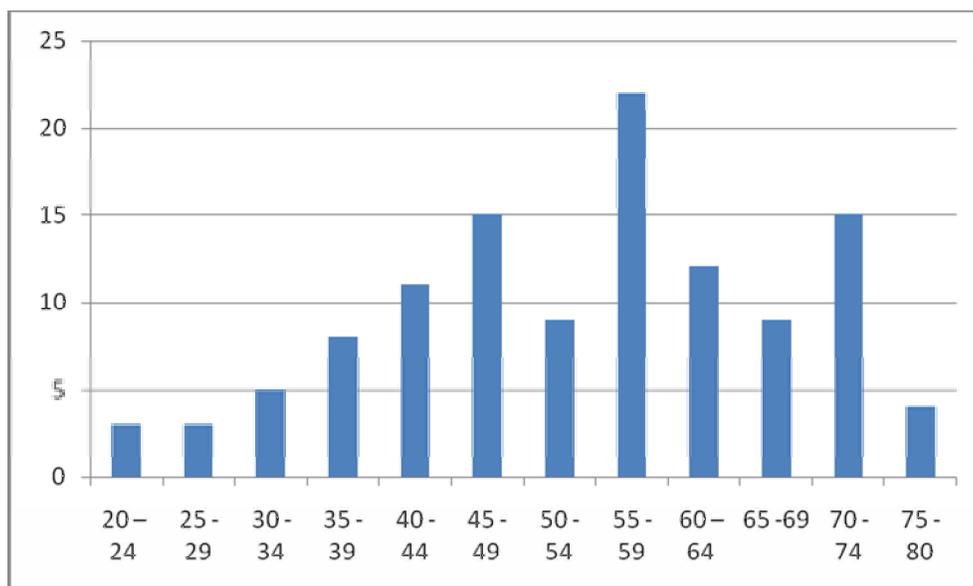
| Enfermedad                            | Subsecuente | %     |
|---------------------------------------|-------------|-------|
| Hipertensión arterial                 | 555         | 47.4  |
| Diabetes Mellitus                     | 406         | 34.67 |
| Gastritis                             | 65          | 5.55  |
| Obesidad                              | 40          | 3.42  |
| Dislipidemias                         | 30          | 2.56  |
| Insuficiencia venosa periférica       | 20          | 1.71  |
| Síndrome depresivo                    | 18          | 1.54  |
| Infección de vías respiratorias altas | 13          | 1.11  |
| Lumbalgia                             | 12          | 1.02  |
| Contusiones                           | 12          | 1.02  |
|                                       | 1171        | 100%  |



Fuente: hoja SM-10 (hoja de consulta diaria) periodo 2007

## EDAD DE LA MADRE

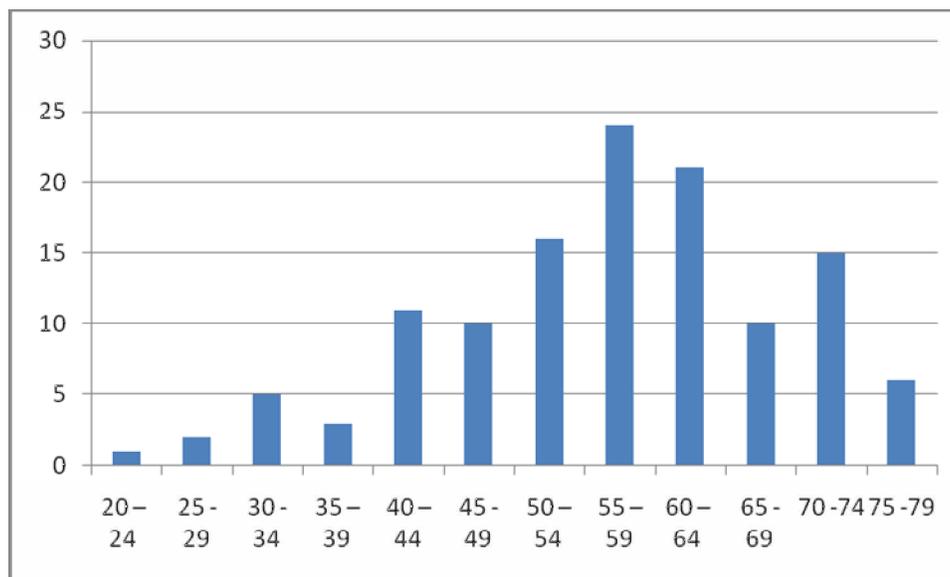
| EDAD         | TOTAL      | %            |
|--------------|------------|--------------|
| 20 – 24      | 3          | 2.5          |
| 25 - 29      | 3          | 2.5          |
| 30 - 34      | 6          | 5            |
| 35 - 39      | 8          | 6.66         |
| 40 - 44      | 11         | 9.16         |
| 45 - 49      | 15         | 12.5         |
| 50 - 54      | 11         | 9.16         |
| 55 - 59      | 22         | 18.33        |
| 60 – 64      | 13         | 10.83        |
| 65 -69       | 9          | 7.5          |
| 70 - 74      | 15         | 12.5         |
| 75 - 80      | 4          | 3.33         |
| <b>TOTAL</b> | <b>120</b> | <b>100 %</b> |



