



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
VALLE DE ARAGÓN
NETZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO

“LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS Y PRINCIPALES CAUSAS DE LA CONSULTA DE LOS USUARIOS DEL CONSULTORIO NÚMERO 15 DEL TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “VALLE DE ARAGÓN” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE), NETZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO”.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR



PRESENTA:

MEDICO: JORGE AVELAR ORNELAS

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PENSAMIENTO:

**“...todo lo que pedimos
es poder continuar
nuestro trabajo
en una atmósfera
que permita
a la sociedad
aprovechar
nuestros sinceros
esfuerzos...”**

**no hay nada
básicamente erróneo
en la encantadora
imagen
de un científico
pulcramente
vestido de blanco...”**

**Dr. Edward Kass
Profesor de la Facultad de Medicina
De Harvard
(19 de octubre de 1970)**

AGRADECIMIENTO:

**Al ser que creo la tierra
y el pedazo de suelo,
que hoy piso.**

DEDICATORIA:

**A mis padres
José y María Isabel**

**A mis abuelos
Jesús y Josefina**

**A mi esposa
María Guadalupe**

**Y, a mis hijas
Giselle, Denisse y Vannía**

**A todos ellos
porque siempre
estarán en mis
pensamientos...**

ÍNDICE

	Página
1.	Marco Teórico.....1
1.1	La Familia.....1
1.2.	Medicina Familiar..... 7
1.3.	Atención Primaria de Salud (APS).....10
1.4	Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC).....14
1.5	Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF).....19
1.6	Marco Teórico de las partes que constituyen la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF)..... 24
1.6.1	Identificación.....24
1.6.2	Salud Reproductiva.....26
1.6.3	Factores Demográficos.....31
1.6.4	Factores de Riesgo.....35
1.6.5	Patología Familiar.....36
1.6.6	Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS).....38
1.6.7	Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS).....45
1.6.8	Vacunación.....50
1.6.9	Atención a la Salud del Niño.....55
1.6.9.1	Atención del Niño Sano..... 55
1.6.9.2	Nutrición.....57
1.6.9.3	Desnutrición.....59
1.6.9.4	Obesidad.....62
1.6.9.5	Apoyo a Cuidadores.....66
1.6.9.6.	Detección de Cáncer.....70
1.6.9.6.1	Cáncer de Mama.....70
1.6.9.6.2	Cáncer Cervino-uterino.....75
2.	Planteamiento del Problema.....80
3	Justificación.....80

4.	Objetivos.....	81
4.1	Objetivo General.....	81
4.2	Objetivos Específicos.....	81
5.	Material y Métodos.....	81
5.1	Tipo de Estudio.....	81
5.2	Diseño de Investigación.....	82
5.3	Población.....	83
5.4	Muestra.....	83
5.5	Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.....	84
5.6	Variables.....	85
5.7	Método para la Recolección de la Información	86
5.8	Organización lógica de Actividades.....	86
5.9	Descripción de la Secuencia de Actividades.....	87
5.10	Maniobras para Evitar o Controlar Sesgos.....	87
5.11	Prueba Piloto.....	88
5.12	Procedimiento y Análisis Estadístico.....	89
5.13	Cronograma.....	90
5.14	Recursos humanos, Materiales y Financieros.....	90
5.15	Consideraciones Éticas.....	91
6.	Resultados.....	92
7.	Discusión.....	106
8.	Conclusiones.....	110
9.	Referencias Bibliográficas.....	113
10.	Anexos.....	116

RESUMEN

Objetivo: identificar las características de las familias y principales causas de la consulta de los usuarios del consultorio número 15 del turno vespertino de la Clínica de medicina familiar “Valle de Aragón” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); Netzahualcóyotl, Estado de México. Mediante la aplicación del modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF).

Diseño: Descriptivo, observacional, transversal, prospectivo, retrospectivo y cuantitativo.

Material y métodos: Población de referencia constituida por pacientes (usuarios) de la Clínica de Medicina Familiar “Valle de Aragón” del ISSSTE en el Estado de México. Muestra no aleatoria, no representativa, $n = 120$. Se llevó a cabo la aplicación de la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF), encuesta que no requiere ser validada ya que solamente recopila datos; esto se hizo dentro del consultorio. El instrumento se aplicó en el período comprendido de junio a agosto del 2008. Además se recabó información del Informe Diario de Labores del Médico de un año: de julio del 2007 al mes de junio del 2008.

Resultados: Se identificó una población total de 462 personas; 48.8% correspondieron al sexo femenino y 51.2% al masculino, predominando el grupo de edad de 56 a 60 años (8.6%). Los principales motivos de demanda de atención médica fueron: infecciones agudas del aparato respiratorio con 26.4%, hipertensión arterial 17.0% y diabetes mellitus 14.4%. Los factores de riesgo más frecuentes son: la hipertensión arterial con 74.1%, diabetes mellitus 71.6% y obesidad 60.0%. En el estado civil de las familias predominó con 73.3% el casado, seguida de unión libre con 14.2% y divorciado 5.0%. La familia nuclear simple es más frecuente en un 60.0%, nuclear 15.0% y nuclear numerosa 7.5%. La mayor parte de las parejas cuentan con 2 hijos (35.8%). En niños de 0 a 5 años presentan esquema de vacunación completa el 89.2%, el 10.7% incompleta.

El estado nutricional de estos, es normal en 66.3%, desnutrición 8.8% y obesidad 24.9%. El promedio de cuadros al año de IRAS Y EDAS a esta edad es de 1 a 4 veces/año. La ocupación de la población más alta fue estudiante 245.2% y ama de casa (hogar) 18.3%. La DOC CaCu si es realizada anualmente por 58.9% de mujeres susceptibles y el 64.9% cumple con DOC mama. El método de PF más usado es la salpingoclasia 45.0%, DIU

9.1% y preservativo 8.3% . Encontramos apoyo a cuidadores en un 10% de las familias siendo los motivos más constantes secuelas de EVC, EPOC, DM (16.6%).

Conclusiones: Este estudio es un adecuado acercamiento al estado de salud de la población que acude a la consulta de una clínica de primer nivel de atención, donde se hacen evidentes las características de las familias útiles para adecuar estrategias de solución a los problemas más frecuentes de salud. Al aplicar el MOSAMEF se lleva a la práctica la esencia de la medicina familiar, identificando las necesidades reales de las familias y favoreciendo el estado de salud de las mismas.

Palabras clave: Familia, Medicina Familiar, MOSAMEF, CEBIF, Factores de riesgo.

SUMMARY

Objective: to identify the characteristics of the families and main causes of the consultation of the users of the doctor's office number of the vespertine turn of familiar the 15 medicine Clinic "Valley of Aragón" of the Institute of Security and Social Services of the Workers of Estado (ISSSTE); Netzahualcóyotl, State of Mexico. By means of the application of the systematic model of familiar medical attention (MOSAMEF).

Design: Descriptive, observacional, cross-sectional, prospectivo, retrospective and quantitative.

Material and methods: Population of reference constituted by patients (usuary) of the Familiar Medicine Clinic "Valley of Aragón" of the ISSSTE in the State of Mexico. Nonrandom, nonrepresentative sample, n = 120. The application of the Basic Certificate of Identificación was carried out Familiar (CEBIF), survey that it does not require to be validated since it only collects data; this became within the doctor's office. The instrument was applied in the period included/understood of June to August of the 2008. In addition information of the Daily Report of Workings of the Doctor of a year was successfully obtained: of July of the 2007 to the month of June of the 2008.

Results: A total population of 462 people identified itself; 48-8% they corresponded to feminine sex and 51,2% to the masculine one, predominating the group of age of 56 to 60 years (8,6%). The main reasons for demand of medical attention were: acute infections of the respiratory apparatus with 26,4%, arterial hypertension 17,0% and mellitus diabetes 14,4%. The more frequent factors of risk are: the arterial hypertension with 74,1% 71,6% mellitus diabetes and obesity 60,0%. In the civil state of the families the married one predominated with 73,3%, followed of union free with 14,2% and divorced 5,0%. The simple nuclear family is more frequent in 60,0%, nuclear 15,0% and nuclear numerous 7,5%. Most of the pairs have 2 children (35,8%). In children of 0 to 5 years they present/display vaccination scheme completes the 89,2%, 10,7% the incomplete one. The nutritional state of these, is normal in 66,3%, undernourishment 8,8% and obesity 24,9%. The average of pictures to the year of WRATHS and EDAS to this age is of 1 to 4 times/year. The occupation of the highest population was: 245,2% student and housewife (home) 18,3%. The DOC CaCu if it is annually made by 58,9% of susceptible women and

the 64,9% fulfills DOC sucks. The used method of PF more is salpingoclasia 45,0%, DIU 9,1% and preservative 8,3%. We found support to caretakers in a 10% of the families being the reasons most constant sequels for EVC, EPOC, DM (16,6%).

Conclusions: This study is a suitable approach to the state of health of the population that goes to the consultation of a clinic of first level of attention, where become the characteristics evident of the useful families to adapt strategies of solution to the most frequent problems of health. When applying the MOSAMEF takes to the practice the essence of the familiar medicine, identifying the real necessities of the families and favoring the state of health of the same ones.

Key words: Family, Familiar Medicine, MOSAMEF, CEBIF, Factors of risk.

1. MARCO TEORICO

1.1 LA FAMILIA

ANTECEDENTES HISTORICOS

Una vez que el hombre hace su aparición en el planeta tierra, se vio envuelto en un medio ambiente hostil, donde la soledad le llevó en sus inicios a identificarse con los de su especie dando origen a pequeños grupos, dentro de los cuales la afinidad entre parejas permitió el proceso natural de la reproducción, siendo entonces cuando se empiezan a constituir las primeras familias.¹

En sus inicios, la familia primitiva se agrupaba según la cultura en tribus, clanes, hordas, etc.; cada una con costumbres características. La sociedad primitiva se organizó en matriarcados donde tenía el mando la madre o patriarcado, donde el hombre era el dirigente; en algunas sociedades aceptaban la monogamia (vínculo de un hombre con una mujer), en otras la poligamia (vínculo de un hombre con varias mujeres).¹

En el México prehispánico los códices o manuscritos permiten conocer algunas características de la vida familiar, por estos testimonios se sabe que la autoridad recaía exclusivamente en el jefe o padre, a quien por tener más edad que los demás miembros se le atribuía también mayor sabiduría; las madres enseñaban a los hijos a referirse al padre como “el señor” o “mi señor”. El padre instruía desde edad muy temprana a sus hijos con consejos: “Ama, agradece, respeta, haz lo que quiere el corazón de la madre, del padre; porque es su don, porque es su merecimiento”. Entre los indígenas había una vigilancia muy estricta de la castidad, las relaciones fuera del matrimonio se sancionaban severamente, solo a los jefes de alto rango, les estaba permitido relacionarse con varias mujeres.²

La familia en México colonial significó el enfrentamiento de dos culturas diferentes, con la conquista española a través de la religión católica los sacerdotes modificaron las costumbres familiares de los indígenas. La mezcla de razas y las diversas clases sociales

(españoles europeos, españoles nacidos en México “criollos” españoles casados con indígenas “mestizos”), el padre educaba a los hijos, les enseñaba el cultivo de la tierra y oficios artesanales, la madre cuidaba el hogar; al casarse una pareja, la familia de la mujer daba la “dote” la cual era bienes o dinero con el que contribuía a la formación de la nueva familia.²

Durante el siglo XIX las familias vivían en comunidades rurales con una población de pocos habitantes, dedicados a la agricultura, participando los niños desde pequeños además de cuidar las aves de corral y juntar leña. La mujer hacía todas las labores del hogar: hacía ropa, molía el maíz, preparaba la comida y cuidaba a los hijos.

Más tarde en el siglo XX, se dieron cambios importantes en la familia, actualmente la sociedad ya no reconoce a los padres el derecho a disponer del futuro de sus hijos; los niños y los jóvenes tienen derechos que deben respetarse, existiendo más diálogo, acuerdo y tolerancia. Aunque por otra parte se ha incrementado la separación de parejas, la violencia intrafamiliar, el abuso del menor y el abandono del anciano. En la sociedad actual las madres también laboran, cooperando con el gasto buscando la igualdad con el jefe del hogar, por otro lado muchas personas buscan relaciones alternas a la familia tradicional como la unión libre.²

Todo esto nos habla de que la familia, como forma de organización, está vigente, aunque también esta en constante cambio.²

La sociedad de fin del siglo XX fue producto de la historia y las transformaciones de la familia mexicana. Para conocernos mejor, es importante que reflexionemos acerca de los que aún conservamos de pasadas formas de organización familiar y de lo que hemos dejado atrás. Podemos identificar cuáles cambios nos ha beneficiado o perjudicado, para decidir que tipo de familia queremos para el futuro.²

DEFINICION

El origen etimológico es incierto, algunos autores sostienen que proviene de la voz latina famēs “hambre”, otros afirman que se origina de la raíz latina famulus “sirviente o esclavo doméstico”: por tanto sería la familia: “un conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre”.³

Actualmente podemos definir a la familia según la “Primera Reunión de consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud”; efectuada en junio del 2005 en la Ciudad de México, como: “el grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo hogar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales o de afinidad.”¹⁻³

FUNCIONES

Las funciones principales de la familia son:

- 1. Satisfacer las necesidades básicas del ser humano**
 - Alimentación, habitación, salud, protección, afecto y seguridad.
- 2. Transmitir a las nuevas generaciones**
 - Un idioma para comunicarse, conocimientos, costumbres, tradiciones, valores, sentimientos, normas de comportamiento y de relación con los demás, creencias y expectativas para el futuro.
- 3. Educar para la vida**
 - Formar a los integrantes de la familia de modo que sean capaces de desarrollarse productivamente como personas, como estudiantes o trabajadores, y como miembros de una comunidad, a lo largo de toda la vida.²

CLASIFICACION

La familia al ser un sistema abierto en constante interacción con los entornos histórico, social, económico y cultural, presenta diversidad de tipología:

- 1. Desde el punto de vista del desarrollo de la familia.**
 - A. Moderna**
 - B. Tradicional**
 - C. Arcaica o primitiva**
- 2. Desde el punto de vista demográfico**
 - A. Urbana**
 - B. Rural**
- 3. Desde el punto de vista socioeconómico**

A. Subproletaria

(con subsistencia precaria, miseria y desempleo).

B. Proletaria

Depende de su actividad económica, fuente de ingresos fija).

C. Clase media

(Presenta a diferencia de la proletaria, los individuos perciben 3 ó 4 salarios mínimos).

D. Clase acomodada

(Su acceso a satisfactores y economía son altos).

4. Desde el punto de vista de la subsistencia

A. Agrícola

B. Industrial

C. Comercial

D. Servicios (las que no corresponden a las 3 anteriores).⁴

5. Con base al parentesco

A. Con parentesco

Nuclear: Hombre y mujer sin hijos

Nuclear simple: Padre y madre con 1 a 3 hijos

Nuclear numerosa : Padre y madre con 4 hijos o más

Reconstruida (binuclear): Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.

Monoparental: Padre o madre con hijos

Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

Extensa: Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Extensa compuesta: Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco

No parental: Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera).⁵

B. Sin parentesco

Monoparental extendida sin parentesco: Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco

Grupos similares a familias: Personas sin vinculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera.⁵

CLICLO VITAL O EVOLUTIVO FAMILIAR (GEYMAN)

El ciclo vital se define como el período de tiempo que transcurre gradualmente, dando lugar a generaciones desde que un individuo hace hasta morir.

Según el autor Geyman toda familia tiene un inicio, desarrollo y ocaso; por lo que clasifica a la familia en 5 fases:

1. Fase de Matrimonio

Inicia con el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo

2. Fase de Expansión

Período en que se incorporan nuevos miembros a la familia, la familia se expande.

3. Fase de Dispersión

Corresponde a la edad escolar de los hijos y el inicio de la adolescencia.

4. Fase de Independencia

Los hijos se casan y forman nuevas familias.

5. Fase de Retiro y Muerte

Etapa crítica en la que prevalece el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.⁶

ESTRUCTURA FAMILIAR

Es la constitución de la familia a partir de un tipo de relación consanguínea, legal, de afinidad o de costumbre entre el jefe y los otros miembros del hogar.

- Estructura Familiar según INEGI

a) Nuclear

La familia se conforma de un jefe, cónyuge con o sin hijos

b) Ampliada

Formada por el jefe, con o sin cónyuge, con o sin hijos, más parientes (tíos, primos, hermanos, suegros).

c) Compuesta

Existe un jefe, con o sin cónyuge, con o sin hijos, más parientes, más no parientes (amigos, conocidos).

d) Extensa

Es el conjunto de hogares ampliados y compuestos.

- Estructura Familiar según Irigoyen

a) Familia nuclear

Modelo de familia formada por padre, madre e hijos.

b) Familia extensa

Formada por padre, madre e hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos de adopción o afinidad.

c) Familia extensa compuesta

Además de los miembros de la familia extensa, se agregan otros con ningún nexo legal (ejemplo, amigos y compadres).⁶

El papel que juega la familia es prioritario en una sociedad como la nuestra, es indispensable para lograr un mejor funcionamiento y equilibrio en una población.

1.2 MEDICINA FAMILIAR

ANTECEDENTES

Una vez conocida la familia, se buscaría quien ayudaría a estas a manejar sus enfermedades comunes y mostrarles como prevenir, o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades.⁶

En el siglo XIX en América y Europa se constituye la era de la Medicina General, siendo el médico general un personaje importante dentro de cualquier comunidad, era un consejero, un líder en todos los sentidos; actuaba no solamente en función del conocimiento emanado de los libros, sino también del saber que su trabajo le permitía obtener, era un estudioso constante y un investigador permanente.⁶

El inicio del siglo XX es considerado por los estudiosos de la medicina como el principio de la era de la especialización . En el año de 1910 se da a conocer el informe Flexner el cual es considerado como el documento que marca la declinación de la práctica de la medicina general a favor del desarrollo de las especializaciones médicas.

En América Latina y el Caribe el inicio de la evolución de la medicina de la familia se da a partir de los años setenta y ochenta del siglo XX.⁶

En el año de 1972 se crea oficialmente el Colegio Mundial de Médicos de Familia conocido como (WONCA) contando con afiliación de más de 80 países en el mundo.⁶

En el caso de México se conocen algunos acontecimientos relevantes, en 1954 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se plantea un primer esbozo, sin embargo hasta 1971 es cuando inician en esta institución los cursos de especialización en medicina familiar, con 22 alumnos en la Unidad de Medicina Familiar número 25 del Distrito Federal. Tres años después la UNAM les otorgó el reconocimiento académico; desde entonces cada año ya en el resto de las instituciones se ha fomentado la especialidad significativamente.⁶

En 1975, en la Universidad Nacional Autónoma de México, se crea el primer Departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica , hasta 1980 la Secretaría de Salud y el Instituto de

Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) iniciar la formación de especialistas en Medicina Familiar.⁷

Es digno de mencionar que el “Primer Curso de especialización en Medicina familiar” se llevó a cabo en 1993, la Facultad de medicina de la UNAM y el ISSSTE unen esfuerzos concluyendo con buenos resultados finalmente.⁷

Actualmente países Latinoamericanos como Argentina y Brasil o Norteamericanos como Estados Unidos y Canadá; y Europeos como el Reino Unido, Singapur y Tailandia, entre otros, ya han implementado en sus universidades departamentos de Medicina Familiar.⁷

DEFINICION

Medicina Familiar

“Especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia, brindando una atención médica continúa e integral.

Médico Familiar

“Es un 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 cuenta el contexto biológico, social y psicológico; es un generalista que acepta a toda persona que solicita atención sin tener en cuenta raza, religión , cultura o clase social; otorgando servicio responsable en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.”⁶

PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR

Existen (5) características que establecen el perfil de un buen médico familiar:

1. Contar con una formación médica completa que le permita tener los conocimientos y las habilidades que se requieren.
2. Disponer de la preparación indispensable para estar en condición de estudiar, manejar y tratar individuos y familiar.
3. Desarrollar una actitud científica y el compromiso por mantener una actualización permanente.

4. Manejar la tecnología disponible de forma oportuna para sus pacientes.

5. Mostrar en su trabajo una conducta ética, la sensibilidad humana que se espera y el compromiso social que se demanda.⁷

Sin embargo para que cada una de las funciones del médico familiar se puedan cubrir adecuadamente, no depende de él exclusivamente, también de las “gestiones administrativas” las cuales deben basarse en las necesidades sociales que requieren ser satisfechas, En los países subdesarrollados, y aún en muchos países desarrollados, impera una gran desigualdad en cuanto a la distribución de los servicios de salud; siempre el volumen de las necesidades sobrepasa las posibilidades de satisfacción.

