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
CONSULTORIO 11 TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO, DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

CARACTERISTICAS FAMILIARES, FACTORES DE RIESGO Y PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE LOS USUARIOS DEL CONSULTORIO 11 TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JULIÁN PÉREZ CERÓN.

MÉXICO, DISTRITO FEDERAL
OCTUBRE 2008

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

CARACTERISTÍCAS FAMILIARES, FACTORES DE RIESGO Y PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE LOS USUARIOS DEL CONSULTORIO 11 TURNO VESPERTINO, DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JULIÁN PÉREZ CERÓN

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

DR. BENJAMÍN CARIO CALDERÓN
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL VALLE EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO

DRA. OTILIA CORTEZ HERNÁNDEZ
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL VALLE EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO

DRA. MARÍA GUADALUPE GRIJALVA
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.

LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

MÉXICO, DISTRITO FEDERAL OCTUBRE 2008

CARACTERISTICAS FAMILIARES, FACTORES DE RIESGO Y PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE LOS USUARIOS DEL CONSULTORIO 11 TURNO VESPERTINO, DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JULIÁN PÉREZ CERÓN

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

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

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

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

Agradecimientos:

Al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en especial a la Clínica de Medicina Familiar del Valle dónde con orgullo pertenezco.

A la Universidad Nacional Autónoma de México en particular al Departamento de Medicina Familiar.

Dra. María Guadalupe Grijalva, mi asesora de tesis por su valiosa orientación, colaboración y enseñanza; con profundo respeto, Mil Gracias.

Dr. Benjamín Cario Calderón, Director de la CMF del Valle del ISSSTE, por el apoyo brindado para la realización de este proyecto.

Dedicatorias:

A mis padres: Ofelia (✞) y Dionisio (✞) con amor.

A Ernesto (✞), Cande (✞), Álvaro (✞) y Livia (✞), gracias hermanos, los tengo en mi mente y mi corazón siempre.

Rosa María y Perli, gracias hermanas por brindarme su tiempo y apoyo en estos días donde yo claudicaba.

Mumi, gracias por tus consejos y exigencias para que yo terminara con tan importante paso, con mi cariño y admiración para mi esposa.

Hablar de mis hijos, la emoción es tan profunda por su educación universitaria y ejemplo para terminar. Laura hija, mi amor y cariño. Octavio, por tu dedicación en tu tiempo y trabajo en esta tesis con cariño y amor, Gracias

Ing. José Ernesto Aguilar Flores (✞), compartí problemas, éxitos y bromas, pero la admiración de un hombre como tú es fuera de serie, quisiera que Dios me hubiera dado la oportunidad que cosecharas esto, se que en algún lugar estás, Gracias “Pat”

Roberto, tú formas parte de esto, me brindaste tiempo, paciencia y cariño, gracias y más gracias por tener un sobrino como tú.

Ser parte de ustedes me da emoción y orgullo, por darme la oportunidad de ser un miembro de esta gran empresa que es la Familia Aguilar Flores, gracias a todos con admiración y cariño.

Índice

1. Marco teórico…… 1
1.1 Historia de la Medicina Familiar…….... 1
1.1.1 Antecedentes de la medicina familiar en el mundo…….. 1
1.1.2 Antecedentes de la medicina familiar en México…….. 3
1.2 Definición de Médico Familiar…… 4
1.2.1 Objetivos del Médico Familiar…….. 5
1.2.2 Perfil profesional del Médico Familiar…… 5
1.2.3 Trabajo en equipo…….. 7
1.2.4 Sistemas de registro…….. 7
1.2.5 Garantía de calidad…… 8
1.3 Movimiento de Medicina Comunitaria……... 9
1.4 Atención Primaria de la Salud (APS)…… 9
1.4.1 Características de la APS…… 10
1.4.2 Actividades de la APS..…… 10
1.4.3 Principios de Organización de los Servicios de Salud en la APS…….. 10
1.4.4 Objetivos de la APS……... 12
1.4.5 Sistemas Locales de Salud (SILOS)……... 14
1.5 Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar (MOSAMEF)…….. 15
1.5.1 Antecedentes del MOSAMEF…….. 15
1.5.2 Antecedentes Socio-políticos del MOSAMEF……... 16
1.5.3 Perspectivas del MOSAMEF…… 17
1.5.4 Definición del MOSAMEF…… 18
1.5.5 Propósito del MOSAMEF…….. 18
1.5.6 Etapas del MOSAMEF…….. 18
1.6 El Enfoque de Riesgo…….. 20
1.6.1 Usos del enfoque de riesgo: de la información a la intervención…….. 21
1.6.2 Adiestramiento del Personal de Salud…… 22
1.6.3 Factores de Riesgo y Daño a las Salud…… 22
2. Planteamiento del Problema…… 24
3. Justificación…… 26
4. Objetivo General…… 27
4.1 Objetivos Específicos…….. 27
5. Material y Métodos…… 27
5.1 Tipo de Estudio…… 27
5.2 Diseño de Investigación…….. 27
5.3 Población…….. 29
5.4 Muestra……..... 29
5.5 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación…… 30
5.6 Variables…… 31
5.7 Método para la recolección de la información…… 33
5.8 Maniobras para controlar sesgos…….. 33
5.9 Procedimientos Estadísticos…….. 34
5.10 Diseño y Construcción de la Base de Datos…… 34
5.11 Cronograma…… 34
5.12 Recursos humanos, materiales y financieros…… 34

5.13 Consideraciones Éticas…… 35
6. Resultados…… 37
6.1 Principales Causas de Consulta…….... 41
6.1.1 Infección Respiratoria Aguda (IRA)…….. 41
6.1.2 Hipertensión Arterial…… 45
6.1.3 Esguinces y Fracturas……..…… 50
6.1.4 Colitis y Gastritis…… 51
6.1.5 Ginecología…… 61
6.1.6 Diabetes Mellitus…… 64
7. Discusión…… 69
8. Conclusiones…….. 70
9. Bibliografía…….. 72
10. Anexos…….. 75

Resumen

Objetivos:

Se hizo un estudio para identificar las características de las familias, las principales causas de consulta y los factores de riesgo de los usuarios del Consultorio 11 del Turno Vespertino de la Clínica de Medicina Familiar del Valle en el DF del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Material y Métodos:

Población de referencia: Usuarios del Consultorio 11 del Turno Vespertino de la Clínica de Medicina Familiar del Valle ISSSTE, el cual cuenta con 453 familias como población para su atención. Muestra no aleatoria, representativa del Consultorio 11 de la Clínica de Medicina Familiar del Valle ISSSTE. n = 120

Se aplicó la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF) para conocer distintas áreas de la composición familiar, identificar los principales factores de riesgo. Se utilizó la Hoja de Registro Diario del Médico (DC-10) para identificar las 10 primeras causas de consulta y para realizar la pirámide poblacional.

El estudio se realizó de Octubre de 2007 a Septiembre de 2008

Resultados:
Predomina el sexo femenino con un 69.7% con respecto al masculino, 30.3%, con una mayor atención en las edades entre 51-60 años con porcentaje de 25.06% seguido por las edades entre 41-50 años con un porcentaje de 19.13%

Respecto al estado civil es mayor el de los casados con un promedio de 55.0 % y divorciados 19.17%; se integran con promedio de uno a tres individuos, con familias nucleares simples en un 76.67% y el 28.33% son mono parentales simples. El ciclo vital familiar predominante es el de independencia con un nivel de vida de medio-alto, contando con todos los servicios de urbanización; en este universo se cuenta con un porcentaje de 25.0% de profesionistas; el 100% cuenta con seguridad social.

Los factores de riesgo detectados con mayor frecuencia fue Hipertensión Arterial 35.9%, Diabetes Mellitus 32.2%, Tabaquismo 13.9%, Obesidad 13.1%, Alcoholismo 10.6%, Enfermedad del Corazón 10.6%, Cáncer (en sus distintas modalidades) 16.3%, Hepatitis B y C 8.9%, Enfermedad Cerebro-Vascular 5.7% y Asma 5.4%.

Las 10 principales causas de consulta son: IRAS 21.25.%, Hipertensión Arterial 16.38%, Fracturas y Esguinces 10.01%, Gastritis y Colitis 7.26%, Ginecología 5.02%, Diabetes Mellitus 4.39%, IVU 4.17%, Dermatosis 3.87%, GEPI 3.16%, Post-quirúrgicos 2.90%, Otros 21.59%.

Conclusiones:

La mayoría de las familias son nucleares y/o mono parentales simples, sus factores de riesgo y causas de consulta son los que corresponden a los problemas de las etapas de desarrollo de las grandes ciudades.

Palabras Clave:

Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF), MOSAMEF, Medicina Familiar, Hoja de Registro Diario del Médico (DC-10).

Summary

Objectives:
Conduct a study to identify the characteristics of families, leading causes of consultation and risk factors of the users of the Medical Office # 11 Afternoon Schedule of the Family Medicine Clinic “Del Valle” in Mexico City from the Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Materials and methods:
Population Reference: Users of the Medical Office # 11 Afternoon Schedule of the Family Medicine Clinic “Del Valle” ISSSTE, which has 453 families as population for their care. Non-random and representative sample of the Medical Office 11 of the Family Medicine Clinic “Del Valle” ISSSTE. n = 120

It also applies the Basic Family Information Card (CEBIF) for the exploration of the different areas of the family, to register their lifestyle and major risk factors. The Medical Registration Sheet Jornal(DC-10) is used to identify the 10 leading causes of consultation and to make the population pyramid.

The study was conducted from October 2007 to September 2008

Results:
Prevalent among females with a percentage of 69.7% compared with the male is 30.3%, with greater emphasis on the ages between 51-60 years with percentage of 25.06% followed by those aged 41-50 years with a percentage of 19.13% The marital status of families is the largest of the married with an average of 55.0% and 19.17% divorced, families with an average of one to three elements, Simple nuclear families 76.67% and 28.33% are single parent simple, The familiar predominant cycle is that of Independence with a standard of living medium-high, with all the services of urbanization, in this universe has a rate of 25.0% of professionals, 100% have social security, identifying risk factors within the population surveyed: Arterial Hypertension 35.9%, Diabetes Mellitus 32.2%, Smoking 13.9%, Obesity 13.1% Alcoholism 10.6%, Heart Disease 10.6%, Cancer (in its various forms) 16.3%, Hepatitis B and C 8.9%, Brain Arterial Disease 5.7% and Asthma 5.4%.
It was determined that the 10 leading causes of consultation are: IRAS 21.25.%, Arterial Hypertension 16.38%, Fractures and Sprains10.01%, Gastritis and Colitis 7.26%, Gynecology 5.02%, Diabetes Mellitus 4.39%, IVU 4.17%, Dermatosis 3.87%, GEPI 3.16%, Post-Surgical 2.90%, Other 21.59%.

Conclusions:
Are nuclear families and / or mono single parent whose risk factors are those that relate to the expectations of the stages of development of large cities.

Key words:
Basic Family Information Card (CEBIF), MOSAMEF, Family Medicine, Medical Registration Sheet Journal (DC-10).

1. Marco Teórico

1.1 Historia de la Medicina Familiar

1.1.1 Antecedentes de la medicina familiar en el mundo

El siglo XIX fue la era del Médico General, tanto en Europa como en Norteamérica. Los profesionales de la medicina eran en su mayoría médicos generales y existía poca diferenciación en sus funciones. Hay un rápido desarrollo de los conocimientos, un mayor carácter académico lo que conlleva a la especialización.[7]

En el siglo XX, hacia los años sesenta surge la necesidad de que el médico general evolucione a ser un pilar fuerte en el primer nivel de atención, ya que el médico especialista estaba cayendo en las subespecialidades abarcando solo una parte de la Medicina, con su propio campo de conocimientos y metodología y un marco propio de actuación y estaba abandonado el lado humano y la atención integral del paciente cayendo en una atención despersonalizada y fragmentada, surgiendo así el Médico de Familia con un amplio campo de conocimientos propios en las distintas ramas de la Medicina, un marco propio de actuación, sobretodo en la Atención Primaria a la Salud y una metodología propia para ser aplicada en la consulta externa, siendo el primer punto el encuentro entre el médico, el paciente y su familia y así mejorar la relación médico-paciente que se había perdido.[7]

La reacción contra la fragmentación y la despersonalización, que da origen a la reformulación de la medicina general/de familia, comienza de forma prácticamente simultanea en Gran Bretaña, Canadá, Australia y Estados Unidos, a partir de los años sesenta.[7]

Este cambio se inicia en Canadá en 1966, y es en Estados Unidos de América donde se inicia oficialmente en el American Board of Family and Practice en el año de 1969 siendo la primera especialidad en crear la recertificación y la vigésima especialidad en ese país, con duración de 2 a 4 años la residencia médica.[7]

El tipo de atención “especializada” produjo los efectos indeseables: la fragmentación de la atención al individuo y la despersonalización, coincidiendo con el desarrollo de Servicios Nacionales de Salud (especialmente en Gran Bretaña), del “General Practitioner”.[7]

Este concepto pasó a Estados Unidos como *Medicina de Familia* dando lugar a la *WONCA* (The World Organization of Nacional Colleges Academics and Academia Associations of General Pratitioners/Family Physicians). Surge en el año de 1972 el Colegio Mundial de Médicos de Familia, cuenta con la afiliación de sociedades nacionales de medicina familiar en más de 80 países, es un organismo no gubernamental cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de la población del mundo mediante el mantenimiento de buenos estándares de calidad de la atención dada por la medicina de familia, a través de proporcionar un foro de

intercambio de conocimientos e información entre los miembros de las organizaciones de los médicos de familia.[7]

En 1978 en la conferencia internacional de Alma-Ata en la antigua URSS, apadrinada por la OMS y la UNICEF, participaron ministros de salud de más de 100 países. Todas las naciones representadas se comprometieron con el objetivo "Salud para Todos en el año 2000". Además, ratificaron la amplia definición de la OMS de la Salud como *un estado de completo bienestar físico, mental y* social.[7]

En Latinoamérica y el Caribe en el año de 1981 se crea en Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), donde colaboran distinguidos Médicos Mexicanos.[7]

En 1991 el WONCA y la OMS también emiten una declaración "El papel del médico de familia en los sistemas de atención a la salud" refiriéndose al rol del médico de familia dentro de la atención primaria.[7]

En 1994 en Ontario, Canadá se lleva a cabo otra reunión que señala cómo el médico familiar en su ejercicio de su profesión, puede contribuir a la atención de las necesidades de la población.[7]

En 1996 el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) realiza en Buenos Aires Argentina una reunión de trabajo sobre la medicina familiar y la .reforma en los sistemas de salud. Ese mismo año el CIMF se convierte en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, donde afilia actualmente a las sociedades nacionales de 17 países y en el 2002 lleva a cabo la Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar reuniendo a Ministros y Viceministros de salud de los 17 países, donde se establecen una serie de compromisos en materia de formación de Médicos Familiares en postgrado, y en el pregrado, además del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, quedando plasmados en la Declaración de Sevilla, incluyéndose México.[7]

En junio del 2002 se aprueba por medio de WONCA la 6ª Región Mundial, llamada Región WONCA Iberoamericana-CIMF, convirtiéndose en una nueva región WONCA.[7]

El especialista en medicina de familia es indispensable y, además es el pilar fundamental de la atención sanitaria.[7]

En los 50 años que lleva la Medicina Familiar han surgido cambios en cuanto a la estructuración y funcionamiento de las familias, por ejemplo con la gran cantidad de mujeres que salen a trabajar se han perdido los valores en las familias actuales, ahora tenemos familias en unión libre hetero u homosexuales, por lo tanto se deben de cambiar los conceptos actuales de las familias ya que estos siguen revolucionando.[7]

Efectivamente los resultados de La Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud

(PRCAMF) celebrada en el año 2005 en la UNAM, nos orientan hacia la unificación de conceptos y criterios para la continuación de la práctica de la Medicina Familiar en México, así como la actualización de estos conceptos y criterios y continuar dando calidad en la atención familiar.[8]

A mediados de la década de los sesenta, se comenzó a sentir la necesidad de un nuevo médico general, entendiéndolo como un profesional entrenado y orientado hacia aquello que, precisamente, las especialidades no pueden ni deben hacer, es decir, la atención integral y continuada de las personas.[7]

Tradicionalmente la formación del médico familiar incluía solo rotaciones por los hospitales; entre los años 1974 a 1993 existió un plan alternativo al tradicional en la Facultad de Medicina de la UNAM: El Programa de Medicina General Integral (Plan A-36), en el que la formación de médicos estaba fundamentada de manera importante en el primer nivel de atención.[8]

La Medicina Familiar se reconoce como especialidad ya que posee un cuerpo de conocimientos definidos, un área de responsabilidad y un perfil profesional susceptible de ser enseñado y practicado, lo que la caracterizan y diferencian de otras especialidades de la salud.[7]

La medicina de familia se conceptualiza como una especialidad médica cuyo objetivo de estudio es la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud-enfermedad, enfocando como unidad de análisis al individuo y su familia para otorgar servicios médicos primarios, integrales, continuos, con énfasis en la prevención de la salud y la atención a la enfermedad y rehabilitación, en corresponsabilidad con el paciente, su familia y la comunidad.[7]

1.1.2 Antecedentes de Medicina Familiar en México

El inicio de la figura de médico familiar, se inició en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); en octubre de 1953 la Caja de Registro de Monterrey, inspirada en una propuesta de médicos de Nuevo Laredo, Tamaulipas, inició un nuevo sistema de atención llamado Sistema Médico Familiar; al año siguiente se inició su implantación en la capital del país y para 1955 este sistema se extendió por toda la República. En 1955 el Médico Familiar se consideró como una categoría sindical mayor que la categoría del Médico General.[22]

En la clínica No. 25 del IMSS en la Ciudad de México, el 1° de Marzo de 1971 se inicia la Residencia de Medicina Familiar y en 1974 obtiene reconocimiento de la Facultad de Medicina de la UNAM como Especialidad Médica.[22]

El 13 de noviembre de 1975 se crea el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM.[22]

Para marzo de 1980 se inició la Residencia en un programa ISSSTE-UNAM; siguieron egresando especialistas en medicina familiar en un número más o menos constante hasta 1991. Aparentemente el sistema absorbió a la mayoría de

sus egresados. Un documento editado por la Subdirección Médica del ISSSTE en diciembre de 1987 titulado “Instructivo para la Implantación del Sistema Médico Familiar en los Estados”, refería planteamientos semejantes a los vigentes en el Modelo de Medicina Familiar del IMSS en 1982, basándose en un programa académico universitario.[22]

Esta propuesta se encuentra vigente para este siglo y se robusteció con el plan de especialización semi-presencial, ISSSTE-UNAM propuesto a los médicos generales del sistema 1992–1997.[22]

En 1980 también la Secretaría de Salud inició la Residencia de Medicina Familiar en un programa en coordinación con la UNAM.[22]

En noviembre de 1987 se constituye el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar. En 1994 se forma el Colegio Mexicano de Certificación en Medicina Familiar.[22]

En 1994 se forma el Colegio Mexicano de Medicina Familiar, el cual agrupa a 19 asociaciones de Medicina Familiar en todo el país.[22]

En 1999 se forma la Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar, AC la cual es miembro de la Internacional Federation of Primary Care Research Networks.[22]

1.2 Definición del Médico Familiar

Se define al médico de familia como el profesional responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica. Es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionales o especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y diagnóstico de los pacientes.

También se le define como el especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración en el contexto biológico, social y psicológico.