**Fuente:** Cedula de recolección de datos. (Familias encuestadas en el consultorio n° 5 de la UMF Xochimilco, ISSSTE)

## EDAD DEL PADRE

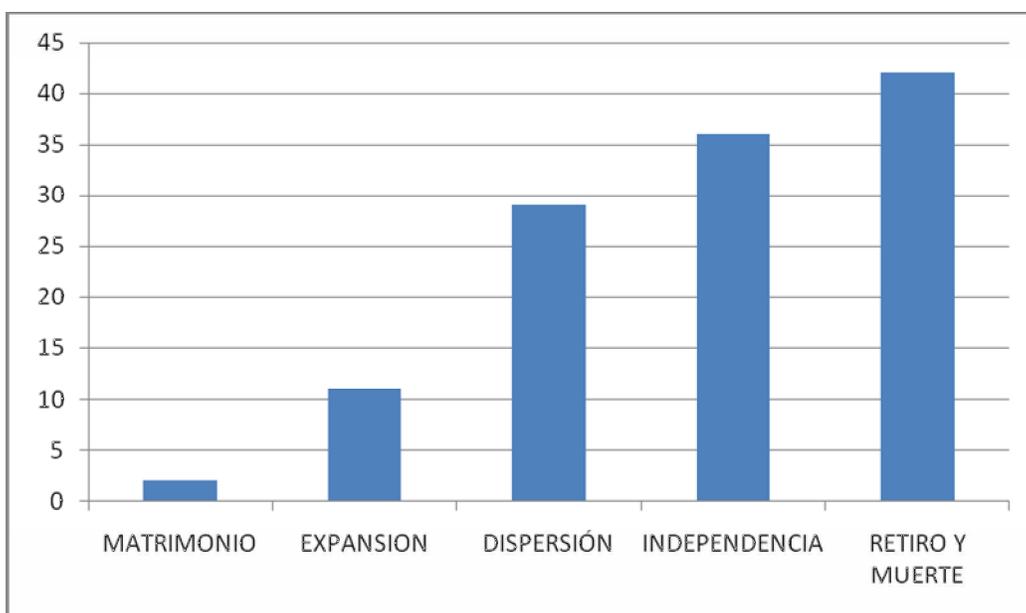
| EDAD         | TOTAL      | %          |
|--------------|------------|------------|
| 20 – 24      | 1          | 0.83       |
| 25 - 29      | 2          | 1.67       |
| 30 - 34      | 5          | 4.17       |
| 35 – 39      | 3          | 2.5        |
| 40 – 44      | 11         | 9.17       |
| 45 - 49      | 12         | 10         |
| 50 – 54      | 17         | 14.17      |
| 55 – 59      | 26         | 21.67      |
| 60 – 64      | 22         | 18.33      |
| 65 - 69      | 10         | 8.32       |
| 70 -74       | 5          | 4.17       |
| 75 -79       | 6          | 5          |
| <b>TOTAL</b> | <b>120</b> | <b>100</b> |



**Fuente:** Cedula de recolección de datos. (Familias encuestadas en el consultorio n° 5 de la UMF Xochimilco, ISSSTE)

## ETAPAS DEL CICLO VITAL

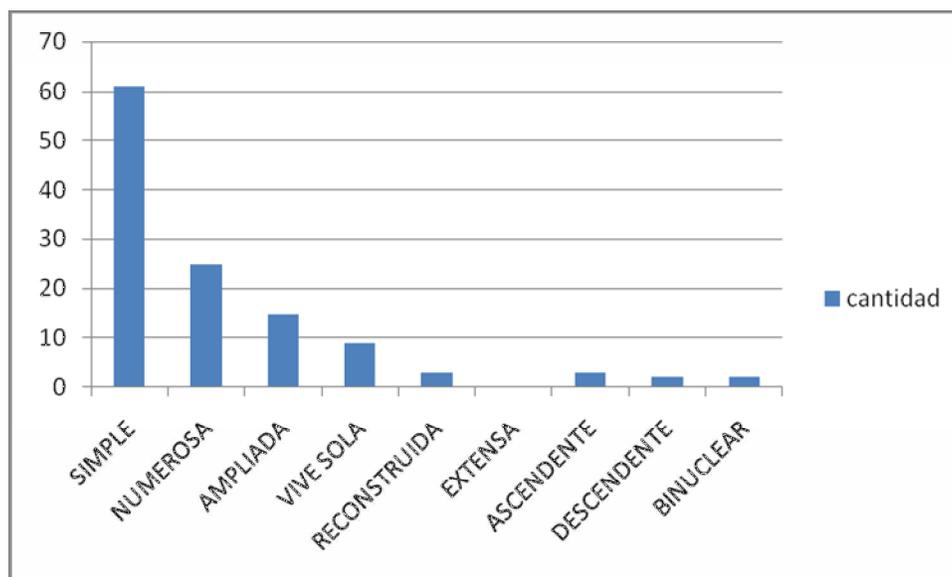
| ETAPA           | TOTAL      | %            |
|-----------------|------------|--------------|
| Matrimonio      | 2          | 1.66         |
| Expansión       | 11         | 9.16         |
| Dispersión      | 29         | 24.16        |
| Independencia   | 36         | 30           |
| Retiro y muerte | 42         | 35           |
| <b>TOTAL</b>    | <b>120</b> | <b>100 %</b> |