El directivo de una institución de salud tiene que ser un excelente planificador que identifique problemas y vea la prioridad de los mismos ya que, lo que realice el médico familiar en gran parte estará reflejado por los recursos material y humano que le pueda facilitar la autoridad mayor.⁷

1.3. ATENCION PRIMARIA DE SALUD (APS)

ANTECEDENTES HISTORICOS

Transcurrían los años setentas envueltos por un panorama económico, político y de dictaduras militares, crítico; encontrándose la salud en un estado deficiente, naciendo la idea parte de los Ministros de la Salud de hacer algo para contrarrestar esta situación.⁸

La conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 a 12 de Septiembre de 1978, organizada por la OMS/OPS Y UNICEF; patrocinado por la entonces URSS, en la cual se expresa mediante la "Declaración de Alma-Ata" la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover un modelo de atención primaria de salud (APS) para todos los individuos del mundo, participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales. Su lema fue "Salud para Todos en el año 2000".⁸

DEFINICION

Según la Conferencia de la OMSS-UNICEF de Alma-Ata, la Atención Primaria de Salud se define como la asistencia o elemento esencial del sistema sanitario basada en métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, representando el primer contacto con el sistema nacional de salud y el primer elemento de un proceso que promueva la asistencia, el cual busca llegar lo más cercano posible a aquellos lugares donde los individuos vivan y trabajen.⁹

OBJETIVOS

- Resolver las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser tratados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y potenciar al mismo tiempo la auto responsabilidad y la participación comunitaria.
- "Salud para todos en el año 2000"⁹

ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y POBLACION LONGEVA

Desde los inicios de la aparición de la APS se veía la necesidad de orientar o adaptar esta hacia las personas de edad, ya que con el aumento de la esperanza de vida y la progresiva reducción de la natalidad, el número absoluto y porcentaje de personas mayores también a incrementado. Hoy en día hay 600 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, cifra que se duplicará para el 2025. Esta situación se torna retadora para la APS, se enfrenta a un contexto que lejos de fomentar una satisfacción por la calidad de vida para una humanidad cada día más longeva, propicia la aparición de las enfermedades metabólicas, que llevan consigo costos altos para el paciente, su familia y la sociedad en general.¹⁰⁻¹¹⁻¹²

ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y LA MEDICINA FAMILIAR

Ambas entidades están estrechamente relacionadas, la APS es el terreno de actuación fundamental del médico de la familia, mientras que la medicina familiar es la herramienta clave para el desarrollo pleno de la APS. Es decir la APS es la estrategia y la medicina familiar la disciplina para realizarla.²

PROFAM EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

El Programa de Educación Continua a Distancia (PROFAM) de Salud Familiar, cuyo objetivo es profundizar en la formación del personal de la APS tiene como filosofía abordar diferentes temas de una manera sencilla y práctica, en auxilio a resolver problemas cotidianos de los pacientes; es un programa flexible del que el médico puede hacer uso a su propio ritmo, independientemente de sus actividades y de la región geográfica donde se encuentre.¹³

CONTENIDOS, FACETAS O PERSPECTIVAS

Para su análisis la APS se concentra en 4 puntos (según H. Vuori, 1984):

1. Conjunto de actividades (educación sanitaria, nutrición adecuada, salubridad del agua, saneamiento básico, atención materno-infantil, inmunizaciones, prevención y control de enfermedades endémicas, tratamiento básico y abastecimiento de medicamentos esenciales.
2. Nivel de atención (primer contacto de la población con los ciudadanos sanitarios profesionales, más el 90 por ciento de los problemas de salud de la gente son resueltos en este nivel.)
3. Estrategia (debe ser accesible, atenta a las necesidades de la población, basada en la participación comunitaria, que logre costo-beneficio eficaz).
4. Filosofía (implica un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud, y que posea igualdad, justicia social, solidaridad internacional, autoresponsabilidad y aceptación.¹⁴

ELEMENTOS CONCEPTUALES

Los elementos principales que caracterizan a la APS

- A. Integral (considerando al ser humano como una entidad biopsicosocial).
- B. Integrada (enlaza los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación).
- C. Continuada y permanente (en todos los niveles de atención y a lo largo de la vida).
- D. Activa (actuar en equipo activamente).
- E. Accesible (de fácil adquisición por los usuarios).
- F. Basada en trabajo en equipo (multidisciplinario, sanitario o no sanitario).
- G. Comunitaria y participativa (participación activa de la comunidad).
- H. Programada y evaluable (actuaciones con objetivos y metas; con una evaluación establecida).
- I. Docente e Investigadora (fomenta la educación continua y la investigación).⁹

RESULTADOS

A pesar que la Conferencia de Alma-Ata solicitó colaboración en cada uno de los diez puntos básicos tomados en la “Declaración”, no logró cumplir la meta de “Salud Para Todos en el Año 2000”, ya que faltó mantenimiento, espíritu, voluntad médica, política e ideológica, generándose en ese plazo una brecha sanitaria aún mayor de la existencia en 1978 (según los críticos), llevando a la creación de sistemas de salud mixtos, para las clases bajas el subsidio estatal fue considerado deficiente. En 1988, es decir diez años después se celebra una reunión en Riga, Latvia en la antigua URSS para tratar de quizás corregir el camino, pero sus conclusiones fueron transmitidas en mayo del mismo año a la Asamblea Mundial de la Salud, notándose mejoras y progresos en algunos países en desarrollo; pero también lo son los problemas residuales especialmente en África y Asia meridional en que persiste la mortalidad en niños, educación, atención materno-infantil, planificación familiar, mejorar los servicios a las comunidades marginadas y con escasos recursos económicos, suministrar suficientes alimentos, etc. La búsqueda de salud no terminará en el año 2000, los objetivos cambiarán, pero los principios básicos se mantendrán.¹⁴⁻⁸

1.4. ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En la primera mitad del siglo XX existían orientaciones y experiencias innovadoras en la práctica de la medicina, en 1910 Abraham Flexner indicó la necesidad de transformar la formación médica hacia un modelo de hospitales docentes; en 1920 en Gran Bretaña “El informe Dawson”, la actividad de John Grant en Pequín en 1921, la experiencia de Sydney L. Karn en Sudáfrica desde 1940, Sep en 1963; sin embargo, es a partir de la definición holística de salud realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante su constitución en 1948 cuando empiezan los cambios importantes en la concepción de los servicios de salud. Ya en 1978 este organismo en la Conferencia de Alma-Ata había creado la estrategia “Salud para todos en el año 2000” la cual no fue del todo satisfactoria según los conocedores, siendo uno de los problemas de la aplicación práctica de la AP (Atención Primaria) la dificultad de entender, aceptar y aplicar la integración del método (Starfield, 1992). El mundo en vías de desarrollo surge como estrategia integrada para enfocar los dramáticos problemas sociales y de salud solicitando una “Nueva Atención Primaria” que se oriente más a la comunidad: la APOC.¹⁵⁻¹⁶

DEFINICIÓN

La APOC se conceptualiza como un método que hace posible el desarrollar los postulados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a la Atención Primaria de Salud (Alma-Ata) y cuya función es resolver en forma continua y sistemática, las principales necesidades o problemas de salud identificados y enfocados a la comunidad primordialmente, buscando lograr mediante modificaciones, lo que no se logró con la APS. Uno de los requisitos esenciales para practicar una asistencia sanitaria basada en la población, es precisamente definir el elemento fundamental de la APOC, la llamada “población identificable” la cual es considerada como el denominador, conformado por un

grupo de individuos a los que se aplica la asistencia sanitaria y la cual es susceptible a un proceso de evaluación de eficiencia y resultados.¹⁵⁻¹⁶

EPIDEMIOLOGIA

La epidemiología como disciplina y como método en la APOC forma parte del trabajo clínico en cuanto “identifica” y caracteriza las necesidades prevalentes en la población asignada al servicio y, de esta manera, genera el conocimiento que ayuda a completar la información global solicitada por la comunidad. El uso de este conocimiento epidemiológico por parte del equipo de salud da la pauta del enfoque comunitario en la Atención Primaria en tanto se integra un diagnóstico individual, familiar y finalmente comunitario. A diferencia de la epidemiología clásica, la epidemiología en la APOC se interesa por la información que se genera en el ámbito de la población local, los resultados se analizan en el propio lugar de Atención Primaria y se aplican de una forma directa en esa misma población a través de las acciones realizadas por el propio equipo “Equipo de Atención Primaria” (EAP). Es por tanto, una epidemiología local, específica, pragmática y de “feedback corto” (Mullan 1986).¹⁵

OBJETIVOS

- Dar solución a los principales problemas de salud en una población.
- Utilizar las estrategias de asistencia sanitaria necesarias tomando como vehículo al médico de familia para lograr un equilibrio en la comunidad tratante.
- Identificar sistemáticamente lo que requiere una sociedad con trastornos sanitarios.
- Tomar decisiones metódicas sobre las prioridades de salud, interviniendo y planificando para lograr la satisfacción de estas.
- Implementar y fomentar además de la práctica clínica individual que realiza normalmente el médico familiar, actividades reorientadas a buscar un planteamiento diferente a lo ya establecido.
- Conocer cuales son las características (conocimientos y actitudes) de la comunidad para abordarle idealmente en la prevención y no solo pretender mejorar su tratamiento.

- Prestar y dar información acerca de la accesibilidad y la atención continua que debe ser la APOC, siendo sobre todo defensora de la equidad en la distribución de recursos relacionados a la salud.¹⁶

PROCESO O CICLO DE APOC

Se conocen varias etapas según (Abramson, 1990):

- 1. Examen preliminar de la comunidad**
Que permita reconocer la comunidad para identificar y priorizar los principales problemas de salud que la afectan.
- 2. Diagnóstico comunitario**
De uno o varios problemas prioritarios.
- 3. Decisión de intervenir**
Para decidir, hay que intervenir de la forma y el momento adecuado.
- 4. Planificación del programa de intervención**
Encaminado a tratar el trastorno de salud primordial
- 5. Ejecución**
Llevar a cabo dicho programa
- 6. Vigilancia**
Realizar el seguimiento del proceso
- 7. Evaluación**
Calificar el ciclo para decidir si se hace modificaciones o se suspende dicho evento.
- 8. Reexamen**
Se vuelve a examinar la situación de salud de la población y de esta forma reiniciar el ciclo.¹⁵

RESULTADOS

Aún no se tienen cifras o notas específicas al respecto, pero si podemos decir según lo observado que han existido avances más serios que los obtenidos por el modelo anterior de APS.¹⁵⁻¹⁶

CONCLUSION

Los cambios en la forma de organizar, distribuir y financiar la asistencia sanitaria, han hecho necesario que los médicos familiares atiendan, no sólo a pacientes en específico, sino a toda la población. Para dar solución a los problemas, el médico debe utilizar los instrumentos tradicionales, además de actividades extras que solicita el proceso; La epidemiología básica, el trabajo en equipo , la informática, la medicina basada en la evidencia y un procedimiento sistemático proporciona la herramienta necesaria y una estrategia para resolver las necesidades de salud que demanda la población.¹⁵⁻¹⁶

1.5. MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF)

ANTECEDENTES

El antecedente más cercano que justifica el deseo de desarrollar una atención médica de alta calidad, integral, accesible y que cumpla el ideal de la verdadera igualdad, se identifica con el acontecimiento sucedido en 1883, bajo los efectos de filosofía y política durante la revolución francesa se realiza una declaración “Todo hombre debe recibir asistencia médica por el hecho de serlo y ésta debe ser digna y adecuada”, dicho documento fue reconocido hasta 1883 por el parlamento de Prusia, al aprobar la ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Este enorme avance social se debe a Bismarck, aristócrata campesino del partido conservador, el avala lo que a la larga dio origen a los mundialmente conocidos Seguros Sociales.⁶

En México se vive en aquel entonces un período de acontecimientos relacionados con la salud con evolución discreta, siendo el momento más importante en 1943, al surgir el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En los años 1959-1967 en las escuelas de medicina se adopta oficialmente el currículo flexneriano (Flexner, autor que propuso el diseño de cursos para médicos a un hospital) en 1959, llegándose a incorporar un año de internado rotatorio en 1962; en ese período se comienza a consolidar el modelo médico familiar en el IMSS; así más adelante transcurre un período de crisis en nuestro país llegando a su peor momento en 1976. Ante tales circunstancias se va incubando la idea de diseñar un modelo de práctica médica familiar que complementa a APS Y APOC, en 1995 es dado a conocer “MOSAMEF” Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar, por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), difundido a través del libro “Fundamentos de Medicina Familiar cuyo autor es Arnulfo Irigoyen Coria.⁶

DEFINICION

En 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.¹⁷

FUNDAMENTOS DEL MOSAMEF

EL MOSAMEF se origina a partir de (3) preguntas:

1. ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar?
2. ¿Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias?
3. ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?¹⁸

OBJETIVOS

- A. Describir el escenario en el que el médico familiar desempeña sus actividades infraestructura, perfil demográfico y epidemiológico de las familias.
- B. Analizar los problemas, priorizar las necesidades, planear y organizar (infraestructura, recursos, tiempo) estrategias.
- C. 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).
- D. Evaluar los resultados de las estrategias.¹⁸

ETAPAS

Se conocen (3) etapas:

1. Diagnóstica

Donde se realiza una descripción de los elementos que intervienen en la práctica profesional del médico familiar.

- Población bajo su cuidado
 - Pirámide poblacional

- Diagnóstico de salud y riesgo de la población (a través de la 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

2. Análisis de la situación

Donde el médico describirá las características de la población bajo su cuidado.

3. Priorización de problemas

Donde se evaluará la aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas (NOMS) y los Programas prioritarios para la salud.

- Enfermedades infecciosas (IRAS, EDAS, ETS: VIH/SIDA).
- Enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis reumatoide).
- Enfermedades degenerativas (cáncer cervicouterino, mamario, prostático, gástrico y pulmonar.¹⁷

EL MOSAMEF Y LA MEDICINA FAMILIAR

La relación estrecha entre MOSAMEF y la medicina familiar se explica en las conclusiones extraídas de la reunión celebrada en mayo de 1991 en Perugia, Italia; en la que participaron 17 médicos familiares de diferentes países en colaboración con la OMS

1. La medicina de familia es el elemento de los servicios de salud, que mas ayudará a lograr el objetivo de “Salud para todos”.

2. El médico de familia posee un papel vital por ser el abogado de la salud de sus pacientes.
3. La medicina de la familia es para cualquier país la base del sistema sanitario.
4. La creación de departamentos universitarios de medicina de familia es fundamental
5. El reconocimiento de la medicina de familia como disciplina específica con una identidad propia, es requisito para realizar una investigación formación y educación efectivas.⁶

EL MOSAMEF Y EL MEDICO FAMILIAR

La función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que identifiquen las enfermedades comunes y mostrarles como prevenir, o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras alteraciones patológicas. Para el médico de familia es indiscutible contar con una población cautiva “microuniverso” en el consultorio, atender todo tipo de episodios de salud y enfermedad, atender indistintamente a todos los integrantes de la familia y contar con la posibilidad de desarrollar indicadores de riesgo y estimar probabilidades de ocurrencia de eventos, dan grandes ventajas al practicante de la medicina familiar

Para desplazarse adecuadamente en el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) el médico familiar debe tener una sólida formación clínica que le permita prestar una atención efectiva y eficiente en la cual la relación médico-paciente ocupe un lugar privilegiado en su práctica diaria; debiendo realizar actividades en (5) grandes áreas:

1. Atención al individuo
2. Atención a la familia
3. Atención a la comunidad
4. Formación, docencia e investigación
5. Apoyo (trabajo en equipo, gestión de recursos: administrativos-sanitarios y garantía de calidad).⁶

CONCLUSION

El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) dado a conocer en 1995 y diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ha venido a propiciar una práctica que sensibiliza a los médicos familiares y los introduce a los principios que sustentan a la especialidad de Medicina Familiar; Además a lograr un conocimiento más objetivo de las familias. EL MOSAMEF se puede aplicar en el propio consultorio, mostrando así la esencia de la medicina familiar.

Gracias a este modelo, el médico estará capacitado para describir las características de la población bajo su cuidado, ayudando a las familias a que manejen las enfermedades más comunes y mostrarles como prevenir, o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades, cumpliendo así con la real función del médico familiar.⁶

1.6. MARCO TEORICO DE LAS PARTES QUE CONSTITUYEN LA CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR (CEBIF)

- Identificación.
- Salud reproductiva.
- Factores demográficos.
- Factores de riesgo
- Patología familiar
- Atención a la salud del niño
- Apoyo a cuidadores
- Detección de cáncer

1.6.1. IDENTIFICACION

DEFINICION

Se define como la acción y efecto de reconocer, localizar o encontrar, tomando en cuenta los datos personales que otorga fielmente un individuo.

La palabra identificación tiene su origen en el vocablo Latín: “loci” que quiere decir localización.³

CLASIFICACION

Tipo De identificación

1. Identificación Psicológica

Mecanismo mediante el cual un sujeto asimila una característica, a veces tomando de modelo a alguien o algo.

2. Identificación Judicial

localización que se realiza a todo detenido, procesado o condenado que ingresa a un establecimiento penal utilizando la antropometría y la dactiloscopia

3. Identificación Personal

Documento que sirve para darse a conocer (acta de nacimiento, credencial escolar, gafete, licencia de manejo, cartilla del servicio Militar Nacional, credencial de la cédula

profesional, curp, y credencial de elector, siendo esta última la más confiable debido al trámite escrupuloso para su otorgamiento).

4. Identificación Ideológica

Es la similitud de ideas, gustos, pensamiento, cultura, religión o política, que puede existir entre dos o más personas.

5. Ficha de Identificación

Cédula o soporte de información vaciada en un documento de papel o cartón en la que se anotan datos de cualquier tipo, y que puede ser archivada; en medicina, es la parte inicial de la historia clínica de un paciente.

En la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF) a Identificación está localizada en la parte superior de la hoja, donde se recopilan datos como fecha, folio, familia, número de expediente, consultorio, turno, domicilio y teléfono.

Actualmente la computación se ha consolidado como una herramienta para identificar archivos, documentos, libros, revistas, artículos, música y registros personales , entre otros.

También está surgiendo la identificación de personal laboral en forma electrónica digital.¹⁹

1.6.2. SALUD REPRODUCTIVA

ANTECEDENTES

Los grandes avances de la ciencia y tecnología médicas en la segunda mitad del siglo XX permitieron el desarrollo de métodos capaces de regular voluntariamente la fertilidad en el humano.

En el mundo debido al incremento dramático de la población, se busca la forma de regular la fertilidad, en México, la planificación familiar se elevó a rango Constitucional en 1974, al enmendarse el artículo 4º. De nuestra Carta Magna, que otorga el derecho a los individuos y las parejas a su decisión libre, responsable e información sobre el tamaño de la familia.

En la ciudad de México en 1951 los investigadores, los doctores Carl Djerassi, Luis Ernesto Miramontes y Jorge Rosenkranz logran la síntesis de la primera molécula esteroide activa por vía oral, con actividad progestacional y anticonceptiva, cuyo nombre genérico es noretisterona, con lo cual se inicia la era de la anticoncepción oral, de aquí en adelante surgen el resto de métodos de control de fertilidad.²⁰

DEFINICION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la salud reproductiva como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción”.

Busca evitar que la madre y el producto (feto o recién nacido) enfermen o mueran durante el proceso de reproducción y que este evento se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre que permita la obtención de un recién nacido saludable.

Desde la historia antigua de la humanidad el concepto ha resumido como “padres saludables = hijos saludables” pero no había existido acciones de salud para obtener hijos saludables, la mujer embarazada solo recibía atención solo en el momento del parto, con la

creencia que esto era suficiente; hasta fines del siglo XIX se observa la real importancia del cuidado prenatal.

Por este motivo, en los últimos años se ha señalado que el cuidado debe empezar antes que la mujer se embarace buscando una labor preventiva, sin dejar de cuidar el parto y puerperio.

La salud reproductiva esta condicionada por factores social, cultural, político, y económicos.²⁰

RIESGO REPRODUCTIVO

Dentro de la salud reproductiva existe el “Riesgo reproductivo” que es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción, lo que afectará por tanto a la madre, el feto o recién nacido pero además al padre y la familia en general (Entre estos factores tenemos:

- Edad. Una gestación tiene mayor riesgo cuando la mujer es menor de 18 años o mayor de 35 años.
- Paridad. El riesgo es mayor en la primera gestación o después de la quinta.
- Intervalo intergenético, El riesgo es mayor cuando el intervalo entre las gestaciones es menor de dos años.
- Antecedente de mala historia obstétrica. El riesgo es mayor cuando la mujer ha tenido previamente abortos, hijos nacidos muertos, hijos muertos menores de un mes, dos o más cesáreas, toxemia., etc.
- Otros: Insuficiencia cardíaca, hipertensión crónica , psicosis, enfermedad neurológica, insuficiencia renal y hepática, tuberculosis, cáncer, diabetes, enfermedades congénitas (Down, etc), baja estatura de la mujer (menor de 1.40m).²⁰

Riesgo reproductivo peri-natal

El período peri-natal comprende desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana de vida del recién nacido.

Se divide en 4 aspectos:

1. Factores de riesgo durante el embarazo (anemia, diabetes, infecciones, poco aumento de peso, exceso de peso, sida, toxemia, hemorragia de tercer trimestre (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y rotura uterina), exposición a radiaciones, abuso de alcohol, drogas o tabaco.
2. Factores de riesgo durante el parto (hemorragias, infecciones, pre-eclampsia, eclampsia y parto obstruido: falta de dilatación, desproporción cefalo pélvica.
3. Factores de riesgo durante el puerperio (hemorragias e infecciones)
4. Factores de riesgo para el recién nacido (prematureo, bajo peso al nacer, infecciones: tétanos, diarrea, neumonía, septicemia, asfixia, traumatismos).²⁰

PLANIFICACION FAMILIAR

Dentro de la salud reproductiva ocupa un lugar preponderante la Planificación Familiar, la cual es definida como “la decisión conciente y voluntaria del individuo o la pareja para determinar el número de hijos que desea y el espaciamiento entre ellos”.