Es un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre como y de que enferman sus miembros, teniendo en cuenta su lado positivo, como recurso de la salud, y su lado negativo, como generadora de enfermedad y de conductas de salud erróneas. Reconoce que ésta es una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorará la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad en ésta área.[12]

1.2.1 Objetivos del médico familiar

El médico de familia asume el objetivo de un gran cambio en nuestra sanidad, según lo que se ha dado en llamar el "modelo emergente", caracterizado por aspectos tan "familiares" para este profesional, como la concepción biopsicosocial del paciente, el equipo como protagonista en el medio de trabajo, la orientación comunitaria, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la eficiencia, etc. Evidentemente, para asumir este protagonismo en este nuevo modelo sanitario es imprescindible que en el perfil profesional del médico de familia/médico general hagan su presencia funciones que complementen a las que venían siendo realizadas hace años por los médicos generales en el modelo sanitario precedente. La competencia clínica para resolver una mayoría de los problemas de salud, la disposición docente e investigadora, la capacidad de asumir labores de gestión, van a ser elementos básicos que se deben desarrollar y actualizar de forma constante por el médico de familia.[5]

En definitiva se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes, en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en que trabaja.[5]

1.2.2 Perfil profesional del médico de familia

Para definir el perfil del médico familiar se basa en el desempeño de su ejercicio profesional, sus conocimientos, habilidades, actitudes, valores y actividades que desarrolla en cada una de ellas. Las áreas que abarca son:

I. Área de atención al individuo
II. Área de atención a la familia
III. Área de atención a la comunidad
IV. Área de docencia e investigación

I. Área de atención al individuo

La primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente. Para ello, deberá poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema que causa la demanda (diagnóstico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición (curación y rehabilitación).

Al médico de familia le corresponde una función educadora del paciente que deposita en él su confianza, con especial énfasis en promover la responsabilidad en el auto-cuidado. Utilizar la tecnología diagnóstica adecuada para la consulta de atención primaria y de una forma secuencial.[5]

II. Área de atención a la familia

El triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar.

La familia, en tanto que medio social inmediato del individuo, tiene una importancia trascendental en cómo y de qué enferman sus miembros, cuándo y de qué forma expresan la necesidad de atención sanitaria y en la manera en que se produce la resolución del problema.

El médico de familia está en una posición privilegiada para detectar e intervenir ante problemas familiares ocasionados o no por la enfermedad. Para ello debe ser un elemento neutro para todos los miembros de la familia, evitando la toma de partido por unos o por otros y haciendo resaltar esta postura, pues de ello va a depender.

Identificará, asesorará y apoyará a aquellas personas que explícita o implícitamente sean designadas en la familia como "cuidadores principales, ya que constituyen el principal recurso de la misma ante los problemas de salud.[5]

III. Área de atención a la comunidad

El médico de familia incluyen la necesidad de su conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, así como de los recursos de la misma, tanto sanitarios como de otros sectores, para poder priorizar las acciones que den respuesta a los problemas locales de mayor importancia.[5]

Para ello desarrollo de la atención orientada a la comunidad, los conocimientos necesarios serán obviamente, los de las disciplinas básicas de la medicina comunitaria, destacando la epidemiología como disciplina central, pero debiendo considerar también, en diversos grados de necesidad, la estadística, la demografía, la sociología, la economía y la antropología.[5]

No es un Epidemiólogo, sino un clínico que reconoce la importancia del método epidemiológico, así como sus fundamentos básicos y que los utiliza en su quehacer cotidiano, tanto en su actividad de atención individual y familiar como en las acciones de orientación comunitaria.

IV. Área de docencia e investigación

Una vez finalizado el periodo de formación, el médico de familia (como cualquier otro profesional) necesita desarrollar una actividad continuada de formación, ya que ningún periodo de aprendizaje garantiza indefinidamente una preparación adecuada para el desarrollo correcto del ejercicio profesional, influyendo en ello diversos factores:

- Desarrollar hábitos de lectura continuada en aquellas fuentes de información más apropiadas para nuestro trabajo (libros, revistas científicas…) cada vez más disponibles y de gran calidad.
- Asistencia regular a actividades de formación, como congresos, cursos, seminarios, sesiones clínicas, etc.

- Participar activamente en las actividades formativas realizadas dentro del equipo de salud.

Los médicos de familia, en su conjunto, deben esforzarse en desarrollar actividades investigadoras que no sean fruto de la improvisación o de necesidades personales, sino que se diseñen de acuerdo con los objetivos y metodología propios de su nivel de atención, que sean capaces de dar respuestas válidas a los problemas reales de su trabajo diario, que repercutan favorablemente sobre la comunidad que atienden (cumple una función social) que aporten elementos útiles para el progreso de la atención primaria. Es evidente que entre los médicos de familia hay cada vez más una mayor conciencia investigadora.[5]

1.2.3 Trabajo en equipo

El médico familiar debe reconocer que el trabajo en equipo, la gestión de recursos y administración sanitaria, el sistema de registro y la garantía de calidad están en mayor o menor grado ligados a la práctica diaria del médico familiar.

Aporta una serie de ventajas tanto para los propios profesionales del mismo como para los usuarios.

- El enfermo recibe una mejor atención
- Proporciona mayor satisfacción profesional a los miembros del equipo
- Previene las duplicidades de esfuerzos
- Facilita el enfoque biopsicosocial del paciente y la realización de todas las funciones de los equipos de atención primaria[5]

El médico familiar deber ser consciente y conocedor, por lo tanto, de la dinámica del trabajo de equipo en orden a optimizar la atención prestada a la población para conseguir la atención integral e integrada que pretende.[5]

El médico familiar debe de tener respecto hacia los otros profesionistas del equipo y conocimiento de sus roles, reconocimiento de sus limitantes personales así como el interés por el trabajo desarrollado por los otros. Asumir la división funcional del trabajo en los protocolos y programas que se realizan en el centro de trabajo y trabajar la resistencia al cambio.[5]

1.2.4 Sistemas de Registro

El médico de familia debe conocer y saber utilizar aquellos sistemas de información sanitaria que respondan a las necesidades de información.

Reconocer que no es posible tomar decisiones sin disponer de información para hacerlo.

En la práctica diaria del médico de familia se deben implementar herramientas de registro como son:

- Datos Poblacionales
- Complementar la historia clínica orientada por problemas, prestando especial atención a la identificación de los factores de riesgo personales y/o familiares
- Mantener actualizado el registro de morbilidad de aquellos problemas priorizados por el equipo de salud
- Utilizar el sistema de clasificación de enfermedades y/o problemas de salud en atención primaria, según acuerdo del equipo
- Mantener actualizado el registro de mortalidad del centro[5]

1.2.5 Garantía de Calidad

Nuestro objetivo no sólo será el de prestar asistencia sanitaria a la población, sino una asistencia sanitaria de calidad, por lo que se hace precisa la monitorización y seguimiento de la atención que la población recibe, intentando, en definitiva, garantizar la calidad de la asistencia.[5]

Para conocer si el trabajo que desempeñamos es o no es realmente de calidad, se precisa analizar y monitorizar la acción que se emprende, desde que ésta se escoge entre otras alternativas y se da una determinada forma hasta cuando se ejecuta y también cuando se finaliza, para conocer el efecto que realmente se ha conseguido en ella.[5]

Es importante recordar que la garantía de calidad ha de ser un proceso continuo y que todo proceso debe ser evaluado por otros profesionales con la finalidad de ser mejorado, así como estar dispuesto a realizar auditorias o revisiones sobre el trabajo realizado por otros.[18]

Teniendo en cuenta las distintas dimensiones de la calidad (efectividad, eficiencia, eficacia, competencia profesional, accesibilidad, satisfacción del usuario). El médico de familia no es un “agente de desarrollo comunitario”, sino un clínico que reconoce su sentimiento de responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto, así como la importancia de la participación de ésta en sus problemas sanitarios para la mejora de su nivel de salud.[18]

El médico de familia reconoce la importancia de las funciones de docencia, formación continuada e investigación para la mejora de su competencia profesional, por un lado, y para elevar el nivel científico de la atención primaria en nuestro país, por otro lado.[18]

Por ello, en la medida de sus posibilidades, y sin dejar al margen las funciones asistenciales, se esfuerza en realizar actividades incluidas en esta área.[18]

El médico de familia, por último, reconoce las ventajas del trabajo en equipo y su necesidad para optimizar la atención prestada a la población; tiene presente el concepto de limitación de recursos y la necesidad de priorizarlos en su utilización; reconoce la importancia de la información sanitaria como base para la realización de múltiples actividades de atención primaria, y acepta la necesidad de las

actividades de garantía de calidad por la trascendencia social del trabajo que realiza.[18]

Una explicación más amplia de cómo se forma un médico familiar lo encontramos en la teoría curricular, ella señala que la disciplina: Medicina Familiar representa el cuerpo de conocimiento teórico-prácticos que constituyen a una profesión, éstos son susceptibles de ser enseñados y practicados. Con fines didácticos se divide en tres ejes: el disciplinar, el metodológico y el socio-humanista.[18]

El médico familiar en ejercicio comparte responsabilidades en los sistemas de salud, con otros profesionales formados en diferentes disciplinas – el llamado equipo multidisciplinario de salud – el cual interacciona entre sí o con el paciente y su familia, para aplicar métodos y procedimientos específicos acordes a las variadas circunstancias y escenarios en que ocurre la atención médica. Este grupo que en lo cotidiano se vincula y perfecciona en el contacto con la realidad, crea así las condiciones para el trabajo interdisciplinario. Esto sin lugar a dudas constituye una de las fuerzas más distintivas de la medicina familiar.[18]

1.3 Movimiento de Medicina Comunitaria

En este movimiento: “AP” es sinónimo de atención dada por el Médico General o Médico de Familia. La Atención Primaria (AP) se concibe como medicina de familia.[7]

Se refiere al cuidado de grupos más que a individuos. Aparece el concepto de *atención a un área definida geográficamente*, y la combinación de la *atención clínica y la intervención social*, apoyada en la epidemiología que se va desarrollando como *epidemiología clínica*.[7]

La *medicina comunitaria* aglutina en una sola especialidad a la medicina preventiva, salud pública y medicina social, añadiendo a ello un esfuerzo en analizar y racionalizar la organización de los servicios de salud. Por otra parte, mantiene una perspectiva poblacional; es decir, su objeto son poblaciones o grupos más que pacientes individuales.[7]

Medicina Preventiva: La que se ocupa de impedir en el individuo, familia o grupos de población la aparición, desarrollo y propagación de las enfermedades, manteniendo el sentido de salud y evitando y limitando la aparición de invalideces.[7]

1.4 Atención Primaria de Salud (APS)

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Ex URSS llevada a cabo del 6 al 12 de septiembre de 1978, en la Declaración compuesta de diez apartados, se define a la Atención Primaria como: “la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena

participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".[7]

Los tres pilares de la APS: participación comunitaria, intersectorialidad y equidad.

1.4.1 Características de la APS:

- Justicia Social e Igualdad
- Auto-responsabilidad
- Solidaridad Internacional
- Aceptación de un concepto amplio de salud[7]

1.4.2 Actividades de las APS

- Educación Sanitaria
- Abastecimiento de Alimentos
- Nutrición Adecuada
- Saneamiento Ambiental
- Atención de Salud Materno – Infantil
- Inmunización
- Prevención y Control de las Enfermedades Endémicas
- Suministro de Medicamentos Esenciales[7]

1.4.3 Principios de Organización de los Servicios de Salud en la APS.

- Accesibles
- Adecuados a las necesidades de la población
- Funcionalmente integrados
- Basados en la participación de la comunidad
- Económicos
- Caracterizados por la colaboración intersectorial[7]

Para lograr el ambicioso objetivo de Salud para Todos, las naciones del mundo -junto a la OMS, el UNICEF y las principales agencias financieras- se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista denominado Atención Primaria de Salud (APS), Muchos de los principios de la Atención Primaria de Salud fueron tomados de China y de diferentes experiencias de Programas de Salud Basados en la Comunidad no gubernamentales, pequeños y poco

conocidos, de Filipinas, América Latina y otros países que fueron la inspiración para la APS. Todo esto fue enunciado en la Declaración de Alma Ata.[18]

El compromiso político por la Atención Primaria de Salud implica algo más que un apoyo formal por parte de los gobiernos y los líderes de la comunidad […] Para los países en desarrollo en particular, implica la transferencia de una mayor cantidad de recursos sanitarios a la mayoría desatendida de la población. Al mismo tiempo, es necesario aumentar los presupuestos nacionales de salud hasta que toda la población tenga acceso a una atención básica [….].[18]

"También es necesaria una política clara por la cual los países más influyentes se comprometan a realizar una distribución más justa de los recursos para permitir a los países en desarrollo y, de forma muy especial, a los menos desarrollados, poner en marcha la Atención Primaria de Salud".[18]

La APS también hacia hincapié en la estrecha relación entre salud y desarrollo en los sectores más empobrecidos de la comunidad. Es la clave para lograr un nivel aceptable de salud para todos, también ayudará a que las personas alcancen su propio desarrollo económico y social. Por lo tanto, la atención Primaria de Salud debería ser parte integrante del desarrollo general de la sociedad.[18]

La Declaración de Alma Ata también mantiene que, para plantear y llevar a la práctica de forma eficaz la APS, la participación comunitaria ha de ser fundamental. La notable participación de los usuarios había sido un signo común de los programas basados en la comunidad que habían sido estudiados en el proceso de elaboración de la Declaración. Esta afirma que "la autoestima y la conciencia social son factores clave para el desarrollo humano" y recalca la importancia de "la participación comunitaria en la decisión de las estrategias y en planificar, poner en marcha y controlar los programas de desarrollo".[18]

Se puede ver que la correcta aplicación de la atención primaria de salud tendrá consecuencia a largo plazo, no solo en el sector de la salud sino también en otros sectores sociales y económicos.[18]

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.[18]

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, y obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud en la clava para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.[18]

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicios, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.[18]

La Conferencia Internacional sobre Atención Primara de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero particularmente en los países en desarrollo.[18]

Los sistemas sanitarios y la práctica de la medicina han tenido tradicionalmente casi como único objetivo la enfermedad, y han dirigido sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el tratamiento de las patologías establecidas, prestando poca o mala atención a su prevención y a la conservación y promoción de la salud.[18]

1.4.4 Objetivos de la APS

Los profesionales sanitarios, planificadores, políticos y ciudadanos son consientes de que la función primordial de un sistema sanitario no radica en exclusiva en garantizar el derecho del paciente hacer correctamente diagnosticado y tratado, son también en procurar que no enferme, que se mantenga sano; priorizar en definitiva su derecho a la salud, asimilando en cierta medida la enfermedad como un fracaso en el logro de este objetivo.[3]

Estas consideraciones no son nuevas, ya que muchos autores las han expuesto y analizado con autoridad. A partir de principios de la década de 1970, y sobre todo, a raíz de la conferencia de la OMS de Alma-Ata (1978), el conjunto del entramado profesional, social y político de gran parte de las naciones ha ido asumiendo la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios.[3]

La salud es un derecho fundamental del individuo que para su consecución necesita la colaboración y coordinación de distintos sectores técnicos y sociales. Entre ellos los sistemas de salud tienen un papel relevante, pero ha de contar siempre con las aportaciones de otros, por ejemplo educación, vivienda, comunicación y agricultura.[3]

Al igual que en otros campos, en el de la salud también se hace cada vez más evidente la necesidad de una cooperación internacional efectiva para el control de los problemas y para la desaparición progresiva de las grandes desigualdades existentes en este ámbito entre distintos países.[3]

Consideraciones sobre la Evolución de los Sistemas Sanitarios y sus Profesionales.

Existen múltiples evidencias científicas de que el incremento de la complejidad y de los costes de los sistemas sanitarios tradicionales no se ha reflejado en el grado de salud de la población atendida. La población demanda cada vez más y mejores servicios de salud y los recursos no siguen un crecimiento paralelo que permita cubrir totalmente las necesidades. Por ello, se hace preciso establecer políticas de salud que delimiten claramente las prioridades de acuerdo con criterios de equidad, eficacia y eficiencia.[3]

Las medidas de prevención y promoción de la salud pueden contribuir de forma efectivo a modificar los hábitos de vida que están en la base casual de las enfermedades crónicas, de importancia creciente en las sociedades desarrolladas.[3]

Si es necesario cambiar en profundidad el sistema sanitario también lo es transformar a sus profesionales. La figura del médico de cabecera, tan antigua como la propia medicina, ha de ser potenciada en muchos de sus contenidos y modificada radicalmente en otros para lograr su plena incorporación a los nuevos elementos conceptuales, organizativos y funcionales de un moderno sistema sanitario.[3]

Para que el sistema sanitario responda de forma precisa a las necesidades de salud de la población es importante que ésta participe activamente en su planificación y control, al concepto de Atención Primaria de Salud.[3]

Cada país ha de determinar cuáles son las vías concretas de desarrollo de la APS más adecuadas para sus circunstancias socioeconómicas y culturales, así como para las características de su sistema sanitario. La definición de los principales problemas sanitarios a partir de la confección y puesta en práctica de un Plan Nacional de Salud que contemple un control global de aquéllos, desde la promoción y la prevención a la rehabilitación, es un primer lapso importante para la puesta en práctica de la estrategia de la APS.[3]

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. A ellos se suma con cierta frecuencia la gestión y la utilización incorrectas de los escasos recursos disponibles.[3]

Los instrumentos primarios de trabajo en la atención primaria a la salud son el levantamiento cartográfico de las comunidades y el censo de la población, complementado con el inventario de los factores de riesgo individuales, familiares y domiciliarios. Regularmente hemos observado que la realización del llamado “diagnóstico situacional” de la salud de las comunidades, concluye con una descripción de los recursos y problemas de salud comunitarios, pero sin que este

encuentre una vía de traducción práctica a las labores del equipo de salud. En la atención primaria a la salud, el “diagnóstico situacional” tiene que llevarse hasta los planos individual y familiar; lo descriptivo, o sea el inventario de factores de riesgo, da lugar de inmediato al diagnóstico de los riesgos a que están sujetos cada individuo y cada comunidad. A partir del diagnóstico de riesgos es necesario “programar” la atención primaria. Este tipo de programación no es una habilidad de curso corriente en los actuales equipos de atención médica, los cuales basan sus actividades en el abordaje de las incidencias.[3]

1.4.5 Sistemas Locales de Salud (SILOS)

La APS, como estrategia, requiere la redistribución de los recursos así como un nivel alto de participación, tanto del personal de salud como de la comunidad. En muchos países, al definir sus políticas nacionales de salud, se refuerza el papel tradicional del hospital como elemento dominante en el modelo de atención biomédico curativo. La tecnología “de punta”, la industria farmacéutica y el médico como elemento central rector, constituyen los elementos dominantes del equipo de salud.[7]

El enfoque eminentemente biomédico del proceso salud-enfermedad oculta otros factores psicológicos, sociales, económicos y políticos que también intervienen en el proceso.[7]

El vínculo entre hospital y el resto de la red de servicios, organizados como sistema que atiende a la población dentro de un espacio geográfico determinado, conforman lo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha denominado un sistema local de salud (SILOS).[7]

Los SILOS constituyen sistemas escalonados de servicios de complejidad variable, en los que los canales de comunicación y de referencia y contrarreferencia del paciente están claramente establecidos.[7]

Es una táctica para la aplicación de los principios básicos de la APS.

El desarrollo de los SILOS no puede verse de forma aislada. Los SILOS significan la respuesta del sector salud a los procesos de democratización y descentralización del Estado, y representan también una respuesta interna del sector para lograr una mayor equidad, eficacia y eficiencia de sus acciones.[7]

Los SILOS son unidades organizativas de base poblacional para lograr la APS.[7]

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud de Alma–Ata, añadió otros dos significados (APS):

- Equidad, acción intersectorial y participación comunitaria.

Se pueden igualar APS, AP, MF. Pero debemos diferenciarlos. AP y MF se desarrollan independientemente, siempre aplicándose la MF a la AP.

La AP se transforma en APS y la MF se expande, reorienta servicios y reubica para ser realmente efectiva, aplicándose en la APS.

Modelos de desarrollo de la AP, APS y MF.[7]

Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF)[2]

Medicina familiar es practicada por un profesional que es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de la edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes, el médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en contexto de la comunidad, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes. El MOSAMEF mostraría buena parte de lo que es la esencia de la medicina familiar.