**Fuente:** Cedula de recolección de datos. (Familias encuestadas en el consultorio n° 5 de la UMF Xochimilco, ISSSTE)

## TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU ESTRUCTURA

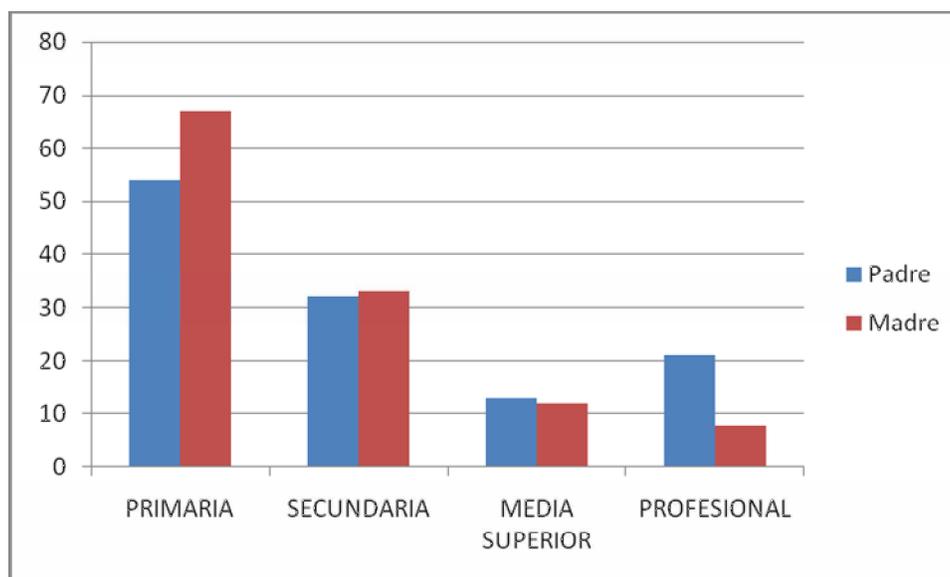
| NUCLEAR      | TOTAL | %     |
|--------------|-------|-------|
| Simple       | 61    | 50.83 |
| Numerosa     | 25    | 20.83 |
| Ampliada     | 15    | 12.5  |
| Vive sola    | 9     | 7.5   |
| Reconstruida | 3     | 2.5   |
| Extensa      |       |       |
| Ascendente   | 3     | 2.5   |
| Descendente  | 2     | 1.66  |
| Binuclear    | 2     | 1.66  |
| TOTAL        | 120   | 100 % |



**Fuente:** Cedula de recolección de datos. (Familias encuestadas en el consultorio n° 5 de la UMF Xochimilco, ISSSTE)

## ESCOLARIDAD EN AÑOS

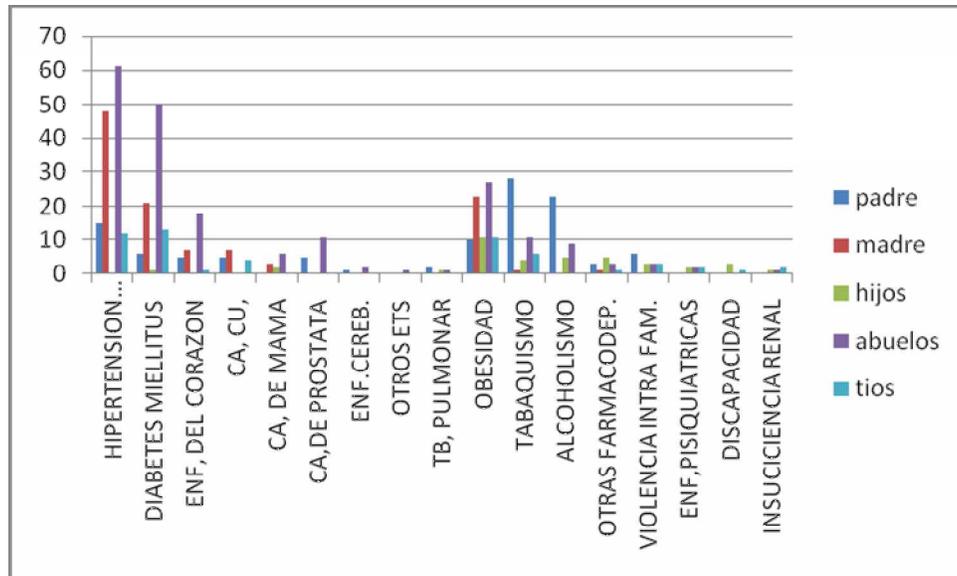
| NIVEL          | PADRE | MADRE | TOTAL | %     |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| Primaria       | 54    | 67    | 121   | 50.4  |
| Secundaria     | 32    | 33    | 65    | 27    |
| Media superior | 13    | 12    | 25    | 10.4  |
| Profesional    | 21    | 8     | 29    | 12.0  |
| TOTAL          | 120   | 120   | 240   | 100 % |