Para que se lleve a cabo adecuadamente es necesario que la población tenga acceso a la información, educación, en las unidades más remotas de salud.

La planificación familiar es un derecho humano y en Latinoamérica se confunde como un control de la natalidad, sin embargo esta planificación debe ser considerada como un componente cien por ciento de los servicios integrales de la salud reproductiva.²⁰

Métodos de planificación familiar

Se clasifican en dos grandes grupos.

1. Métodos temporales o reversibles.

- Anticonceptivos hormonales combinados o de progestina sola (aplicación oral, parenteral, subdérmica o transdérmica).
- Dispositivos intrauterinos (DIU). “T” de cobre.
- Métodos de barrera, como condones (preservativos) y espermaticidas.
- Métodos naturales (coito interrumpido, abstinencia y temperatura vaginal).
- Anticoncepción de emergencia (realizada en las primeras 72 horas después del coito con protegido, y consiste en la ingesta de dos dosis con intervalo de 12 horas, por ejemplo: Eugynon 50,2 grangeas cada 12 hrs; Microgynon 4 grangeas cada 12 horas; Postinor 2,1 grangea cada 12 horas.

2. Métodos permanentes.

- Oculación tubaria bilateral (OTB) o salpingoclasia, que es un procedimiento quirúrgico menor que consiste en la oclusión o ligadura de las trompas de Falopio, a través de vía abdominal y anestesia local con sedación, regional o general de acuerdo al paciente.
- Vasectomía Método definitivo de los conductos deferentes con el fin de evitar el paso de los espermatozoides, para ello se utiliza anestesia local.

Estos métodos para su realización necesitan firma de consentimiento de los pacientes.²⁰

1.6.3 FACTORES DEMOGRAFICOS

ANTECEDENTES

En México colonial, la fuente más confiable para saber el número de habitantes, era la contabilidad realizada por los corregidores y visitadores de los indios tributarios. En 1790, el virrey Juan Vicente Güemez Pacheco y Padilla, mandó levantar el primer censo de población en México, siendo precursor del hoy llamado “Censo General de Población y Vivienda”.¹⁹

Debido a la configuración geográfica del territorio mexicano se constata que las regiones situadas en torno al golfo y valle de México fueron habitadas desde la época prehispánica, porque abundaba el cultivo principalmente el maíz y otras plantas alimenticias, en tanto que en la costa del Océano Pacífico y el norte, la colonización tuvo un carácter más tardío.

A nivel mundial las epidemias, la falta de recursos médicos y sobre todo, las guerras “Primera y Segunda Guerra Mundial” en su momento provocaron la disminución de la población. En México, los movimientos sociales apoyados de acciones militares como la Independencia, la Reforma y la Revolución Mexicana fueron causa temporal del déficit de la población, la producción y otros aspectos demográficos.¹⁹

DEFINICION

Para comprender en que consisten los factores demográficos, podemos mencionar que demografía se define como “La ciencia que estudia la población, ocupándose particularmente de la investigación estadística, tendencias, composición, tamaño y distribución “. ¹⁹

Demográfico deriva del griego (demos: pueblo y grafos: descripción) , es decir “descripción del pueblo”.³

Así que los factores demográficos son aquellos elementos relativos a la demografía que contribuyen directamente para comprender o investigar a las familias que forman parte de nuestra comunidad.¹⁹

CLASIFICACION

La demografía para su estudio se divide en dos ramas.

1. Demografía Cuantitativa, que se encarga de investigar los factores como tasa de nacimiento, mortalidad y migraciones.
2. Demografía Cualitativa, que mide las características de los individuos como sexo, edad, estado intelectual y de salud.¹⁹

ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS

Actualmente un tema crítico es la sobrepoblación mundial “Explosión Demográfica” debido a las diversas consecuencias que produce , como alimentos escasos, falta de empleos, déficit de vivienda, educación y servicios médicos insuficientes, pobreza y muerte.

Tomás Roberto Malthus , economista inglés fue el primer investigador en dedicarse al estudio de la sobrepoblación en 1798 , alertando sobre las secuelas a largo plazo que se presentarían con el incremento desenfrenado de la población mundial.

El día 11 de julio de cada año fue establecido como el “Día Mundial de la Población” con el propósito de concienciar a la población de todo el mundo sobre los problemas que acarrea la explosión demográfica.

Un aspecto social digno de mencionar es desde luego la migración de mexicanos hacia los Estados Unidos buscando refugio laboral y económico, afectando muchas veces la estabilidad emocional de la familia; más aún el “indocumentado o mojado” cuyo futuro muchas veces es incierto.

En la actualidad poco más de 28% de los mexicanos radican fuera del estado en que nacieron, Estados Unidos es el país donde viven más mexicanos después de México (más de 38 millones).¹⁹

INFORMATICA DEMOGRAFICA

La información demográfica es útil para conocer la estructura de la población como determinante del estado de salud, por tanto existen “Indicadores demográficos” que permiten caracterizarla:

Pirámide de edad y sexo, distribución por grandes grupos de edad, índice de envejecimiento, índice de dependencia, índice de dependencia juvenil, tasa de natalidad, tasa bruta de mortalidad, tasa de fecundidad, tasa de crecimiento natural, tasa de crecimiento migratorio y tasa de crecimiento demográfico.¹⁹

CENSOS

Las autoridades correspondientes, buscando detectar cada uno de los aspectos que tomas parte en el transcurrir de nuestra sociedad; instituye el “Censo General de Población y Vivienda” el cual es definido como “la información numérica sobre la demografía, vivienda y actividades económicas de una demarcación”.

Existen dos modalidades:

- a.** Censo de población (levantado cada 10 años)
- b.** Censo económico (levantado cada 5 años)

Los organismos encargados de realizar este tipo de investigaciones poblacionales en el país, son:

- 1.** El Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI)
- 2.** El Consejo Nacional de Población (CONAPO)
- 3.** La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)

En el XII Censo General de Población efectuado en el año 2000, en México; se mostraron los siguientes resultados estadísticos:

- Población total: 97,361,711 habitantes.

- Hombres: 47,354,386
- Mujeres: 50,007,325
- Población urbana: 72,710,286 habitantes
- Población rural: 24,651,425 habitantes
- Nacimientos por año: 2,769,089
- Defunciones por año: 443,950
- Matrimonios en el año: 743,856
- Divorcios en el año: 49,271
- Tasa de natalidad por 1000 habitantes: 28.5
- Tasa de mortalidad por 1000 habitantes: 4.6
- Esperanza de vida: 74.7 años.¹⁹

La población mundial en este siglo XXI ya rebasa los 5 mil de habitantes; en México hasta el año 2000 se estiman aproximadamente más de 120 millones de mexicanos. Siendo la zona metropolitana (Distrito Federal –Estado de México) la más poblada con más de 21 millones de habitantes (hasta el 2004)

Con todo esto nos damos una idea clara de los problemas que nos aquejan y de que forma se puede mejorar la calidad de vida del mexicano.

Los habitantes en general se han dado cuenta que el control de la natalidad puede ser suficiente para ofrecer una mejor educación, vestido, economía y aliento a sus familias; auxiliándose desde luego de la planificación familiar, difundida en la mayor parte de las comunidades de México.

Somos ya demasiados, los alimentos ya no alcanzan para todo el mundo, por lo que se debe restringir aún más el crecimiento de la población; a pesar de todo y de sus grandes contrastes económicos y socio-culturales, sigue siendo nuestro país una buena opción para desarrollarse como persona, como familia y como sociedad.¹⁹

1.6.4. FACTORES DE RIESGO

DEFINICION

Son elementos potencialmente peligrosos capaces de producir trastornos en el momento menos esperado a un individuo afectando de alguna manera a la salud familiar.

Riesgo proviene del latín “periculum” que significa (peligro), esta contingencia siempre nos avisará de la proximidad de un daño.³

En la Célula Básica de Identificación Familiar se dividen en 2 partes;

1. Trastornos de la Nutrición (desnutrición, obesidad, anorexia, bulimia).
2. Otros (tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencias,,violencia intrafamiliar, Psiquiátricos ,“estrés”, riesgo ocupacional y discapacidad”)

PREVENCION

Estar pendiente de nuestra salud es tomar en cuenta estos factores que tarde o temprano pueden trastornar nuestro estado biopsicosocial. El evitarlos o disminuirlos nos ayudará a preservar lo más posible la salud individual y familiar.⁷

FACTORES DE RIESGO Y MEDICINA FAMILIAR

Los médicos familiares tenemos la obligación en el consultorio y fuera de él, de informar a la población de la existencia y los daños que estos producen, enfatizando siempre en la importancia del proceso de prevención antes del tratamiento.⁷

1.6.5. PATOLOGIA FAMILIAR

Patología es la ciencia que estudia las diversas enfermedades o trastornos y la fisiología de los organismos que las padecen.

La enfermedad es un desequilibrio del estado biopsicosocial del individuo.

Su significado tiene su origen en el vocablo griego “phatos” (afección o enfermedad) y “logos” (tratado): Tratado de las enfermedades.³

La patología para su estudio se divide en 8 fracciones:

1. Patología Celular, la cual se encarga de estudiar las alteraciones celulares, su iniciador fue Virchow.
2. Patología Clínica, la que maneja a la enfermedad a partir de sus manifestaciones externas accesibles al examen físico del paciente (inspección, palpación, percusión y auscultación) y de las manifestaciones de otro tipo cuyos datos aportados por otras clases de exploración (la radiología, laboratorio, etc).
3. Patología Comparada, trata en forma comparativa los procesos morbosos en el hombre y los animales.
4. Patología Especial, observa en particular enfermedades cuya importancia lo ameritan.
5. Patología Funcional, rama que se ocupa fundamentalmente de los trastornos funcionales de las enfermedades.
6. Patología Humoral, interpreta los padecimientos como consecuencia de alteraciones de los líquidos orgánicos.
7. Patología Quirúrgica, estudia los cuadros susceptibles de manejo quirúrgico.
8. Patología Médica, que estudia los procesos o alteraciones accesibles al manejo médico.²¹

A todas estas agregaremos la patología que a nuestro estudio concierne la “Patología Familiar” cuya función es analizar las entidades nosológicas más frecuentes que afectan a nuestras familias:

a) Crónico-degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, cáncer: cervico-uterino, mama, próstata, entre otros; insuficiencia renal, enfermedades cerebrovasculares, y asma.

b) Infecciones (sida, hepatitis, tuberculosis pulmonar, etc.)

Las que de alguna forma terminan con el equilibrio y tranquilidad familiar.²¹

1.6.6. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS)

ANTECEDENTES

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la principal causa de consulta externa pediátrica, 30 a 60% y a nivel de admisiones hospitalarias del 10 al 30% según la OMS a nivel mundial.²⁰

En países de tercer mundo o en vías de desarrollo junto con las infecciones diarreicas y desnutrición son las causas principales de mortalidad y morbilidad en los niños menores de cinco años. Presentando su mayor frecuencia en los meses de invierno.²⁰

DEFINICION

Las IRAS son entidades caracterizadas por la invasión y desarrollo de agentes vivos patógenos, microorganismos; que afectan cualquier sitio del aparato respiratorio, desde nariz hasta los pulmones.²¹

CLASIFICACION

Por su localización se subdividen en dos grupos:

1. Infecciones de vías respiratorias superiores. (incluyen las enfermedades desde la nariz y oído, hasta faringe).

- Rinitis
- Otitis media
- Sinusitis
- Influenza
- Faringitis o Faringoamigdalitis

2. Infecciones de vías respiratorias inferiores. (Incluyen las enfermedades desde laringe hasta los pulmones).

- Laringotraqueobronquitis aguda (CRUP)
- Epiglotitis
- Bronquiolitis
- Bronquitis

- Tos Ferina
- Neumonía²⁰

FACTORES DE RIESGO

1. Individuales

- Bajo peso al nacer
- Desnutrición
- Cuidados generales deficientes (abrigo, uso de cubrebocas, etc.)
- Falta de inmunizaciones
- No recibir lactancia materna

2. Ambientales

- Contaminación del ambiente
- Cambios bruscos de temperatura o tiempo
- Humo del cigarro
- Temperatura bajas en invierno
- Polvo
- Lluvias
- Hacinamiento²⁰

ETIOLOGIA

Se considera que los agentes virales son los causantes del 95% de enfermedades del tracto respiratorio superior y una parte considerable de casos del tracto respiratorio inferior.

En lactantes y niños pequeños los virus parainfluenza 1,3; adenovirus, virus sincicial respiratorio, influenza A y B, paramoxovirus y rinovirus son los más frecuentes.

En menos proporción del 2 al 5% lo ocupan las bacterias como el estreptococo beta-hemolítico grupo A, estafilococo aureus, haemophilus influenza tipo b, corinebacterium diptheriae, neumococo, mycoplasma pneumoniae, bordetella pertussis, entre otras, producen cuadros agudos.²¹

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los signos y síntomas difieren de acuerdo a cada una de las enfermedades.

Rinitis

- Viral: Malestar general, rinorrea y ardor ocular.
- Alérgica: Prurito nasal, rinorrea moderada o leve, estornudos y congestión.

Otitis media

- Secundaria a infección de vías respiratorias superiores en el 93%.
- Fiebre (25%)
- Dolor en el oído (variable según la edad)
- Abultamiento de la membrana timpánica
- Color gris opaco o rojo
- Membrana timpánica perforada con secreción purulenta.

Sinusitis

- Congestión o secreción nasal, sin mejoría durante más de 10 a 14 días
- Dolor dental y facial
- Síntomas tardíos como fiebre mayor a 39 grados

Influenza

- En los lactantes:
 - Coriza
 - Conjuntivitis
 - Faringitis y tos seca
- En los niños pequeños:
 - Fiebre elevada
 - Mialgia
 - Cefalea
 - Malestar general

Faringitis

- Dolor faríngeo o irritación local
- Ataque al estado general

- Fiebre muchas veces mayor a 38.3 grados
- Hiperemia faríngea
- Adenopatías cervicales dolorosas
- Exudado purulento
- Tos²⁰

Faringoamigdalitis

- Dolor amigdalino
- Ataque al estado general
- Inflamación amigdalina
- Linfadenopatía cervical
- Puede agregarse tos y congestión nasal
- Fiebre elevada

Laringotraqueobronquitis

- Malestar general
- Tos de “perro”
- Los síntomas empeoran en el primero o segundo día
- Resolución gradual
- Campos pulmonares limpios
- Estridor inspiratorio, dificultad respiratoria
- Cianosis en casos graves

Epiglotitis

- Inicio agudo, progresión rápida
- El niño se ve grave
- Babeo, ronquera
- Tos “de foca”
- Dificultad respiratoria
- La radiografía lateral muestra edema de epiglotis (50 %)

Bronquiolitis

- Ataque al estado general

- Tos paroxística con sibilancias
- Disnea
- Taquipnea
- Estertores finos difusos

Bronquitis

- Malestar general
- Tos con expectoración
- Sibilancias
- Disnea

Tos Ferina

- Síntomas de ataque general
- Paroxismos de tos, a menudo con “jadeos” durante la inspiración.
- Disnea
- Convulsiones

Neumonía

- Síntomas respiratorios agudos generales
- Fiebre, tos
- Taquipnea
- Rx con infiltración parenquimatosa
- Son manifestaciones graves, aliento nasal, retracción subcostal o intercostal y “gruñido”.²⁰

PREVENCIÓN

1. Ampliar la cobertura de las inmunizaciones
2. Manejar favorablemente los factores de riesgo individuales y ambientales (ya descritos).
3. Educación y orientación a los padres acerca de estos padecimientos subrayando los signos de alarma.
4. Exploración minuciosa e intencionada en los niños por parte del médico familiar, en caso de duda apoyarse con el pediatra, neumólogo u otorrinolaringólogo.

5. Realizar un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado para evitar las complicaciones.

DIAGNOSTICO

- A. Se realiza tomando en cuenta las manifestaciones clínicas de cada entidad nosológica ya mencionadas, buscando datos sugestivos a la inspección, exploración y en especial realizando una auscultación cuidadosa.
- B. Rayos “X” (pulmones, senos nasales, epiglotis, etc).
- C. Laboratorio (B.H, antiestreptolisinas, exudado nasal y faríngeo) para darnos una idea de la etiología viral o bacteriana.²⁰

COMPLICACIONES

Las secuelas son variadas y dependen del sitio anatómico y la patología, entre otras se pueden presentar: obstrucciones diversas con dificultad respiratoria, fiebre reumática, glomerulonefritis, mastoiditis, absceso cerebral, periamigdalino y retrofaríngeo; hipoacusia o sordera; meningitis, celulitis periorbitaria, bronconeumonía, hipoxemia y muerte.²¹

TRATAMIENTO

1. Cuidados generales

- Alimentación adecuada con abundantes líquidos
- Reposo
- Control de temperatura (por medios físicos o paracetamol).
- Movilización de posición y palmoteo dorsal.

2. Medicamentos

- Los jarabes expectorantes y antitusígenos, antihistamínicos vaso constrictores, en algunos casos sirven de apoyo; pero no son la solución.
- Antibióticos:
 - Etiología viral: no indicados
 - Etiología bacteriana: sin indicados

La elección de los antibióticos depende de la edad del paciente y del cual sea la causa más probable de la infección. En general en los niños, los más utilizados son:

- a. Penicilina G Benzatínica 600 000 UI-dosis única(menores de 6 años).
- b. Amoxicilina 20 a 40 mg/kg/día, dividida en tres tomas por 10 días.
- c. Claritromicina 15 mg/kg/día dividida en 2 tomas por 10 días
- d. Cefalosporinas 30 kg/kg/día, dividida en 2 tomas por 10 días.
- e. Clindamicina 20 a 30mg/kg /día, dividida en 3 tomas por 10 días.
- f. Finalmente, Eritromicina 20 a 40mg/kg/día, dividida en 3 tomas por 10 días a niños alérgicos a la penicilina.

3. Hospitalización

- Los pacientes que una vez explotados los manejos anteriores no ceden sus manifestaciones y empeoran en forma significativa presentando datos de alarma con insuficiencia respiratoria que pone en peligro la vida del enfermo, serán trasladados de urgencia a hospitalización.²⁰

1.6.7. ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS)

ANTECEDENTES

La diarrea esta catalogada como la segunda causa más frecuentes de enfermedades en niños y una de las diez primeras causas de muerte en niños y ancianos en países en desarrollo. Los más afectados son los menores de un año. En México en 1984 se informaban anualmente alrededor de 26,000 muertes por diarrea en menores de cinco años por lo que fue necesario la creación del “Programa Nacional Interinstitucional de control de Enfermedades Diarreicas”, utilizando como herramienta primordial a la hidratación oral para prevenir y tratar la deshidratación. En el año 2002 se informan 2,070 fallecimientos. Anteriormente verano era la época del año con más muertes reportadas, sin embargo la tendencia ha cambiado hacia el invierno, en el que predomina la diarrea por rotavirus.²⁰

DEFINICION

“Evacuación frecuente de heces de consistencia disminuida a la usual (líquidas o acuosas), con aceleración del tránsito intestinal.”²¹

CLASIFICACION

1. Según el tiempo de evolución:

A. Diarrea aguda

Cuya duración es menor a 15 días, por lo regular

Permanece de 3 a 5 días.

B. Diarrea crónica

Duración mayor a 15 días.

2. Según su etiología:

A. Afecciosa

- Viral
- Bacteriana
- Parasitaria

B. No infecciosa

- Por sobrealimentación
- Por alimentos hiperosmolares
- Antibióticos
- Alergia
- Hormonas
- Tóxicos
- Inflamación²¹

CUADRO CLINICO

Para su estudio se divide en tres tipos:

A. Diarrea aguda líquida (más frecuente)

- Las evacuaciones son líquidas (No contienen moco o sangre).
- Vómito frecuente.
- Fiebre leve o ausente.
- Agentes: Rotavirus y Escherichia Coli.

B. Diarrea aguda disentérica

- Las evacuaciones con moco y sangre.
- Vómito leve.
- Fiebre Frecuente y alta.
- Dolor y calambres abdominales.
- Agentes: Shigella disenterías y Campylobacter Jejuni.

C. Otras

Salmonella Typhi:

- Fiebre vespertina
- Fatiga
- Mioaltralgias
- Bradicardia
- Las evacuaciones con moco y sangre.

Vibrio cholerae:

- Las evacuaciones color gris “en agua de arroz”
- Deshidratación rápida.
- La acidosis metabólica y la hipopotasemia pueden provocar la muerte.²¹

VIA DE ENTRADA Y FISIOPATOLOGIA.