1.5 Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar (MOSAMEF)

1.5.1 Antecedentes del MOSAMEF

La práctica de la Medicina Familiar se fundamenta en tres elementos esenciales: el estudio de la familia, la continuidad de la atención y la acción anticipatorio basada en un enfoque de riesgo.[2]

Concepto de Familia: “Es un grupo social, organizado como un sistema abierto, construido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud – enfermedad”.[2]

Dinámica Familiar: Robert B. Taylor menciona la Condición mínima en las familias, que la comunicación debe ser efectiva, coherente entre lo que expresamos y lo que decimos, ya que si no es así puede llevar a una familia a tener dificultades para resolver sus conflictos. Es necesario que todos los miembros de la familia puedan expresar sus necesidades, emociones y expectativas sin temor a ser rechazados o no considerados por los demás.

La violencia intrafamiliar es un trastorno de la dinámica familiar, que requiere de un tratamiento especializado de alta complejidad. Es una situación de abuso de poder o maltrato físico o psíquico, de un miembro de la familia hacia otro integrante y manifestarse a través de golpes, insultos, manejo económico, chantajes, control de las actividades, abuso sexual, aislamiento de familiares y amigos, prohibición a trabajar fuera de la casa, abandono afectivo, humillaciones o no respetar las opiniones.[10]

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 campo de acción:

- Reorientar los servicios de Salud
- Mejorar las habilidades personales en relación con los estilo de vida
- Creas " Medioambientes" saludables
- Elaborar políticas explícitas para la salud
- Reforzar la acción comunitaria en salud[2]

El MOSAMEF es un modelo de práctica médica familiar, diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Fue dado a conocer desde 1995 en la tercera edición del Libro Fundamentos de Medicina Familiar.

Hasta el año 2000 lo habían aplicado más de 100 especialistas en medicina familiar en el país. Este ensayo sobre las bases conceptuales del MOSAMEF, no pretende agotar el tema, sino servir de introducción a los principios que sustentan a la especialidad en Medicina Familiar.[2]

El MOSAMEF y el Médico Familiar

La función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y mostrarles cómo prevenir, o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades.[10]

El modelo de atención primaria a la salud (la práctica médica familiar) tiene como condición *sine qua non* anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo, es decir, usar un modelo anticipatorio basado en diagnosticar los riesgos a que está sujeta una población específica mediante la identificación de los factores de riesgo a que está expuesto cada miembro de la población.[10]

En médico de familia debe poseer las siguientes cualidades: ser buen clínico, científico, consejero diagonal, 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.

1.5.2 Antecedentes Socio-Políticos del MOSAMEF

En todo el mundo existe actualmente una *megatendencia* hacia la reforma de los sistemas de salud. Tres elementos impulsan principalmente estas reformas.

- Los costos de la atención en salud
- Los problemas de acceso a la atención médica
- La percepción de los usuarios de que la calidad de la atención no es óptima[10]

El MOSAMEF comparte sus principios con el denominado Modelo Ecológico de Asistencia Médica, propuesto por White,

a) El microambiente y macroambiente (físico y social)
b) El acceso a los servicios de salud (niveles de atención preventivos, curativos y de rehabilitación)
c) Factores hereditarios
d) Estilo de vida (Actualmente de primordial importancia para la comprensión y manejo de patologías crónico – degenerativas)[10]

La filosofía del modelo ecológico de la salud, señala a la medicina como una institución de la sociedad que tiene como tarea primordial recuperar la salud de las poblaciones, ya sea por medio de la curación o mediante la prevención de factores que pudieran generar enfermedades. De esta manera en el mundo desarrollado se ha motivado prestar una atención médica orientada hacia la población y no solo para corregir el daño desde una perspectiva individual.[10]

1.5.3 Perspectivas del MOSAMEF

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

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

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

- Identificación de características de la comunidad a estudiar
- Señalamiento puntual de los problemas de salud de la población
- Modificación a los problemas detectados, principalmente a desviaciones en la practica asistencial
- Seguimiento del impacto de la intervención[10]

La atención médica familiar basada en la comunidad, espíritu del MOSAMEF es deseable que se logre constituir en un modelo eficaz para los médicos familiares responsables de una población.

El Médico de Familia no es un terapeuta familiar, sino un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia y reconoce que está en una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorará la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad en ésta área.[10]

1.5.4 Definición de MOSAMEF

El Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar es un conjunto de procedimientos (administrativos, clínicos y operativos) que fundamentan el desarrollo de las actividades del Médico Familiar.[9]

1.5.5 Propósito del MOSAMEF

- Describir el escenario en el que el médico familiar desempeña sus actividades, infraestructura, perfil demográfico de las familias, perfil epidemiológico, etc.
- Analizar los problemas, priorizar las necesidades, planea y organizar (infraestructura, recursos tiempo) estrategias.
- Desarrollar actividades fundamentales en los principios esenciales de la medicina familiar. (Atención integral del individuo y su familia, continuidad de la atención y enfoque de riesgo).
- Evaluar los resultados de las estrategias.[9]

1.5.6 Etapas del MOSAMEF

I. Diagnóstica

Objetivo: Realizar una descripción de los elementos que influyen en la práctica profesional del médico familiar para la planeación y toma de decisiones que favorezcan el logro de los objetivos esenciales de la medicina familiar.

Población bajo su cuidado profesional
- Pirámide poblacional
- Diagnóstico de salud y riesgo de la población: Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF).
- Expedientes Clínicos.

Infraestructura
- Recursos humanos, físicos, servicios y materiales.
- Laboratorio y gabinete
- Sistema de referencia y contrarreferencia
- Redes de apoyo extrainstitucional

Perfil epidemiológico y problemas de salud
- Diez primeras causas de motivos de consulta
- Diez primeras causas de morbilidad
- Diez primeras causas de referencia[9]

II. Análisis de la Situación

III. Priorización de Problemas

Objetivo: Evaluar la aplicación de las NOMs y los resultados de la aplicación de los programas prioritarios

Estrategia: Investigación basada en la práctica clínica

Diagnóstico de aplicación de NOMs

Evaluación de la operación de los Programas Prioritarios para la Salud

Metas, cobertura, indicadores, tasas, frecuencias, porcentajes, etc.

Por ejemplo:

- Materno – Infantil
  - Planificación Familiar
  - Control de Embarazo
  - Lactancia Materna
  - Control de Niño Sano
    1. Inmunizaciones
    2. Estado Nutricional
       - Desnutrición
       - Obesidad
  - Desarrollo Psicomotor

- Enfermedades Infecciosas
  - Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS)
  - Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS)
  - Enfermedades de Transmisión Sexual
  - VIH/SIDA

- Enfermedades Crónicas
  - Diabetes Mellitus
  - Hipertensión Arterial
  - Artritis Reumatoide

- Enfermedades Degenerativas
  - Cáncer Cérvico–Uterino
  - Cáncer Mamario
  - Cáncer de Próstata
  - Cáncer Gástrico
  - Cáncer Pulmonar[9]

IV. Planeación de estrategias y modelos de evaluación de las mismas

Objetivo: Diseñar proyectos dirigidos a la solución de problemas específicos identificados en etapas anteriores del MOSAMEF

Estrategia: Investigación (cinco líneas: metodología, clínica, educativa, en servicios y en sistemas de salud)

Resultado Esperado: Evaluar si las intervenciones (clínicas, administrativas, operativas, etc.) son eficaces para la solución de los problemas detectados.[9]

1.6 El Enfoque de Riesgo

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran.

La hipótesis sobre la que se basa el enfoque de riesgo, es que mientras más adecuadamente se comprenderá las necesidades de atención de la población y ello favorecerá la efectividad de las intervenciones.[13]

Los problemas de salud, las condiciones socio-económicas y la distribución de los riesgos en la población dependen de las características y condiciones de cada país. Antes que pueda formularse una estrategia de riesgo hay que contar con información básica confiable. La recolección y análisis de tal información constituye una parte esencial de la investigación.

El riesgo es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro. Queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más características o factores determinantes de esas consecuencias. Cuando la probabilidad es conocida y se trata de una dolencia, enfermedad, accidente o muerte, que pueden ser evitados o reducidos si se emprenden acciones antes de que aquellos acontezcan, se habla de la utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos.[13]

Los factores de riesgo pueden ser específicos para un daño en particular. Con mayor frecuencia, un mismo factor de riesgo aumenta las posibilidades de varios tipos de daños, hasta cierto punto diferentes.[13]

Los factores de riesgo pueden clasificarse en aquellos que pueden ser modificados, en los que la casualidad es fundamental y en aquellos que no podrán ser modificados, en los que la casualidad no es necesariamente importante. Estos últimos son usados fundamentalmente para la identificación de grupos de riesgo.

Una de las características del uso del enfoque de riesgo es la consideración de todas las causas sin tomar en cuenta si son médicas, intersectoriales, emocionales, políticas o económicas.

Como se mide el Riesgo a nivel de grandes comunidades, en estudios epidemiológicos.

Hay diferentes maneras de medir la relación entre factores de riesgo y daños a la salud en grandes poblaciones para realizar estudios epidemiológicos:

El riesgo absoluto es la incidencia del daño en la población total determinada. Esta población específica comprende a quienes tienen factores de riesgo definidos y a quienes no lo tienen. Expresa la frecuencia total de que un evento ocurra dentro de un periodo determinado.

El riesgo relativo es una comparación de la frecuencia con que ocurre el daño en los individuos que tienen el atributo o factor de riesgo y la frecuencia con que acontece en aquellos que no tienen el factor de riesgo.

El riesgo atribuible es una medida útil para mostrar la proporción en que el daño podría ser reducido si los factores de riesgo causales desaparecieran de la población total.[13]

1.6.1 Usos del enfoque de riesgo: de la información a la intervención

El enfoque de riesgo puede ser utilizado tanto dentro como fuera del sistema de atención a la salud. La información de él derivada puede utilizarse para definir prácticas de educación para la salud y mejora la atención a la salud. La participación de la comunidad en el reconocimiento de los factores de riesgo de individuos y de grupos permite aumentar la conciencia hacia los problemas de la salud y los programas de atención comunitaria.[13]

Dentro del sistema de atención a la salud, puede facilitar una mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia y facilitar el control de los factores de riesgo. Puede producir cambios en el estilo y condiciones de vida y del medio ambiente.[13]

Finalmente, el enfoque de riesgo ayuda a identificar la contribución de otros componentes (sociales, económicos y ambientales) al proceso de salud-enfermedad.[13]

El enfoque de riesgo puede utilizarse para la toma de decisiones en los distintos niveles de atención, desde el individual y familiar hasta el de política intersectorial.[13]

El efecto del aumento en la cobertura sobre la salud de la comunidad podría ser muy significativo. Ello se debe al número excesivo de personas con alto riesgo que se encuentra entre aquellos no cubiertos por los servicios de atención a la salud.[13]

1.6.2 Adiestramiento del Personal de Salud

Este adiestramiento deberá orientarse hacia el cambio de las habilidades y destrezas para hacer frente a las demandas de servicio de salud de la población a riesgo seleccionada. Además es necesario entrenar personal que pueda atender los requerimientos básicos de la población de bajo riesgo.[13]

Un mayor conocimiento sobre salud en el núcleo familiar ayuda al reconocimiento temprano de riesgos y enfermedades y facilita la referencia selectiva de pacientes.[13]

La información de riesgo, debidamente interpretada, puede convertirse en un vehículo para la demostración de relaciones causa/efecto en el proceso salud-enfermedad y puede ayudar al desarrollo de intervenciones comunitarias adecuadas a la realidad correspondiente.[13]

Los Factores de Riesgo pueden ser:

- Biológicos (Ej. Ciertos grupos de edad)
- Ambientales (Ej. Abastecimiento deficiente de agua)
- De comportamiento (Ej. Fumar)
- Relacionados con la atención a la salud (Ej. Baja calidad de la atención)
- Socio-culturales (Ej. Educación)
- Económico (Ej. Ingreso)[13]

1.6.3 Factores de Riesgo y Daños a la Salud

Se habla con frecuencia de una cadena de hechos donde un daño precedente conduce a un daño subsecuente. Por lo tanto, cuando se lleva a cabo un estudio epidemiológico utilizando el enfoque de riesgo, debe presentarse especial atención de cuáles son los factores de riesgo y daños que se busca estudiar.[13]

A nivel individual y de familia, nuestra habilidad para medir estos riesgos con cierta precisión es incipiente. Contamos en la actualidad con herramientas particularmente aplicables a los aspectos preventivos de la atención a la salud. Tales herramientas y el conocimiento generado por ellas han llegado en un momento especialmente oportuno para aumentar la efectividad de la atención primaria a la salud.[13]

En la actualidad, el desarrollo científico y los avances tecnológicos han generado recursos que permiten no solamente atender la enfermedad sino también incidir sobre la salud, a este tipo de medicina la podríamos denominar de atención primaria, lo que equivale a decir que se ejerce antes de que aparezca un daño, en contraposición, a la atención a la enfermedad o atención secundaria.[14]

Una atención en el nivel de excelencia debería ser valorada no por los medios que usa, sino por los resultados que produce, una atención de excelencia debería ser aquella que evitara costos y sufrimientos humanos que en el caso de un infarto en

evolución, el paciente entra en contacto con la alta tecnología cuando el daño ya está presente y en ocasiones cuando es irreversible o fatal.[14]

Actualmente podemos contar con la tecnología para identificar el riesgo respecto a un gran número de padecimientos, varios años antes de que se presente el daño e indicar las acciones tendientes a limitar un daño.[14]

La metodología de Atención Programada o Metodología para la Programación de la Atención a través del enfoque de riesgo, fue elaborada en la Dirección General de Enseñanza en Salud de la Secretaría de Salud en 1988.[14]

- En primer lugar se **detectan** los factores de riesgo por el equipo de salud; se jerarquizan de acuerdo a los criterios de **magnitud y trascendencia**,

- Posteriormente se programan las acciones del equipo de salud y se someten los factores de riesgo ya jerarquizados a decisión operativa en función de los criterios de vulnerabilidad y factibilidad, de manera que se conozca la posibilidad de actuar sobre el factor de riesgo y la intensidad y dirección en que ésta acción puede realizarse.[14]

    - **Vulnerabilidad:** Se refiere a la existencia de técnicas y procedimientos adecuados para abordar el factor de riesgo.
    - **Factibilidad:** Se refiere a la capacidad que se tiene para impactar sobre el factor de riesgo con los recursos disponibles; lo ideal para cada factor de riesgo es cancelarlo, modificarlo o atenuarlo.[14]

La evaluación de las actividades realizadas con el individuo su familia o el entorno, se lleva a cabo de acuerdo a los criterios de:

- **Eficiencia:** Será la relación existente entre el cumplimiento, apego a la técnica y habilidades establecidas para realizar la actividad planeada y el resultado obtenido.
- **Eficacia:** Será la relación entre la atención prestada y el efecto sobre los factores de riesgo (si se canceló, modificó o se atenuaron sus efectos).
- **Efectividad:** Será el porcentaje de familias en las que se logró eficiencia y eficacia.[14]

2. Planteamiento del Problema.

La población total del país, según datos del Conteo de Población y Vivienda 2005 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), es de 103,263,388 habitantes, divididos en 50,013,433 mujeres y 50,249,955 hombres. En el Distrito Federal la población es de 8,720,916 habitantes, divididos en 4,549,233 mujeres y 4,171,683 hombres. Según la estimación hecha por el Consejo Nacional de Población y Vivienda (CONAPO) la población actual en el país es de 106,242,732 habitantes y en el DF es de 8,778,474.[23]

La mortalidad en el país según datos del INEGI en 2006 fue en total de 494,471 decesos, 274,091 hombres, 220,240 mujeres y 140 no especificado.[24] Las 5 principales causas de mortalidad son: Enfermedades de corazón 16.43%, Diabetes Mellitus 13.82%, Tumores malignos 12.92%, Accidentes 7.33%, Enfermedades del hígado 5.94%.[25] La mortalidad en el Distrito Federal según INEGI en 2006 fue en total de 49,894 casos de los cuales 25,472 fueron hombres y 24,407 mujeres.[24] Las 5 principales causas de mortalidad son: Enfermedades del corazón 19.88%, Diabetes Mellitus 16.91%, Tumores malignos 13.76%, Enfermedades de cerebro-vasculares 5.58%, Enfermedades del hígado 5.02%.[25]

Las Causas Principales de Morbilidad según el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud SA, de un total de 40,321,579 casos a nivel nacional en el año 2007 son: Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) 61.07%, Infecciones Intestinales 11.45%, Infecciones de las Vías Urinarias (IVU) 7.65%, Úlceras, Gastritis y Duodenitis 3.68%, Hipertensión Arterial 1.29%.[26]

En el DF la principales causas de morbilidad de un total de 3,321,809 en el año 2007 son: Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) 62.10%, Infecciones Intestinales 11.87%, Infecciones de las Vías Urinarias (IVU) 8.99%, Úlceras, Gastritis y Duodenitis 3.43%, Hipertensión Arterial 1.44%.[26]

Según datos del CONAPO en el año 2008, el total de Hogares a nivel nacional es de 26,911,483 habiendo en el Distrito Federal 2,453,052. El número de hogares nucleares en el país es de 18,307,912 y en el DF 1,564,017, hogares extensos en el país 5,798,436 y en el DF 560,658. Hogares Compuestos en el país 329,198 y en el DF 31,864. Hogares Corresidentes en el país 192,982 y en el DF 26,512. Hogares Unipersonales en el país 2,282,955 y en el DF 270,001.[27]

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el año 2006, a nivel nacional cuenta con una población de derechohabientes permanentes y eventuales de 10,798,948 de los cuales 3,003,165 son trabajadores directos y el número de familias es de 7,795,783. En el Distrito Federal el total de derechohabientes es de 3,248,110 de ellos, 2,203,514 son familias.[6]

La población que atiende el ISSSTE son los trabajadores que mediante designación legal o nombramiento prestan sus servicios en las dependencias,

empresas y/o instituciones del sector público, central o paraestatal, como al personal estatal y de organismos descentralizados y, como servidor público activo; así como a sus pensionados y los familiares derechohabientes.

La Clínica de Medicina Familiar Del Valle del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), está ubicada en la Colonia Del Valle, Distrito Federal, México, lugar donde la población es de nivel socio económico medio alto y que cuenta con todos los servicios de urbanización. La Clínica Del Valle fue fundada por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado el 14 de septiembre de 1999, actualmente cuenta con una población de 18,151 de derechohabientes; en esta Clínica se localiza el Consultorio 11 en el turno vespertino y tiene asignadas a 453 familias, estas mismas carecen de un estudio previo que den a saber los parámetros de salud; ante esta situación, se desconocen las características familiares, los aspectos demográficos, su estructura poblacional, los principales motivos de consulta y los factores de riesgo de los derechohabientes, lo que impide hacer un diagnostico situacional preciso.

Actualmente el médico de familia desconoce las características Bio-Psicosociales, principales causas de consulta y pirámide poblacional que de acuerdo a su edad, identificará cual es el grupo mas necesitado de los derechohabientes que atiende

Se desconoce también las características propias de cada familia, quienes las conforman, los tipos de familia, en que etapa del ciclo vital se encuentran, si la familia es funcional o disfuncional, para tener todas las herramientas necesarias y en consecuencia, realizar un diagnóstico y poder dar una atención de más calidad de acuerdo a sus necesidades a la vez implementar estrategias preventivas, curativas y de rehabilitación, en vista de que población adulta aumenta y por lo tanto, las enfermedades crónico-degenerativas tiende a ser una de las primeras causas de consulta ya que en el país, el perfil epidemiológico esta formado por las enfermedades crónico degenerativas y lesiones, provocando un aumento a la discapacidad lo que ocasiona un incremento al costo-tratamiento si no se trata a tiempo con medidas de prevención, promoción y alternativas mas viables, a estilos de vida saludables fomentando el autocuidado de la salud para así impulsar la prevención de enfermedades y discapacidades para mejorar las condiciones de salud general de los derechohabientes, lo que en consecuencia, habrá un mejor desarrollo económico del país.

Por lo tanto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características familiares, factores de riesgo y principales causas de consulta de los usuarios del consultorio 11 turno vespertino de la Clínica de Medicina Familiar Del Valle en el Distrito Federal, del ISSSTE?

