



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
AUDITORIO DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE
VERACRUZ, VER.

***PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA Y CARACTERÍSTICAS
SOCIOECONÓMICAS DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS Y
ASIGNADAS AL CONSULTORIO #1 EN EL TURNO MATUTINO
A LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE
FUENTES BROTTANTES DE MÉXICO, D.F.***

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GUADALUPE MURILLO AGUIRRE



ASESOR DE TESIS:

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

VERACRUZ, VER.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

***PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA Y CARACTERISTICAS
SOCIOECONOMICAS DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL
CONSULTORIO #1 EN EL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA
DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE FUENTES
BROTANTES. MEXICO, D. F.***

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. GUADALUPE MURILLO AGUIRRE

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

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

ASESOR DE TESIS

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA. U.N.A.M.

DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
PARA LA SALUD. COORDINACION NACIONAL DE POLÍTICA Y
DESARROLLO EDUCATIVO, I.S.S.S.T.E.

***PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA Y CARACTERISTICAS
SOCIOECONOMICAS DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL
CONSULTORIO #1 EN EL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA
DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE FUENTES
BROTANTES. MEXICO, D. F.***

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GUADALUPE MURILLO AGUIRRE

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

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

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

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

AGENCIAMENTO

INDICE

<u>MARCO TEORICO</u>	7
➤ Familia.....	7
➤ Historia de la Medicina Familiar.....	7
➤ Definición del Medico Familiar.....	8
➤ Perfil del Medico Familiar.....	8
➤ Definición de Familia.....	8
➤ Roles Familiares.....	10
➤ Funciones de Familia.....	11
➤ Atención Primaria.....	13
<u>MORBILIDAD (20 ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES)</u>	13
➤ Infecciones Respiratorias.....	20
➤ Otitis.....	23
➤ Hipertensión Arterial.....	25
➤ Stress.....	29
➤ Diabetes Mellitus.....	30
➤ Gastroenteritis.....	33
➤ Infección Vías Urinarias.....	34
➤ Obesidad.....	37
➤ Dislipidemias.....	39
➤ Onicomycosis.....	41
➤ Lumbalgia.....	42
➤ Cervicovaginitis.....	43
➤ Cardiopatías.....	44
➤ Depresión.....	48
➤ Colitis.....	55
➤ Secuelas Enfermedades Vasculares.....	56
➤ Hipertrofia Prostática.....	57
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	59
➤ Modelo Conceptual.....	60
➤ Justificación.....	61
<u>OBJETIVOS</u>	61
➤ Metodología.....	61

INDICE

<u>TIPO DE ESTUDIO</u>	61
➤ Observacional.....	61
➤ Descriptivo.....	62
➤ Ambispectivo.....	62
➤ Transversal.....	62
<u>CRITERIOS DE SELECCIÓN</u>	62
➤ Inclusión.....	62
➤ Exclusión.....	63
➤ Eliminación.....	63
<u>TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA</u>	63
➤ Variables a Estudiar.....	64
➤ Procedimiento de recabar Información.....	65
➤ Consideraciones Éticas.....	65
<u>RESULTADOS</u>	66
<u>DISCUSION</u>	74
<u>CONCLUSION</u>	75
<u>BIBLIOGRAFIAS</u>	77
<u>ANEXOS</u>	78

MARCO TEORICO

1. FAMILIA

HISTORIA DE LA MEDICINA FAMILIAR

Se define a la Medicina Familiar como la especialidad médica cuyo objeto de estudio es la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud-enfermedad, y toma como análisis a la familia para brindarle atención primaria, integral, coparticipativa, continúa, con un enfoque preventivo compartido con el individuo y su familia.

Se considera especialidad por tener objeto de estudio bien definido a la familia contemplando un amplio conocimiento en la unidad biopsicosocial permitiéndole responsabilizarse de la atención médica integral de los pacientes de todas las edades y sus familias a lo largo de su ciclo vital, ya que se basa en un enfoque de riesgo lo que le permite identificar características en el medio o población de la familia que produzcan problemas de salud ⁽¹⁾.