La puerta de entrada más comunes la boca y la fuente de infección el agua, los alimentos o las manos contaminadas con materia fecal de personas o animales domésticos infectados. Una vez que el patógeno ingresa al tubo digestivo, debe resistir los mecanismos de defensa gastrointestinal, posteriormente colonizan y desarrollan más mecanismos de patogenicidad virulencia tales como: producción de enterotoxinas o citotoxinas, factores de colonización o de adherencia, penetración de la pared intestinal o capacidad invasora; lesionando las vellosidades del intestino delgado, disminuyendo las enzimas encargadas de la absorción, lo que aumenta la osmolaridad en la luz intestinal y produce mayor secreción de agua que se pierde a través de las heces (Diarrea).²⁰

FRECUENCIAS

Se tiene cuantificada únicamente la frecuencia de diarreas infecciosas en niños:

- 54% (Rotavirus humano, grupo A).
- 20% (Astrovirus y Enterovirus: coronavirus y calicivirus).
- 15% (Bacterias: E.Coli, Shigella, Salmonella, Campylobacter y V.Cholerae).
- 1% (protozoarios: Amiba y Giardia).²¹

DIAGNOSTICO

No es posible hacer un diagnóstico preciso, sin embargo tomando en cuenta el cuadro clínico y la frecuencia podemos recopilar datos que nos pueden “orientar” hacia el agente causal.

No son necesarios exámenes de laboratorio en casos de diarrea aguda, excepto con fines de vigilancia epidemiológica, y en tal caso se realizarían coprocultivo y pruebas serológicas.²¹

TRATAMIENTO

Tomando en cuenta la deshidratación podemos considerar (3) planes:

1. Plan A (Cuando no han aparecido aún signos de deshidratación) “Prevención de deshidratación)

- Bastará con administrar (Vida suero oral) después de cada evacuación líquida y continuar su alimentación casi normal.

2. Plan B (Cuando si han aparecido signos de deshidratación).

“Tratamiento” de deshidratación (Ojos y fontanela hundidas, llanto con escasa lágrima, mucha sed, orina escasa, pulso débil, etc.)

- Será necesario dedicar de 6 a 8 horas para hacerle beber (Vida suero oral) tanto como el paciente quiera tomar, utilizando taza y cucharadita, durante este período no es pertinente darle alimento; después de las 6 a 8 horas se reinicia la alimentación y se da suero oral después de cada evacuación líquida.

3. Plan C (cuando la deshidratación es muy grave)

“Tratar” rápido el choque hipovolémico.

- El manejo tendrá que ser enérgico y rápido, preferentemente trasladar al niño a un centro hospitalario donde se deberán usar soluciones de rehidratación endovenosa (Solución Hartman 25ml/ kg/hora) hasta que se corrija la deshidratación del paciente o se pueda continuar con vía oral.²¹

MEDICAMENTOS

Los antimicrobianos solo están indicados en casos de disentería provocada por shigella; Cólera, Salmonella o si hay inmunocompromiso del niño enfermo.

A pesar que existen muchos medicamentos en las farmacias para usarse en el tratamiento de la diarrea o el vómito, la mayoría son ineficaces y pueden originar algunas complicaciones, además añadir un costo innecesario al tratamiento de la enfermedad (caolín, pectina, difenoxilato con atropina, etc.).

Estos fármacos retrasan mucho la peristalsis intestinal y la eliminación de los microorganismos causantes, lo que para los lactantes representan peligrosos e incluso fatales.

Cabe mencionar que aunque la mayoría de diarreas aguadas en niños son de naturaleza infecciosa (viral sobre todo) son de carácter autolimitado, basta tener un adecuado manejo higiénico-dietético aunado con la hidratación oral para sacar adelante al enfermo.²¹

PREVENCION

Medidas preventivas:

- Cuidados higiénicos
(Hervir el agua, mantener cubiertos los alimentos, lavado de manos después de ir al baño, evitar consumir alimentos en mal estado o en la calle, lavar y aplicar gotas de cloro a las frutas y verduras, etc.)
- Orientación y educación para la salud
(Fomentar pláticas en la comunidad acerca de las enfermedades diarreicas, qué son, cómo podemos prevenirlas y en caso necesario cómo se deben manejar en el hogar, otorgando sobres de “electrolitos orales” para contrarestar una probable deshidratación; dándoles a conocer datos de alarma y en que momento acudir a un servicio de urgencias y hospital correspondiente.
- Saneamiento del medio
(Consiste en mantener limpias las viviendas, cestos de basura cubiertos, banquetas y calles aseadas, exentas de heces fecales de animales (perros); combatiendo así la reproducción de vectores como cucarachas, moscas y ratas que son un peligro aun más en épocas de calor.²¹

1.6.8 VACUNACION

ANTECEDENTES

Todo inicia con Louis Pasteur, científico Francés que en el año de 1880 pone en movimiento el pensamiento científico del cual se derivó la idea de que “podía existir una prevención precisa para cada enfermedad”. De aquí en adelante la comunidad investigadora mundial se ha esforzado por encontrar vacunas para los males mas comunes de la población.²¹

El desarrollo de las vacunas o inmunizaciones ha constituido uno de los mayores logros del siglo XX, de tal manera que se llevó a alcanzar una meta que parecía increíble: La erradicación de enfermedades como la polio y la viruela (gracias a la OMS Y LA Organización panamericana de la salud (OPS)).²⁰

A pesar que las vacunas han demostrado su eficiencia, no han logrado prevenir patologías como el VIH-SIDA: El ámbito de la investigación inmunológica presenta aún muchos retos que enfrentar, algunas vacunas aplicadas en la niñez deber ser reforzadas en la edad adulta, pues la inmunidad no es permanente en algunos casos y la inmunización solo pospone la enfermedad.²⁰

DEFINICION

La vacuna “es una suspensión concentrada en un medio líquido de microorganismos o de algunos antígenos atenuados, que se inocular a un individuo para preservarlo de un enfermedad determinada.”²¹

CLASIFICACION

I. Inmunización activa

Es la estimulación de la inmunidad por un antígeno

II. Inmunidad pasiva

Es la inmunidad lograda por la introducción en el Organismo de anticuerpos formados en otro organismo.

III. Inmunidad natural

Se nombra así a la inmunidad que es transferida a través de la placenta o lactancia al seno materno de la madre al niño y por el contacto con alguna enfermedad.

IV. Inmunidad artificial

Defensa que se logra a través de un vacuna o suero elaborado.

V. Inmunidad humoral

Producción de anticuerpos como respuesta al reconocimiento de un antígeno específico, medida por linfocitos “B”.

VI. Inmunidad celular

Dstrucción directa de las células portadoras de los antígenos, mediada por linfocitos T”.²¹

CONTRAINDICACIONES

Generales

- Hipersensibilidad
- Enfermedades febriles.

Específicas

- Inmunodeficiencias
- Neoplasias
- Pacientes bajo tratamiento inmunosupresivo o con corticoides.
- Embarazo (Excepto toxoide tetánico).²¹

PREPARACION

Las vacunas se preparan a partir de bacterias o virus, Cuando se inyectan o se ingieren, en realidad se le esta suministrando bacterias o virus debilitados que ha perdido su potencial tóxico, pero conservan su poder inmunitario, que estimula al cuerpo a producir sustancias llamadas anticuerpos, que defenderán al menor de diversas enfermedades infecto-contagiosas propias de la infancia.

DESCRIPCION DE LAS VACUNAS:

1. BCG (Bacilo Calmette-Guerin)

Descripción: Ceba viva atenuada. Suspensión preparada con cepa de *Micobacterium Boris* liofilizada.

Duración de la inmunidad: 5-10 años.

Sitio de aplicación: Intradérmica, región deltoidea.

Dosis: 0.1ml.

Edad: Aplica en recién nacida.

2. Sabin (Antipoliomielítica)

Descripción Ceba viva-atenuada: mezcla de cepas del virus polio tipo I, II y III (trivalente).

Duración de inmunidad : 15 años

Sitio de aplicación: Vía oral.

Dosis: 3 dosis (2 ó 3 gotas por dosis).

Edad: 2 meses, 4 meses y al año; revacunación cada 3 Años hasta cumplir 15 años

3. DTP (Difteria, pertussis, tétano) “triple”

Descripción: Ceba inactivada. Mezcla de toxoide de *Corynebacterio Diphtherias* y de *Clostridium tetani* con una suspensión de bacilo *Bordetella-Pertussis* muerto

Duración: 3-5 años (Pertussis); 10 años (Difteria y Tétano).

Sitio de aplicación: Intramuscular.

Dosis: 3 dosis (0.5ml).

Edad: 3 meses, 3 dosis consecutivas con intervalo de 1 mes, revacunación a los 18 meses de edad, luego cada 3 años hasta los 10 años.

4. TT (Toxoide tetánico)

Descripción: Toxoide d *Clostridium tetani*.

Duración 10-15 años

Sitio de aplicación: Intramuscular

Dosis: 0.5ml.

Se aplica durante embarazo, en el último trimestre 2 dosis con intervalo de 6-8 semanas; dosis de refuerzo en caso de heridas de 5 a 10 años después.

5. Sarampión

Descripción: Ceba viva-atenuada, liofilizada.

Duración: De por vida.

Sitio de aplicación: Subcutánea.

Dosis: 0.5ml.

Edad: Dosis única, de 1 a 5 años, siempre y cuando no hayan padecido la enfermedad antes; refuerzo a los 5 años.

6. Hepatitis B

Descripción: DNA recombinante utilizando levadura Baker.

Duración: Depende de la memoria inmunológica de cada Individuo.

Sitio de aplicación: Intramuscular en muslo o del toides.

Dosis: 3 dosis (o.5ml).

Edad: la dosis: 0-2meses, 2ª (1-4 meses), 3ª(6-18 meses).

7. Influenza

Descripción: Vacuna desactivada de haemophilus Influenzae.

Duración: Depende de la memoria inmunológica Individual .

Sitio de aplicación: Intramuscular.

Dosis: 0.5ml (3 dosis).

Edad: 2,4 ó 6 meses, refuerzo después de los 12 meses.

8. Sarampión, Parotiditis y Rubéola

Descripción: Vacuna combinada

Duración: De por vida

Sitio de aplicación: Subcutánea

Dosis: 0.5ml.

Edad: la dosis (12-15 meses de edad), 2ª dosis (4-6 años de edad).

9. Neumococo

Descripción: Streptococcus pneumonias

Duración: Depende de la memoria inmunológica individual.

Sitio de aplicación: Intramuscular o subcutánea.

Dosis: 0.5ml.

Edad: Después de los 2 a los 23 meses de edad.

10. Varicela

Descripción: Virus vivos-atenuado de Virus varicela Zoster(cepa Oka).

Duración: Más de 20 años

Sitio de aplicación: Subcutánea

Dosis: 0.5ml. (dos dosis, intervalo entre 4 a 8 semanas).

Edad: de 2 meses a 13 años.²¹

VACUNACION SIMULTANEA (COMBINADAS)

La vacuna combinada por ejemplo, la aplicación de la triple viral y la varicela o polio en la misma visita tiene efecto seguro y es recomendable para aumentar los índices de vacunación y para evitar perder oportunidades de aplicar vacunas, a fin de reducir además el número de inyecciones, el sufrimiento del niño y los costos de la provisión.²²

INFORMACION SOBRE LAS VACUNAS A LOS PACIENTES (REACCIONES ADVERSAS)

Los pacientes o sus tutores legales deben recibir información fácil de comprender sobre los beneficios y los riesgos de la vacunación (reacciones adversas) y la forma de contrarrestarlas.²²

1.6.9 ATENCION A LA SALUD DEL NIÑO

En este capítulo se desarrollaran tres temas:

- I. ATENCION DEL NIÑO SANO (NORMAL)**
- II. NUTRICION**
- III. DESNUTRICION**
- IV. OBESIDAD**

1.6.9.1. ATENCION DEL NIÑO SANO

La atención de los niños forma parte integral de la práctica de la medicina familiar, esta inicia desde el mismo embarazo, seguida de la etapa de recién nacido, lactante, infante, preescolar y escolar.

Entre los componentes de la atención del niño sano figuran los siguientes:

- a.** Atención prenatal (incluso antes de la concepción fomentar la salud en los futuros padres.
- b.** Atención del recién nacido (Aseo, aspirar secreciones, vigilar apgar, vías aéreas permeables, año funcional).
- c.** Historia clínica completa del neonato.
- d.** Control de crecimiento y desarrollo (peso, talla, perímetros y reflejos).
- e.** Alimentación al seno materno. (los primeros 6 meses de edad).
- f.** Detección y manejo oportuno de anormalidades (hipoxia, luxación de cadera.
- g.** Aplicación de inmunizaciones (Cartilla Nacional de Vacunación), reflujo, cardiopatías)
- h.** Orientación a los padres sobre la responsabilidad que implica la crianza de un niño.
- i.** Salud Bucal (desde la aparición de los dientes primarios a los 8 a 12 meses de edad.
- j.** Diagnóstico temprano en la infancia de trastornos del desarrollo psicomotriz (parálisis cerebral, retraso mental, problemas de lento aprendizaje, disfunción cerebral, déficit de atención, anomalías conductuales y alteraciones visuales y auditivas.²²

Los cuidados que necesita un niño, para mantenerse en un estado aceptable (normal) son como se observa, multidisciplinarios, es función no solo del médico familiar o pediatra vigilar estrechamente su crecimiento y desarrollo en todos los ámbitos, sino también de los cuidados que puedan darle los padres, familiares y el propio medio ambiente en el que se desenvuelva.²²

1.6.9.2. NUTRICION

DEFINICION

La nutrición se define como “la adquisición de sustancias asimilables (nutrientes) por parte de los seres vivos, para transformarlas en materia propia y como fuente de energía”.

“Conjunto de procesos fisiológicos que aseguran el aporte a todas las células del organismo de los materiales indispensables para llevar a cabo sus funciones vitales.”

A la rama de la fisiología que se ocupa del estudio de la nutrición se le llama “trofología”.

La especialidad que trata del cálculo de las cantidades de los diversos nutrientes necesarios para una correcta alimentación; es conocida como “dietética”.²⁰⁻²²

CLASIFICACION

A. Nutrición Oral

Ingesta o introducción de los alimentos o nutrientes por la cavidad bucal.

B. Nutrición Parenteral

Introducción a través de una vena, de sustancias nutritivas estériles, fácilmente asimilables (por medio de venoclisis).

Se efectúa en casos de reposo digestivo obligado por Enfermedad o como suplemento nutritivo en postoperados, preoperatorio, desnutrición, etc.

C. Nutrición Enteral

Se realiza por medio de una sonda nasogástrica en caso de no poder utilizar la vía oral; los productos nutritivos son administrados desde el exterior y alojados directamente al estómago o primeras porciones del intestino.²⁰

Los principales nutrientes son:

- Carbohidratos (hidratos de carbono, glúcidos)
Son fuente de energía de utilización rápida.
- Grasas (lípidos)
Producen energía concentrada.
- Proteínas

Sustancias que producen material para construir nuevas estructuras, defensas del cuerpo, regulan el metabolismo y transportan oxígeno.

- Vitaminas
Ayudan a regular el metabolismo.
- Minerales
También producen material para construir nuevas estructuras y regular el metabolismo.
- Agua
Es el medio donde se producen todos los procesos biológicos, disuelve y transporta sustancias; regula el metabolismo y la temperatura corporal.²⁰

Para que exista una buena nutrición se necesita que la alimentación diaria contenga un equilibrio entre los diversos nutrientes.

Sin embargo existen factores que pueden influir en el consumo y aprovechamiento adecuado de los alimentos:

- Economía (capacidad de compra de alimentos).
- Integrantes de la familia.
- Educación alimenticia.
- Hábitos y creencias.
- Práctica de amamantamiento.
- Publicidad.
- Disponibilidad de productos.
- Estado funcional del aparato digestivo para asimilarlos.
- Higiene
- Infecciones gastrointestinales.
- Alteraciones anatómo-funcionales del trayecto del tubo digestivo.
- Diabetes, cirrosis, hepatitis, Sx mala absorción, sx ácido péptico, colecistitis, cirugías, trastornos psicológicos, etc.

El exceso o déficit de nutrientes en la dieta nos puede llevar a trastornos como la desnutrición o la obesidad.²⁰

1.6.9.3 DESNUTRICION

ANTECEDENTES

La desnutrición ha afligido al ser humano desde la antigüedad, sin embargo sus características clínicas y su naturaleza se establecen apenas en el siglo XX. Históricamente a partir de 1906 médicos en diversas partes del mundo intentaron describir y definir el término; Czerny-Keller en Alemania, José Patrón Correa en México, Cicely Williams en África. No fue hasta 1946 en que el Dr. Federico Gómez Santos (quien fundó y dirigió el “Hospital Infantil de México”) publicó un artículo sencillo con el título “Desnutrición” haciéndose clásico para el médico de esos tiempos para su preparación integral; y aunque en las últimas seis décadas se ha avanzado en el tema, la infraestructura conceptual propuesta por el Dr. Federico Gómez sigue siendo la base.²⁰

DEFINICION

“Trastorno que se debe a un desequilibrio o balance negativo, que existe entre el aporte alimentario y las necesidades calóricas corporales requeridas para el buen funcionamiento de un individuo”.²⁰

“Estado patológico sistémico e inespecífico, reversible dentro de ciertos límites, que resulta de la deficiente utilización celular de nutrimentos.”²⁰

CLASIFICACION

1. Desnutrición Primaria

Obedece a una alimentación insuficiente o mal estructura debido a errores o limitaciones en el acceso a los alimentos por razones económicas, de disponibilidad o culturales

2. Desnutrición Secundaria

Es resultado de enfermedades (infecciosas, autoinmunes, neoplásicas, endócrinas , traumáticas, posoperatorias,etc) que en forma crónica provocan una menor utilización celular de nutrimentos.

3. Desnutrición Mixta

Debida a déficit de ingesta de nutrientes y a la acumulación de enfermedades.²⁰

Otra clasificación es con base a la desviación del peso en niños:

1. Primer grado

Si el peso se encuentra entre 76 y 90% de la mediana.

2. Segundo grado

Si se encuentra entre 60 y 75% de la mediana.

3. Si se encuentra por debajo de 60%.²⁰

EPIDEMIOLOGIA

Se calcula que en el mundo hay aproximadamente cerca de 800 millones de personas desnutridas. Aunque cualquier miembro de la familia puede sufrirla es mucho mas frecuente en los niños preescolares, en particular los menores de tres años, en mujeres embarazadas y adultos mayores con patologías gastrointestinales, diabetes mellitus, cáncer o insuficiencia renal crónica, entre otros. En algunos estados como Guerrero y Oaxaca donde la dispersión demográfica, la pobreza y la ignorancia debida muchas veces a la falta de Centros de Salud cercanos que puedan orientar o educar a la población marginada-indígena es más frecuente.²⁰

CUADRO CLINICO

Las manifestaciones clínicas son de dos tipos:

1. Los síntomas y signos del daño funcional y anatómico causado por la deficiencia:

- Atrofia, disfunción, edema, dermatosis, alteraciones del cabello, infecciones frecuentes y desequilibrio hidroelectrolítico.

2. Los signos y síntomas que son expresión del esfuerzo adaptativo del organismo a la deficiencia:

- Empleo de reservas nutrimentales, catabolismo tisular, estrategias de ahorro(reducción de la actividad física “adinamia”, prolongación del sueño, desaceleración del crecimiento y desaceleración del desarrollo).²⁰

DIAGNOSTICO

Se realiza mediante:

- a. Examen clínico completo (buscando intencionalmente los signos y síntomas)
- b. Revisión antropométrica (para detectar retraso en el crecimiento).
- c. Estudios de laboratorio (entre otros: BH para descartar anemia, Albuminasérica para observar proteínas bajas).²⁰

TRATAMIENTO

- 1. Resolver las condiciones que amenazan la vida.
- 2. Restaurar el estado de nutrición.
- 3. La recuperación y rehabilitación.

En forma general el tratamiento consiste en una dieta suficiente, completa, equilibrada y variada; empleando los alimentos disponibles y que sean tolerados por el enfermo; aunque dependerá del grado de desnutrición y de su sintomatología el dar manejo específico (en el hogar u hospitalario).²⁰

PREVENCION

Esta dirigida a promover las medidas que mejoren las condiciones económicas y sociales, el saneamiento ambiental, la atención primaria a la salud, incluyendo la vacunación, la desparasitación y sobre todo la orientación alimentaría, higiénica y reproductiva (en caso del embarazo).

El médico familiar en la consulta debe participar en forma activa y continua; conjuntamente con trabajo social y personal de enfermería hasta donde le sea posible para impedir que este mal no logre su objetivo.²⁰

1.6.9.4. OBESIDAD

ANTECEDENTES

Los primeros seres humanos no tenían asegurada la provisión de alimento, por lo cual, cuando había, se alimentaban tanto como podían; almacenando reservas como grasa, para sobrevivir a las épocas de escasez.

En algunas culturas a lo largo del mundo han existido representaciones pictóricas, esculturales deidades con una conformación mayor a la estéticamente permitida.

Hipócrates, Galeno y Avicena, entre otros eruditos ya observaban y alertaban en su tiempo del problema.