3. Justificación

Ante el hecho que en la Clínica de Medicina Familiar Del Valle en el Distrito Federal, México, que pertenece al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en el Distrito Federal, México, cuenta con el consultorio 11 del turno vespertino donde no tiene el antecedente que especifique las características de las familias no cuenta con el estudio de las 10 enfermedades más frecuentes de la consulta, es necesario que la Clínica de Medicina Familiar Del Valle lo conozca para el índice de marginación, el estado integral de salud de las familias; la escolaridad y el desarrollo comunitario, con el propósito de implementar acciones y programas de prevención de la condiciones de vida.

Esta población usuaria del consultorio 11 del turno vespertino que cuenta con los beneficios de la Seguridad Social por que dependen y son derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se desconoce las causas por las que acuden generalmente, es por esto que aparecen los factores de riesgo y es necesario hacer el estudio de las características familiares y de las 10 causas principales de consulta para incidir en ellos programas de salud.

Con esta investigación se pretende hacer un diagnóstico para analizar los factores de riesgo familiar (daño probable), aspectos demográficos de la familia para implementar acciones inmersas de la salud que abarquen las acciones curativas, preventivas que incidan a un mejoramiento continuo de sus condiciones de vida y satisfacción del servicio.

Con programas y estrategias establecidas a este grupo poblacional dándole un seguimiento puntual y medidas preventivas conducentes, se intenta mejorar el aspecto de la salud del grupo poblacional usuario del Consultorio 11 de la Clínica de Medicina Familiar Del Valle.

4. Objetivo General

Conocer las características familiares, factores de riesgo y las principales causas de consulta del Consultorio 11 del turno vespertino de la Clínica Del Valle en el Distrito Federal, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

4.1 Objetivos Específicos

Obtener la Pirámide Poblacional,

Conocer la tipología y clasificación de las familias

Identificar las 10 enfermedades como causa principal de consulta durante un año (octubre 2007 a septiembre 2008).

Conocer los factores de riesgo de las familias del consultorio.

Conocer datos demográficos de las familias usuarias del consultorio.

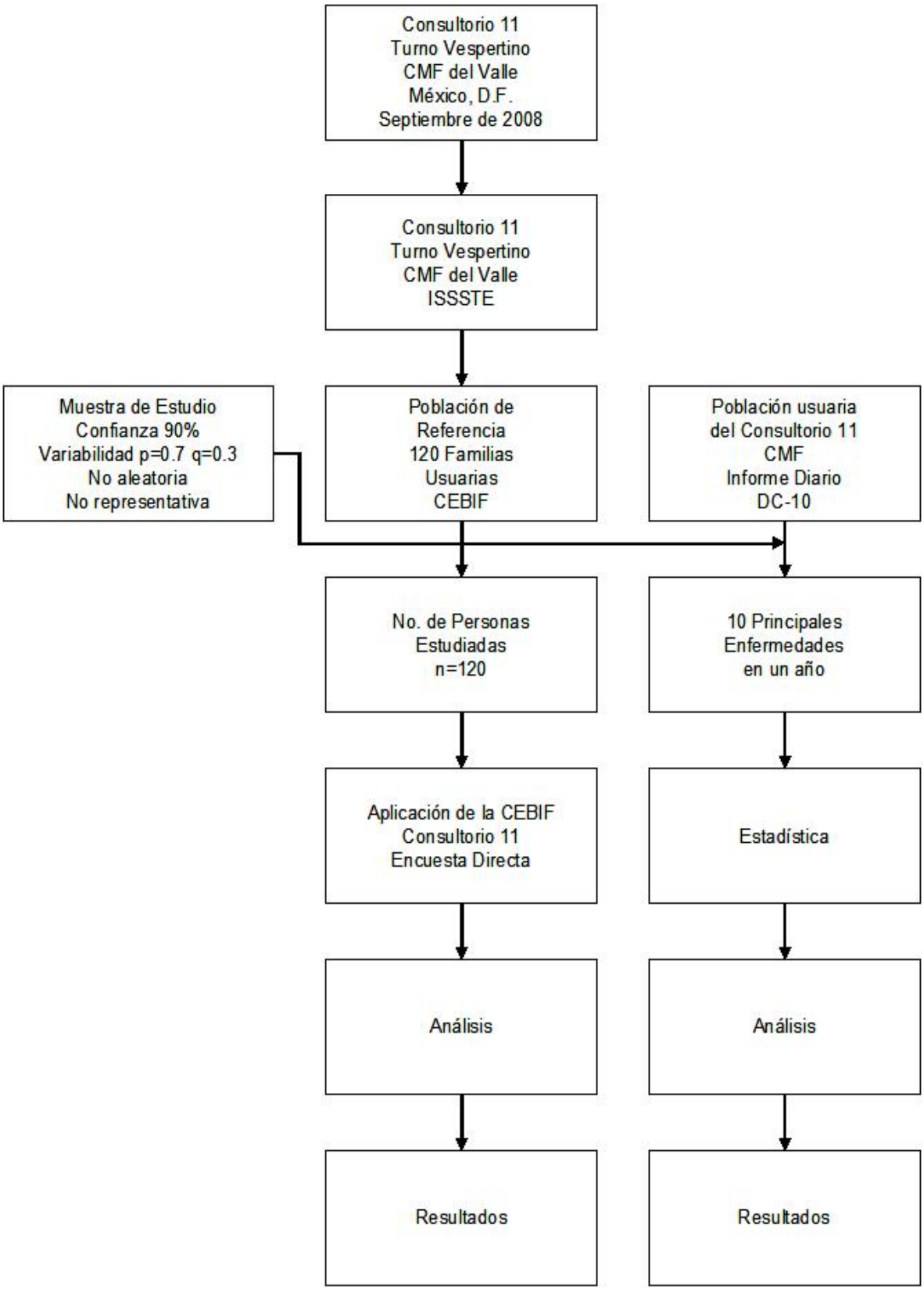
5. Material y Método

5.1 Tipo de Estudio

Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, retrospectivo, cuantitativo y cualitativo.

5.2 Diseño de Investigación.

Esquema de las etapas de planeación del proyecto


Consultorio 11
Turno Vespertino
CMF del Valle
México, D.F.
Septiembre de 2008
Consultorio 11
Turno Vespertino
CMF del Valle
ISSSTE
Muestra de Estudio
Confianza 90%
Variabilidad p=0.7 q=0.3
No aleatoria
No representativa
Población de
Referencia
120 Familias
Usuarias
CEBIF
Población usuaria
del Consultorio 11
CMF
Informe Diario
DC-10
No. de Personas
Estudiadas
n=120
10 Principales
Enfermedades
en un año
Aplicación de la CEBIF
Consultorio 11
Encuesta Directa
Estadística
Análisis
Análisis
Resultados
Resultados

5.3 Población.

La población de referencia son 453 familias de las cuales se obtuvo una muestra de 120 familias correspondiente a los usuarios del Consultorio 11 del turno vespertino de la Clínica Del Valle en el Distrito Federal, México del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Se utilizará la hoja del informe diario del médico durante un año del mes de octubre 2007 a septiembre 2008 (DC-10) del consultorio 11 de la Clínica Del Valle en el Distrito Federal, México del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para conocer las principales causa de consulta.

5.4 Muestra

Tamaño de la muestra 120 de acuerdo a la fórmula.

Z = Confianza 90% - 99%
+ 93% Máxima

$$n = \frac{\frac{z^2 q}{e^2 p}}{1 + \frac{1}{N}\left(\frac{z^2 q}{e^2 p} - 1\right)}$$

z = Confianza = 90% = 1.645 (z)

q = 0.3
p = 0.7
} Variabilidad

e = Error = 10% = 0.10

n = 120

Fórmula para calcular el tamaño de la muestra

5.5 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.

- *Inclusión:*

    1. La población de ambos sexos mayores de 18 años

    2. Población adscrita al Consultorio 11 del Turno Vespertino de la Clínica de Medicina Familiar Del Valle ISSSTE.

- *Exclusión:*

    1. La población que no esta adscrita al Consultorio 11 del Turno Vespertino de la Clínica de Medicina Familiar Del Valle ISSSTE.

    2. Menores de 18 años

- *Eliminación:*

    1. Foráneo

    2. Cédula Incompletas

    3. Personas que no contestan en forma adecuada las cédulas

5.6 Variables

Definición: Es una característica (magnitud, vector o número) que puede ser medida, adoptando diferentes valores en cada uno de los casos de un estudio. Es un símbolo que representa un elemento no especificado de un conjunto dado.

En el siguiente cuadro se especifican las variables, así como sus características tales como: Número, Definición, Etiqueta, Tipo y Escala.

No.	Variables	Definición	Etiquetas	Tipo de Variable	Escala
1	PF Madre	Control de Natalidad	Uso de Anticonceptivos	Cuantitativas	Ordinal
2	Método Madre	OTB DIU Otros	Método Anticonceptivo usado por la Madre	Cuantitativas	Nominal
3	PF Padre	Control de Natalidad	Uso de Anticonceptivos	Cuantitativas	Ordinal
4	Estado Civil de Cónyuges	Casados Unión Libre Divorciados Viudos Solteros	Unir en Matrimonio Sin vínculo matrimonial Deshacer un matrimonio Muerte de cónyuge Soltero	Cualitativas	Discontinua
5	Parentesco Familiar	Hija Hijo Madre Padre		Cualitativas	Continua
6	No. de Hijos R.N a 1 año	Niños de 0 días a 365 días	Recién Nacido a un año	Cualitativa	Continua
7	1 a 4 años	Niños de 1 a 4 años	Niños que han vivido de 1 a 4 años cumplidos	Cualitativa	Continua
8	5 a 10 años	Niños de 5 a 10 años	Niños que han vivido de 5 a 10 años	Cualitativa	Continua
9	10 a 19	Niños de 11 a 19 años	Niños y adolescentes que han vivido de 11 a 19 años	Cualitativa	Continua
10	20 o más años	Adulto Joven	Adulto joven con más de 20 años cumplidos	Cualitativa	Continua
11	Con parentesco	Consanguíneo	Familiar en uno de los cónyuges	Cualitativa	Discontinua
12	Sin parentesco	Consanguíneo	Amigo, compadre, etc.	Cualitativa	Discontinua
13	CE Familia Nuclear	Simple Numerosa Ampliada Binuclear Reconstruida	Papás con hijos <4 años Papás con hijos >4 años Hijos con otros parientes Parientes con cónyuges divorciados Nuevas nupcias	Cualitativa	Discontinua
14	CE Familia Extensa	Ascendente Descendente	Abuelos Bisabuelos Nietos Bisnietos	Cualitativa	Discontinua
15	CE Familia Monoparental	Simple Ampliada	1 solo cónyuge <4 hijos 1 solo cónyuge y parientes	Cualitativa	Discontinua
16	CE Persona que vive sola	Soltera	Soltera	Cualitativa	Discontinua
17	Etapa del Ciclo Vital de la Familia	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro	Recién casados Llegada del 1er Hijo Escolares y Adolescentes Mayoría de Edad Desempleo, jubilación, Viudez y/o abandono	Cualitativa	Discontinua
18	Escolaridad Materna	Preprimaria Primaria Completa Primaria Incompleta Sin instrucción	Instrucción Escolar	Cualitativa	Continua
19	Prestaciones Laborales	Incapacidad Cuidados Maternos, etc.	Si lo ameritan o no	Cualitativa	Discontinua
20	Servicios Públicos	Seguridad Social	A que servicio médico acuden	Cualitativa	Discontinua

21	Servicio Privado	Laboratorio, Gabinetes o Médicos	Particulares	Cualitativas	Discontinua
22	IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social	Si acuden o no	Cualitativa	Discontinua
23	SS	Secretaria de Salud	Si acuden o no	Cualitativa	Discontinua
24	SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional	Si acuden o no	Cualitativa	Discontinua
25	ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Si acuden o no	Cualitativa	Discontinua
26	Hipertensión Arterial	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
27	Diabetes Mellitus	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
28	Enfermedad del Corazón	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
29	Cáncer Cérvico-Uterino	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
30	Cáncer de Mama	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
31	Cáncer de Próstata	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
32	Otros Cáncer	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
33	Insuficiencia Renal	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
34	Enfermedad Cerebro Vascular	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
35	Asma	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
36	SIDA / VIH	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
37	Hepatitis B y C	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
38	TB Pulmonar	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
39	Obesidad	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
40	Tabaquismo	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
41	Alcoholismo	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
42	Otras Fármaco Dependencias	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
43	Violencia Intrafamiliar	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
44	Enfermedades Psiquiátricas	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
45	Riesgo Ocupacional	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua
46	Discapacidad	Antecedentes en la Familia	Positivo o Negativo	Cualitativa	Discontinua

5.7 Método para la Recolección de la Información:

- Se solicitó anuencia a la autoridad de la Clínica de Medicina Familiar del Valle, para que se aplicar la Encuesta del (CEBIF) en el Consultorio 11 del turno vespertino, a 120 familias usuarias del consultorio.

- Se informó lo que significa la Encuesta (CEBIF) para que accedieran a participar en ella voluntariamente

- Realizó la Encuesta el investigador contestando en forma personalizada.

- Se tuvo el acceso a las hojas del Informe Diario del Médico (DC-10) del mes de octubre de 2007 al mes de septiembre de 2008.

Se efectúo la Encuesta (CEBIF: Cédula Básica de Información Familiar) en los rubros:

- Datos de identificación
- Fecha de Aplicación
- Folio personalizado
- Salud reproductiva
- Factores demográficos
- Clasificación estructural de la familia
- Etapa del ciclo vital de la familia
- Factores de riesgo
- Patología familiar
- Datos demográficos de la familia

Se capturó la información en el programa estadístico SPSS. Detallado y especificado.

- Se elaboran gráficos y tablas
- Se realiza la pirámide poblacional
- Se analizaron los datos
- Dando como resultado el Diagnostico Poblacional y Factores de Riesgo.

5.8 Maniobras para controlar sesgos.

Se reconoce que hay Sesgos de información, debido a que las personas encuestadas son las que aportan la información, considerando que se deben confiar en ellas.

Sesgos de selección: debido a la naturaleza no aleatoria de los individuos seleccionados.

5.9 Procedimientos Estadísticos:

El análisis de la información se hizo mediante estadística descriptiva, medidas de tendencias centrales, resumen de dispersión.

5.10 Diseño y Construcción de la Base de datos:

Se efectuó la recolección de datos (CEBIF), estadística de la Hoja del Informe diario del médico (DC-10) de la Clínica de Medicina Familiar Del Valle del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, México, Distrito Federal.

5.11 Cronograma

Actividades	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**
Marco Teórico	✓	✓	✓	
Material y Método	✓	✓	✓	✓
Recolección de Datos	✓	✓		
Almacenamiento de la Información			✓	
Análisis de Resultados			✓	✓
Integración del Reporte Final			✓	✓
Entrega de Trabajo			✓	✓

5.12 Recursos Humanos, Materiales y Financieros.

Los materiales que se utilizaron: papelería (hojas, plumas, marcadores, lápices, fólder, etc.), fotocopiado, computadora, memoria, muebles de consultorio, etcétera.

Material humano: investigador, maestros, tutor, capturista, entre otros.

5.13 Consideraciones Éticas

Se tomaron en cuenta los principios éticos de investigación biomédica de la Declaración de Helsinki, así como los artículos correspondientes del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación biomédica en el título segundo y en los artículos correspondientes del título V de las Comisiones Internas de las Instituciones de Salud.

Ley General de Salud de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Título segundo, Capítulo 1 artículo 17 fracción 1, que a la letra dice:

1. Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención ó modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (Referencia: Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 1987.[16]

Declaración de Helsinki con modificaciones introducidas por la 56ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Octubre del año 2000 en Edimburgo.

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
1. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
2. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”.
3. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
4. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

5. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.
6. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.
7. La investigación médica esta sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que no pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación combinada con la atención médica.
8. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes.
9. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.
10. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo supervisión de un médico clínicamente competente. Las responsabilidades de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
11. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
12. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
13. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente.
14. En toda investigación en seres humanos cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos y métodos.[18]

6. Resultados

En relación a las 120 familias encuestadas en el Consultorio 11 de la Clínica de Medicina Familiar del Valle del ISSSTE se obtuvieron los siguientes resultados de las familiares y personas que viven con ellos (n=453):

El sexo femenino el predomina con un 69.7% sobre un 30.3% para el sexo masculino; el promedio de edad fue 50 a 60 años; la ocupación más frecuente fue la de profesionista con un 25.0%, seguida de la de estudiante con un 22.28%, y Técnico con 13.37%. Los parentescos predominantes son los Hijos con un 38.37%, Madre con un 28.47%, Padre con un 22.28%, vive solo con 2.72%, Abuelos con un 1.49%; en el Estado Civil predominan los casados con un 55.0% Divorciados 19.17%, Unión Libre 10.0%, Solteros 9.17% y Viudos 6.67%. En la estructura familiar se encontró que predomina la Nuclear Simple con 76.67% Nuclear Ampliada 11.67%, Nuclear Numerosa 6.67%, Reconstruida 5.0%; la Familia Monoparental Simple es de 28.33% y la Ampliada es de 10.0%. Demostrándose en las tablas de la 1 a la 5.