Desde sus inicios la medicina ha estado en constante evolución en respuesta a influencias tanto científicas como técnicas y sociales entre las cuales surge la Medicina Familiar, según datos de la World Organization of Family Doctors (WONCA) tiene 56 países en programas de formación de medicina familiar de los que están establecidos la mitad después de 1970 lo que habla del rápido crecimiento de esta especialidad, la Organización Mundial de Med. Fam. (WONCA) es una Organización no Gubernamental fundada en Melbourne en 1972, manteniendo relaciones oficiales con la OMS desde 1980, e incluye 155 Organizaciones miembros de 45 países entre ellos México, representa actualmente a más de 50,000 médicos los cuales tienen en común como objetivo la mejora en la calidad de vida en el mundo a través de la atención en medicina familiar. La Conferencia de Alma-Ata define la atención primaria a la salud como una Asistencia sanitaria basada en metodología y tecnología práctica, científica y socialmente aceptable al alcance de todos los individuos, familias y comunidad, esta atención primaria forma parte del sistema nacional de salud que constituye la función principal del desarrollo social y económico de la comunidad ⁽²⁾.

En México surge un período de creación y crecimiento lento de las instituciones a partir del período 1917 – 1958 en ese proceso se crea las instituciones de salud más importante como son el IMSS y el SSA y en los años 40 en que se aplicaba el modelo francés en el cual lo primordial era el uso de la exploración del cuerpo humano lo cual hablaba de una satisfactoria relación medico- paciente , y propone con poca tendencia la especialización médica, modificándola con un nuevo modelo flexneriano la cual ya proponía diseño de cursos para los médicos y el uso de Hospital para su entrenamiento así como la implementación de laboratoriales disminuyendo así la participación de médicos generales, ya en 1959 – 1967 reconsiderado como período de la medicina científica queda oficialmente adoptado el modelo flexneriano lo que implica incorporar un año de Internado Rotatorio al pregrado con la práctica hospitalaria, es en este período en que surge la consolidación del modelo de medicina familiar en el IMSS.

En 1968 – 1979 la atención de salud se ve seriamente afectada por la crisis económica del país en 1974 teniendo el peor momento en 1976, contemplándose la necesidad de reorientar la formación de los médicos en la atención primaria a la salud experimentando opciones de nivel de postgrado como los cursos de especialización en Medicina familiar ⁽²⁾.

En 1994 en Ontario, Canadá en una relevante reunión se señala cómo el médico de familia, puede atender las necesidades de salud de una población plasmadas en la llamada declaración de Ontario la cual ha servido a muchos médicos de familia como guía en los procesos de reforma en los sistemas de salud de muchos países.

En 1996 la Declaración de Buenos Aires queda asentada en una reunión de trabajo sobre la Reforma en los Sistemas de Salud emitiéndose dicha declaración firmada por directivos de

países latinos y el Caribe formalizándose así la Medicina Familiar, posteriormente se plasmaron los compromisos en materia de formación de médicos familiares en postgrado así como en un proceso de mejora en la calidad de los servicios de la salud en la llamada Declaración de Sevilla.

Los sistemas de salud en México requieren de una cobertura en los servicios, equidad en su otorgamiento con una característica importante como es la calidad y es con disciplina en el servicio médico que se puede dar esta garantía en el país y ésta solo la medicina familiar la reúne ya que forma parte de un gremio fundamental para el desarrollo del país ⁽²⁾.

Fue hasta 1974 en que la UNAM otorgó el reconocimiento académico a esta disciplina consolidándose así la especialidad de Medicina Familiar, creándose un año después en la misma Universidad el primer departamento de Medicina Familiar siendo las Instituciones de SSA y el ISSSTE en 1980 los que inician la formación de especialistas en Medicina Familiar por lo que finalmente después de 10 años de esfuerzo y lucha constante en 2002 el Colegio Mexicano ingresó formalmente como país titular al Colegio Mundial del Gremio WONCA es de observancia que han surgido pasos fundamentales muy importantes en la evolución de la Medicina Familiar para llegar al reconocimiento de esta como disciplina médica científica ⁽²⁾.