Actualmente la investigación trabaja para conocer más y controlar el exceso de peso y de grasa corporal.²⁰

DEFINICION

“Obesidad es el aumento del tejido adiposo corporal, casi siempre acompañado de exceso de peso, cuya magnitud y distribución afectan la salud del individuo”.²⁰

Su raíz etimológica deriva del Latín “Obesus, obesum” que quiere decir : repleto o gordo.³

EPIDEMIOLOGIA

La Organización Mundial de la Salud señala que la obesidad es “la segunda enfermedad mortal prevenible en el mundo, después del tabaquismo”, ocasiona o agrava a otras; considerándose una “epidemia global” ya que todos los países ricos y pobres, la presentan en mayor o menor medida.²⁰

CONSECUENCIAS

Es uno de los factores llamados de riesgo que puede agravar o producir diversas enfermedades, entre otros, se asocia a : Hipertensión, aterosclerosis, insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes mellitus, hiperlipidemia, disnea y fatiga, apnea del sueño, embolia pulmonar, litiasis vesicular, esteatosis hepática, infertilidad y amenorrea, incontinencia

urinaria, hiperplasia y carcinoma endometrial, mamario, próstata y colon; hipogonadismo, complicaciones obstétricas, artritis degenerativa, insuficiencia venosa, hernias, depresión, aislamiento y otros síntomas que afectan seriamente la vida diaria del paciente obeso.

Además existen repercusiones sociales y económicas, se dice que aproximadamente el 30 a 40% de las camas de los hospitales generales están ocupadas por individuos cuyo padecimiento esta en relación directa con obesidad. Países como México, Australia, Holanda, Francia y Estados Unidos de Norteamérica en los que este problema es mayor representa perdidas económicas por morbilidad, ausentismo, productividad y muerte.²⁰

DIAGNOSTICO

El diagnóstico preciso de diversas formas:

a. Tablas de peso estandarizadas para México.

b. Índice de masa corporal (IMC), que se calcula al dividir el peso en kilogramos por la estatura en metros cuadrados

IMC de 25 o menor es normal.

- De 25 a 26.9 indica peso excesivo
- De 27 a 29.9 obesidad
- De 30 a 34.9 obesidad moderada
- De 35 a 39.9 obesidad severa
- Mayor de 40 obesidad patológica

c. Índice cintura-cadera (ICC), que se obtiene dividiendo la circunferencia de la cintura a nivel de la cicatriz umbilical, entre la circunferencia en el punto más amplio de la cadera; permite diferenciar la llamada obesidad androide y obesidad superior de ginecoide u obesidad inferior.

- ICC igual o mayor a 1.0 en hombre = a obesidad androide.
- ICC igual o mayor a 0.8 en la mujer = a obesidad androide.
- ICC menor a 1.0 en hombre = obesidad ginecoide.
- ICC menor a 0.8 en la mujer =obesidad ginecoide.

d. Medición de pliegues cutáneos, mediante un picómetro; midiendo el grosor de los pliegues de la piel (brazo y hemotórax izquierdo).

- Pliegue mayor a 30mm en la mujer
- Pliegue mayor a 24mm en el hombre

Se consideran como exceso de tejido adiposo²⁰

TRATAMIENTO

Primeramente ganar la confianza del paciente, entablando una relación médico-paciente adecuada para lograr un buen resultado.

Mostrar interés por el enfermo por su salud, no mostrar rechazo o discriminación.

El paciente debe tener conciencia de su obesidad para que surja en él el deseo de cambio.

Explicar con claridad al obeso:

- a.** Que la obesidad es una enfermedad.
- b.** Que afecta la salud y la calidad de vida.
- c.** Que acorta la vida.
- d.** Y que las consecuencia a futuro con tales.

Logrando lo anterior, el tratamiento se centra en dos vertientes:

1. Disminución de ingesta de nutrientes.

(Mediante Dietas)

- a.** Las de bajo contenido energético (800 a 1,200 calorías).
- b.** Las de muy bajo contenido energético (400 a 800 calorías)

La de bajo contenido energético debe de poseer características como ser hipoenergética, hipoglucídica, rica en fibra, suficiente en aporte proteico, hipoglucídica, rica abundante en agua, limitada en sal, suficiente en calcio, suficiente en vitaminas y acompañada de ejercicio físico diario

La dieta de muy bajo contenido energético solo se debe emplear en caso de que la dieta anterior no de resultados esperados y se requiere mantener una ingesta un poco mayor de proteínas 1 a 1.5 g/kg para disminuir la pérdida de tejido muscular.

2. Aumento del gasto calórico diario.

(Mediante ejercicio):

El programa debe incluir de 45 a 60 minutos diarios de actividad física ya que esto contribuirá a aumentar el gasto calórico y contribuir al descenso del peso corporal.

Manejo farmacológico. El uso de fármacos para el manejo de la obesidad ha sido motivo de controversia debido a los efectos colaterales y a que deben de administrarse de por vida.

Sin embargo en la Norma Oficial Mexicana para el Manejo Integral de la Obesidad los fármacos actualmente aceptados son la sibutramina (tabs. de 10 a 15 mg, al día por varios meses); orlistat(caps. 120mg,1 con cada alimento por varios meses; y metformina(tabs. de 500, 850 y 1000mg, la dosis recomendada es de 500 1000mg-día por varios meses.

Cirugía. Solo reservada para casos especiales, que representa el 1% de la población obesa (Derivación gástrica, gastroplastía vertical, derivación biliopancreática y bandaje gástrico, cuyo objetivo es disminuir la capacidad del estómago, con el fin de que el individuo pueda sentir saciedad cuando ingiera muy poca cantidad de alimento, o con el objeto de disminuir la superficie de absorción de nutrientes para que no se absorba parte de los alimentos que ingiere.²⁰

PREVENCION

Ya que es un problema de salud pública creciente, es necesario prevenir en lo posible su aparición en las nuevas generaciones.

La prevención requiere información y educación no solo de las autoridades sanitarias, también por el médico familiar dentro fuera del consultorio, en forma continua y constante, sencilla y práctica , sin dejar atrás la observación que en el hogar inicia tal acción, al seleccionar la alimentación familiar sugiriendo una dieta completa, suficiente, inocua, equilibrada, variada y adecuada.²⁰

PRONOSTICO

El pronóstico dependerá de la complejidad que el individuo obeso tenga de su enfermedad, de la correcta información que reciba de su médico y de la adherencia escrupulosa a los múltiples tratamientos.²⁰

1.6.9.5 APOYO A CUIDADORES

ANTECEDENTES

La población a nivel mundial está envejeciendo. En 1900 por ejemplo el 4% de la población tenía 65 años de edad o más , actualmente hay más del 13% de la población con esa edad y las cifras se proyectan a más del 20% en el año 2030.

Según el XII Censo General de Población efectuado en el año 2000 en México, la esperanza de vida estaba contemplado en 74.7 años de edad; que constituye el grupo del crecimiento más rápido en la población.²²

DEFINICION

Se le llama “Cuidador a la persona que presta asistencia, atención o ayuda a otro individuo, por lo regular anciano; que requiere cuidados especiales por enfermedad y discapacidad, pudiendo ser temporales o continuos.²²

CLASIFICACION

A la población susceptible al apoyo de cuidadores se le agrupa por edades.

- A. Viejos jóvenes (de 65 a 74 años).
- B. Viejos (75 a 84 años),
- C. Viejos viejos (mayores de 85 años).²²

PATOLOGIA

Los trastornos más frecuentes relacionados con el envejecimiento

- Artritis
- Hipertensión
- Cardiopatía
- Pérdida auditiva
- Influenza
- Lesiones (traumas y fracturas)

- Trastornos crónicos osteomusculares
- Sinusitis crónica
- Depresión
- Cáncer
- Diabetes
- Alteraciones visuales(cataratas,glaucoma,presbiopia,retinopatía).
- Incontinencia urinaria y de esfínteres
- Venas varicosas
- Trastornos del sistema nervioso
- Demencia Senil
- Parkinson
- Alzheimer²²

REDES SOCIALES DE APOYO

Las redes sociales de apoyo se subdividen en 3 agrupaciones:

1. Informales (la familia y viejos amigos cercanos).
2. Formales (beneficencia social y agencias de atención a la salud).
3. Semiformales (grupos de iglesias, organizaciones vecinales, clubes).

Es sumamente importante la relación del anciano con la familia y amigos:

La disponibilidad de asistencia determina muchas veces, si el adulto mayor con dependencia funcional, permanece en casa o se interna en algún asilo.

Es primordial saber quien estaría dispuesto para ayudar al anciano si se enferma o permanecer a su lado incluso sano.

En algunos países como Estados Unidos hay una “Autorización de directrices de cuidados del anciano”, el cual es un documento escrito y firmado por testigos que especifica las preferencias de tratamiento en caso de que el paciente se vuelva incompetente. En enfermedad terminal, por ejemplo, se otorga a algún familiar en forma legal permanente el cuidado de la salud, autorizando a tomar decisiones, aunque los pacientes en buen estado de

conciencia con enfermedades crónicas graves se les da la oportunidad de discutir opciones sobre su manejo y el final de su vida.²²

MANIFESTACIONES DEL CUIDADOR

Las personas que atienden al anciano frágil, a menudo tienen mayor riesgo de mortalidad si están bajo tensión mental o emocional intensa. “La carga de la persona encargada” se vincula con su capacidad para enfrentar y manejar el estrés. El médico familiar debe estar alerta ante signos de posible desgaste de la persona a cargo, que incluyen múltiples quejas somáticas, aumento en el estrés y ansiedad, aislamiento social, depresión y pérdida de peso.²²

ABUSO DEL ANCIANO

Tipos de abuso:

1. Abuso doméstico
2. Abuso institucional
3. Abuso personal

Otra clasificación según “El Nacional Center on Elder Abuse” (NCEA):

1. Abuso físico

Uso de fuerza física que puede ocasionar lesiones corporales, dolor o daños físicos.

2. Abuso sexual

Contacto sexual no consentido de cualquier tipo con un anciano.

3. Abuso emocional

Causar angustia, dolor o sufrimiento a través de actos verbales o no verbales.

4. Abuso financiero o material

- Uso ilegal e inapropiado de los recursos del anciano, su propiedad o ganancias.

5. Abuso de negligencia

- Rechazo o falta de cumplimiento de cualquier parte de las obligaciones o deberes de una persona para con un anciano.

6. Abuso de abandono

- Deserción de un anciano o por una persona que haya asumido la responsabilidad de este.

7. Abuso de negligencia personal

- Comportamiento de un anciano que amenaza su propia salud.²²

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

El envejecimiento “exitoso” intenta establecer la forma de minimizar las enfermedades y discapacidad; busca que el anciano tenga un funcionamiento mental y físico lo mejor posible, para que tenga una participación activa en la vida y evitar ser una carga para la familia, la sociedad o para el cuidador que lo apoya.

Sin embargo el poder aumentar la esperanza de vida podría implicar un desafío significativo para el sistema de salud por la carga de trabajo a nivel de las instituciones y los costos elevados para el manejo terapéutico, de complicaciones o discapacidades y jubilación o pensión.²²

De cualquier forma el apoyar al anciano es función del equipo de salud y con mayor responsabilidad de los cuidadores; los cuales deben otorgar un trato digno y de calidad a esta “frágil” fase de la vida.²²

1.6.9.6 DETECCION DE CANCER

1.6.9.6.1 CANCER DE MAMA

ANTECEDENTE

La descripción más antigua del cáncer de mama proviene de Egipto en el año 1600 adC, posteriormente el papiro Edwin Smith describe 8 casos tratados con cauterización, con una herramienta llamada “la orquilla de fuego”. Fue en el siglo XVII en que se determinó la relación entre cáncer de mama y nódulos linfáticos axilares. El cirujano francés Jean Louis Petit y Benjamín Bell (1700 y 1770) fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales (mastectomía radical).

El día Internacional del cáncer de mama se celebra el 19 de octubre, teniendo como objetivo sensibilizar a la población acerca de la importancia que esta enfermedad tiene en el mundo.²³

DEFINICION

“Es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria”.²³

La palabra “cáncer” es griega y significa “cangrejo” debido a la forma que adopta el cáncer en etapa avanzada.³

CLASIFICACION

A. De acuerdo a la invasión o aspecto histológico

1. Carcinoma Ductal

Invade el interior de los conductos galactóforos, es el más frecuente representa el 90% de casos.

2. Carcinoma Lobulillar

Tiene su origen en los acinos glandulares, y representa el 10% de casos.

3. Carcinoma “in situ”

Se encuentra confinado en la luz de los ductos o de los ascinos, sin invadir tejidos vecinos.²³

B. De acuerdo con la extensión o etapa clínica de la Enfermedad.

(Clasificación propuesta por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y la American Joint Comité (AJC) publicada en el año 2003). Llamada “TNM” (T = tamaño del tumor, N = presencia o no de ganglios y M = presencia o no de metástasis a distancia.)

- **T 1** (El cáncer mide menos de 2 cm.)
- **T 2** (El cáncer mide más de 2 y menos de 5 cm.)
- **T 3** (El cáncer mide más de 5 cm.)
- **T 4** (El cáncer es de cualquier tamaño y se ha propagado a la piel o pared torácica).

NO (No existen ganglios metastáticos sospechosos)

N1 (Presencia de metástasis axilares de 1 a 3 ganglios móviles y no adheridos).

N2 (Metástasis axilares más de 3 y menos de 10 ganglios de la cadena mamaria interna).

N3 Metástasis a mas de 10 ganglios axilares, supra-claviculares o a ganglios de la cadena mamaria Interna y ganglios axilares).

MO (No hay metástasis a distancia).

M1 (Presencia de metástasis a distancia).²⁰

ETIOLOGIA

No existe un factor definido, la causa primaria aún es desconocida; pero se conocen factores de riesgo, los más frecuentes son:

- Mujer mayor de 40 años.
- Historia familiar de cáncer mamario.

- Nuliparidad.
- Menarca precoz.
- Menopausia tardía
- Exposición prolongada a estrógenos
- Obesidad.
- Exposición prolongada a radiaciones ionizantes.
- Cáncer mamario en mama contra lateral.
- Diagnóstico de hiperplasia atípica.
- Diagnóstico de hiperplasia atípica
- Presencia hereditaria de genes BRC1, BRC2.
- No amamantar.²⁰

CUADRO CLINICO

En los estadios iniciales no suele presentar síntomas.

El primer signo muchas veces es una tumoración que al tacto se aprecia con bordes irregulares, dura y que no duele al tocarla.

Hay hoyuelos en la piel, retracción del pezón, ganglios axilares y supraclaviculares en etapa más tardía; inflamación en una parte del seno, eritema que circunda completamente la areola, secreción por el pezón que no es leche materna y puede ser sanguinolenta, nos indica cáncer hasta no demostrar lo contrario.²⁰

DIAGNOSTICO

Técnicas para detectar cáncer mamario:

1. Autoexamen mamario.

El médico familiar debe entrenar a la paciente a practicase autoexploración, ya que aproximadamente un 50% de abultamientos pueden ser detectados por la propia paciente, debe fomentarse a partir de los 40 años.

2. Examen mamario clínico practicado por el médico.

Es importante que el médico en la consulta externa realice la exploración, buscando intencionalmente tumoraciones de cualquier tipo.

3. Ultrasonido.

Nos indica tumoraciones o lesiones fibroquísticas con bordes mal definidos que hacen pensar en un probable diagnóstico.

4. Mastografía.

El reporte de este estudio está descrito de acuerdo al sistema (BIRADS) propuesto por el Colegio Estadounidense de Radiología:

- 0.** Necesita evaluación adicional de imagen y/o mamogramas previos para comparación.
- I.** Estudio negativo.
- II.** Hallazgos benignos.
- III.** Hallazgos probablemente benignos que sugiere seguimiento radiológico cada 6 meses por 2 años o biopsia con aguja gruesa.
- IV.** Hallazgos probablemente malignos, que sugiere estudio histopatológico.
- V.** Hallazgos malignos

5. Biopsia.

Existe controversia al respecto en que momento realizarse ya que su toma inadecuada puede acelerar o influir en el ciclo de la enfermedad.

6. Cuadro clínico.

Se tomarán en cuenta para sospechar en cáncer, los signos y síntomas característicos ya mencionados y el antecedente familiar.²⁰

PRONOSTICO

Es evaluado en función a los datos clínicos, histopatológicos y biológicos: El buen o mal pronóstico depende del tamaño del tumor, número y ganglios axilares, presencia de receptores de estrógenos y progesterona, grado histológico del tumor, invasión linfática/vascular, y presencia de gen HER2; cuando el diagnóstico es corroborado y

tomando en cuenta la etapa en que se realice dependerá la supervivencia y/o curación de la paciente.²⁰

TRATAMIENTO

El tratamiento es multidisciplinario y dependerá de la etapa evolutiva:

- **Cáncer in situ**
mastectomía total (Se oferta una curación en 98.9% y recurrencias de 0.09%).
- **Cáncer invasor etapas I, II, IIIA**
Mastectomía radical (Resección total en bloque de la glándula mamaria afectada, los músculos pectorales mayor y menor, y el contenido celular-adiposo ganglionar de la axila), la curación es de 80% cuando no hay ganglios afectados y del 30% en presencia de ganglios metastáticos.
- **Dissección del primer ganglio afectado “ganglio centinela”**
Se localiza mediante inyección subcutánea de colorante (azul patente) tornando al ganglio de color azul, visible con gamma detector.
- **Radioterapia.**
Procedimiento capaz de destruir las células neoplásicas, se utiliza después de una cirugía conservadora, disminuyendo la posibilidad de recurrencia en un 30%.
- **Quimioterapia**
Los fármacos más utilizados son la combinación de ciclofosfamida, fluoracilo, metotrexate(CFM) y el que combina al fluoracilo, adriamicina y ciclofosfamida (FAC). Estos tratamientos se administran cada tres a cuatro semanas, en número de seis dosis en total.

El objetivo del manejo siempre estará dirigido a intentar prolongar la vida con la mejor calidad posible.²⁰

1.6.9.6.2 CANCER CERVICO-UTERINO

ANTECEDENTES

EL cáncer cervicouterino es un problema de salud pública, es la causa más frecuente de muerte en la mujer (4,600 casos por año), y en el mundo se reportan 470,606 muertes por año.²⁰

En México cada día fallecen 12 mujeres, es decir una cada dos horas; por ello la Secretaria de Salud reestructura su Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino.²⁰

DEFINICION

Se llama carcinoma cervicouterino(cerviz, Ca Cu) a la “neoplasia producida por la pérdida de control de crecimiento y división de las células que pueden invadir y destruir estructuras adyacentes y propagarse a sitios alejados para causar la muerte”.

“Tumoración de penetración locorregional (se mantiene localizada dentro de la pelvis por largo tiempo) y que en su evolución natural infiltra el estroma cervical, tejidos y órganos adjuntos, en forma paralela pudiendo desarrollar metástasis a la distancia”.²⁰

CLASIFICACION

Existen tres tipos de acuerdo a su conformación histológica:

1. Carcinoma de células escamosas (representa del 85 al 90% de los casos).
2. Adenocarcinoma(representa del 10 y 20% de los casos)
3. Carcinoma Mixto (Con características de ambos).²⁴

FACTORES DE RIESGO

No se conoce una etiología en particular, solamente se tiene conocimiento de diversos factores de riesgo:

1. Infección de virus de papiloma humano (VPH-16, Asian American).
2. Mujer entre 25 a 55 años de edad.

3. Inicio temprano de la actividad sexual.
4. Múltiples parejas sexuales.
5. Infecciones venéreas (VIH y Clamidia).
6. Tabaquismo.
7. Antecedentes familiares.
8. Nivel socio-económico bajo.
9. Pacientes que nunca se ha realizado estudio citológico.
10. Otros, como obesidad, deficiencia de vitamina A, C y B, Folatos; uso prolongado de hormonales de anticoncepción y dietiletilbestrol.²⁴

MANIFESTACIONES CLINICAS

- Las etapas iniciales no muestran signos o síntomas
- Son sospechosos:
 - a. Secreción vaginal inusual (fuera de su período menstrual normal).
 - b. Manchas de sangre o sangrado ligero (que no sea de su período menstrual).
 - c. Sangrado o dolor después de la relación sexual, o de una revisión transvaginal.
 - d. Ulceración cervical.
 - e. Aspecto cervical con trastornos de coloración e induración.²⁴

DIAGNOSTICO

A. Presuncional

1. Historia clínica completa (sobre todo antecedentes gineco-obstetras).
2. Examen clínico-ginecológico con espejo (visualizar aspecto cervical).
3. Citología de cuello uterino (Papanícolao).
4. Colposcopia.

B. Definitivo

1. Examen histopatológico (biopsia, tomada con pinza de sacabocado).

PREVENCION

El cáncer de cervix es una enfermedad de larga evolución, lo que permitirá una excelente oportunidad de detección temprana.

Las medidas preventivas se realizaran por medio de promoción de la salud y la detección oportuna, orientadas a evitar o disminuir los factores de riesgo y a descubrir tempranamente alteraciones citológicas por medio del “papanicolao” cuyo resultado se nos reporta:

- I.** Negativo a cáncer.
- II.** Negativo con proceso inflamatorio.
- III.** Displasia leve (NIC 1).
- IV.** Displasia moderada (NIC 2).
- V.** Displasia grave (NIC 3)
- VI.** Cáncer de cuello uterino in situ.
- VII.** Cáncer micro-invasor e invasor.
- VIII.** Adenocarcinoma.
- IX.** Maligno no específico.²⁰

PRONOSTICO

El pronóstico dependerá de los siguientes factores:

- a.** Estadío clínico.
- b.** Presencia o ausencia de enfermedad ganglionar.
- c.** Volumen tumoral.
- d.** Tipo y grado de diferenciación histopatológica.
- e.** Profundidad de la invasión al estroma.
- f.** Permeabilidad vascular y linfática.²⁰

TRATAMIENTO

Existen tres (3) tipos principales de manejo:

- 1.** Cirugía

a. Histerectomía simple.