La Pirámide Poblacional de las familias correspondientes a este estudio, clasificados por grupos de edad y sexo se muestra a continuación

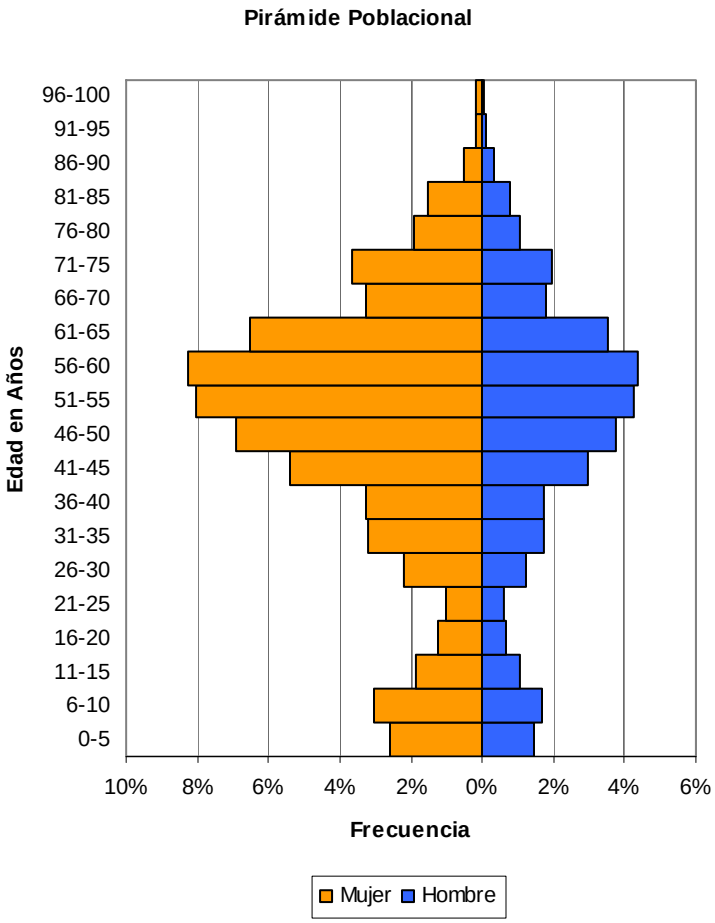


TABLA 1 OCUPACIÓN

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Profesional	101	25.00%	25.00%	25.00%
Estudiante	90	22.28%	22.28%	47.28%
Técnico	54	13.37%	13.37%	60.64%
Ama de Casa	53	13.12%	13.12%	73.76%
Empleado	52	12.87%	12.87%	86.63%
Jubilado	25	6.19%	6.19%	92.82%
Estudia/Trabaja	13	3.22%	3.22%	96.04%
Desempleado	5	1.24%	1.24%	97.28%
Menor de Edad	5	1.24%	1.24%	98.51%
Obrero	4	0.99%	0.99%	99.50%
Conductor (Chofer)	2	0.50%	0.50%	100.00%
TOTAL	404	100.00%	100.00%	

Fuente: CEBIF 2008

TABLA 2 PARENTESCO

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Hijos	155	38.37%	38.37%	38.37%
Madre	115	28.47%	28.47%	66.83%
Padre	90	22.28%	22.28%	89.11%
Solo	11	2.72%	2.72%	91.83%
Abuelos	6	1.49%	1.49%	93.32%
Nietos	6	1.49%	1.49%	94.80%
Hermanos	5	1.24%	1.24%	96.04%
Hermanas	4	0.99%	0.99%	97.03%
Compañera	4	0.99%	0.99%	98.02%
Compañero	3	0.74%	0.74%	98.76%
Sobrinos	3	0.74%	0.74%	99.50%
Padrastro	2	0.50%	0.50%	100.00%
TOTAL	404	100.00%	100.00%	

Fuente: CEBIF 2008

TABLA 3 ESTADO CIVIL CONYUGES

Edo. Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Casados	66	55.00%	55.00%	55.00%
Unión Libre	12	10.00%	10.00%	65.00%
Divorciados	23	19.17%	19.17%	84.17%
Viudos	8	6.67%	6.67%	90.83%
Solteros	11	9.17%	9.17%	100.00%
TOTAL	120	100.00%	100.00%	

Fuente: CEBIF 2008

TABLA 4 FAMILIA NUCLEAR

Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Simple	92	76.67%	76.67%	76.67%
Numerosa	8	6.67%	6.67%	83.33%
Ampliada	14	11.67%	11.67%	95.00%
Reconstruida	6	5.00%	5.00%	100.00%
SUBTOTAL	120	100.00%	100.00%	
PERDIDOS	0	0.00%		
TOTAL	120	100.00%		

Fuente: CEBIF 2008

TABLA 5 FAMILIA MONOPARENTAL

Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Simple	34	28.33%	73.91%	73.91%
Ampliada	12	10.00%	26.09%	100.00%
Total	46	38.33%	100.00%	
Perdidos	74	61.67%		
Total	120	100.00%		

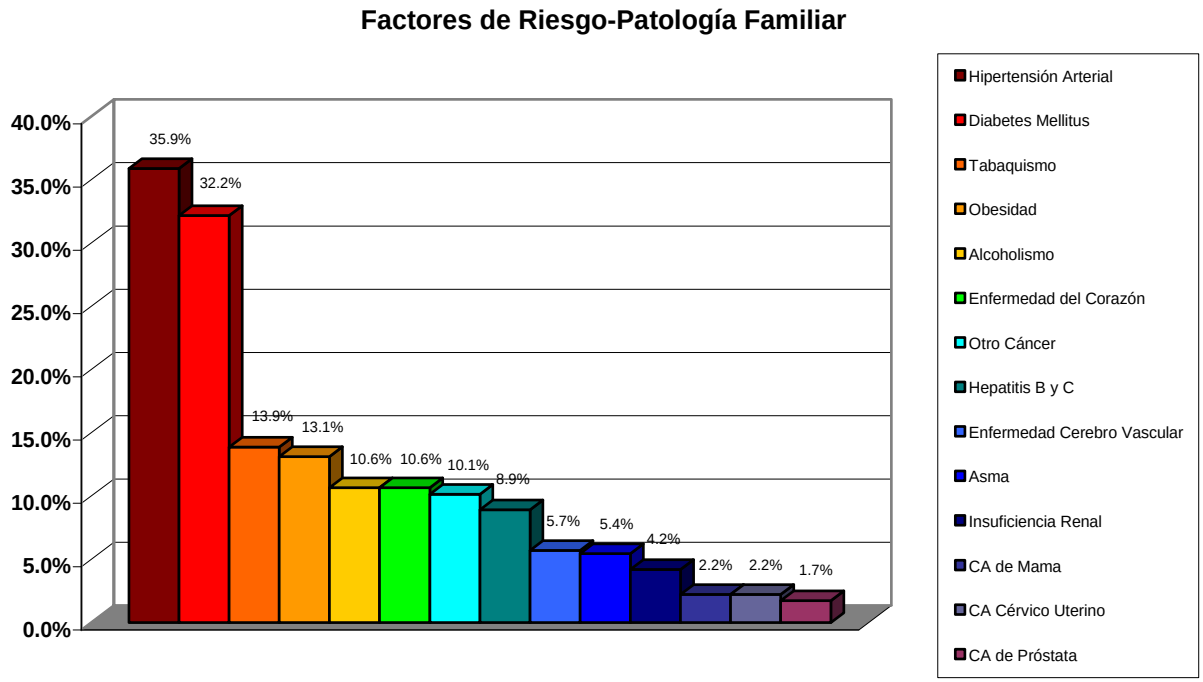
Fuente: CEBIF 2008

La población cuenta con los servicios de Agua Potable, Drenaje Subterráneo, Energía Eléctrica, Alumbrado Público, Servicio Telefónico, Pavimentación con banquetas, Servicio de Transporte Público y Vigilancia; el porcentaje de todos estos servicios son cercanos al 100% de las Características Principales de Urbanización.

Un dato importante es que el 100% cuenta con los servicios, prestaciones y seguros que da la Seguridad Social dentro de la propia institución.

Los Factores de Riesgo encontrados son: Hipertensión Arterial 35.9%, Diabetes Mellitus 32.2%, Tabaquismo 13.9%, Obesidad 13.1%, Alcoholismo 10.6%, Enfermedades del Corazón 10.6%, Cáncer (en sus distintas modalidades) 16.3%, Hepatitis B y C 8.9%, Enfermedad Cerebro-Vascular 5.7% y Asma 5.4%.

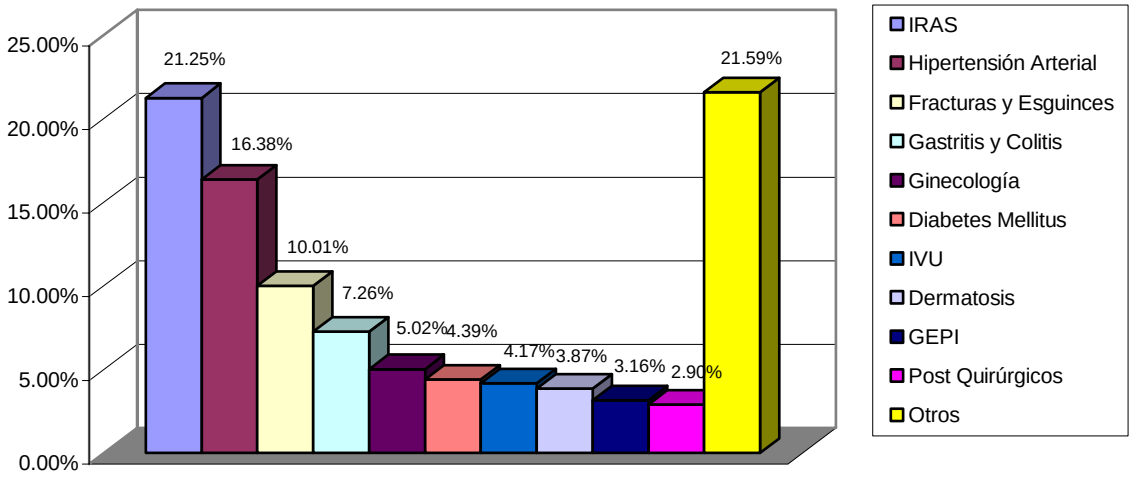
Demostrándose en la siguiente gráfica:



La Violencia Intrafamiliar todavía ocupa un porcentaje significativo del 3.2%. Finalmente el Riesgo Ocupacional es del 1.2% y las Discapacidades del 3.5%.

Se determinó que las 10 Principales Causas de Consulta son: Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) 21.25%, Hipertensión Arterial 16.38%, Fracturas y Esguinces 10.01%, Gastritis y Colitis 7.26%, Ginecología 5.02%, Diabetes Mellitus 4.39%, Infecciones de las Vías Urinarias (IVU) 4.17%, Dermatosis 3.87%, Gastroenteritis Posiblemente Infecciosa (GEPI) 3.16%, Post-quirúrgicos 2.90%, Otros 21.59%.

10 Principales Causas de Consulta durante el periodo Octubre 2007 a Septiembre 2008



6.1 Principales causas de consulta en el consultorio 11 de la Clínica de Medicina Familiar del Valle, ISSSTE.

6.1.1 Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días, la neumonía es la principal complicación de las IRA, responsable de un número significativo de muertes.

Los factores predisponentes más importantes se relacionan con exposición ambiental y datos individuales.[15]

Ambientales

- Contaminación ambiental dentro o fuera del hogar.
- Tabaquismo pasivo.
- Deficiente ventilación de la vivienda.
- Cambios bruscos de temperatura.
- Asistencia a lugares de concentración como teatros, cines, estancias infantiles, etc.
- Contacto con personas enfermas de IRA

Individuales

- Edad: La frecuencia y gravedad son mayores en menores de un año, y especialmente en los menores de dos meses de edad.
- Bajo peso al nacimiento.
- Ausencia de lactancia materna.
- Desnutrición.
- Infecciones previas.
- Esquema incompleto de vacunación
- Carencia de vitamina A[15]

En los menores de 5 años, el 95% de los casos de IRA son de origen viral, a las complicaciones otitis media y neumonía se agrega la etiología bacteriana.

Las infecciones respiratorias agudas representan una proporción importante como causa de consulta en atención primaria en todo el mundo. A pesar de que la mayoría de las IRA son autolimitadas, los errores en el diagnóstico y tratamiento son un problema reconocido y demostrado por el uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos.[15]

Rinofaringitis

La rinofaringitis aguda o catarro común es casi en la totalidad de los casos de origen viral, autolimitada y la fiebre se puede presentar hasta por 4 ó 5 días, y la rinorrea y la tos hasta por 10 días. Los virus más frecuentes son los rinovirus. Evidencia reciente sugiere que el catarro común usualmente incluye un componente sinusal, por lo que el término rinosinusitis puede ser usado como sinónimo. En estos casos, los síntomas iniciales incluyen congestión nasal e irritación faríngea y en pocas horas puede ocurrir rinorrea acuosa y estornudos, frecuentemente acompañados de malestar general; de uno a tres días la secreción nasal se vuelve típicamente más espesa y muco purulenta debido a la presencia de células epiteliales, polimorfo nucleares y bacterias que normalmente colonizan el tracto respiratorio, sin que sea una manifestación de complicación bacteriana y su recuperación es espontánea. Tratamiento niños: Paracetamol 20 mg x Kg día, 3 a 4 dosis de 2 a 3 días. AAS 30 a 60 mg x Kg día en niños mayores de 4 años. Adultos: Paracetamol 500 mg cada 6 horas por 2 a 3 días. AAS 300 a 500 mg cada 6 horas por 2 a 3 días.[15]

Faringoamigdalitis o Faringitis

La faringitis es también comúnmente causada por virus, pero aproximadamente 15% de los episodios pueden deberse a estreptococo beta hemolítico del grupo A (Streptococcus Pyogenes) que es la única bacteria clínicamente importante y es más común entre los 5 y los 15 años de edad. Esta patología representa la segunda causa de consulta por infecciones respiratorias agudas. En estos casos habitualmente se encuentra exudado blanquecino en amígdalas, adenopatía cervical, ausencia de rinorrea y tos y fiebre mayor de 38°C; el diagnóstico clínico con 3 de estos datos ha demostrado una sensibilidad de más de 75%. La rinorrea, tos húmeda, disfonía y conjuntivitis son poco frecuentes en estos casos y sugieren

fuertemente un origen viral. Lo mismo es aplicable en el caso de presencia de vesículas, que orientan hacia etiología viral. Tratamiento niños: Virales solo antipiréticos, Bacterianas antipiréticos, Eritromicina 30 a 50 mg por Kg por día en 4 dosis por 5 días, PGP de 10,000 U a 40,000 U por Kg por día por 3 días. Bencilpenicilina Benzatínica compuesta 600,000 U dosis única. Adultos Virales solo antipiréticos. Bacterianas, antipiréticos Eritromicina 500 mg cada 6 hrs por 7 días, PGP 800,000 U x día por 3 días, Bencilpenicilina Benzatínica compuesta 200,000 U dosis única IM.[15]

Otitis Media

La otitis media es un problema importante en los niños, y en nuestro medio se encuentra en aproximadamente el 2% de las IRA. Es causada por múltiples factores interrelacionados que incluyen infección, disfunción de la trompa de Eustaquio, alergia y barotrauma, los cuales estimulan la mucosa del oído medio y las células inflamatorias para la liberación de mediadores que ocasionan inflamación. Como consecuencia, se presenta atropamiento de patógenos potenciales residentes en la nasofaringe. Los criterios para establecer el diagnóstico incluyen otalgia, fiebre y puede presentarse otorrea o membrana timpánica hiperémica o abombada. Debe establecerse el diagnóstico diferencial con otitis media crónica en la que no presentan manifestaciones sistémicas y la evolución es más prolongada.[15]

Los agentes etiológicos más frecuentes son *Streptococcus Pneumoniae*, que es responsable del 40 al 50% de los casos, *Haemophilus Influenzae* 20 a 30% y *Moraxella Catarrhalisk* 10 a 15%; otras bacterias causan aproximadamente el 5% y los virus solo el 10%. Tratamiento por estudios epidemiológicos hasta un 70% de los niños puede evolucionar a la curación espontánea. En la elección del antibiótico se debe considerar su espectro de acción, actividad, tolerancia, toxicidad y facilidad de administración. Se inicia con ampicilina la cual tiene una resistencia hasta del 14% para H. Influenzae, en caso de infección persistente de 10 a 14 días Timetropín con Sulfametoxazol o Eritromicina.[15]

Sinusitis

La sinusitis, definida como la inflamación de uno o más de uno de los senos paranasales, en su forma aguda generalmente es precedida por una IRA viral con invasión bacteriana subsecuente de los senos por Streptococcus Pneumoniae, Haemophilus Influenzae o Moraxella Catarrhalis. Los factores predisponentes incluyen rinitis alérgica vasomotora o medicamentosa, así como ciertas variaciones anatómicas. El diagnóstico clínico de sinusitis bacteriana requiere cumplir con los siguientes datos en los adultos y niños mayores: síntomas y signos persistentes de rinofaringitis con tos (más de 7-10 días) o cuadro clínico de infección respiratoria alta severa, como fiebre mayor de 39°C, inflamación o dolor facial o cefalea. En los niños pequeños, el diagnóstico puede elaborarse en presencia de una cuadro clínico de de rinofaringitis con tos de más de 7 a 10 días sin mejoría. La rinorrea muco purulenta deberá considerarse como un dato de importancia para el diagnóstico solo cuando persiste por más de 7 días. Los

estudios radiológicos de senos paranasales no son recomendados para le diagnóstico, ya que se han registrado un elevada frecuencia de hallazgos anormales en los casos de cuadros virales. Tratamiento niños: Antipiréticos, Trimetoprin con Sulfametoxazol en mayores de 2 años 8 mg de trimetoprin por Kg por día en dos dosis por 5 días. Adultos: antipiréticos, trimetoprin con sulfametoxazol 2 tabletas cada 12 hrs por 7 días. En casos severos 2 semanas.[15]

Medidas Generales

Incrementar ingesta de líquidos, mantener la alimentación adecuada (si hay hiporexia, ofrecer los alimentos en pequeñas fracciones más veces al día). No suspender la lactancia. En caso de otorrea, limpieza del conducto auditivo externo con mechas de gasa 3 veces al día. No aplicar gotas óticas, control del dolor, la fiebre y el malestar general: Acetaminofén 60 mg/kg/día, en 4 a 6 tomas.

Revalorar en 48 horas si existen factores de mal pronóstico:

- Niño con desnutrición moderada o grave (más de 25% de déficit del peso ideal para la edad).
- Niño con alguna inmunodeficiencia congénita o adquirida (Ej. Síndrome de Down o quimioterapia).
- Menores de 1 año con antecedente de prematurez.
- Madre analfabeta o menor de 17 años.
- Muerte de un niño menor de 5 años en es familia.

Educar a la madre sobre:

- No aplicar supositorios de acetaminofén en menores de 1 años (fácilmente se supera la dosis que puede producir intoxicación “hepatitis fulminante”)
- La inconveniencia de usar antihistamínicos en niños.

Como identificar los signos tempranos de neumonía o de agravamiento (en cuyo caso deberá regresar inmediatamente al médico).

- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Dificultad respiratoria
- Dificultad para beber
- Que el niño se vea grave.[15]

6.1.2 Hipertensión Arterial

Introducción

La hipertensión arterial es uno de los padecimientos más frecuentes en medicina y debe ser atendida en cualquier nivel de atención médica, tanto en Unidades de Medicina Familiar, como en Clínicas de Especialidades y en Centros Hospitalarios.[15]

Etiología

La hipertensión arterial es un padecimiento multifactorial. Puede ser primaria, ideopática y/o esencial, y secundaria cuando su origen deriva de alteraciones de algunos órganos como son corazón, riñón, hígado, etc.[15]

Frecuencia

La hipertensión arterial afecta aproximadamente de 20 a 25% de la población mayor de 25 años de edad de raza blanca y 30% de la población de raza negra, en México el 26.6% de la población de 20 a 69 años de edad la padece, de esta totalidad el 90% sufre la denominada hipertensión arterial sistémica esencial, primaria o ideopática.[15]

Definición

La hipertensión arterial es un padecimiento multifactorial, caracterizado por un aumento sostenido de la presión arterial (sistólica, diastólica o ambas) mayor a 140/90 mmHg en personas mayores de 18 años.[15]

Se estableció la siguiente clasificación en los Consensos Nacionales e Internacionales:

Presión Arterial:

Óptima	<120/80	mmHg
Normal	120-129/80-84	mmHg
Alta	130-139/85-89	mmHg

Hipertensión Arterial:

Etapa 1:	140-159/90-99	mmHg
Etapa 2:	160-179/100-109	mmHg
Etapa 3:	>180/>110	mmHg

Las definiciones anteriores son aplicables en adultos que no estén tomando fármacos antihipertensivos y que no están enfermos en forma aguda.[15]

Objetivo

Uniformar los criterios y procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial, así como poder establecer el tipo de pacientes que debe ser manejado de acuerdo al nivel de atención médica en cada unidad.

De tal manera que se pueda lograr una prevención de dicho padecimiento desde las Unidades de Medicina Familiar, sobre todo en aquellos pacientes con riesgo potencial de padecer Hipertensión, así como detectar a los pacientes portadores de dicha enfermedad en etapa aún subclínica, para poder iniciar un tratamiento integral y evitar en la medida que sea posible se presenten complicaciones, y de esta manera se reducirá el porcentaje de pacientes que deben ser canalizados tanto a segundo como tercer nivel. Ya que en la actualidad las unidades hospitalarias están saturadas con pacientes crónicos y complicados. Con el fin de una mejor atención a nuestro paciente, proporcionar calidad y calidez y ser eficientes en cuanto al diagnóstico oportuno y optimizar los recursos humanos y técnicos, se deben unificar criterios en el manejo de las patologías.[15]

Detección

Es identificar a los individuos que son portadores de Hipertensión Arterial Sistémica no diagnosticada o presión arterial normal alta.

Esta actividad debe llevarse a cabo en forma rutinaria en todos los pacientes, que acuden a consulta médica; independientemente del motivo de la misma.