Otra definición de la Medicina Familiar es la especialidad Médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia la cual coincide con la definición del autor José Luís Huerta Sáenz ya que refieren la influencia del proceso salud-enfermedad en el contexto familiar dando prioridad a la atención primaria ⁽³⁾.

DEFINICIÓN DE MÉDICO FAMILIAR

Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico ⁽⁴⁾.

PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR

Es el Profesional que debe poseer los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y actividades que debe desarrollar en cada una de ellas ⁽⁴⁾.

DEFINICIÓN DE FAMILIA

Entendemos por Familia un grupo humano unido por lazos de consanguinidad cuyos miembros intercambian afecto y valores otorgándose una protección mística, para Ackerman (1961-1966) su punto de vista de familia lo considera como una especie de intercambio de valores emocionales y materiales, que guían en torno a la esfera de familia, otros autores entre ellos Leñero (1968-1975) la subrayan como un grupo consanguíneo en donde lo familiar tiene una naturaleza social pública y privada y que ante lo extenso se muestra como una institución social ⁽⁵⁾.

La palabra Familia (etimología origen latino) se utiliza para describir la familia nuclear, elemental o biológica para ello citaremos otras Hipótesis etimológicas del origen de la palabra familia para Taparelli la Familia es una de las necesidades que resuelve la asociación humana. (6) Anexo Tabla I

TABLA I

HIPÓTESIS ETIMOLOGICAS DEL ORIGEN DE LA PALABRA FAMILIA Shires y Hennen. 5ª. esencia "La continuidad"	
AUTOR	CONCEPTO
Taparelli	La palabra familia deriva del latín famas ya que es una de las necesidades que resuelve esta asociación Humana
Márquez de Morante	La palabra familia deriva de familus (siervo), a su vez del primitivo famal, originado de la voz osca famel que

HIPÓTESIS ETIMOLÓGICAS DEL ORIGEN DE LA PALABRA FAMILIA Shires y Hennen. 5ª. esencia "La continuidad"	
	significa esclavo
Mendizábal	El origen de la familia deriva de la famas (hambre), por lo que tenemos en castellano, hambriento de hambre
Rodríguez de Zepeda	Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la Ley Natural
Trendelenborg	Existen en la familia tres sociedades unidas, la conyugal y la filial
Anónimo del Siglo XIII	Gente que vive en una casa bajo la autoridad del señor de ella
Fernández de Morantín	Conjunto de ascendientes, descendientes; colaterales y afines de un linaje
Góngora	Cuerpo de una orden o religión o parte considerable de ella
Alarcón	Gente que el señor sustenta dentro de su casa

Se ha postulado a la familia como una de las categorías básicas de análisis de los estudios históricos, demográficos y socioeconómicos.

Otra definición de Familia: de la raíz latina famulus que significa siervo que proviene del primitivo famel, que se origina de la voz osca famel, esclavo, doméstico, en la era del nomadismo el término familia se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban de un lugar a otro, en la Roma Antigua este nombre de Familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos, esclavos y sirvientes que eran propiedad del pater, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos ⁽⁶⁾.

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio ⁽⁶⁾.

Para el Diccionario de la Lengua Española se define como Familia al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas ⁽⁶⁾.

El Censo Canadiense define a la familia como esposo o esposa con o sin hijos; o padre y madre sólo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo ⁽⁶⁾.