Se extirpa el útero, pero no tejidos contiguos (estadío 0 a I).

b. Histerectomía radical.

Se extirpa el útero, tejidos contiguos, parte superior de la vagina y ganglios linfáticos de la pelvis (estadío Ia a Ia-2).

c. Histerectomía radical + Exenteración pélvica.

Se extirpa todo lo anterior y además vejiga, vagina, recto y parte del colon (estadío Ib1 a IVb)

d. Otras cirugías menos utilizadas son la criocirugía, cirugía laser y conización, útiles para cáncer no invasivo.²⁰

2. Radioterapia

La radioterapia es en términos prácticos, es el tratamiento convencional para todos los estadíos clínicos de la enfermedad.

Dentro de la especialidad radiológica hay dos técnicas:

a. Branquiterapia intracavitaria.

Es la inserción de material radiactivo en la cavidad uterina, consiste en una sonda intrauterina y dos colpostatos acomodados en los fondos de saco vaginales (cesio o iridio), se administra la dosis en forma directa al tejido afectado.

b. Radioterapia externa.

Aplicación a pelvis dentro de un espacio cúbico bien delimitado, la dosis por fracción es de 1.8 a 2 Gy, y la total de 45 a 50 G y en 25 sesiones y 35 días, se usa para ello aparatos de megavoltaje (bombas de cobalto o aceleradores lineales).²⁰

3. Quimioterapia

Para iniciar con el uso de fármacos en el CaCu se necesita conocer:

I. La etapa y manejo antes recibido

II. El estado funcional de la paciente (renal, hepático, cardíaco, etc.).

III. Cuáles son los beneficios a obtener

IV. Cuáles son los efectos secundarios.

V. Cómo se pueden reducir los riesgos de morbi-mortalidad.²⁰

Los más prescritos son, el Cisplatino solo o combinado con Ifosfamida, Doxorrubicina o 5-fluorouracilo; o agentes como los taxanos (topotecán o gencitabina) administrados en forma aislada.²⁰

La quimioterapia en estas iniciales del cáncer evita la posibilidad de desarrollar metástasis, en participación con la cirugía y la radioterapia.²⁰

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se desconocen cuáles son las características de las familias y no se cuenta con las principales causas de la consulta de los usuarios del consultorio número 15 del turno vespertino de la Clínica de Medicina Familiar “Valle de Aragón” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Netzahualcóyotl, Estado de México, por lo que nos planteamos el problema.

3. JUSTIFICACION

La necesidad de realizar el presente estudio es evaluar:

A. La magnitud del problema Aunque no se cuenta con datos actuales del número exacto de las familias de acuerdo al INEGI, CONAPO Y SEDESOL; hay incremento paulatino de éstas, por lo que es trascendente involucrarnos en los principales problemas que están presentado estas.

B. Factibilidad el trabajo (Es posible llevar a cabo el trabajo en mi unidad medica ya que se cuenta con los recursos indispensables, como es el archivo clínico, vigencia de derechos , el departamento de estadística, un consultorio y pacientes que acuden a el diariamente.

Sin olvidar la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF), de la cual se recopilarán los datos necesarios para estructurar la Pirámide Poblacional).

C. Utilidad del trabajo (Los resultados servirán para conocer a las familias y las principales causas de la consulta e incidir sobre las medidas preventivas, tratamiento y rehabilitación de los usuarios; dichas estrategias sustentadas en hechos posibles al primer nivel de atención y buscando siempre un manejo digno e integral del paciente, por parte del Médico Familiar.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

Identificar las características de las Familias y Principales Causas de consulta de los usuarios del Consultorio número 15 del turno vespertino de la Clínica de Medicina Familiar “Valle de Aragón del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Netzahualcóyotl, Estado de México.

4.2 ESPECIFICOS

1. Identificar las diez (10) principales causas de la consulta en un año, en el período comprendido del mes de julio 2007 a junio del 2008.
2. Identificar los grupos de edad y sexo para construir una Pirámide Poblacional.
3. Identificar los diferentes tipos de familia según estructura y etapa del ciclo vital.
4. Identificar los principales factores de riesgo a los que está expuesta la familia
5. Aplicar la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF) datos individuales del seno familiar como nombre, edad y sexo de los padres, hijos y otros integrantes; ocupación , parentesco, escolaridad, estado civil, número de hijos, inmunizaciones, estado nutricional y enfermedades respiratorias y diarreicas agudas en menores de 5 años; así como algunas cifras de salud reproductiva y detección oportuna de cáncer.

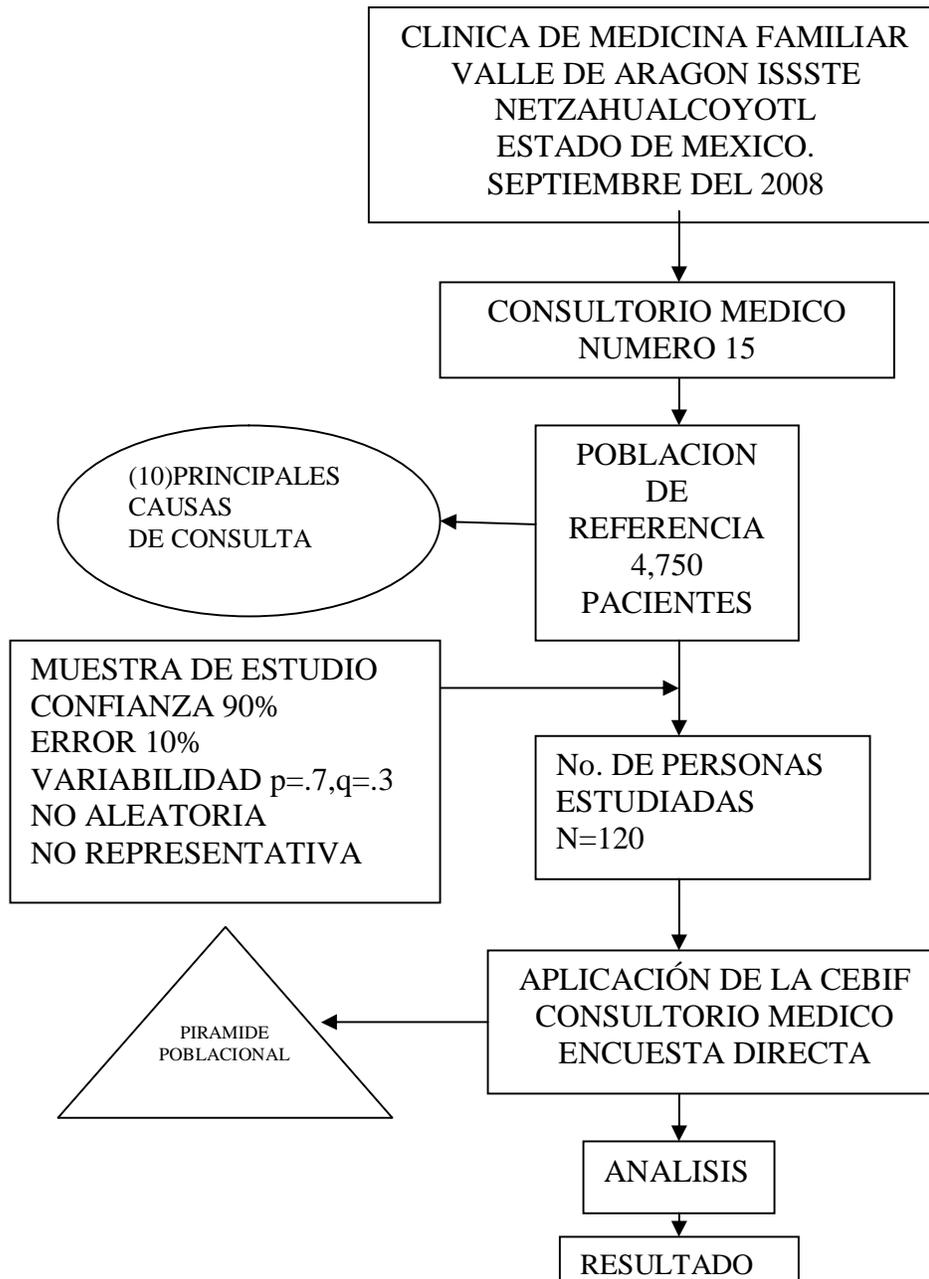
5. MATERIAL Y METODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Según la clasificación actual de los diseños de investigación, el estudio es observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, retrospectivo y cuantitativo

5.2 DISEÑO DE INVESTIGACION DEL ESTUDIO

Descripción esquemática del estudio



5.3 POBLACION

La población de referencia son los derechohabientes que acuden a la atención médica al consultorio número 15 del turno vespertino en un horario de 14 a 20 horas de la Clínica de Medicina Familiar “Valle de Aragón” (Clave: 151600) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), ubicada en Valle Yukón y del Carmen s/n Colonia Valle de Aragón 1ª. Sección , Municipio de Netzahualcóyotl, Estado de México. Sus diagnósticos serán vaciados en la hoja diaria de labores del médico, realizando el análisis de estas prospectivamente de mayo en adelante y retrospectivamente de julio del 2007 a junio del 2008.

5.4 MUESTRA

La muestra probabilística no aleatoria calculada se realiza por medio de la aplicación de la Fórmula(Variable Cualitativa) en la cual la población de referencia es menor de 10,000 elementos.

$$n_o = \frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot p} \left(1 + \frac{1}{N} \left\{ \frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot p} \right\} \right) = 115$$

n_o = Aproximación de la muestra

Z = Nivel de confianza (Máximo 99%, mínimo 90%)

P = Información de respuesta fácil (No negada)

q = Rechazan contestar (Negada)

E = Error o precisión (Máximo 10%, mínimo 1%)

P+q = La suma de ambas deben dar un resultado de 100%

N = Número total de elementos que constituyen la población.

La muestra de la investigación es “Mediana” con 120 elementos en estudio.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.

- A.** Inclusión: Los pacientes considerados son aquellos usuarios mayores de edad, de ambos sexos; que cuentan con vigencia de derechos y que acuden al consultorio número 15, que aceptan voluntariamente al cuestionario de “CEBIF” y expedientes debidamente ordenados en el archivo de la Clínica Valle de Aragón del ISSSTE

- B.** Exclusión: Se excluyen pacientes que no desean cooperar, los que acuden a la consulta por primera vez, adultos mayores encuestados que no den respuestas satisfactorias al estudio, foráneos y aquellos que no pertenecen al consultorio antes mencionado.

- C.** Eliminación: Se eliminan expedientes y cuestionarios con datos incompletos, los no vigentes y documentos extraviados ilegibles.

5.6. VARIABLES

Nombre Variable	Tipo	Escala de Medición	Código
1. Folio	Cuantitativo	Intervalo	1-120
2. Sexo	Cualitativo	Nominal	1. Fem 2. Masc
3. Edad	Cuantitativo	Intervalo	
4. Edo. Civil	Cualitativo	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión Libre 6. Otros
5. Años de Unión Conyugal	Cuantitativo	Razón	
6. No. De Hijos	Cuantitativo	Razón	
7. Ocupación	Cualitativo	Nominal	
8. Escolaridad en años	Cuantitativo	Intervalo	
9. Patología Familiar	Cualitativo	Nominal	1. Factores de riesgo 2. Causas de consulta 3. Referencias 4. Otras.
10. Estructura Familiar	Cualitativo	Nominal	
11. Ciclo vital de la familia	Cualitativo	Nominal	

5.7. METODO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

En la estructura fundamental de esta investigación, se estudia (1) un grupo en (1) una sola medición, con tipo de asignación no aleatoria; cuyo propósito del estudio es describir familias, analizando resultados con elementos estadísticos como porcentajes y frecuencia.

El instrumento utilizado para la recolección de la información será la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF) y la hoja del Informe Diario de Actividades del Médico.

5.8. ORGANIZACIÓN LOGICA DE ACTIVIDADES

- Selección del tema a investigar
- Diseño del mapa conceptual (Estructurando los temas y subtemas que integrarán el marco teórico)
- Organizar los documentos de libros y revistas en bibliorato
- Análisis y clasificación de documentos en (2) matrices para organizar en subtemas los contenidos de los documentos progresivamente seleccionados

La primera matriz corresponderá a los antecedentes sobre el tema (marco teórico y de referencias).

La segunda matriz para hacer una clasificación de aspectos técnicos para reunir principales características de los estudios que han hecho otros autores sobre el tema

5.9. DESCRIPCION DE LA SECUENCIA DE ACTIVIDADES.

- Se aplica Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF) en el consultorio de Medicina Familiar.
- El médico será quien aplique estas encuestas.
- Una vez teniendo la CEBIF, se fotocopiarán 120 juegos; ya leído y analizado el documento se realizará una prueba piloto posteriormente durante la consulta diaria de 14 a 20 horas y de lunes a viernes, se buscará espacio de 5 a 10 minutos para llevarlas a práctica o bien al finalizar la consulta.
- Se realizarán 5 CEBIF por día, al llegar a casa sus datos serán almacenados, creando una base de datos en computadora (Excel, etc) diariamente para que la información no se nos acumule.
- Al terminar las 120 CEBIF se procederá a la construcción de la Pirámide Poblacional y a su análisis estadístico
- Previa autorización del jefe de archivo y del departamento de estadísticas se recolectan las hojas de informe diario del médico, para obtener las diez principales causas de la consulta y referencias (formas SM-12-17) a Hospital.
- Así mismo en espacios libres de tiempo se estará realizando la lectura y resumen de revistas y libros, o el uso de Internet; dejando los fines de semana para mecanografiar resultados y afinar detalles
- Se retoma la captura de información y la base de datos electrónica.
- Analizan resultados finales.
- Se conforma la discusión, obteniendo conclusiones.
- Y finalmente logrando el diseño del Diagnóstico Situacional.

5.10. MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS

SESGOS: SIMA (SELECCIÓN, INFORMACION, MEDICION Y ANALISIS)

5.10.1 SESGO DE SELECCIÓN:

Se detectan sesgos en el proceso de selección de entrevistados, ya que no es fácil lograr que sean los que realmente nos oferten respuestas claras y en el menor tiempo posible; además en la selección de documentos (revistas, libros, etc.) hay sesgo para incorporar al trabajo los más útiles. En ambos casos por buscar, se adecuen a las necesidades y propósitos del estudio.

5.10.2 SESGO DE INFORMACION:

Se reconoce que hubo un sesgo de información, dependiente de la calidad y veracidad de las respuestas otorgadas por los entrevistados.

5.10.3 SESGO DE MEDICION:

En el parámetro de medición se encuentra sesgo al no lograr inicialmente encontrar la mecánica para almacenar y mostrar los cálculos de los datos que se van obteniendo

5.10.4 SESGO EN EL ANALISIS:

Existe sesgo al estar analizando los datos, ya que para ordenarlos, clasificarlos y agruparlos; el factor tiempo y las múltiples fuentes, hacen caer en imprecisiones, que fueron desvaneciéndose conforme se avanzó en la investigación.

Para evitar sesgos, por tanto; se tiene que ser metódico, hay que organizarse, tener calma y no tropezar en la desesperación; para ello se necesita de disciplina; así como esfuerzo en cada una de las acciones, siempre teniendo en cuenta el valor que representa el estudio que se esta gestando.

5.11 PRUEBA PILOTO

Una vez que se contó con la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF), se analizó y buscó la forma de aplicarla adecuadamente (Simulando una auto-entrevista). Durante una semana con 20 unidades de este documento en

observación se inició una prueba piloto en la que se pudo detectar aspectos de tiempo y espacio que ayudaran a la realización más asertiva de las preguntas, esperando respuestas más prontas y verídicas de los entrevistados

Se comentó con el asesor acerca de modificar el esquema del formato de CEBIF ampliándolo en computadora y retirando algunos datos que no son de suma importancia para la investigación.

Esta prueba ayudó a calcular el tiempo aproximado en el cual debemos terminar con entrevistas y llenados de cuestionarios (5 al día, de lunes a viernes entre el lapso de 14 a 20 horas por 4 semanas) dentro del horario de la consulta externa, buscando sobre todo tiempo-espacio para lograr la meta esperada.

Dicha prueba piloto realizada durante una semana, tomó en cuenta además, los tiempos que requerirán: la recolección, lectura y síntesis de revistas o libros; recabar y vaciar datos conforme se vayan logrando a la computadora, así como el transcurrir que consume el asesoramiento continuó para lograr terminar la investigación en el tiempo deseado.

5.12. PROCEDIMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO

Se selecciona como procedimiento de análisis de acuerdo a los objetivos (general y específicos): la estadística descriptiva, realizando gráficas y tablas para representar los resultados obtenidos.

5.13 CRONOGRAMA

Etapas generales de la planeación:

Actividades	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Marco teórico	X	X	X		
Material y Métodos	X	X	X	X	
Recolección de datos	X	X	X		
Almacenamiento de Información	X	X	X		
Análisis de resultados			X		
Integración del reporte final			X	X	
Entrega del trabajo				X	X

- Año 2008

5.14. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

Los recursos utilizados en el estudio fueron:

1. Humanos

Investigador (médico)

Tutor o Asesor.

Profesores

Colaboradores (pacientes-usuarios encuestados)

2. Materiales

Papelería (hojas, lápices, plumas, marcadores, goma, corrector , calculadora, cuaderno de notas)

Fotocopiado

Computadora

Memoria-electrónica

Muebles de oficina, estudio, consultorio y aula.

3. Financieros

Los necesarios para llevar a buen fin la investigación

5.15 CONSIDERACIONES ETICAS

Dentro de la medicina familiar, el médico y el personal de la salud tienen la obligación de actuar conforme al “Juramento Hipocrático” filosóficamente hablando; y pegado legalmente al “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México”, que en el Título Quinto , artículo 98 menciona que “en las instituciones de salud bajo la responsabilidad de directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán una comisión en investigación y una comisión de ética, en caso de que se realicen investigaciones en seres humanos”.²⁵

En el Diario oficial de la Federación se publicó el miércoles 31 de julio del 2002 el “Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal”, consistente en prevenir y abatir las prácticas de corrupción e impunidad para impulsar la mejora de la calidad en la gestión pública con propósito de asegurar a la ciudadanía certidumbre en cuanto a las actividades de las instituciones de gobierno Otro controlador ético es la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial”. Adoptada en la 18ava Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia en junio de 1964 y enmendada en a 52ava Asamblea General de Tokio, Japón, 2004; que controla la investigación con seres humanos a espaldas de todo desarrollo metodológico moderno.²⁵

Además debemos basar nuestra actuación en los “Lineamientos” Internos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Y “Arbitraje Médico”, entre otros.

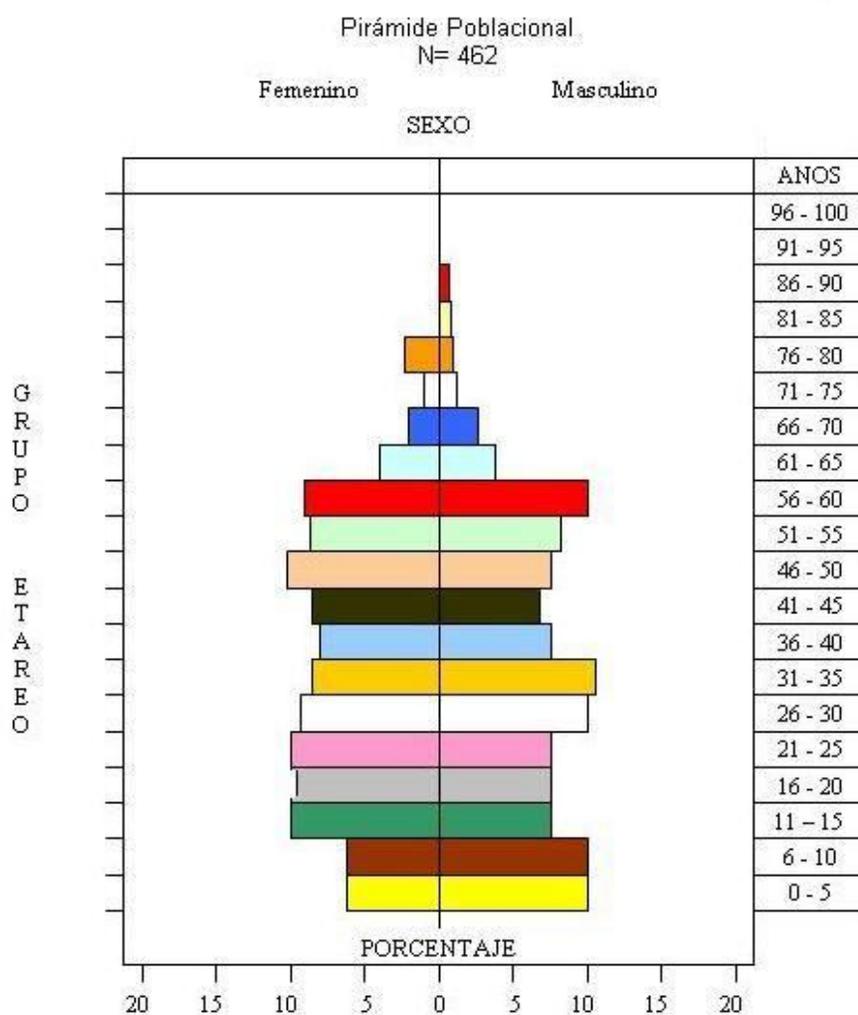
Todos ellos invitan a la adhesión a una conducta integra con normas morales de respeto, honestidad y sinceridad; haciendo a un lado discriminación, interés, sexo, edad, raza, credo, religión, lucro o preferencia política.⁵

6.- RESULTADOS

Tomando en cuenta a las 120 familias encuestadas en el consultorio número 15 de la Clínica de Medicina Familiar “Valle de Aragón” del instituto de seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se obtuvieron los siguientes resultados:

Se identifico a una población total de (n =462) individuos de los cuales 25 (48.8%) correspondieron al sexo femenino y 237 (51.2%) al sexo masculino, con una relación mujer/hombre de 0.94/1.0. El grupo de edad que predomino fue de 56 a 60 años (40 elementos) 8.6% de la población. (grafica 1).