Debe realizarse medición de la presión arterial de acuerdo con las siguientes recomendaciones:

1. Condiciones: El paciente no debe consumir con cafeína (café, té o refrescos de cola) en la hora previa a la toma y tampoco debe de fumar o hacer ejercicios media hora antes de la medición, debiendo reposar, de preferencia acostado, por lo menos cinco minutos antes de la toma de la presión arterial, sin que tenga deseos de evacuar u orinar. El ambiente que rodea al paciente debe ser relajado y tranquilo.
2. Posición: La toma de la presión debe de hacerse en el brazo derecho descubierto, sin que la ropa interfiera con la colocación del manguito; con el paciente sentado y en el punto medio del brazo a la altura del corazón, las piernas del sujeto deben estar descruzadas y relajado para evitar el efecto del ejercicio isométrico. En la primera visita la toma de la presión arterial debe realizarse en ambos brazos y en casos especiales en el muslo. La toma debe de realizarse con el paciente sentado, acostado y de pie, con la intención de descubrir cambios posturales significativos.
3. Equipo: El esfigmomanómetro es el aparato más exacto para la determinación indirecta de la presión arterial.
4. Técnica: El observador se sitúa confortablemente enfrente del paciente y el brazalete no debe estar muy apretado, permitiendo la introducción fácil de los dedos entre la tela y la piel. Mientras se palpa la arteria humeral se infla

rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparece a fin de determinar palpatoriamente el nivel de la presión arterial sistólica. Desinflar de nuevo el manguito a una velocidad de 2 mmHg por segundo. La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión arterial sistólica y el quinto ruido y último, la presión diastólica. Los valores deben expresarse en número pares.[15]

Modificaciones en el estilo de vida.

Existen sólidas evidencias que señalan que la modificación del estilo de vida tiene un efecto saludable sobre los niveles de presión arterial en sujetos normo e hipertensos. Estas modificaciones deben ser permanentes para que puedan expresar todo su beneficio potencial:

- Reducción del peso corporal
- Disminución de la ingesta de sodio
- Restricción de la ingesta de alcohol
- Actividad física aeróbica, en forma regular
- Supresión del tabaquismo
- Mantener una ingesta adecuada de potasio, calcio y magnesio
- Reducir la ingesta de grasas saturadas y colesterol. E incrementar la ingesta de frutas, vegetales y consumir de preferencia grasas poli-insaturadas y alimentos ricos en fibra.
- Reducir la ingesta de café, té y refrescos de cola
- Manejo del estrés[15]

Factores de Riesgo para la Hipertensión Arterial

Factores de Riesgo Mayores

- Tabaquismo
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus
- Edad mayor a 60 años
- Sexo (Hombres), (Mujeres Post-menopáusicas)
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular: Mujeres < 50 años
- Hombres < 55 años

Daño a órgano blanco (enfermedad clínica cardiovascular)

1. Enfermedad cardiovascular
   - Hipertrofia ventricular
   - Angor o infarto del miocardio previo
   - Revascularización coronaria previa
   - Insuficiencia cardiaca
2. Enfermedad vascular cerebral o isquemia cerebral transitoria
3. Enfermedad vascular periférica

4. Neuropatía
5. Retinopatía[15]

Selección del medicamento antihipertensivo

Una gran cantidad de diferentes clases de medicamentos antihipertensivos han sido desarrollados y se encuentran actualmente en uso. Sin embargo, aunque las diferentes clases de fármacos tienen efectos similares en términos de reducción de la presión arterial, también presentan diferencias importantes en relación a sus efectos metabólicos.[15]

Tratamiento

Muchos autores han apoyado el tratamiento de sustitución de medicamentos para las Has leve y moderada, por tanto, el tratamiento inicial se elige de acuerdo con el perfil demográfico, hemodinámica, y clínico del paciente, así como la propensión de efectos indeseables.

El fármaco de primera elección: Puede estar sujeto a efectos de otros factores clínicos concomitantes como la presencia de Angina de Pecho, Insuficiencia Cardiaca, Hipertrofia-Ventricular Izquierda, Diabetes Mellitus, Obesidad, Hiperlipidemia, Gota y enfermedades Broncospásticas.

El manejo de los medicamentos antihipertensivos, debe ser regulado desde el inicio del tratamiento y valorar los resultados con cita regular una vez conseguido el control, la cita puede ser cada 1 o 2 meses, proporcionando las dosis necesarias para ese lapso. Los hipertensos con registros iguales o mayores 210/120, requieren tratamiento inmediato en el Servicio de Urgencias.

Diuréticos: Si no se incorpora un diurético al tratamiento, el control de la Hipertensión puede ser inferior al óptimo, es incorrecto clasificar la Hipertensión de resistente, si no se ha incluido uno en el régimen multifármaco.

Hidroclorotiazida: Dosis de 12.5 a 25 mg/día, inicial 25 mg en una toma.

Furosemida: Dosis de 20 a 40 mg/día, inicial 20 mg en una o dos tomas. Tratamiento de elección en pacientes con deteriodo de la función renal, urgencias hipertensivas y pacientes con retención de líquidos resistentes a las tiazidas, el aumento de la capacitancia venosa es un efecto benéfico precoz de la furosemida. Dentro de los efectos secundarios tenemos depleción de volumen, hiperruricemia e hipopotasemia, a dosis más elevada puede ser ototóxicos, sobre todo en pacientes nefrópatas, contraindicados en caso de anuria, depleción de electrolitos, como hepático, mujeres con probabilidad de embarazo.

Espironolactona: Dosis de 25 a 50 mg/día, inicial 50 mg, en una o dos tomas. Inhibidor competetitivo de la aldosterona, de utilidad en pacientes propensos a los efectos adversos de las tiazidas y afecciones asociadas a hiperaldosteronismo, antes de ajustar la dosis debe valorarse al paciente durante dos semanas.

Antagonista Adrenergicos de Acción Central: No alteran los lípidos ni retiene líquidos, tener precaución por síndrome de suspensión, contraindicados en Hipotensión Ortostática, Hepatopatía y Embarazo.

Antagonista Beta Andrenérgicos: Disminuye la recurrencia de cardiopatía isquémica y la ansiedad, además son útiles en Glaucoma o Migraña. Precaución en enfermedades vasculares periféricas, Diabetes Mellitus Tipo I, Insuficiencia cardiaca, espasmo coronario. Contraindicado en asma, bradicardia, bloqueo A-V.

Atenolol: Dosis de 25 a 100 mg/día, inicial 50 mg/día en una toma.

Metropolol: Dosis de 50 a 100 mg/día, inicial 50 mg en una o 2 tomas. Dosis bajas puede administrarse en pacientes con afecciones Broncoespásticas, Diabetes Mellitus y Vasculopatía Periférica, comparados con los no cardioselectivos quizás tengan un efecto menos adverso sobre los niveles de colesterol.

Propanolol: Dosis 40 a 160 mg/día en 2 o 4 tomas.

Antagonista Alfa Adrenergético: Producen vasodilatación periférica. No afectan el gasto cardiaco ni afectan los lípidos, no producen sedación contraindicados en Hipotensión Ortostática.

Prazosina: Dosis 1 a 6 mg/día, inicial 1 mg de 2 a 3 tomas. Produce el denominado fenómeno de la primera dosis, que consiste en un síncope súbito cuando se administra por primera vez más de 1 mg por la tarde/noche y posteriormente incrementarla si es necesario. Es posible que reduzca los niveles de colesterol total y lipoproteínas de baja densidad, aumentando las de alta.

Bloqueadores de los Canales de Calcio/Calcio Antagonista

Dihidropirinas

Nifedipinas: Dosis de 30 a 40 mg/día, inicial 10 mg en 1 o 3 tomas. Puede ser parcialmente útil en pacientes con Cardiopatía Isquémica e Has, cuando se emplea en la Hipertensión Sistólica Aislada en pacientes de edad avanzada, la dosis inicial debe reducirse a 5 mg para evitar una posible vasodilatación brusca. La incidencia de palpitaciones, sofocos o cefaleas se reduce considerablemente con la administración simultánea de un Beta Bloqueador. No debe usarse en pacientes con Estenosis Aórtica, Cardiomiopatía Obstructiva o Depresión del Miocardio. No debe usarse para controlar urgencias Hipertensivas en forma sublingual.

Felodipina: Dosis de 5 a 10 mg/día, inicial 5 mg/día en una toma.

Bloqueadores de receptores de Angiotensina II

Losartan: Dosis de 25 a 100 mg en una o dos tomas.[15]

6.1.3 Esguinces y Fracturas

Tanto el esguince como la fractura se acompañan de gran dolor e inflamación, pero la impotencia funcional (incapacidad para mover la zona afectada) y la deformidad son propias de las lesiones óseas. Hasta que se descarte una fractura, los esguinces graves se deben tratar como lesiones óseas; sólo la radiografía puede confirmar el diagnóstico.

Esguinces

En el esguince el traumatismo es absorbido por una articulación, distendiéndose o rompiéndose las fibras de un ligamento o la cápsula articular. Como un movimiento muy leve produce dolor intenso, no se debe manipular la extremidad afectada ni intentar “enderezarla” ni corregir la deformidad. Esto además, puede aumentar la lesión de partes blandas, producida por los extremos óseos fracturados al moverse, este fenómeno cobra especial importancia en el caso de los vasos y los nervios. La incorrecta manipulación de un miembro fracturado puede hacer que los picos y biseles de la fractura desgarren arterias, venas o nervios. Sólo se debe inmovilizar el miembro en la posición en que se encuentra, preferiblemente con férulas. Éstas se pueden improvisar con tablas o cartón y afianzarlas al miembro con tiras de tela.[15]

Características

Los esguinces causan dolor, inflamación e impotencia funcional. Su tiempo de recuperación varía en función de la gravedad y la cronicidad de la lesión. Se distingue entre esguinces benignos, los ligamentos están simplemente distendidos y esguinces graves, los ligamentos están rotos. Son más comunes en le tobillo, codo, muñeca, pulgar y cuello, aunque también afectan a otras regiones corporales. “Lesiones Deportistas”: Esguince de tobillo, en general el ligamento colateral los más frecuentes son las lesiones en baloncesto y fútbol.

Clasificación

Dependiendo de la gravedad de la lesión, los esguinces pueden ser:

- Grado I: distensión parcial del ligamento (tratamiento conservador)
- Grado II: rotura parcial o total del ligamento (tratamiento conservado o quirúrgico, en función de la lesión)
- Grado III: rotura total del ligamento con arrancamiento óseo (tratamiento quirúrgico)[15]

Fractura

Se define como la pérdida de continuidad de la superficie de un hueso. Se clasifican en cerradas y abiertas (se ha roto la piel que cubre la fractura y por tanto existe un alto peligro de infección).

Síntomas

- Dolor: generalmente referido a la zona de fractura, que aumenta al intentar mover.
- Deformidad: desdibujo, acortamiento, etc. según el grado de desviamiento de los fragmentos óseos.
- Tumefacción: enrojecimiento, aumento del calor y edema.
- Impotencia funcional: no puede mover el miembro afectado.
- El paciente puede referir que escuchó o sintió un crujido en el momento de producirse la lesión.[15]

Tipos de Fracturas

Los métodos de clasificación de las fracturas son muy variados y depende de varios factores:

- **Según el grado de compromiso óseo:** completa, en la cual el hueso está totalmente fracturado, e incompleta, cuando en le hueso aun existe una continuidad parcial del tejido óseo, este tipo de fracturas es típico del esqueleto de niños, gracias a su alta elasticidad.
- **Según el compromiso de partes blandas:** puede ser fractura cerrada y en ella el hueso permanece bajo la piel y en la fractura abierta o expuesta, el foco de fractura tiene una comunicación con el medio externo a través de una herida, en los casos más dramáticos, el hueso se proyecta fuera del límite de la piel.
- **Según la dirección de rasgo de fractura:** estas pueden ser transversal (rasgo horizontal), oblicuo (rasgo angulado), espiroideo (fuerza rotatoria), ala de mariposa (se rompe un pedazo en forma de cuña) y conminuta (el hueso se parte en varios fragmentos).[15]

Los pacientes que sufren de lesiones traumáticas como fracturas, esguinces, etc. requieren de un tratamiento de rehabilitación; ya que después de una intervención quirúrgica generalmente padecen de restricción del movimiento, deficiencia de la fuerza muscular y alteraciones en la sensibilidad. Por ello requieren de un programa encaminado a restablecer el rango de movimiento normal; con la finalidad de reintegrar al individuo lo más pronto posible a sus actividades diarias.

6.1.4 Colitis y Gastritis

Síndrome de Intestino Irritable

(Colitis espástica, irritable, crónica, colitis nerviosa)

Definición

El término de intestino (colon) irritable, corresponde a un trastorno funcional del tubo digestivo que incluye manifestaciones crónicas como dolor de tipo cólico, distensión y alteración de los hábitos intestinales (estreñimiento o diarrea) alternantes en algunos casos. Los síntomas por lo general se inician al final de la adolescencia o entre los 20 y 30 años de edad y deben estar presentes por lo menos tres meses para establecer la cronicidad.[15]

Frecuencia

Es más común en mujeres que en varones en la etapa media de la vida. Dentro de los datos clínicos se pueden mencionar como perfil al individuo rígido, metódico, perfeccionista y con tendencias obsesivo-compulsivas, la depresión y la histeria son las enfermedades psiquiátricas más comunes de este tipo de personalidad.

Clasificación

1. Colitis espástica, con estreñimiento y cuadros dolorosos
2. Diarrea intermitente crónica con o sin dolor
3. La espástica/diarrea que combina ambas características[15]

Fisiopatología

Es importante mencionar que en estos pacientes se han encontrado alteraciones en el grosor del nervio vago, se presume debido a una estimulación vagal aumentada, lo cual explica que aún cuando el colon sea el órgano predominante en las manifestaciones, existe un desarreglo generalizado de la motilidad del tubo digestivo, predominando la estimulación parasimpática (colinérgica) con alteración motora ocasionalmente en estómago y duodeno.

El colon irritable es una entidad clínica idiopática caracterizada por la combinación de síntomas abdominales inferiores crónicos y molestias continuas o intermitentes. La definición es la que se trabaja actualmente se basa en alguna de las siguientes molestias:

- Dolor abdominal, que se alivia con la defecación o se relaciona con un cambio en la frecuencia o consistencia de las heces
- Alteración en la defecación, evidenciada al menos por dos de las siguientes manifestaciones: frecuencia alterada de evacuaciones (más de 3 movimientos por día o menos de 3 por semana), alteración en la forma de las heces (duras, aglomeradas, acuosas), trastornos en el paso de las evacuaciones (esfuerzo, urgencia, evacuación incompleta), timpanismo o distensión abdominal, poco de moco.[15]

Sintomatología y Diagnóstico

La característica principal de este padecimiento es el malestar abdominal, alteraciones de la defecación y ninguna causa orgánica demostrable, una historia de cronicidad con síntomas intermitentes sin signos evidentes de deterioro físico.

La flatulencia es frecuente, ésta alivia el dolor al momento y el paciente nota que existe flatulencia excesiva.

- Podemos encontrar trastornos como diarrea, estreñimiento, moco y alimento no digerido.
- Sólo en caso de hemorroides se presenta hemorragia, cuando la depresión coexistente pueden encontrarse de manera asociada inestabilidad emocional, letargo y cefalea.[15]

El principal método de diagnóstico es el interrogatorio y la exploración física.

Diagnóstico diferencial

Los estudios diagnósticos diferenciales incluyen la eliminación de causas orgánicas, como la existencia de amibiasis, parasitosis, carcinoma colónico, colitis isquémica, síndrome diarreico crónico, trastornos metabólicos (de tiroides, suprarrenales, diabetes, etc., que son las primeras que se deben descartar y tratar) además de las mencionadas al inicio. Una vez catalogado el paciente, pueden utilizarse diversas medidas de control, incluyendo una dieta ya sea blanda o con fibra, la cual varía dependiendo del paciente, medicamentos antiespasmódicos, en ocasiones tranquilizantes y antidepresivos para contrarrestar los factores nerviosos que intervienen en el proceso.[15]

Complicaciones

Estreñimiento: Su cuadro clínico es ampliamente conocido, en etapas tempranas de la vida debe descartarse en niños y adolescentes megacolon congénito. En etapas adultas, se asocia a una dieta deficiente en fibra, por lo que la dieta es parte importante del tratamiento inicial.

Tratamiento

Laxantes

- Psyllium Plántago: Útil en personas con control dietético por obesidad, ya que al ingerirlo antes de los alimentos provoca una sensación de plenitud reduciendo el consumo alimentario, en este caso debe añadirse a la dieta del paciente: 20 mg por las mañanas, en caso necesario 10 mg. 1 c/8 horas
- Senósidos A y B: De su uso crónico se ha relacionado a trastornos en la inervación del colon, por lo que se no recomienda su uso en forma crónica, tomar 2 tabletas antes de acostarse
- Supositorios de glicerina: Para adultos

Si se encuentra asociación con hemorroides sintomáticas se puede indicar:

- Lidocaína con hidrocortisona (crema): aplicación local dos veces al día.

Una vez que se descarta la patología orgánica, es necesario enfatizar que el padecimiento no es precursor de ninguna patología maligna como muchos suponen. Es importante la tranquilidad del paciente y que comprenda que el síndrome de colon irritable es un padecimiento crónico caracterizado por periodos de exacerbación y latencia.

La dieta es fundamental, debe ser blanda, rica en fibra o complementos de fibra como salvado, así como la restricción de alimentos máxime cuando se caracterizan por la producción excesiva de gas como la leche y sus derivados, leguminosas (frijoles ,lentejas, garbanzos, col, coliflor), algunas frutas (peras, uvas, ciruelas, pasas, vino tinto y cerveza).

Limitar el consumo de grasas, alcohol, tabaco, chicle, tratando de no someter al paciente a una dieta rigurosa, salvo que se demuestre que en efecto dicho alimento le causa la sintomatología.

Un factor importante y que debe ser manejado con prudencia es convencer al paciente que su estado de ánimo influye de manera importante en el padecimiento, mas no es grave ni tiene relación demostrada con padecimientos malignos atribuibles a ello (excepto divertículos y en caso de disminución en las evacuaciones en el cáncer de colon), en ese sentido uno de los objetivos del tratamiento es normalizar la función intestinal.

Apoyo psicológico: En ocasiones puede ser necesario canalizar al paciente con un psicólogo o psiquiatra, dependiendo la gravedad de las alteraciones de conducta o personalidad observada.

En ocasiones, los mismos pacientes pueden llegar a externar que la ingesta de ciertos alimentos desencadenan el cuadro, así como sus problemas emocionales, en estos casos es necesaria la restricción de esos alimentos, y que procuren evitar situaciones que alteren su estabilidad emocional.[15]

Tratamiento Farmacológico

Medicamentos: No existe un medicamento ideal para el tratamiento del intestino irritable, sin embargo la combinación de algunos de ellos han permitido controlar los síntomas sobre todo en las etapas de agudización.

Antiespasmódicos:

- Butilhioscina: Dosis de 10 a 20 mg cada 6 a 8 horas, en caso de dolor.

Laxantes:

- Psyllium Plántago: Dosis 20 mg por las noches.

- Senósidos A y B: De su uso se ha relacionado a trastornos en la inervación del colon, no se recomienda su uso en forma crónica.

Procinético

- Metoclopramida: Dosis 10 mg, 2 a 3 veces al día, 30 min. Antes de cada alimento.

Indicaciones de Referencia del Colon Irritable

Sólo será enviado al segundo nivel de atención cuando la sintomatología no ceda con las medidas higiénico-dietéticas enunciadas anteriormente y no responda a las medidas terapéuticas indicadas o sospecha de una neoplasia.[15]

Esofagitis por Reflujo

Definición

Es un padecimiento relacionado con la disfunción del esfínter esofágico inferior, que puede estar asociada o no al aumento de secreción gástrica, de carácter crónico, afectando principalmente la digestión de los alimentos. Puede presentarse en cualquier edad solo o acompañándose de otras patologías o eventos fisiológicos.[15]

Frecuencia

Es un padecimiento más común de lo que se cree si se realiza un interrogatorio adecuado, ya que se ha comprobado que innumerables alimentos o medicamentos afectan la presión del esfínter esofágico inferior, lo cual puede estar relacionado con hernia hiatal, sin embargo esta no es la regla ni la causa primaria de este fenómeno.

Etiología

Varios factores solos o combinados, contribuyen al reflujo gastroesofágico, como:

a) Insuficiencia del esfínter esofágico inferior.
b) Vaciamiento anormal del estómago.