**Fuente:** Cedula de recolección de datos. (Familias encuestadas en el consultorio n° 5 de la UMF Xochimilco, ISSSTE)

## FACTORES DE RIESGO

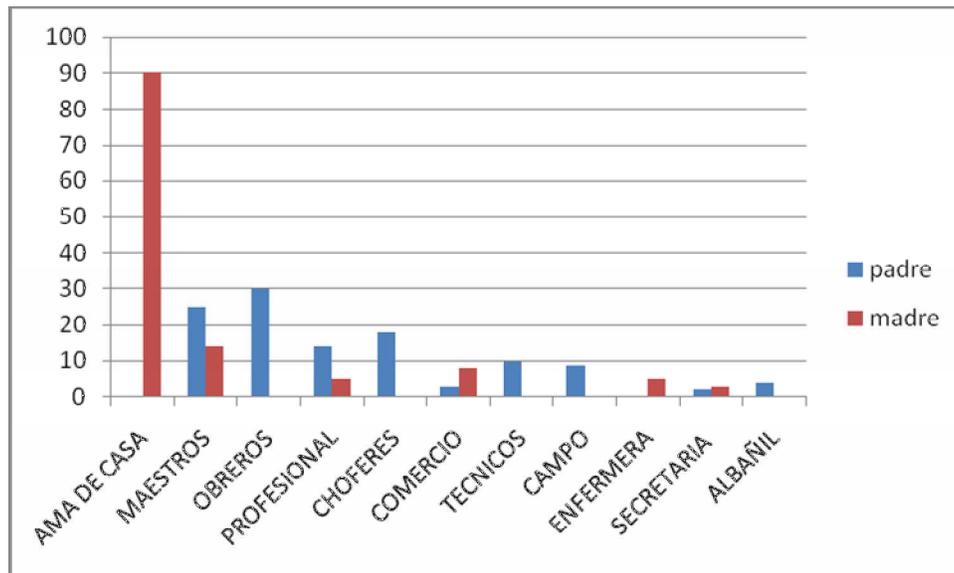
| ENFERMEDAD                       | PADRE | MADRE | HIJOS | ABUELOS | TIOS | TOTAL | %        |
|----------------------------------|-------|-------|-------|---------|------|-------|----------|
| Hipertensión arterial            | 15    | 48    |       | 61      | 12   | 136   | 26.15    |
| Diabetes Mellitus                | 6     | 21    | 1     | 50      | 13   | 91    | 17.5     |
| Enfermedad del corazón           | 5     | 7     |       | 18      | 1    | 31    | 5.96     |
| Cáncer cervicouterino            |       | 9     |       |         | 7    | 16    | 3.07     |
| Cáncer de mama                   |       | 3     | 2     | 6       |      | 11    | 2.11     |
| Cáncer de próstata               | 5     |       |       | 11      |      | 16    | 3.07     |
| Enfermedades cerebrales          | 1     |       |       | 2       |      | 3     | 0.57     |
| Otras enfermedades transmisibles |       |       |       | 1       |      | 1     | 0.19     |
| Tb, pulmonar                     | 2     |       | 1     | 1       |      | 4     | 0.76     |
| Obesidad                         | 10    | 23    | 11    | 27      | 11   | 82    | 15.76    |
| Tabaquismo                       | 28    | 1     | 4     | 11      | 6    | 50    | 9.61     |
| Alcoholismo                      | 23    |       | 5     | 9       |      | 37    | 7.11     |
| Otras farmacodependencias        | 3     | 1     | 5     | 3       | 1    | 13    | 2.5      |
| Violencia intrafamiliar.         | 6     |       | 3     | 3       | 3    | 15    | 2.88     |
| Enfermedades psiquiátricas       |       |       | 2     | 2       | 2    | 6     | 1.15     |
| Discapacidad                     |       |       | 3     |         | 1    | 4     | 0.76     |
| Insuficiencia renal              |       |       | 1     | 1       | 2    | 4     | 0.76     |
| TOTAL                            | 104   | 113   | 38    | 206     | 59   | 520   | 100<br>% |



Fuente: Cedula de recolección de datos. (Familias encuestadas en el consultorio n° 5 de la UMF Xochimilco, ISSSTE)

## OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA

| OCUPACIÓN   | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | %     |
|-------------|-----------|----------|-------|-------|
| Ama de casa |           | 90       | 90    | 37.5  |
| Maestros    | 25        | 14       | 39    | 16.25 |
| Obreros     | 30        |          | 30    | 12.5  |
| Profesional | 14        | 5        | 19    | 7.91  |
| Choferes    | 18        |          | 18    | 7.5   |
| Comercio    | 3         | 8        | 11    | 4.58  |
| Técnicos    | 10        |          | 10    | 4.16  |
| Campo       | 9         |          | 9     | 3.75  |
| Enfermera   |           | 5        | 5     | 2.08  |
| Secretaria  | 2         | 3        | 5     | 2.08  |
| Albañil     | 4         |          | 4     | 1.66  |
| TOTAL       | 120       | 120      | 240   | 100 % |



**Fuente:** Cedula de recolección de datos. (Familias encuestadas en el consultorio n° 5 de la UMF Xochimilco, ISSSTE)

## DISCUSIÓN

Los grupos de mayor riesgo son, la población que va de la 4ª a la 6ª década de la vida, lo que nos hace pensar que la pirámide poblacional se está invirtiendo, cada día, ya que hay más viejos que jóvenes, como motivos de consulta de primera vez destacan las enfermedades de vías respiratorias altas, la hipertensión arterial, la osteoartritis, como motivo de consultas subsecuentes más frecuentes encontramos la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, gastritis, etc. Estos padecimientos están acordes a los referidos en la morbilidad nacional y del ISSSTE. Por lo cual el médico familiar debe de actualizarse para poder enfrentar en forma adecuada los daños a la salud de la población que atiende. Y es el beneficio que nos otorga el aplicar el Mosamef en su fase diagnóstica.

Con la aplicación de la Cédula de Básica de investigación familiar (CEBIF) en el consultorio número 5 turno vespertino de la unidad de medicina familiar Xochimilco Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE), México Distrito Federal. Me di cuenta de que la población que más asiste a consulta es la del sexo femenino, que son de 55 a 59 años de edad con un 18.33 %, la edad de los padres que también acudieron a consulta es de 55 a 59 años con un 21.67 %, Con lo que respecta al ciclo vital hay más de retiro y muerte con 42 personas y un 35 % por tal motivo debemos hacer más promoción para detectar y prevenir a tiempo las enfermedades y sus complicaciones, Además de identificar los factores protectores en la población a fin de propiciar en esta un envejecimiento exitoso.

De acuerdo a su estructura, se encontró que las familias nucleares simples ocupa un 50.83 % con lo que respecta a la escolaridad, la mayoría cuenta solo con la educación básica con el 50.4 % En cuanto a los factores de riesgo están la Hipertensión arterial la Diabetes Mellitus, la Obesidad y el tabaquismo, alcoholismo, por tal motivo debemos hacer mayor promoción al sustento de la salud, a la prevención de las enfermedades e incapacidades, a los cuidados durante las fases agudas y crónicas de las enfermedades, tomando en cuenta los

factores físicos, emocionales, sociales, culturales, económicos y ambientales para prevenir dichas enfermedades, y así brindarles una mejor atención, tanto ambulatoria como hospitalaria, así como los servicios de salud que beneficien al paciente.