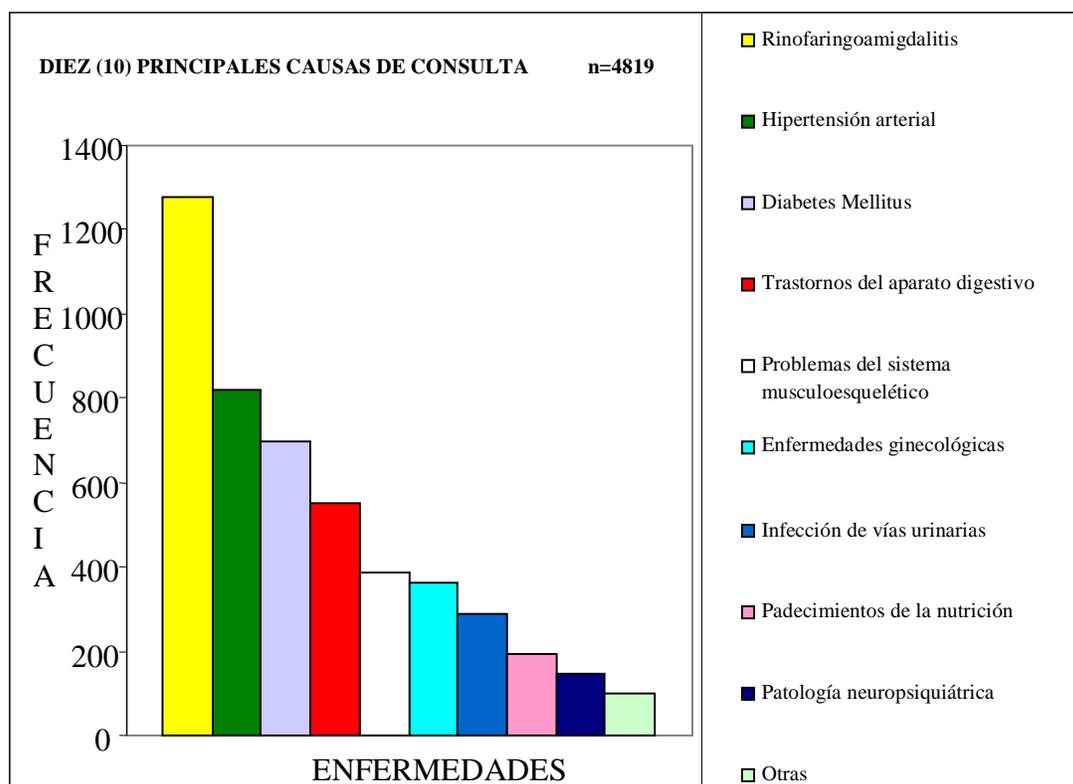
Gráfica 1



Fuente: CEBIF

En la revisión del Informe Diario de Labores en el lapso de un año, de julio del 2007 al mes de junio del año 2008, en el consultorio se registraron un total de 4,819 consultas otorgadas; es decir, el 3.2% del gran total de 148,774 consultas de la Unidad Familiar en general en el año, donde se encontró que los 10 principales motivos de demanda de atención médica por orden de mayor a menor frecuencia fueron infecciones agudas del aparato respiratorio (rinofaringoamigdalitis) 1,277 consultas (26.4%), hipertensión arterial 821(17.0%), diabetes mellitus 698(14.4%), trastornos del aparato digestivo 553(11.3%) , problemas del aparato musculoesquelético 386 (8.1%), enfermedades ginecológicas 362(7.5%), infección de vías urinarias 289(5.9%), padecimientos de la nutrición 192(4.0%), patología neuropsiquiátrica 144 (2.8%)y otras (conjuntivitis, dermatitis, ametropías, exantemáticas, postquirúrgicos, dentales y control del paciente sano, etc.) 97(2.0%).

Gráfica no. 2



Fuente: Informe Diario de Labores del Médico

Los diez (10) principales diagnósticos como causa de referencia (pases a hospital), en el año registraron en total 418, de los cuales en orden descendente fueron: 1. Lumbodorsalgias crónicas 115(27.5%), 2. rinosinusitis crónica 82(19.6%), 3. esguinces 51(12.2%), 4. problemas oculares 38 (9.0%), 5. cardiopatía hipertensiva 32(7.6%), 6. diabetes mellitus descompensada 26(6.2%), 7. enfermedad ácido péptica rebelde 24 (5.7%), 8. mastopatías 21(5.0%), 9. rehabilitación 17(4.1%), y 10. envío a realización de estudios auxiliares diagnósticos, como endoscopías, ECG, mastografías 12(2.8%) Tabla 1

Diez (10) principales diagnósticos de referencia a Hospital

(En un año: de julio del 2007 al mes de junio del año 2008).

Tabla 1

Causas	# Pases	Porcentaje
1. Lumbodorsalgias crónicas	115	27.5%
2. Rinosinusitis crónica	82	19.6%
3. Esguinces	51	12.2%
4. Problemas oculares	38	9.0%
5. Cardiopatía hipertensiva	32	7.6%
6. Diabetes Mellitus descompensada	26	6.2%
7. Enfermedad ácido péptica rebelde	24	5.7%
8. Mastopatías	21	5.0%
9. Rehabilitación	17	4.1%
10 Envío a realización de estudios auxiliares diagnósticos (Endoscopía, ECG, Mastografía, etc).	12	2.8%

*Total de pases al año 418

Fuente: Informe diario de labores del medico (ISSSTE)

Diez (10) principales causas de consulta del consultorio número 15 del turno vespertino de la Clínica “Valle de Aragón” ISSSTE.

(En un año: del mes de julio del 2007 al mes de junio del año 2008)

Tabla 2

	Causas	# Consultas	Porcentaje
1.	Rinofaringoamigdalitis	1277	26.4%
2.	Hipertensión arterial	821	17.0%
3.	Diabetes Mellitus	698	14.4%
4.	Trastornos del aparato digestivo	553	11.3%
5.	Problemas del sistema musculoesquelético	386	8.1%
6.	Enfermedades ginecológicas	362	7.5%
7.	Infección de vías urinarias	289	5.9%
8.	Padecimientos de la nutrición	192	4.0%
9.	Patología neuropsiquiátrica	144	2.8%
10.	Otras : Conjuntivitis Dermatitis y exantemáticas Postquirúrgicos, Dentales Control del paciente sano etc.	97	2.0%

Total de consultas / anual: 4,819

Fuente: Informe diario de labores del médico (ISSSTE)

Relación del número de consultas (mensual/anual) de la Clínica Valle de Aragón , y en particular del consultorio 15, correspondiente al período julio 2007 al mes de junio 2008.

Tabla 3

Mes	Clínica	Consultorio #15	Porcentaje
Julio 2007	12,365	466	3.7%
Agosto 2007	14,122	479	3.3%
Septiembre 2007	12,863	413	3.2%
Octubre 2007	13,092	246	1.8%
Noviembre 2007	12,134	398	3.2%
Diciembre 2007	9,998	394	3.9%
Enero 2008	12,934	499	3.8%
Febrero 2008	12,121	212	1.7%
Marzo 2008	11,405	419	3.6%
Abril 2008	13,627	431	3.1%
Mayo 2008	12,106	427	3.5%
Junio 2008	12,007	435	3.6%
Promedio / mensual	12,397	401	3.2%
Total / anual:	148,774	4,819	

- El Consultorio 15 cuenta con un total de 4750 expedientes.

Fuente: Departamento de Estadística (ISSSTE)

Diez (10) principales diagnósticos de referencia a Hospital
(En un año: de julio del 2007 al mes de junio del año 2008).

Tabla 4

Causas	# Pases	Porcentaje
1. Lumbodorsalgias crónicas	115	27.5%
2. Rinosinusitis crónica	82	19.6%
3. Esguinces	51	12.2%
4. Problemas oculares	38	9.0%
5. Cardiopatía hipertensiva	32	7.6%
6. Diabetes Mellitus descompensada	26	6.2%
7. Enfermedad ácido péptica rebelde	24	5.7%
8. Mastopatías	21	5.0%
9. Rehabilitación	17	4.1%
10 Envío a realización de estudios auxiliares diagnósticos (Endoscopía, ECG, Mastografía, etc).	12	2.8%

Total de pases / año: 418

Fuente: Informe diario de labores del médico (ISSSTE)

Las ocupaciones derivadas de la CEBIF más frecuentes son: 1. estudiante con 112(24.2%), 2. ama de casa (hogar) 85(18.3%), 3. servicios diversos 41 (8.8%), 4. empleado 39(8.4%), 5. profesional 36(7.7%), 6.jubilado 28(6.0%), 7. menor de edad 27(5,8%), 8.subempleado(25(5.4), 9.obrero 20(4.3%), 10.conductor, chofer 15(3.2%), 11.desempleados 13(2.8%), 12. técnico 12(2.5%), 13. otras ocupaciones 7 (1.5%) y 14.directivo 2.(0.4%). Siendo los estudiantes y las amas de casa las más numerosas y el directivo el menor reportado. Tabla 5

Tabla 5
Ocupaciones

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
1. Estudiante	112	24.2%
2. Ama de casa (hogar)	85	18.3
3. Servicios diversos	41	8.8
4. Empleado	39	8.4
5. Profesional	36	7.7
6. Jubilado	28	6.0
7. Menor de edad	27	5.8
8. Subempleado	25	5.4
9. Obrero	20	4.3
10.Conductor (chofer)	15	3.2
11.Desempleado	13	2.8
12.Técnico	12	2.5
13.Otras ocupaciones (no especificadas)	7	1.5
14.Directivo	2	0.4

Fuente: CEBIF

Entre las 120 familias el número de hijos en total fue de 216: predominando los hijos de 20 años o más con 86(39.8%), los menores de 5 años con 22(10.1%) y 43 familias (35.8% del total) cuenta con 2 hijos, siendo la cifra más frecuente; sólo 4 hogares no tienen hijos.

Al respecto del estado civil: la mayor parte de parejas son casadas 88(73.3%), 17(14.2%) viven en unión libre,, 6(5.0%)I divorciadas, 5(4.1%) viudos y los menos los solteros 4(3.4%) del total de las familias Tabla 6.

Tabla 6

Estado Civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
1. Casado	88	73.3%
2. Unión Libre	17	14.2%
3. Divorciado	6	5.0
4. Viudo	5	4,1
5. Soltero	4	3.4

Fuente: CEBIF

Años de unión conyugal: el tiempo más constante referido en esta unión fue de más de 20 años en 59 parejas (48.5%) y tan sólo 10(8.7%) tienen de 1 a 5 años, las demás 51(42.8%) de 6 a 19 años juntos.

Se encuentra que las vacunas en los 33 niños de 0-5 años que mostró la encuesta de CEBIF, se obtuvieron: que en menores de 1 año el esquema de inmunizaciones fue completo en 11 niños (78.5%) e incompleto en 3 (21.5%); y que de 1-5 años: 19(100%) presentaron vacunación completa y 0(0%) incompleta.

En general de 0-5 años, el 89.2% completa y tan solo el 10.7% incompleta.

El estado nutricional de los niños de 0-5 años se encuentra normal en 22(66.3%), desnutrición en 3(8.8%) y obesidad en 8(24.9%).

Los cuadros por año de IRAS (infecciones respiratorias agudas) y de EDAS (enfermedades diarreicas agudas) fueron:

Tabla 7

IRAS (INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS)

Menores de 3 años

No. Niños	Porcentaje	No. veces/año
3	20.0%	0
11	73.3%	1-4
1	6.6.%	5 ó más

De 3-5 años

No. Niños	Porcentaje	No. veces/año
1	5.5%	0
13	72.2%	1-4
4	22.2%	5 ó mas

Fuente: CEBIF

EDAS (ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS)

Menores de 3 años

No. Niños	Porcentaje	No. veces/año
4	26.3%	0
11	73.3%	1-4
0	0.0%	5 ó más

De 3-5 años

No. Niños	Porcentaje	No. veces/año
6	33.3%	0
10	55.5%	1-4
2	11.1%	5 ó más

Fuente: CEBIF

En la salud reproductiva se encontraron las siguientes cifras: de las 120 parejas de la CEBIF, hubo 6 embarazadas (5,0%), y 114 no embarazadas (95.0%); 87(72.5%) sí utilizan método de planificación familiar, 33(27.5%) no usan método para planificar. Los tipos de métodos utilizados se describen a continuación:

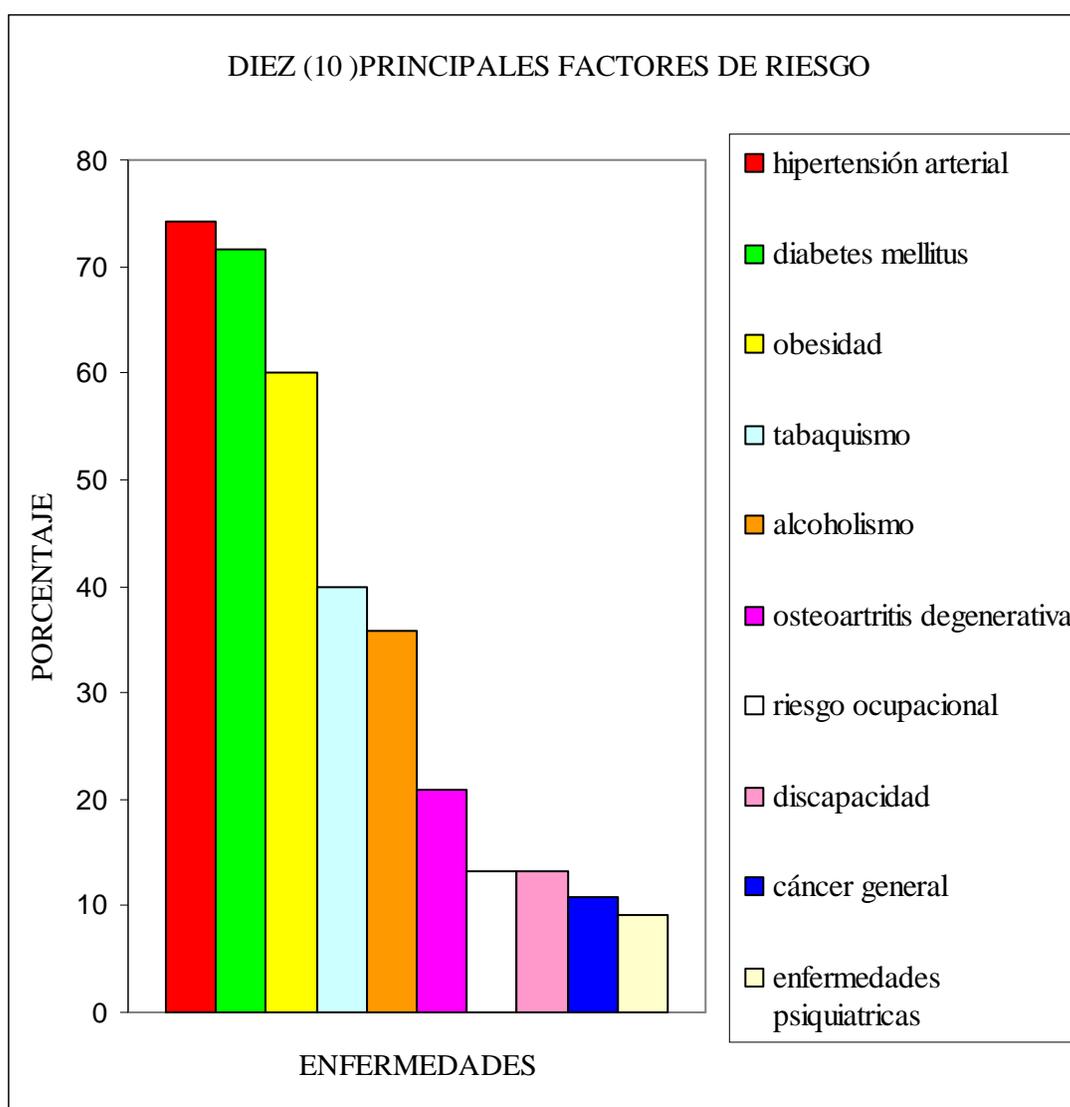
Tabla 8

Método	Número- Parejas	Porcentaje
1. Salpingoclasia	54	45.0%
2..Dispositivo intrauterino	11	9.1%
3.Preservativo	10	8.3%
4.Coito interrumpido	5	4.1%
5.Vasectomía	4	3.3%
6.Hormonal oral	1	0.8%
7.Hormonal inyectable	1	0.8%
8.Ritmo	1	0.8%
9, Histerectomía (*)	12	12.0%

Fuente: CEBIF

La detección de cáncer nos muestra que el 58.9% de las mujeres (madres) sí se realizan DOC(detección oportuna de cáncer) de cáncer cervicouterino cada año; mientras que el 41.1% no se lo realiza; el 64.9% sí se llevaron a cabo DOC de mama, el 35.1% no se la hizo en el último año únicamente el caso (0.8%) resultó positivo a cáncer de mama, ninguno positivo a cacu.

Los factores de riesgo patológicos familiares en orden progresivo descendente son: hipertensión arterial 74.1%, diabetes mellitus 71.6%, obesidad 60.0%, tabaquismo 40.0%, alcoholismo 35.8%, osteoartritis degenerativas 20.6%, riesgo ocupacional y discapacidad 13.3% respectivamente cáncer en general 10.8%, enfermedades psiquiátricas 9.1%, enfermedades del corazón 7.5%, asma 5.8%, insuficiencia renal y desnutrición 3.3% cada una, violencia intrafamiliar 2.5%, hepatitis 1.6% y anorexia/bulimia 0.8% . Del total de hipertensión arterial e 1.6% no llevan control de la enfermedad, 6.6% de los diabéticos y el 70.0% de los obesos están descontrolados. **Grafica no..3**



FUENTE:CEBIF

En cuanto al apoyo a cuidadores lo encontramos en 12 familias, es decir en el 10% del total; de los cuales los encargados más frecuentes son los padres en el 6.6% de casos, le sigue la familia en general con 25.0% y tíos con 8.3%.

El integrante de la familia a quien cuidan es al padre con 41.6%, a los abuelos 25.0% y aun hijo y a la madre 16.6%

Los motivos por el cual necesitan ser apoyados se indican en la siguiente tabla:

Tabla 9

Motivo	Número	Porcentaje
1. Secuela de EV C(enf. vascular cerebral)	2	16.6%
2. EPOC (oxigenodependientes)	2	16.6%
3. Secuelas de diabetes mellitus	2	16.6%
4. Sx de disfunción cerebral	1	8.3%
5. Sx Down	1	8.3%
6. Secuela de meningioma cerebral	1	8.3%
7. Deformidad degenerativa de cadera	1	8.3%
8. Artritis reumatoide deformante	1	8.3%
9. Glaucoma bilateral avanzado	1	8.3%

Fuente: CEBIF

La clasificación estructural de las familiar mostró a la familia nuclear simple con mayor porcentaje 60.0% le siguen la familia nuclear con 15%, nuclear numerosa 7.5%, monoparental 5.8%, extensa 5.0% monoparental extendida 4.2% y reconstruida (binuclear) 2.5%. Tabla.

Tabla 10

Clasificación estructura de las familias:

Tipo de familia	No. Familias	Porcentaje
1. Nuclear simple	72	60.0%
2. Nuclear	18	15.0%
3.Nuclear numerosa	9	7.5%
4.Monoparental	7	5.8%
5.Extensa	6	5-0%
6.Monoparental extendida	5	4.2%
7.Reconstruida (binuclear)	3	2.5%
Total	120	100.0%

Fuente : CEBIF

7. DISCUSION

Este estudio es un adecuado acercamiento al estado de salud de población que acude al consultorio 15 de la Clínica Valle de Aragón del ISSSTE: El conocer las características demográficas es comprometernos con los problemas que nos aquejan y buscar mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes: controlar cáncer de mama y Cervico-uterino (siendo este último la causa más frecuente de muerte en la mujer, se informan 4,600 casos por año en México y se reportan 470,606 muertes anuales a nivel mundial).²⁰

Está en manos de nosotros médicos familiares seguir insistiendo y vigilando que las revisiones de mama y sobre todo la toma del papanicolao se lleven a cabo continuamente, ya que en esta investigación se encontró que un número considerable de mujeres no se han realizado dichos estudios hace años .