Asociado a la ingestión de alimentos grasos, condimentados o picantes, chocolate, tabaquismo o alcoholismo, o algunos medicamentos, incluso una ingestión excesiva de líquidos durante la noche también inicia las molestias.[15]

Sintomatología

Se caracteriza por la sensación de dolor retroesternal quemante o urente según se refiere, puede relacionarse con regurgitación y no es raro que se confunda con dolor precordial, que en personas seniles establece diagnóstico diferencial con patología cardiaca.

Diagnóstico

A través de un adecuado interrogatorio. Es criticable que por un inadecuado manejo médico a muchos pacientes se les condene a un tratamiento quirúrgico, por lo que el diagnóstico es inminentemente clínico, podemos solicitar estudios complementarios para valorar el grado de reflujo y lesión de mucosa esofágica a través de una panendoscopia y una serie esofagogastroduodenal, solo a pacientes debidamente seleccionados con factores de riesgo a neoplasias.[15]

Tratamiento Médico

En pacientes no complicados con síntomas clásicos de pirosis y regurgitación, puede tratarse el reflujo gastro-esofágico por cuatro semanas sin que se necesiten estudios diagnósticos.

Existe una gran variedad de medicamentos para controlar la sintomatología, evidentemente quien produce el doble de secreción ácida debe sujetarse en forma permanente a los medicamentos.

Si no existe hernia hiatal se requiere la prescripción de procinéticos en forma constante o intermitente,

Procinéticos: Estos agentes aumentan la presión esofágica inferior, mejoran la depuración esofágica y el vaciamiento gástrico, en el tratamiento de pacientes con regurgitación predominante, otros síntomas dispépticos (timpanismo, nausea, saciedad temprana) o con síntomas nocturnos.

- Metoclopramida: 1 tableta, 30 min. antes de cada alimento, durante 6 a 8 semanas.
- Cisaprida: 5 a 10 mg tabletas cada 8 horas, durante 6 a 8 semanas
- Ranitidina: 150 ó 300 mg cada 8 ó 12 horas según el caso, durante 3 a 4 semanas.

Recomendaciones: Dieta libre de irritantes, no consumir alimentos ni líquidos por la noche, elevación de la cabecera de la cama.[15]

Indicación de Referencia

- Solicitud de endoscopía, el manejo de este padecimiento debe ser en la Clínica de Medicina Familiar.
- En caso de complicaciones: asociada a sintomatología de afección respiratoria como tos, ronquera, y/o dolor persistente a pesar de los medicamentos indicados.[15]

Gastritis

Definición

Es un padecimiento que se relaciona con la secreción del ácido gástrico, sea normal, disminuida o aumentada, así como con otros fenómenos de la motilidad gástrica como: atonía gástrica, etc.[15]

Frecuencia

Es la patología más frecuente dentro del grupo del Síndrome Ulceroso, se presenta en cualquier edad, siendo más común entre los 20 y 40 años de edad, siendo de prevalencia en la mujer en una proporción de 2 a 3.1.

Etiología

- Alteraciones en la motilidad gástrica
- Estasis o atonía gástrica
- Secreción disminuida o aumentada de ácido gástrico
- Hernia Hiatal

Factores de Riesgo

- Todas las mujeres y hombres mayores de 30 años
- Ritmo de vida acompañada de estrés permanente
- Malo hábitos alimenticios (ingesta de irritantes, grasa, alcohol)
- Ingesta de medicamentos de manera continua: antiinflamatorios, analgésicos[15]

Clasificación y Fisiopatología

a) Gastritis Aguda: Se debe a la ingestión de alcohol, aspirina u otros medicamentos o a la presencia de toxinas víricas, bacterianas (Helicobacter Pylori) o químicas.
b) Gastritis Crónica: Constituye en general un signo de alguna enfermedad subyacente, como úlcera péptica, el cáncer de estómago, el Síndrome de Zollinger-Ellison o la anemia perniciosa.

Otra clasificación según las características fisiopatológicas incluye:

a) Gastritis Atrófica: Inflamación del estómago asociada a degeneración de la mucosa gástrica. Se observa en pacientes ancianos y en personas con anemia perniciosa y pueden producir dolor epigástrico. Aunque el estómago produce una cantidad de ácido gástrico inferior a lo normal, los antiácidos alivian las molestias de estos pacientes.
b) Gastritis Corrosiva: Trastorno inflamatorio agudo del estómago causado por ingestión de un ácido, álcali y otra sustancia corrosiva que destruye el

epitelio gástrico, la intensidad de la destrucción y el tratamiento dependen de la naturaleza del agente corrosivo y de la duración de la exposición.

c) Gastritis Hemorrágica: Generalmente es producida por un agente tóxico como el alcohol, la aspirina u otros fármacos, o por toxinas bacterianas que irritan la mucosa del estómago, si la hemorragia es importante hay que administrar vasoconstrictores y practicar un lavado gástrico, una vez eliminado el irritante pueden persistir las náuseas, los vómitos y las molestias epigástricas, el tratamiento es sintomático.
d) Gastritis Hipertrófica: Esta caracterizada por dolor epigástrico, náuseas, vómitos, distensión. Se distingue de otras formas de gastritis por la presencia de pliegues gástricos prominentes, glándulas hipertrofiadas y nódulos en la pares del estómago. Suele asociarse con úlcera péptica, síndrome de Zolliger-Ellison o hipersecreción gástrica.[15]

Sintomatología

En general la sintomatología se caracteriza por pirosis en epigastrio, al despertar se tiene la sensación de vacío o dolor insoportable en epigastrio o ambos, síntomas que son exacerbados por alimentos grasos, picantes, condimentados, alcohol e incluso tabaquismo.

Puede variar desde molestias vagas como náuseas, vómitos, etc., hasta un dolor tan intenso que puede llevar al servicio de urgencias.

Diagnóstico

Se debe insistir en que un adecuado y exhaustivo interrogatorio puede determinar el diagnóstico, el tipo de gastritis y el manejo.

- Endoscopia simple
- Endoscopia con biopsia
- Serie gastroesofágica
- Radiografía simple de abdomen (Dx diferencial abdomen agudo)[15]

Diagnóstico Diferencial

- Úlceras gástrica y duodenal: En ocasiones, la manifestación más común es el dolor epigástrico de 80 a 90% de los pacientes, en el caso de la úlcera gástrica el dolor es urente, acompañado de flatulencia y náuseas especialmente cuando el estómago se encuentra vacío o después de ingerir ciertos alimentos, de forma característica los alcalinos y la leche alivian con rapidez el dolor.

- En el caso de las úlceras pépticas el dolor es epigástrico y no se irradia a la espalda, no se agrava con lo cambios de posición y tiene un ciclo que corresponde al ritmo diurno de la acidez gástrica. Después de un interrogatorio adecuado, es probable que se encuentren cuadros clínicos similares, en pacientes mayores de 45 años de edad, la endoscopia es

imprescindible, ya que debe recordarse que en caso de la úlcera gástrica tiende a malignizarse, no así la duodenal.

- Cabe mencionar de la importancia del tratamiento de erradicación de Helicobacter Pylori que se ha relacionado tanto en gastritis como úlcera péptica.

- Duodenitis: Es un padecimiento al que antes del uso de la endoscopia no se consideraba importante por la confusión con otras patologías comunes al síndrome ulceroso, la manifestación primordial es el dolor y el tratamiento es similar al de las patologías aquí recomendadas.

- Otros diagnósticos diferenciales: Pueden ser la colecistitis, pancreatitis crónica, colon irritable.[15]

Manejo en el primer nivel de atención

- En general las patologías que se engloban en el Síndrome Ulceroso requieren de una prescripción de acuerdo a sus síntomas y su etiología, además de los exámenes de diagnóstico necesarios en casos resistentes, siempre y cuando no exista la posibilidad de que de complique el padecimiento.
- Con la llegada de los fármacos procinéticos, diversos estudios han demostrado alteraciones en la motilidad gástrica de origen desconocido en algunos sujetos, pero considerando la estasis gástrica como un factor causal del padecimiento.
- En estos casos el uso de procinéticos como Metoclopramida, Domperidona, etc. coadyuvan a mejorar en forma importante en el tratamiento médico.
- Debe buscarse la cooperación del paciente ya que los cambios en hábitos alimenticios serán de gran importancia.
- La atonía y el reflujo sin hernia hiatal son patologías que requieren la prescripción de procinéticos en forma constante o intermitente.[15]

Tratamiento Médico

- Suspensión de medicamentos según sea el caso que se conocen tienen acción irritante gástrica, como AINES, AAS, entre otros.

- Dietas libres de irritantes.

- Antiácidos: Existen muchos tipos que utilizan como fármacos únicos o coadyuvantes del tratamiento, debe tomarse en consideración que el mejor efecto y duración del antiácido se consigue cuando se utiliza de 30 a 90 minutos después de cada comida, su administración a la misma hora que los bloqueadores H2 inhiben su absorción.
  a) Gel de Hidróxido de Aluminio y Magnesio: Dos cucharadas de 30 a 90 minutos después de cada comida.

b) Salicilato de Bismuto: 30 ml. cada 2 hrs. Hasta ocho dosis en 24 hrs. (que se usa en la erradicación del Helicobacter Pylori)

- Procinéticos: Estos medicamentos mejoran la depuración esofágica y el vaciamiento gástrico
  a) Metroclopramida: 10 mg, 2 a 3 veces al día.

- Bloqueadores H2: Durante la fase intensiva.
  a) Ranitidina: 150 mg, 1 a 2 veces al día por 3 a 4 semanas.

- Inhibidores de la Bomba de Protones, se usan en pacientes con síntomas:1) Intensos, 2) de leves a moderados sin respuesta a antagonistas H2, Metoclopramida o ambos, 3) Esofagitis erosiva documentada con endoscopia y 4) complicaciones de reflujo (estrechez, esófago de Barret).
  a) Omeprazol: 20 a 40 mg/día durante 8 semanas.

- Antiespasmódicos
  a) Butilhioscina: 10 a 20 mg cada 6 a 8 horas.

- En ocasiones puede ser útil la combinación de medicamentos procinéticos y antiácidos, el consumo de una dieta libre de irritantes, disminuye considerablemente las dosis de medicamentos. No deben prescribirse los medicamentos de manera arbitraria, es necesario brindarle una explicación al paciente para obtener su colaboración en el tratamiento.

- Habitualmente el cuadro agudo de gastritis se puede manejar con un bloqueador H2 y un procinético de 2 a 4 semanas, incluso con el gel de OH de aluminio y magnesio, así como un procinético en caso necesario.

- En caso de Esofagitis por reflujo, el tratamiento intensivo será de 6 a 8 semanas, posteriormente se pueden reajustar la dosis tanto de procinéticos como de bloqueadores H2.

- La finalidad del tratamiento médico debe enfocarse a controlar el padecimiento con las dosis mínimas posibles de tratamiento.[15]

Manejo de la Gastritis Crónica relacionada con Helicobacter Pylori

Desde que se acepto que el agente etiológico principal es la infección por H. Pylori padecen cierto grado de gastritis crónica.

Esta prevalencia disminuye en los países desarrollados con mejor nivel educacional y cultural, legislación e infraestructura sanitarias.

En general se acepta que en los países en vía de desarrollo, con un sistema sanitario deficiente, escasa educación y bajo nivel cultural, así como los bajos

ingresos económicos, la prevalencia de gastritis crónicas asociadas a la infección por H. Pylori es de 60-80% en los niños y de 100% en los adultos y ancianos.[15]

6.1.5 Ginecología

Cérvico-Vaginitis

Definición

Infección del tracto genital femenino ocasionada por diversos agentes patógenos, caracterizada por secreción anormal, irritación local, prurito vulvar. No pone en peligro la vida, es difícil suprimir y tiene tendencia a la recidiva.[15]

Clasificación etiológica

En púberes: E. Coli, a través del rascado de genitales.
Con mayor frecuencia: Tricomonas Vaginalis, Cándida (Albicans), en menor grado Neisseria Gonorroae, Herpes tipo 11
Vaginitis inespecíficas.[15]

Vaginitis por Tricomas

Transmitida por contacto sexual, más frecuente entre los 16 y 35 años de edad con recidivas frecuentes, sus síntomas principales son: Leucorrea amarillo verdoso, mal olor, prurito, dolor vaginal, disuria, hiperemia vaginal difusa, dispareunia y lesiones maculares difusas. A la exploración física se aprecia vagina y cervix con apariencia granular, hemorragias puntiformes en la mucosa.

Diagnóstico

Exploración física, cultivo de exudado vaginal, Papanicolaou.

Tratamiento

Iniciar simultáneamente tratamiento antiparasitario y la normalización del PH.

Metronidazol: Tratamiento a la pareja.
Debe ser combinado local y sistémico. Tabletas 500mg, cada 8 hrs. por 7 a 10 días. Dosis única 2g óvulos vaginales de 500mg 2 diarios por 2 semanas. Si no se obtiene resultado dar 2g por día por 3 a 5 días.

Se puede usar en pacientes embarazadas, cuidando el periodo de embriogénesis (después del 3° mes de gestación) con una sola dosis de 2g vía oral a la pareja. El uso inadecuado de antibióticos y el no restablecimiento de la flora vaginal normal puede ocasionar recidivas, súper infecciones o resistencias bacterianas.
Si persiste el padecimiento canalizar al segundo nivel de atención.[15]

Vaginitis por Candida Albicans

Generalmente es consecuencia de una proliferación de cándida endógena, más que de una enfermedad de transmisión sexual, frecuente entre los 16 y 30 años, en pacientes diabéticos, hipoparatiroidismo, embarazadas, alteraciones de las defensas del huésped, tratamientos con antibióticos de amplio espectro, esteroides, anticonceptivos orales, humedad excesiva y calor. Se caracteriza por secreción de aspecto acuoso líquido o purulento espeso, flujo blanco, espeso y grumoso, sin mal olor, prurito vulvar y vaginal intenso, eritema, dispareunia y disuria. A la exploración física se observa eritema de la vulva, secreción blanquecina, erupción intertriginosa con pústulas satélites en región perineal.[15]

Diagnóstico

Por inspección física, exudado vaginal.

Tratamiento

Tópico cada 12 hrs. (cremas o tabletas vaginales) óvulos con Nistatina 100,000 U 2 veces al día; Miconazol por 10 días. En embarazadas solo deben emplearse agentes tópicos. Los pacientes inmunodeprimidos diabéticas, pueden requerir hasta 2 semanas de tratamiento. Vía oral Nitrofurazona, ketoconazol a dosis de 200mg por día hasta por seis meses en caso de candidiasis recurrente, vigilando riesgo de hepatotoxicidad.
Si persiste la reincidencia canalizar al segundo nivel.[15]

Cérvico-vaginitis por Gardnerella Vaginalis

Se ha asociado con Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), infecciones locales, posterior a procedimientos como biopsia endometrial, histerectomía, colocación de DIU y EIP postaborto. Las pacientes con este padecimiento deben ser tratadas antes de cualquier intervención vaginal. Puede ser sintomática o asintomática, no necesariamente se transmite por contacto sexual.

Se caracteriza por secreciones fétidas, color grisáceo, espumoso adherente a pared vaginal, prurito leve y dispareunía poco frecuente. Se asocia con la actividad sexual y con el número de parejas sexuales.[15]

Diagnóstico

Por inspección física, cultivo de exudado vaginal.

Tratamiento

Metronidazol: 500 a 750mg vía oral cuatro veces al día por siete a diez días o 2g vía oral dosis única.
Ketoconazol 200mg cada 12 hrs. en caso de recidivas frecuentes. Ampicilina oral 500mg cada 12 hrs. por siete días junto con Nitrofurazona óvulos cada 12 hrs.

Si persiste la patología canalizar a segundo nivel.[15]

Infección Gonococica

Etiología: Neisseria Gonorrea

Periodo de incubación de 1 a 30 días, la sintomatología se presenta en las dos primeras semanas. El único signo físico es una cervicitis aguda, leucorrea purulenta abundante y síntomas urinarios. Exploración física se aprecia cervix congestionado, edematoso, aumentado de volumen. Si el tratamiento no es adecuado y oportuno se asocia a inflamación pélvica aguda en el 10% de los casos.[15]

Diagnóstico

Por exploración física, antecedentes y cultivo de secreciones.

Tratamiento

Penicilina G procaína acuosa a dosis de 4.8 millones en una dosis. Con 1g de probenecid vía oral.
Ampicilina oral 3 a 5 gramos más un gramo de probenecid (dosis única)
En pacientes alérgicos: Espectinomicina (Trobicin) 2g única dosis única intramuscular.
En caso de recidiva o complicaciones enviar al segundo nivel.[15]

Infecciones por Herpes Virus

Etiología: variedad 2 del herpes simple

Se relaciona con la frecuencia de carcinoma cervical tardío, peligro de muerte fetal o infecciones neonatales. Ocasiona recidivas frecuentes.

Se caracteriza por múltiples lesiones genitales vesiculares que se convierten en úlceras superficiales y dolorosas. Fiebre, malestar general, leucorrea, dolor genital local, disuria y a veces sangrado vaginal, es común la aparición de linfadenopatía inguinal bilateral dolorosa, disuria.

El riesgo que tiene el feto en una mujer embarazada es grande, por lo que se recomienda la cesárea de preferencia en las primeras 4 horas que siguen a la ruptura de bolsas, para reducir el riesgo de contagio neonatal.[15]

El tratamiento es sintomático, idoxuridina tópica cada hora durante el primer día y después cada 4 hrs.[15]

Infecciones por el Virus del Papiloma Humano (VPH)

Afecta el epitelio de la piel y las mucosas. Puede ser asintomático y asociarse a diversas neoplasias benignas y malignas, puede producir verrugas. Las verrugas venéreas (condilomas acuminados).

La infección del cuello uterino por VPH produce alteraciones de células escamosas que se observan con más frecuencia en los frotis de papanicolau.

Hay múltiples VPH por lo que las manifestaciones de la infección dependen de la localización de las lesiones y del tipo de virus, las verrugas anogenitales (condilomas acuminados) están en las mucosas de los genitales externos y región perianal.

El diagnóstico diferencial es con las verrugas planas de la sífilis, se trasmiten sexualmente y su periodo de incubación es de 1 a 6 meses en el varón, se sitúan en el frenillo y el surco coronal, en mujeres aparece en el introito posterior, después de extienden a otras partes de la vulva y alcanzan el perineo, los condilomas afectan vagina y cervix sin hallar verrugas externas.[15]

Diagnóstico

La mayor parte de las verrugas se descubre por inspección y se diagnostica correctamente con la exploración física, la colposcopia es valiosa para demostrar las lesiones vaginales y cervicales. El Papanicolau suele mostrar signos citológicos de infección por VPH. Las lesionas atípicas deben de biopsiarse.

Tratamiento

No existen remedios de inocuidad y se resuelven espontáneamente, los recursos más usados son la criocirugía, aplicación de agentes cáusticos, electrodisecación, excisión quirúrgica y exéresis con láser.[15]

6.1.6 Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus Tipo 1 y Tipo 2

Definición

La Diabetes Mellitus tipo 1 es una enfermedad que aparece, generalmente, en personas de menos de 30 años, aunque puede ocurrir a cualquier edad. Su característica principal es la incapacidad del cuerpo para producir insulina, la hormona que hace posible la utilización de la glucosa por parte de las células del organismo.[15]

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica caracterizada por hiperglicemia, la que resulta de un déficit en la secreción de insulina por el

páncreas, y/o de una insuficiente acción de esta hormona en los tejidos periféricos.[15]

Factores de Riesgo

- Iguales para DM T1 y T2
- Historia familiar de diabetes T2
- Edad> o igual a 45 años
- Hipertensión arterial (>o igual a 140-90 mmHg)
- Dislipidemias (HDL< de 35 mg y/o triglicéridos> de 250 mg/dl
- Pre-diabetes glucosa en ayuno alterada, con glucosa plasmática en ayuno de 100-125 mg/dl. y/o intolerancia a la glucosa (ITG) por curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG) de 140-199 mg/dl a las 2 hrs.
- Antecedentes de diabetes gestacional: producto grande para la edad gestacional (> de 4 Kg)
- Antecedente de enfermedad vascular
- Síndrome de ovarios poliquísticos[15]

Criterios Diagnósticos

DM tipo 1: Glucemia casual> de 200 mg/dl, más síntomas, poliuria, polidipsia, polifagia, nicturia, pérdida de peso

Cetonurias: suelen ser positivas con o sin cetoacidosis diabética.