En la ocupación de esta población, la “ama de casa”, con el 37.5 % ocupa un lugar muy importante, esto se debe a que en esta población se tiene la creencia de que la mujer solo se debe dedicar a su casa y sus hijos, y no tienen derecho a estudiar más que la primaria. Lo cual corrobora que las familias en esta zona son aun de tipo tradicional. Es importante analizar las ventajas y desventajas que este evento tiene. Por un lado pueden acudir sin ningún problema a sus citas médicas, a los programas de educación para la salud, tiene menos tensión mientras que por otro lado hay un nivel bajo de escolaridad y económico, con el cual el Médico Familiar debe elaborar estrategias educativas acorde a estas limitantes.

En los ancianos, debemos poner más interés en cuanto llegan a la etapa de retiro y muerte, ya que muchos pacientes son abandonados, mal tratados, explotados, y humillados, y proponer la formación centros de atención al anciano, y la utilización del programa de atención al envejecimiento, recurso con el que cuenta mi ámbito laboral, también llevar a cabo la prevención de complicaciones que puedan poner en peligro la vida del paciente. Identificar al cuidador primario a fin de evitar su agotamiento y propiciar en la familia la rotación de este rol.

## **CONCLUSIONES**

El tipo de familias predominantes fueron la nuclear simple e integrada y en su mayoría son tradicionales

Las principales causas de consulta fueron, hipertensión arterial seguida de las enfermedades respiratorias altas, después la diabetes mellitus

Se pudo cumplir con el objetivo general que era el conocer las principales características biopsicosociales de la población adscrita al consultorio No. 5 de la U:M:F Xochimilco, ISSSTE. En el Distrito Federal, con especial atención a los grupos de mayor riesgo, como son los ancianos, así como algunos aspectos de su dinámica familiar, como requisito indispensable para planificar los servicios de atención a la salud.

La información recolectada si aporta datos suficientes para el estudio que se realizó. Aunque tuvo varias faltantes, se sugiere que para las próximas investigaciones sean aumentados los datos en la cédula de recolección, para saber detectar tempranamente los posibles problemas por los cuales cursa la familia e instaurar el manejo de acuerdo a su ciclo vital, y así poder intervenir mejor como médico familiar

La presente investigación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar, nos aporta los elementos no solo biopsicosociales, si no la relación de estos con los factores de riesgo, que además de servir al médico familiar, repercutirá en beneficio de los pacientes al recibir una mejor atención integral y al Instituto para prestar un servicio más oportuno de mejor calidad y calidez con la subsecuente reducción de gastos

Se propone detectar los factores de riesgo de la población de manera oportuna para prevenir a tiempo las complicaciones que puedan dejar secuelas limitando el daño, hay que realizar formación de grupos de ayuda mutua de acuerdo a sus diferentes necesidades o enfermedades que aquejan a la población como son; la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, obesidad, osteoporosis, enfermedades mentales, enfermedad ácido péptica, depresión, etc.

Aumentar las medidas de rehabilitación física y mental para corregir los daños que pueda dejar alguna secuela y brindarle al paciente una mejor calidad de vida.

Mediante la realización de este trabajo me di cuenta de las actividades tan amplias que realiza un Médico familiar, y el compromiso que hay con las familias adscritas a mi consulta, me permitió reflexionar en la importancia de tomar en cuenta a la familia como un recurso en el manejo de los pacientes y la gran satisfacción de continuar con la actualización Médica, para otorgar una atención de mejor calidad.

## BIBLIOGRAFIA

1. Irigoyen. CA, Morales LH. Modelo sistemático de atención médica familiar: (Mosamef), Cap. 11 en Nuevos fundamentos de medicina familiar, Ed. Medicina Familiar Mexicana. México, 1999.p. 154-169
2. Suárez: RV. Aplicación del modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF) en el microescenario. Tesis, Curso de Especialización en Medicina Familiar, en el DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR, UNAM, México, 2007, p. 1-7
3. Zurro Ma. Cano JF: Manual de atención primaria, Ed. Elseiver, Madrid España, 2003, Vol. 5ª edición. P. 4-7
4. Sidney LK. APOC. Grupo LK. APOC, Grupo de trabajo en atención primaria orientada a la comunidad, 2005, p 1-3. Disponible en URL: <<http://www.apoc-copc.org/historia.htm>> Extraído el 7 de abril 2008
5. Frenk-Mora J. Roblado-Vera C. Nigenda-López G. Ramírez –Cuadra C. Galván Martínez O. Ramírez Ávila J, Políticas de formación y empleo de médicos en México: 1997 – 1998 – Salud Pública Méx. 1990. 32: 440-448
6. Irigoyen CA, Morales LH Modelo sistemático de atención médica familiar (Mosamef), Cap,. 11 de Nuevos fundamentos de medicina familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana, México, 1999,p. 154-169
7. Estebanell Armal MP, Uriel Pérez JA. Martín-Miguel V. García-Pellicer López MP.Esteban-Algora C. Córdoba García R. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas, Aten. Primaria 1992: 10: 539-542
8. Bultrago F. Lozano-Mera L. Formación continuada en el equipo de atención primaria Aten. Primaria 1995: 16: 123-124
9. Durán González LI, Eficiencia en la Prestación de Servicios de Salud Pública Mex, 1992: 34 (suplemento): 46-61
10. Hennen BK. Continuity of Care. In: Shires D, Hennen B. Eds, Family Medicine A, Guidebook for Practitioners of the art. MC Graw-Hill, Inc. 1990: p.3