Se conoció la estructura familiar, recopilando datos para construir la pirámide poblacional en la cual se observó en total 120 familias encuestadas con una población total de 462 individuos, predominando a diferencia lo esperado el sexo masculino, con respecto a lo manejado en el XII Censo General de Población efectuado en el año 2000 en México, en el que se reportaron 47,354,386 hombres y 50,007,325 mujeres de la población total.;¹⁹ Sin embargo no tiene un significado relevante ya que en el estudio de salud familiar (ESF) realizado, se llevo a cabo con una muestra no representativa.

El grupo etáreo más frecuente fue el comprendido entre 56 a 60 años , se relaciona con el dato que se desprende también del ya mencionado (último Censo) el cual indica que la esperanza de vida está incrementándose a 74.7 años¹⁹, esto quiere decir que el médico familiar tendrá la tarea de manejar cada vez más pacientes longevos con lo cual se propicia la aparición de las enfermedades que integran el síndrome metabólico como la diabetes, la hipertensión y la aterosclerosis con todas sus complicaciones, siempre costosas para el paciente, su familia y la sociedad en general.¹² Esto indica que la población no solo de México sino a nivel mundial, está envejeciendo

En cuanto a la Atención del Niño (menores de 5 años) continúan siendo las infecciones respiratorias agudas (IRAS) las que prevalecen sobre las diarreicas (EDAS); la frecuencia es similar a la reportada por el Dr. Valenzuela en su Manual de Pediatría quien afirma que las enfermedades respiratorias son los padecimientos más frecuentes en las primeras etapas

de la infancia debido a las características anatómicas como rinofaringe pequeña y estrecha, abundante tejido linfoide; lo que explica una deficiencia respiratoria funcional del lactante, la cual limita la expectoración y eliminación de secreciones.²⁶

En un futuro se espera que disminuyan aún más las EDAS (infecciones diarreicas agudas) ya que se está trabajando bien en infantes y principalmente en lactantes, ya que al inicio del cuadro los padres (sobre todo la madre) están alertas a estos problemas y acuden oportunamente a la consulta externa o al servicio de urgencias, donde gracias a la ayuda del suero oral y una valoración adecuada es raro observar datos de deshidratación. Caso contrario a las IRAS que debido a eventos como la contaminación ambiental, el debilitamiento de la capa de ozono, las modificaciones de las estaciones del año y la persistencia del consumo de tabaco primordialmente en sitios cerrados, traen un pronóstico nada alentador, sobre todo en los menores y los adultos mayores en los que se presentan cada vez más trastornos obstructivos crónicos, en la consulta existen varios pacientes con EPOC oxigenodependientes lo que hace años no se observaba regularmente.

También cada día existe mayor cobertura de inmunizaciones según las encuestas de CEBIF son mínimos los casos en los cuales en niños de 0 a 5 años presentan esquema de vacunación incompleto

Esto significa que el esfuerzo a nivel nacional e internacional de las instituciones sanitarias está logrando alcanzar las metas trazadas.²⁰ Lo cual traerá consigo menos cuadros en relación a la cobertura de las enfermedades que previenen, constituyendo un recurso privilegiado de intervención sanitaria no solo en los niños, también en el adulto mayor actualmente.

Se identifican las diez principales causas de demanda de consulta y los resultados son similares en comparación con “las 25 causas de consulta más frecuentes en el primer nivel de atención” descritas en la Guía Normativa, Diagnóstica y Terapéutica²⁶ la cual enlista de igual forma las infecciones respiratorias seguidas de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus que traducido al campo clínico alerta al médico de la familia a seguir preparándose y buscar un manejo asertivo a estos casos comunes y sobre todo en pacientes con cuadros respiratorios, esencialmente en niños en donde hay que dar a conocer a los familiares los signos de alarma ante una complicación de dificultad respiratoria, aún más

en la temporada invernal donde son más constantes y peligrosos. La hipertensión y la diabetes por su parte son consideradas como los principales problemas de salud pública en México, en el 2002 la diabetes incluso ocupó el segundo lugar en muertes hospitalarias²⁰, es la primera causa de ceguera, insuficiencia renal y amputación no traumática; además que su requerimiento financiero para su tratamiento es a menudo insuficiente. Por otro lado la hipertensión arterial es encontrada en el 30% de la población, y gran parte desconoce ser portador; siendo individuos potencialmente a manifestar tarde o temprano las complicaciones de los órganos de impacto y llegar incluso a la muerte. Es prioritario pues, que el médico se proponga trabajar intensa, integral y continuamente en el consultorio a su cargo; promoviendo un medio ambiente sano a través de acciones de fomento a la salud, especialmente poniendo en marcha medidas preventivas acordes a las necesidades específicas a cada una de las principales causas de consulta diaria.

Los factores de riesgo como elementos potencialmente peligrosos para la salud más frecuentes detectados en el presente estudio, siguen siendo (acorde a la literatura): en primer lugar la hipertensión arterial, seguida de la diabetes mellitus, la obesidad, el tabaquismo y el alcoholismo. Ya se menciono acerca de los primeros ; en cuanto a la obesidad la OMS señala que esta es considerada como la segunda enfermedad mortal prevenible en el mundo, después del tabaquismo;²⁰ es un padecimiento que produce y agrava diversas patologías, también considerado un problema de salud pública capaz de causar muerte prematura. La importancia clínica de realizar campañas para evitar el consumo del tabaco y alcohol radica en las secuelas a largo plazo que suelen presentarse, como EPOC y cáncer broncogénico; hepatitis, cirrosis e insuficiencia hepática respectivamente . Es en 1984 cuando por primera vez la “Ley General de Salud” ante tal situación consideró las adicciones, farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo como un problema de salubridad general.²⁰

Es necesario dar a conocer al paciente que existen estos factores de riesgo e informarle con respecto a los daños que son capaces de producir a largo plazo y que está en sus manos tomar las medidas preventivas necesarias para anteponerse al daño.

En el núcleo familiar el tipo de familia con base en el parentesco que sobresalió fue la nuclear simple, esto quiere decir que todavía la población adscrita a mi consultorio cumple

con los roles “tradicionales” en donde la mayor parte del familiar están constituidas por padre , madre y de 1 a 3 hijos ; además indica la responsabilidad de procrear menos hijos para ofrecerles mejores expectativas y así cumplir adecuadamente con las funciones de afecto, cuidado, estatus y socialización que solicita toda familia.⁵ También nos habla que el mexicano está haciendo a un lado su machismo donde preferencia a otorgar una mejor atención, educación y calidad de vida a su familia.

8. CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación realizada en el presente estudio de salud, sí se logró resolver el problema planteado; se identificaron las características de las familias: se pudo determinar que la mayoría de parejas cuentan con dos hijos, el grupo etáreo más frecuente fue el comprendido entre 56 y 60 años, la unión libre está sufriendo un incremento paulatino; se observó que la familia con base en el parentesco que predominó ampliamente fue la nuclear simple; de acuerdo a la estructura familiar la nuclear; con base a la presencia física y de convivencia es el núcleo integrado y considerando el ciclo vital (Geyman) la mayoría se encuentra en fase de dispersión.

Las diez principales causas de consulta fueron: 1. Infecciones agudas del aparato respiratorio (rinofaringoamigdalitis), 2 hipertensión arterial, 3.diabetes mellitus, 4.trastornos del aparato digestivo, 5.problemas del aparato musculoesquelético, 6.enfermedades ginecológicas, 7.infecciones de vías urinarias, 8.padecimientos de la nutrición , 9.patología neuropsiquiátrica y 10.otras (conjuntivitis, dermatitis, ametropías , exantemáticas, postquirúrgicas, dentales y control del paciente sano, etc).

Los principales factores de riesgo patológicos familiares en orden progresivo descendente son:1. hipertensión arterial, 2. diabetes mellitus, 3. obesidad, 4. tabaquismo, 5.alcoholismo, 6.osteoartritis degenerativa, 7. riesgo ocupacional y discapacidad, 8.cáncer en general, 9.enfermedades psiquiátricas, 10.enfermedades del corazón, 11.asma, 12.insuficiencia renal y desnutrición, 13.violencia intrafamiliar, 14. hepatitis y 15.anorexia y bulimia.

Se puede determinar que se alcanzaron los objetivos trazados, tanto general como los específicos en estudio

Con base a los resultados obtenidos, se pueden hacer las siguientes recomendaciones: Para lograr mejoras en las familias de cada uno de los pacientes, es necesario construir un medio ambiente de respeto y comunicación entre el médico y el paciente; en el cual se gane confianza mutua, teniendo así argumentos para enfrentar al complejo de la salud enfermedad. Otra recomendación sería fomentar la educación para la salud en forma continua; Orientar en forma clara al usuario acerca de cada uno de los servicios de salud que le otorga la clínica de medicina familiar, saber escuchar al enfermo para recabar la información necesaria para un mejor manejo y detección de sus problemas, buscando sobre

todo realizar una labor de tipo preventivo, antes que tratar o rehabilitar el daño. Y por último, hacerle saber al paciente de que forma puede llevar a cabo profilaxis fuera del consultorio, con los integrantes de su familia y con su comunidad.

Que la institución a través de las autoridades correspondientes siga buscando alternativas para que el derechohabiente cada día se sienta bien dentro del centro de salud, haciéndole saber con hechos la importancia que representa; mejorando los servicios, supervisando que no escaseen los medicamentos sobre todo los utilizados para las principales causas de consulta como hipertensión, diabetes e infecciones respiratorias, u otros materiales indispensables relacionados a la práctica médica. ; acortando los tiempos de espera y comprometiéndose a dar trato digno en la permanencia del paciente en la unidad de salud. Además actualizando al médico familiar para que este logre mantener recientes los criterios de manejo sobre todo respecto a las entidades mas comunes como causa de la consulta diaria y los factores de riesgo que más afectan a nuestra comunidad, una vez que ya se conocen las características esenciales de las familias que la población adscrita a nuestro consultorio.

El equipo de salud por su parte debe buscar el cambiar o mejorar la imagen negativa que muchos pacientes tienen de nuestro instituto, dando un trato que sobre todo sea cálido y sincero, desde que llega el usuario hasta que se marcha del inmueble. El personal médico, dental, enfermería, trabajo social y administrativo deben ser determinantes para llevar a cabo en forma continuada la educación para la salud en las salas de espera en forma sencilla y sobre todo entendible, de tal manera que el público allí reunido haga conciencia de la importancia que tiene el conocer su enfermedad y si aún no la tiene; darle herramientas para poder prevenirla.

Por su parte medicina preventiva debe continuar con su labor, promocionando las diversas vacunas tanto en niños como adultos mayores, a pesar de que la responsabilidad y el conocimiento para aplicarse dichas inmunizaciones va en incremento.

Hay mucho que hacer por parte del médico familiar frente a la consulta externa y su comunidad usuaria, sin embargo esperemos que cada día hagamos conciencia de la responsabilidad que tenemos como galenos y nos sensibilice para realizar investigaciones más completas que busquen estrategias para encontrar datos útiles dentro de nuestra

población que puedan auxiliar al médico para entender sus problemas de salud más frecuentes y ayuden a solventarlos en una forma más integral y sobre todo continua.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Federico Ortiz Quezada, Diagnóstico(La medicina y el hombre en el mundo moderno),”Introducción” ,ed..José Bejarano ,la .ed.,Méx. D.F.,ed.Everest Mexicana: 2004,pp.13 y 180.
2. “Perfil del Médico Familiar”,disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_familiar. Impreso:7 agosto 2008.
3. Santiago Rodríguez Castro, Diccionario Etimológico griego-latín del Español, ed .Esfinge,14ª.ed.,México:2007,pp.41-191.
4. Apolinar Membrillo Luna, Miguel Ángel Fernández Ortega, José Rubén Quiroz Pérez, José Luis Rodríguez López, Familia(Introducción al estudio de sus elementos),”Clasificación o tipología de la familia”,ed.ETM:2008,pp.33-71.
5. “5º.Coloquio Nacional y 3º.Internacional de Profesores Investigadores en Medicina Familiar”,Revista:Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, editor Francisco J.Gómez Clavelina, Arnulfo Irigoyen Coria, Efrén Raúl Ponce Rosas, Archivos en Medicina Familiar, An Internacional Journal Vol.7(1):2005,pp.8-16.
6. Arnulfo E. Irigoyen Coria, Herlinda Morales López, Nuevos Fundamentos de la Medicina Familiar, Cap.3 “Elementos para un análisis de la estructura familiar”,cap`.11”Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar :MOSAMEF”,cap.12 “Lineamientos para la elaboración de estudios de salud familiar :Ciclo vital de la familia, desarrollo y funciones de la familia”,ed.MFM,3ª.ed.corregida.Méx. D.F.:2007,pp.45-53,151-169 y 171-203.
7. Carmen García Peña, Onofre Muñoz ,Luis Durán, Felipe Vázquez ,La medicina familiar en los albores del siglo XXI,”Medicina Familiar :problemas y perspectivas del futuro”,Ed.CAMS-IMSS,la.ed.Méx.DF:2006,pp.21-37 ,298-300.
8. “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata(16 de nov.2007),disponible en http://es.Wikipedia.org/w/index.php?title=Conferencia_Internacional_sobre_Atenci%C3%B3n_Primary_de_Salud_de_Alma_At Impreso:17 agosto 2008

9. A.Martín Zurro, Atención Primaria de Salud, ed. El sevier, 5ª. ed., Madrid, España, vol.1:2000, p.105-107.
10. Alexandre Kalache, "Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad", disponible en : http://www.who.int/hpr/ageing/af_report.pdf 2005; impreso 7 agosto 2008.
11. Pons Alvarez, "XIX Congreso Nacional y 1º. Estatal de Medicina Familiar" (Villahermosa, Tabasco), Rev. Atención Familiar , ed. Departamento de Medicina Familiar, UNAM:2006, vol 13(4), pag.71.
12. Eduardo Rueda, "Editorial", 1er Contacto (Medicina de Primer Nivel), año 6, no.15, febrero:2006, p.1.
13. "PROFAM" Programa de Educación Continua a Distancia de Salud Familiar , Rev .Educación Médica .vol .7(4), Barcelona ,España ,Oct/Dic. :2004.
14. José Luis Turabian , Cuadernos de Medicina de la Familia y Comunitaria, "Qué es la Atención Primaria", ed. Díaz de Santos SA, Toledo, España, 1992.
15. G.Foz Gil, J.Gofin, I .Montaner Gomis, "Atención Primaria Orientada a la Comunidad" , pp.345-363 .
16. Bruce W.Goldberg, Atención Primaria Basada en la Población, ed. Masson, 6ª.ed .Barcelona, España, pp. 44-50.
17. Gómez CFJ , Irigoyen CEA, Ponce RER, Material Didáctico del Curso de Metodología de la Investigación para la Tesis, Curso Especialización en Medicina Familiar, Departamento de Medicina Familiar .Facultad de Medicina, UNAM, Méx .D. F.:2008, pp. 1-5.
18. Irigoyen -Coria A., Gómez-Clavelina FJ, Archivos en Medicina Familiar, "El Modelo Sistemático de Atención Médica: Piedra de Rosetta para la Medicina Familiar ? ", Méx .D .F.:2000, vol .2, no L , pp.5-6-
19. "Demografía", disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9xico#Zonas_metropolitanas , Impreso: 15 agosto 2008.

- 20.** José Narro Robles, Octavio Rivero Serrano ,Joaquín J. López Bárcena, Diagnóstico y Tratamiento en la Práctica Médica, cap.3 “Vacunación en el adulto”,cap.4”Regulación de la Fertilidad: un pilar de la salud reproductiva”,cap.5 “Laringotraqueobronquitis, bronquitis aguda y bronquitis crónica en los niños”,cap.6 “Diarrea”,cap.7 “Infecciones por estafilococos en niños”,cap.8 “Faringoamigdalitis estreptocócica”,cap.10 Desnutrición, cap.11 “Obesidad”,cap.20 “Rinosinusitis”,cap.21 “Neumonías” ,cap.23 “Asma bronquial”,cap.50 “Cáncer de cerviz”,cap.51 “Cáncer de mama”,cap.67 “Orientaciones sobre tabaquismo para el médico familiar”. ,ed. Manual Moderno ,Méx. D. F.:2006,pp. 19-603-
- 21.** Axel Kroeger , Ronaldo Luna, Atención primaria de Salud, cap .VII”Atención del niño”,cap.VIII”inmunización”,ed.Organización Panamericana de la Salud,3ª.ed .Méx .D.F.:2003,pp.187-251.
- 22.** Jeannette. South -Paul ,Diagnóstico y tratamiento en medicina familiar, cap.7 “Vacunación infantil” ,cap.37 “Envejecimiento saludable”,cap.42 “Abuso del anciano”, ed. Manual Moderno, la.ed.,Méx .D.F.:2005,pp.83-97,489-548
- 23.**”Cáncer de mama”, disponible en:http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%Alcer_de_mama ,Impreso:15 de agosto 2008.
- 24.** “Cáncer cervicouterino”,Revista del Instituto Nacional de Cancerología(INFOCANCER),Secretaria de Salud,2007,disponible en: http://www.infocancer.org.mx/que_es_el_cancer_cervicouterino ,Impreso;15 agosto 2008.
- 25.**”La Declaración de Helsinki VI : Una revisión necesaria, pero ¿Suficiente? “,Revista Española de Salud Pública ,vol.75(5),Madrid, España, sep/oct.2001.
- 26.** Irving F.Dobler López, Guía Normativa, diagnóstica y terapéutica. Para el médico en el primer nivel de atención, Cap.2 “Las 25 causas de consulta más frecuentes en el primer nivel de atención” ,ed: Manual moderno, Mex. DF :pp.59-60.
- 27.** J.M.Arginon Pallas, J.L. De Peray Baiges ,Atención Primaria, Cap.19 “Análisis de la situación de salud-Información demográfica”,ed.El Sevier, España: 2003,pp.330-331,489-548.

10. ANEXOS

- 1.** Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF).
- 2.** Informe diario de labores del médico consultorio núm. 15 ,Clínica Valle de Aragón
. (ISSSTE)



CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)

Gómez-Clavelina F.J, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, Terán Trillo M. 15-Oct-2007

IDENTIFICACIÓN										Fecha: _____		Folio: _____												
Familia: _____ No. Exp.: _____										Consul./Turno: ____/____														
Domicilio: _____										Teléfono: _____														
										SALUD REPRODUCTIVA														
Edad	Ocupación	Esc. (años)	A.G.O.				PF		Método															
			G	P	A	C	Embarazo																	
								Si	No	Si	No													
Madre												Si	No											
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?																			
<ul style="list-style-type: none"> • RN a un año _____ • 1 a 4 años _____ • 5 a 10 años _____ • 11 a 19 años _____ • 20 o más años _____ • Total _____ 					Con parentesco familiar. (abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos) Num. _____, Especifique: _____ Sin parentesco familiar. (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes) Num. _____, Especifique: _____																			
FACTORES DE RIESGO PATOLOGÍA 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							DETECCION DE CÁNCER																	
¿Algún miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? No __ Si __																								
¿Quién proporciona los cuidados? _____							Cada año																	
¿A quién le proporciona los cuidados? _____							Doc cacu		Si	No	Positivo a Cáncer		Si	No										
¿Cuál es el motivo o la enfermedad por el que necesita cuidados? _____							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	01 = Ama(o) de casa (hogar)	Meses = años
02 = Padre	02 = Jubilado / pensionado	0 = 0.000
03 = Hijo	03 = Desempleado (sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)	1 = 0.083
04 = Nuera	04 = Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.)	2 = 0.166
05 = Yerno	05 = Menor de edad (menores de 4 años)	3 = 0.250
06 = Nieto	06 = Estudiante (pre-escolar hasta posgrado)	4 = 0.333
07 = Hermanos maternos	07 = Estudia y trabaja	5 = 0.416
08 = Hermanos paternos	08 = Campesino	6 = 0.500
09 = Sobrinos maternos	09 = Artesano	7 = 0.583
10 = Sobrinos paternos	10 = Obrero	8 = 0.666
11 = Primos maternos	11 = Conductor de auto, camioneta o camión (chofer)	9 = 0.750
12 = Primos paternos	12 = Técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)	10 = 0.833
13 = Abuelos maternos	13 = Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)	11 = 0.916
14 = Abuelos paternos	14 = Profesional (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicólogos, etc.)	12 = 1.000
15 = Bisabuelos maternos	15 = Artista (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta etc.)	
16 = Bisabuelos paternos	16 = Comerciantes establecidos (tiendas o negocios formales con 1 a 5 trabajadores o familiares a sueldo)	
17 = Otros: amigos, compadres, familiares lejanos, etc.	17 = Empresario (dueño de comercios, organizaciones, industrias o servicios establecidos legalmente)	
	18 = Directivo (ejecutivos, gerentes, directores, etc.)	
	19 = Servicios diversos (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, trabajadora doméstica, etc.)	
	20 = Otras ocupaciones no especificadas	