Diabetes Mellitus T2 se establece por medio de la medición de glicemias plasmáticas, de acuerdo a alguno de los siguientes criterios estrictos:

a) Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, baja de peso no explicada) asociada a glicemia casual $\geq$ 200 mg/dl.
b) Glicemia plasmática en ayunas $\geq$ 126 ml/dl.
c) Glicemia plasmática 2 horas después de una carga de 75 g glucosa $\geq$ 200 mg/dl. Si el resultado es positivo, confirmar el diagnóstico en 7 días.[15]

En ausencia de síntomas, estos resultados deben confirmarse en un segundo examen.

La prueba de tolerancia a la glucosa no es recomendable para uso rutinario.

En relación a estos criterios existen condiciones intermedias como la glicemia anormal en ayunas (entre 110 y 125 mg/dl) y la intolerancia a la glucosa (glicemia 2h postcarga entre 140 y 199 mg/dl). Ambas situaciones se asocian a mayor riesgo de diabetes y de patología cardiovascular.[15]

Síntomas

Diabetes Mellitus T1

- Sintomáticos: Poliuria, polidipsia,
- Pérdida de peso de causa desconocida
- Cetonas presentes por lo general 25% de los pacientes, pueden tener cetoacidosis diabética CAD como manifestación inicial
- Presencia de auto anticuerpos (ICA, GAD, 65ab, 1-A-2)
- Suele diagnosticarse en < de 30 años pero se puede diagnosticar a cualquier edad[15]

Diabetes Mellitus T2

- A menudo asintomática
- Frecuentes: visión borrosa, infección de vías urinarias, candidiasis, resequedad y prurito en la piel seca, hipoestesias o parestesias en extremidades, fatiga.
- Ocasionales: poliuria, polidipsia, polifagia, nicturia, perdida de peso sin causa aparente, cetonurias suelen ser negativas
- Se diagnostica en todas las edades, pero es mas frecuente n > de 30 años[15]

Tratamiento

DM Tipo 1

Estos pacientes requieren tratamiento con insulina y no deben tratarse con antidiabéticos orales.

Tipos de insulina: Análogos de Insulina de:

Acción rápida, Aspart, Glulisina, Lispro
N= Normal Humana NPH
G= Insulina Glargina
O= Ninguna

Horarios de las dosis: AM, Mediodía, PM, Al acostarse

Mezclas de Insulina: RA/N-0-RA/N

Calcular dosis total con base en la presencia de cetonurias y el peso actual

0.5 U /kg en caso de cetonas negativas o moderadas
0.7 U/Kg en caso de cetonas abundantes

Distribución	AM	Mediodía	PM	Al acostarse
	2/3	0	1/3	0
Relación RA/N	1:2	-	1:1	-

Insulina Basal Bolos: (G) RA-RA-RA-G o NPH

Dosis igual a mezclas de insulina, reducir 10% si la hb glucosilada es de 9% y 20% si es < de 9%.

Bomba de Insulina

Valor normal de HB glucosilada 4 % a 6%

Plan de nutrición y ejercicio en todas las etapas de insulina [15]

Ejercicio

Actividad física:

Todos los pacientes: 5 a 10 min. de actividad poco intensa, descanso 5 a 10 min reducir gradualmente la frecuencia cardiaca.

Actividad sugerida: caminar, ciclismo, actividad planeada de baja intensidad

Resistencia:

Inicio series de 8 a 10 repeticiones 2 o 3 veces por semana durante varias semanas. Progresión: 3 series de 8 a 10 repeticiones

Actividad sugerida: pesas, bandas de resistencia, yoga, Pilates.

Aeróbico:

Inicio, 10 a 20 min. en 3 a 5 días, aumentar la duración o la frecuencia antes de la intensidad. Adultos mayores breves periodos de descanso al inicio. Progresión; puede progresar en frecuencia hasta 150 min. por semana adultos mayores, agregue 2 a 3 min. de actividad a la semana, hasta 30 a 40 min. a la semana.

Actividad sugerida: aeróbicos de bajo impacto, caminar, ciclismo, ejercicio acuático, baile, natación.

Dieta

Selección de plan de nutrición saludable que a pérdida de peso, y que pueda seguir a largo plazo.

Planear comidas y colaciones, selección de alimentos saludables, (frutas y verduras). Reducir el tamaño y el número de las porciones.[15]

Medicamento DM Tipo 2

Biguanidas. Metformina inicial 500, y/o 850 mg máxima 850 mg x 3 VO acción disminuir la producción hepática de glucosa.

Secretagogos: Acción: inducen la liberación de insulina por el páncreas en respuesta a la glucosa. Nateglinida 120 mg x 3, Repaglinida 0.5 mg
Sulfonilureas: Glibenclamida inicio 2.5 mg AM puede incrementarse cada 1 o 2 semanas

Glipzida 5 mg/dia, Glimepirida 1 mg /dia.

Tiazolidinedionas:

Pioglitazona: inicial 15 mg VO máxima 45 mg
Roziglitazona: inicial 4 mg VO máxima 08 mg

Inhibidores de Alfa Glucosidasas: Acción: retardan la degradación de los carbohidratos.

Acarbosa: inicial 25 mg /día, máxima 100 mg 3 x día
Miglitol: inicial 25 mg /día máxima 100 mg 3 x dia

Si no hay control etapa de combinación de antidiabéticos orales.

Si no hay control inicio de insulina valorar esquema basal, esquema a base de mezclas de insulinas, y esquema basal bolos.

Control

Del 50% de automonitoreo de glucosa capilar dentro de las metas

Preprandiales 70 a 140 mg/dl, postprandiales (2 hrs. después de iniciar la comida < de 160 mg/dl, al acostarse 100 a 140 mg/dl.

HB glucosilada < de 7%, frecuencia cada 3 o 4 meses.

Presión arterial: < de 130/80 mmHg

Lípidos: LDL < de 100 mg/dl, HDL > o igual a 40 mg/dl, triglicéridos < de 150 mg/dl. Considerar LDL < de 70 mg/dl en pacientes con alto riesgo cardiovascular.[15]

7. Discusión

En el estudio que se realizó a las Familias Usuarias del Consultorio 11 de la Clínica de Medicina Familiar del Valle ISSSTE: se encontró que la población femenina predomina sobre la población masculina, lo que coincide con lo reportado por INEGI a nivel nacional, la expectativa de vida es mayor para la mujer que para el hombre coincidiendo también a lo reportado por la Secretaría de Salud; el grupo de edad predominante fue el de 50 a 60 años y por lo tanto se detectó mayor número de enfermedades crónico degenerativas en este consultorio. En la pirámide de población se encontró que va en aumento la población mayor de 50 años, lo que no coincide a lo reportado por INEGI en donde se menciona que aún predomina la población menor de 30 años.

El grupo familiar es el nuclear simple integrada, las cuales son familias modernas, pequeñas, tradicionales y conservadoras; familias con uno o dos hijos en su mayoría de 20 años o más habiendo más jóvenes viviendo en el ciclo vital de la familia en la fase de independencia, retiro y muerte.

Las principales causas de consulta que encontraron son las IRAS, Hipertensión Arterial, Fracturas y Esguinces, Gastritis y Colitis, Diabetes Mellitus, IVU, que ocasionando los factores de riesgo con mayor frecuencia que son la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus ocasionado por la Obesidad, Tabaquismo, Alcoholismo y Enfermedades de Corazón.

Teniendo este panorama debemos encaminar nuestra mejor atención al problemática que se vive, previniendo a la población de los factores de riesgo que ocasionan las enfermedades, haciendo promoción de la Salud y redoblando esfuerzos para una mejor atención.

Como Médico de Familia debemos realizar una atención integral de calidad, sabemos que la subsistencia predomina en las familias que prestan sus servicios a la institución del Estado, donde se determina de que se enferman nuestros pacientes.

Habiendo cada día más enfermos con enfermedades crónico-degenerativas se debe de trabajar en equipo utilizando los métodos diagnósticos terapéuticos adecuados, programando y evaluando el proceso, aceptando la participación comunitaria, para actuar con medidas y consejos anticipados para mantener un equilibrio en la salud de las familias.

Abriendo así un panorama más amplio para entender mejor los problemas de salud, desarrollando proyectos de investigación multidisciplinaria para utilizar los recursos que tenemos para la solución, con el diseño de estrategias para la atención específica de nuestro consultorio o comunidad.

8. Conclusiones

En este estudio se concluye que las características familiares en las familias estudiadas son: la mayoría se compone de familias nucleares simples en etapa de independencia, retiro y muerte, con nivel educativo alto ya que en la mayoría se encontró nivel de educación superior; las familias están integradas, en un medio urbano, moderno y tradicional.

Los factores de riesgo con mayor predominio son: Las Hiperlipidemias, Obesidad, Tabaquismo, Sedentarismo, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedades del Corazón, Cáncer en sus diferentes modalidades.

Las principales causas de consultas que se identificaron son: Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), Hipertensión Arterial, Fracturas y Esguinces, Gastritis y Colitis, Infecciones de Vías Urinarias (IVU), Gastroenteritis Probablemente Infecciosa (GEPI).

Conociendo el resultado del presente estudio dedicado al estudio de familia, se plantea que para mantener la salud en la familia -pilar fundamental de toda sociedad del mundo- se aplique la atención médica primaria e integral del individuo y su familia para realizar acciones encaminadas al desarrollo de mantenimiento y promociones de la salud, para la prevención de las enfermedades hacer un diagnóstico biopsicosocial y tratamiento de padecimientos agudos y crónicos así como la rehabilitación de las enfermedades.

Es necesario promover los programas de educación médica continua y completa pues se tiene el compromiso de la atención al individuo en el contexto de la familia y la familia en el contexto de la comunidad, por lo que la participación de la comunidad en el problema sanitario mejora su nivel de salud.

De las principales enfermedades de consulta que encontramos, debemos darles una atención oportuna y manejarlas con prontitud antes de que aparezcan daños más severos formando grupos de ayuda mutua de acuerdo a sus diferentes necesidades, dotándoles de herramientas específicas a la población para enfrentar sus padecimientos ya existentes mejorando su entorno biopsicosocial así como de que aprenda a tener responsabilidad de su propio bienestar.

El análisis de la patología que con mayor frecuencia aparece en la familia da el perfil de morbi-mortalidad que nos ayuda a encontrar una estrategia a la prevención, también debemos hacer proyectos de investigación multidisciplinaria para las estrategias específicas del consultorio.

Es necesario tener el conocimiento de la pirámide poblacional para saber a que grupos de edad y sexo atenderemos.

El Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar (MOSAMEF) tiene como actividad la de anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo que está expuesto cada individuo de la población para tratar de cancelar, modificar o

atenuar esos factores de riesgo y tener continuidad a la atención médica y ser basada la atención en la comunidad por lo que es de gran valor para el diagnóstico curativo y preventivo para lograr la integridad total de la familia, el individuo y la comunidad.

La finalidad del presente estudio es que sirva como antecedente para el bienestar del individuo, la familia y la sociedad.

9. Bibliografía

1. Gómez C J F. Irigoyen C A E, Ponce R E R. Material Didáctico el Curso de Metodología de la Investigación para Tesis. Curso de Especialización en Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina UNAM, 2008.

2. Irigoyen C A E, Morales L H. Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar MOSAMEF, México 2006. 151-169.

3. Foz I G G, Gofin J, Montaner G I. Atención Primaria orientada a la comunidad. En Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª Ed. Madrid: El Sevier España. 2003. 345-64

4. Taylor R B; Medicina de familia (Principios y práctica) Cap. 6; Atención Primaria Basada en la Población; Ed El Sevier; España 2003. 43-50

5. Gallo V F J, Altisent T R, Diez E J, Fernández S C, Foz I G G, Granados M M I, Lago D F; Perfil Profesional del Médico de Familia. Atención Primaria; 1999; 23(4). 124-144.

6. Estadísticas de Población; Sistema de Estadística Institucional; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), México 2006.
Disponible en:
URL:http://estadistica.issste.gob.mx/poblacion/index.htm

7. Turabian J L; Cuaderno de medicina de familia y comunitaria; Cap. 1; Ed. Díaz de Santos, S.A. España 1995. 1-34.

8. Argiman P J M, Paray B J L; Atención Primaria; Cap. 19 Análisis de la Situación de Salud; Ed. El Sevier; España; 2003; 327-344.

9. MOSAMEF; Material de Apoyo del Curso del Taller de elaboración de tesis; 2008.

10. Irigoyen C A E; Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar; Cap. 8, 9, 10; Ed. Medicina Familiar Mexicana; México 2007; 123-169.

11. Martín Z A, Cano P J F; Cap. I Atención Primaria de Salud. Ed. El Sevier, España 2003. 3-15

12. Rojas; Medicina Familiar; Perfil del Médico de Familia; Archivo de la Clínica de Salud Hispana, 2007; 1-3.

13. El enfoque de riesgo en la atención a la salud. Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno-Infantil; Cap. III; Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud; OPS-OMS 1986. 9-24

14. Álvarez M J y cols. Metodología para la Detección de Factores de Riesgo. Secretaría de Salud, Dirección General de Enseñanza en Salud, 1986.

15. Sistema de Control y Regulación del Abasto (SICORA); Guías Diagnóstico-Terapéuticas de las 25 Patologías más Frecuentes del Primer Nivel de Atención; Subdirección General Médica, ISSSTE, México; Noviembre 2002.

16. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; México 1987.

17. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud; Alma-Ata, URSS; 6 al 12 de septiembre de 1978.

18. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Tokio, 2004.

19. Conferencia Mundial de WONCA; Seattle, EUA; 2006.

20. ¿Qué es la Medicina Familiar?; Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM; México 2008
Disponible en:
URL: http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/quemf1-8.htm

21. Medicina Familiar, Departamento de Medicina, Familiar Facultad de Medicina, UNAM; México 2008.
Disponible en:
URL:http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/

22. Breviario de Medicina Familiar; Departamento de Medicina Familiar; Facultad de Medicina Familiar, UNAM; México 2008.
Disponible en:
URL:http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/bremf/1-9.htm

23. Estadísticas de Población Nacional y DF; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI, México 2007; Consejo Nacional de Población y Vivienda CONAPO, México 2008.
Disponible en:
URL:http://www.inegi.gob.mx/lib/olap/general_ver4/MDXQueryDatos.asp
http://www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/RM.xls

24. Estadísticas de Mortalidad Nacional y DF; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI, México 2006.
Disponible en:
URL:http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/continuas/vitales/bd/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144

25. Estadísticas de Mortalidad Nacional (Causas); Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI, México 2006
Disponible en:
URL:http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob45&c=3222
http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob97&c=3844&e=09&s=est

26. Anuarios de Morbilidad (Principales Causas); Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica; Dirección General Adjunta de Epidemiología, Secretaría de Salud; México 2007.
Disponible en:
URL:http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html

27. Proyecciones de los Hogares y las Viviendas; México en Cifras; Consejo Nacional de Población y Vivienda CONAPO; México 2008.
Disponible en:
URL:http://www.conapo.gob.mx/00cifras/hogares/hogares.xls

10. Anexos

1. Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF)
2. Hoja de Registro Diario del Médico (DC-10)

Anexo 1

CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)

Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, Terán Trillo M. *15-0ct-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	
Madre												
Padre										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*	_____	***Con*** *parentesco familiar. (abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos)*
▪ *1 a 4 años*	_____	*Num.* _____, *Especifique:*_____
▪ *5 a 10 años*	_____	
▪ *11 a 19 años*	_____	***Sin*** *parentesco familiar. (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes)*
▪ *20 o más años*	_____	*Num.* _____, *Especifique:*_____
▪ *Total*	_____	

Clasificación Estructural de la Familia

▪ **Nuclear**	Simple	( )	▪ **Monoparental**	Vive en casa de la familia de origen ( )
	Numerosa	( )	Simple ( ) Ampliada ( )	La familia de origen vive en casa de la familia monoparental ( )
	Ampliada	( )		
	Binuclear	( )	▪ **Equivalentes familiares**	( )
	Reconstruida	( )		
▪ **Extensa**	Ascendente	( )	▪ **Persona que vive sola**	( )
	Descendente	( )		

Etapa 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		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 1-2 salarios mínimos 3-4 salarios mínimos 5-6 salarios mínimos > 7 salarios mínimos	4 3 2 1 0
Número de hijos dependientes económicos	3 ó más hijos 2 hijos 1 hijo ningún hijo	2.5 2 1 0
Escolaridad materna	Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Post-primaria	2.5 2 1 0
Hacinamiento (número de personas por dormitorio)	3 o más personas 1 a 2 personas	1 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 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 1= mujer 2= hombre***	***Escolaridad 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 02 = Padre 03 = Hijo 04 = Nuera 05 = Yerno 06 = Nieto 07 = Hermanos maternos 08 = Hermanos paternos 09 = Sobrinos maternos 10 = Sobrinos paternos 11 = Primos maternos 12 = Primos paternos 13 = Abuelos maternos 14 = Abuelos paternos 15 = Bisabuelos maternos 16 = Bisabuelos paternos 17 = Otros: amigos, compadres, familiares lejanos, etc.	01 = Ama(o) de casa (hogar) 02 = Jubilado / pensionado 03 = Desempleado (sin trabajo remunerado ni por cuenta propia) 04 = Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.) 05 = Menor de edad (menores de 4 años) 06 = Estudiante (pre-escolar hasta posgrado) 07 = Estudia y trabaja 08 = Campesino 09 = Artesano 10 = Obrero 11 = Conductor de auto, camioneta o camión (chofer) 12 = Técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.) 13 = Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.) 14 = Profesional (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicólogos, etc.) 15 = Artista (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta etc.) 16 = Comerciantes establecidos (tiendas o negocios formales con 1 a 5 trabajadores o familiares a sueldo) 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	Meses = años 0 = 0.000 1 = 0.083 2 = 0.166 3 = 0.250 4 = 0.333 5 = 0.416 6 = 0.500 7 = 0.583 8 = 0.666 9 = 0.750 10 = 0.833 11 = 0.916 12 = 1.000

Anexo 2

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Subdirección General Médica

CONSULTORIO NO.11

10	12	Año
	JULIO	2008

No. De Empleado	037 MED.FAM 14:00-20:00	C. DEL VALLE	MEX. D.F.
Nombre Completo del Médico / Firma	Horario	Unidad	Localidad y Entidad

Para Sustituciones

Nombre del Médico Sustituto — Firma — Clave — Causa

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE VALIDO LA VIGENCIA DE DERECHOS:

Núm. de Consulta	Hora de Consulta	NOMBRE DEL PACIENTE	EXPEDIENTE	TIPO DH	COLONIA	DEPENDENCIA	SEXO Y EDAD M	SEXO Y EDAD F	FORANEO	SOLICITUD A LAB.	SOLICITUD A Rx	SOLICITUD A INTERCONS	SOLICITUD A OTROS	REFERENCIA NIV.	REFERENCIA UNIDAD	REFERENCIA SERVICIO	MOTIVO DE LA LICENCIA PRT	MOTIVO DE LA LICENCIA RT	MOTIVO DE LA LICENCIA NP	NUMERO DE SERIE DE LICENCIA MEDICA	DIAS DE LM	No. DE MEDICAMENTOS	DIAGNOSTICO CODIGO	DIAGNOSTICO DESCRIPCION	1a. vez	SUBS.
1	14:00																									
2	14:15																									
3	14:30																									
4	14:45																									
5	15:00																									
6	15:15																									
7	15:30																									
8	15:45																									
9	16:00																									
10	16:15																									
11	16:30																									
12	16:45																									
13	17:00																									
14	17:15																									
15	17:30																									
16	17:45																									
17	18:00																									
18	18:15																									
19	18:30																									
20	18:45																									
21	19:00																									
22	19:15																									
23	19:30																									
24	19:45	GEROPROFILAXIS																								