11. Vallejo FJ. Altisent, TR, Diez EJ. Fernández SC. Faz. GG. Granados MM. Lago DF. Perfil profesional del médico de familia. Atención primaria. 1999. 23 (4): p. 124-125
12. Irigoyen CA. Morales. LH. Modelo sistemático de atención médica familiar (Mosamef).Cap. 11 en Nuevos Fundamentos de medicina familiar, Ed. Medicina Familiar Mexicana. México, 1999. P. 154-169
13. Vallejo FJ. Altisent TR. Diez EJ. Fernández SC: Faz GG. Granados MM. Lago DF. Perfil Profesional del médico de familia. Atención primaria, 1999. 23 (4). P. 124-125
14. Javier Domínguez del Olmo. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, Capítulo 8. La Medicina Familiar en México y En El Mundo. Tercera Edición. 1982-2007. P. 125-133
15. Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina F, Jaime Alerid, Hernández Ramírez; Farfán Salazar, Mazón Ramírez. Fundamentos de Medicina Familiar 3ª ed. México, Editorial Medicina Familiar Mexicana, 1995
16. Gómez Clavelina F.J. Irigoyen Coria A. Ponce Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch. Med. Fam. 1999. 1 (2)45-57
17. De la Revilla L. Fleitas Cochoy L. influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria de Salud. En principios de la Atención Primaria de Salud. Cap. 6, pp. 76-78. 1994
18. De la Revilla AL. Feleitas CL. Enfoque familiar de los problemas psicosociales Atención longitudinal, ciclo vital familiar En: Martín ZA, Cano PJ (eds.). Atención Primaria, Conceptos. Organización y práctica clínica. Madrid Elseiver, 2003.
19. Márquez CE. Gastón. VI, Domínguez BG, Gutiérrez MM: Garrido BC, Clasificación demográfica de la familia en la Zona Básica de Salud La Orden de Huelva. Primaria 1995.15 (1):48-50
20. Portela, F. Goya. La Familia de Carlos IV. Madrid, Ed. Mundo Imagen. 1975, Pj.p 43

21. Fartán SG. Romero PA. Hernández GJ. Estudio de la salud familiar. Cap. 4 Programa de actualización continua en medicina familiar. Ed. Intersistemas, México, 1999, p. 11-16
22. Informe sobre la salud en el mundo 2003 OMS Forjemos el futuro <<http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.htm>> Extraído en Abril de 2008
23. Programa nacional de salud 2007-2012<[http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns\\_version\\_completa.pdf](http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf)> Extraído en Abril de 2008
24. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, enmendada en la 52ª. Asamblea General. Edimburgo, Escocia. Octubre 2000.
25. Martín Pinzón Navarro, MD Sección Otorrinolaringología Capítulo XI Fundación Santa Fe de Bogotá, 2002 pág. 983-985
26. Hypertension Prevention Trial Research Group. The Hypertension Prevention Trial Three Year Effects of dietary change on blood pressure, Arch Int Med 1990, 153-16
27. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al, The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; the JNC 7 report Jama 2003; 289: 2560-2572
28. De Fronzo: Ann Intern Med 1999; 131: 281-303

# ANEXOS



# CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)

Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, Terán Trillo M.

15-Oct-2007

| IDENTIFICACIÓN  |           |             |                    | Fecha: _____. | Folio: _____ |   |          |    |        |    |
|---|-----------|-------------|--------------------|---------------|--------------|---|----------|----|--------|----|
| Familia: _____, No. Exp.: _____, Consul./Turno: ____/____,  |           |             |                    |               |              |   |          |    |        |    |
| Domicilio: _____ Teléfono: _____  |           |             |                    |               |              |   |          |    |        |    |
| Edad  | Ocupación | Esc. (años) | SALUD REPRODUCTIVA |               |              |   |          |    |        |    |
|   |           |             | A.G.O.             |               |              |   |          | PF | Método |    |
|   |           |             | G                  | P             | A            | C | Embarazo |    |        |    |
|   |           |             |                    |               |              |   | Si       | No | Si     | No |
| <b>Madre</b>  |           |             |                    |               |              |   |          |    |        |    |
| <b>Padre</b>  |           |             |                    |               |              |   |          |    | Si     | No |
| Estado civil de los cónyuges: Casados __, Unión Libre __, Divorciados __, Viudos __, Solteros __, Años de unión conyugal: _____ |           |             |                    |               |              |   |          |    |        |    |
| Nombre de la persona que responde esta cédula: _____, Parentesco familiar: _____  |           |             |                    |               |              |   |          |    |        |    |

## FACTORES DEMOGRÁFICOS

| Número de Hijos:      | Si viven otras personas en el hogar: ¿Cuántas y cuáles?   |
|-----------------------|---|
| § RN a un año _____   | <b>Con parentesco familiar.</b> ( abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos )<br>Num. _____, Especifique: _____ |
| § 1 a 4 años _____    |   |
| § 5 a 10 años _____   |   |
| § 11 a 19 años _____  |   |
| § 20 o más años _____ | <b>Sin parentesco familiar.</b> (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes)<br>Num. _____, Especifique: _____  |
| § Total _____         |   |

## Clasificación Estructural de la Familia

|                  |                  |                                  |  |  |
|------------------|------------------|----------------------------------|--|--|
| § <b>Nuclear</b> | Simple ( )       | § <b>Monoparental</b>            | Vive en casa de la familia de origen ( ) |  |
|                  | Numerosa ( )     |                                  | Simple ( ) Ampliada ( )                  | La familia de origen vive en casa de la familia monoparental ( ) |
|                  | Ampliada ( )     |                                  |  |  |
|                  | Binuclear ( )    |                                  |  |  |
|                  | Reconstruida ( ) |                                  |  |  |
|                  |                  | § <b>Equivalentes familiares</b> | ( )                                      |  |
| § <b>Extensa</b> | Ascendente ( )   | § <b>Persona que vive sola</b>   | ( )                                      |  |
|                  | Descendente ( )  |                                  |  |  |

## Etapas del Ciclo Vital de la Familia

|                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| § Matrimonio o unión conyugal ( ) | § Independencia ( ) |
| § Expansión ( )                   | § Retiro ( )        |
| § Dispersión ( )                  |                     |

## APGAR FAMILIAR (TAMIZ)

|   |         |              |  |
|---|---------|--------------|--|
| 1. ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? |         |              |  |
| Casi Nunca  | A veces | Casi siempre |  |
| 2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?                       |         |              |  |
| Casi Nunca  | A veces | Casi siempre |  |
| 3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?                     |         |              |  |
| Casi Nunca  | A veces | Casi siempre |  |
| 4. ¿Estas satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?             |         |              |  |
| Casi Nunca  | A veces | Casi siempre |  |
| 5. ¿Siente que su familia le quiere?  |         |              |  |
| Casi Nunca  | A veces | Casi siempre |  |

Total

## FACTORES ECONÓMICOS

| Vivienda  |                                     | Si  | No  |
|---|-------------------------------------|-----|-----|
| § Número de personas que contribuyen al Ingreso familiar: _____ | § Teléfono                          | ( ) | ( ) |
| § Casa:   | § Computadora                       | ( ) | ( ) |
| Propia ( )  | § Num. de hijos en escuela pública. | ( ) | ( ) |
| Financiamiento ( )  |                                     |     |     |
| Rentada ( )   | § Num. de hijos en escuela privada. | ( ) | ( ) |
| Prestada ( )  |                                     |     |     |
| § Agua entubada intradomiciliaria ( )                           | § Num. de hijos con becas           | ( ) | ( ) |
| § Automóviles: 0, 1, 2, 3 o más                                 |                                     |     |     |
| Desarrollo Comunitario  |                                     |     |     |
|   | Si                                  | No  |     |
| § Serv. de agua potable ( ) ( )                                 | § Alumbrado público                 | ( ) | ( ) |
| § Drenaje subterráneo ( ) ( )                                   | § Pavimentación                     | ( ) | ( ) |
| § Energía eléctrica ( ) ( )                                     | § Banquetas                         | ( ) | ( ) |
| § Servicio telefónico ( ) ( )                                   | § Serv. de transp. público          | ( ) | ( ) |
|   | § Vigilancia                        | ( ) | ( ) |

| Índice Simplificado de Marginación Familiar      |                      |       |
|--|----------------------|-------|
| Indicadores                                      | Categorías           | Punt. |
| Ingreso económico familiar                       | < 1 salario mínimo   | 4     |
|  | 1-2 salarios mínimos | 3     |
|  | 3-4 salarios mínimos | 2     |
|  | 5-6 salarios mínimos | 1     |
|  | > 7 salarios mínimos | 0     |
| Número de hijos dependientes económicos          | 3 ó más hijos        | 2.5   |
|  | 2 hijos              | 2     |
|  | 1 hijo               | 1     |
|  | ningún hijo          | 0     |
| Escolaridad materna                              | Sin instrucción      | 2.5   |
|  | Primaria incompleta  | 2     |
|  | Primaria completa    | 1     |
|  | Post-primaria        | 0     |
| Hacinamiento (número de personas por dormitorio) | 3 o más personas     | 1     |
|  | 1 a 2 personas       | 0     |
| Total  |                      |       |

| REDES SOCIALES Y APOYO  |                          |
|---|--------------------------|
| Cuando Usted y/o su familia necesitan de servicios de atención a la salud (consulta, detecciones, cuidados, pláticas, orientaciones, terapias, exámenes de laboratorio, etc.) se apoyan en: (Marque todas las opciones que el paciente indique) |                          |
| § Padres y abuelos  | ( )                      |
| § Pareja  | ( )                      |
| § Amigos, vecinos   | ( )                      |
| § Hijos mayores   | ( )                      |
| § Prestaciones laborales (incapacidad, cuidados maternos, etc.)   | ( )                      |
| § Servicios públicos  | ( )                      |
| § Servicios privados  | ( )                      |
| § Otros   | ( )                      |
| § No requiere   | ( )                      |
| Hace uso de los servicios que otorgan las siguientes instituciones: (Marque todas las opciones que el paciente indique)   |                          |
| IMSS ( )  | DIF ( )                  |
| SSA ( )   | PEMEX ( )                |
| SEDENA ( )  | Secretaría de Marina ( ) |
| Privado ( )   | Otros ( )                |
| ISSSTE ( )  | Especifique: _____       |

### FACTORES DE RIESGO. PATOLOGIA FAMILIAR

|         | Crónico Degenerativas |                   |              |      |         |             |             | Infecciosas |                  |      |          | Trastornos de la Nutrición |                 | Otros        |              |          |                  |            |             |                 |                   |                    |                    |              |  |
|---------|-----------------------|-------------------|--------------|------|---------|-------------|-------------|-------------|------------------|------|----------|----------------------------|-----------------|--------------|--------------|----------|------------------|------------|-------------|-----------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------|--|
|         | Diabetes Mellitus     | Hipertensión Art. | Enf. Corazón | CaCu | Ca Mama | Ca Próstata | Otro cáncer | Ins. Renal  | Enf. Cerebrovas. | Asma | Sida/VIH | Otro ETS                   | Hepatitis B y C | TB. Pulmonar | Desnutrición | Obesidad | Anorexia Bulimia | Tabaquismo | Alcoholismo | Otras farmacod. | Violencia Intraf. | Enf. Psiquiátricas | Riesgo ocupacional | Discapacidad |  |
| Padre   |                       |                   |              |      |         |             |             |             |                  |      |          |                            |                 |              |              |          |                  |            |             |                 |                   |                    |                    |              |  |
| Madre   |                       |                   |              |      |         |             |             |             |                  |      |          |                            |                 |              |              |          |                  |            |             |                 |                   |                    |                    |              |  |
| Hijos   |                       |                   |              |      |         |             |             |             |                  |      |          |                            |                 |              |              |          |                  |            |             |                 |                   |                    |                    |              |  |
| Abuelos |                       |                   |              |      |         |             |             |             |                  |      |          |                            |                 |              |              |          |                  |            |             |                 |                   |                    |                    |              |  |
| Tíos    |                       |                   |              |      |         |             |             |             |                  |      |          |                            |                 |              |              |          |                  |            |             |                 |                   |                    |                    |              |  |
| Total   |                       |                   |              |      |         |             |             |             |                  |      |          |                            |                 |              |              |          |                  |            |             |                 |                   |                    |                    |              |  |

c= en control      sc=sin control

### ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO

| Núm. de cuadros por año | IRAS | EDAS | Edad       | Vacunas  |            | Estado Nutricional |              |          |
|-------------------------|------|------|------------|----------|------------|--------------------|--------------|----------|
|                         |      |      |            | Completo | Incompleto | Normal             | Desnutrición | Obesidad |
| Menos de 3              |      |      | 0 – 1 años |          |            |                    |              |          |
| 3 ó más                 |      |      | 1 – 5 años |          |            |                    |              |          |

#### APOYO DE CUIDADORES

¿Algún miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? No \_\_\_ Si \_\_\_  
 ¿Quién proporciona los cuidados? \_\_\_\_\_  
 ¿A quién le proporciona los cuidados? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es el motivo o la enfermedad por el que necesita cuidados? \_\_\_\_\_

#### DETECCION DE CÁNCER

| Cada año |    |    | Positivo a Cáncer |    |
|----------|----|----|-------------------|----|
| Doc cacu | Si | No | Si                | No |
| Doc mama | Si | No | Si                | No |

### DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

|    | Nombre | Parentesco | Edad | Sexo<br>1= mujer<br>2= hombre | Escolaridad<br>en años | Ocupación |
|----|--------|------------|------|-------------------------------|------------------------|-----------|
| 1  |        |            |      |                               |                        |           |
| 2  |        |            |      |                               |                        |           |
| 3  |        |            |      |                               |                        |           |
| 4  |        |            |      |                               |                        |           |
| 5  |        |            |      |                               |                        |           |
| 6  |        |            |      |                               |                        |           |
| 7  |        |            |      |                               |                        |           |
| 8  |        |            |      |                               |                        |           |
| 9  |        |            |      |                               |                        |           |
| 10 |        |            |      |                               |                        |           |

*\*Escriba en el margen izquierdo un asterisco ( \* ) junto al nombre de la persona que responde el cuestionario  
Si el grupo familiar tiene más de 10 integrantes, anexe sus datos en una hoja adicional.*

Códigos para los datos demográficos de la familia

| Parentesco  | Grupos de Ocupaciones  | Edad en años   |
|---|--|--|
| 01 = Madre  | 01 = Ama(o) de casa (hogar)  | Meses = años<br>0 = 0.000<br>1 = 0.083<br>2 = 0.166<br>3 = 0.250<br>4 = 0.333<br>5 = 0.416<br>6 = 0.500<br>7 = 0.583<br>8 = 0.666<br>9 = 0.750<br>10 = 0.833<br>11 = 0.916<br>12 = 1.000 |
| 02 = Padre  | 02 = Jubilado / pensionado   |  |
| 03 = Hijo   | 03 = Desempleado (sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)   |  |
| 04 = Nuera  | 04 = Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.)  |  |
| 05 = Yerno  | 05 = Menor de edad (menores de 4 años)   |  |
| 06 = Nieto  | 06 = Estudiante (pre-escolar hasta posgrado)   |  |
| 07 = Hermanos maternos                                  | 07 = Estudia y trabaja   |  |
| 08 = Hermanos paternos                                  | 08 = Campesino   |  |
| 09 = Sobrinos maternos                                  | 09 = Artesano  |  |
| 10 = Sobrinos paternos                                  | 10 = Obrero  |  |
| 11 = Primos maternos                                    | 11 = Conductor de auto, camioneta o camión (chofer)  |  |
| 12 = Primos paternos                                    | 12 = Técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)  |  |
| 13 = Abuelos maternos                                   | 13 = Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)  |  |
| 14 = Abuelos paternos                                   | 14 = Profesional (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicólogos, etc.)                                |  |
| 15 = Bisabuelos maternos                                | 15 = Artista (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta etc.)  |  |
| 16 = Bisabuelos paternos                                | 16 = Comerciantes establecidos (tiendas o negocios formales con 1 a 5 trabajadores o familiares a sueldo)  |  |
| 17 = Otros: amigos, compadres, familiares lejanos, etc. | 17 = Empresario (dueño de comercios, organizaciones, industrias o servicios establecidos legalmente)   |  |
|   | 18 = Directivo (ejecutivos, gerentes, directores, etc.)  |  |
|   | 19 = Servicios diversos (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, trabajadora doméstica, etc.) |  |
|   | 20 = Otras ocupaciones no especificadas  |  |