Para el United States Census Bureau la familia es cualquier grupo de individuos que viven juntos y relacionados entre sí por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción, en la primera incluye los conceptos de matrimonio, familia nuclear y seminuclear; la segunda es la más amplia por señalar los vínculos que determinan parentesco. La familia es la única Institución Social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, los socialistas Fredeue Le Play y Proudhon "es la célula básica de la sociedad, al definirse a la familia como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada uno de sus componentes será afectados en su comportamiento y desarrollo individual, así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos ⁽⁶⁾. El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones, los principales en la estructura de una familia nuclear son:

Subsistema conyugal. Se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia, este subsistema puede constituirse en un refugio ante el estrés externo y en la base para el contacto con otros sistemas sociales, así mismo debe desarrollar límites que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas, por ejemplo, cuando hay hijos, deben poseer un territorio psicosocial propio.

Subsistema paterno. Filial, el nacimiento de un hijo ocasiona un cambio radical en la organización familiar ya que surge la necesidad de reorganizar los límites y las funciones familiares, satisfacer otras necesidades e iniciar el manejo de otras relaciones sin renunciar al apoyo que caracteriza al subsistema conyugal no es asumir menos roles.

Subsistema fraterno. Constituye el entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales, en él aprenden a negociar, compartir, cooperar y competir.

Los niños sin hermanos suelen desarrollar pautas y procesos del mundo adulto que pueden manifestarse como un desarrollo precoz.

El individuo es un subsistema de la familia y ésta lo es de la sociedad ⁽⁶⁾.

ROLES FAMILIARES

Los miembros de una familia están ligadas por una serie de lazos que los unen como familia y que conforman una relación reticular. Los vínculos se entrelazan bajo la influencia de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos, Burgess sugirió que la familia podía ser estudiada como una unidad de personas en interacción ocupando cada una de ellas en la familia una posición definida por un determinado número de roles ya que adquieren un significado propio sólo dentro de una estructura familiar y una cultura específica con relación a la función que tiene que cumplir en su seno cada uno de los integrantes.

En el Modelo de Mc Master los roles familiares son definidos como patrones repetitivos de conducta por medio de los cuales los miembros de familia cumplen ciertas funciones ⁽¹¹⁾.

CUADRO 2-1 CLASIFICACION DE ROLES FAMILIARES

INSTRUMENTALES	AFECTIVOS	AMBOS
Provisión de recursos (dinero, alimentación, vestido, vivienda, transporte, etc.)	Apoyo y crianza, Gratif. Sexual en los adultos (proveen apoyo y bienestar a la pareja y al resto de los integrantes)	Desarrollo habilidades, Sistemas de control y mantenimiento (sirven de apoyo y guía en el desarrollo de las personas e incluyen la capacidad de liderazgo, toma de decisiones, etc.)

Estructura de las Familias Mexicanas según el INEGI

La composición de la estructura familiar descrita por INEGI partió de las relaciones de parentesco que se establecen entre el jefe y los integrantes del hogar y estructuró como eje a los integrantes del hogar y tomó como eje ordenador la presencia o ausencia de los miembros del núcleo familiar del eje, como el cónyuge y los niños, para separarlas y presentar sus principales características sociodemográficas. Para realizar la clasificación se agruparon los casos considerando la frecuencia y la organización doméstica integrándose en 4 clases de Familia: ⁽⁷⁾

1. Las familias formadas por la pareja con sus hijos, a la cual se le denomina Familia Completa.
2. Las familias formadas por el jefe con sus hijos a la cual se llama Monoparental.
3. Las familias constituidas por la pareja sin hijos.
4. Las familias formadas por el jefe y otros parientes llamados familias consanguíneas.

Tamaño de las Familias

El tamaño de una familia no sólo depende de los niveles de fecundidad, mortalidad y migración, sino que está vinculado con factores económicos, sociales y culturales, como son la disponibilidad y costos de las viviendas, los ingresos y las formas de convivencia predominantes en la sociedad ⁽⁷⁾.

CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE EN SU DESARROLLO ⁽⁷⁾

MODERNA TRADICIONAL	Para ubicar a la familia desde su desarrollo si la madre trabaja o no por sí solo este elemento facilita ubicar a la familia en moderna ó tradicional, debido a que se sobreentiende que para que la madre trabaje requiere haber realizado una negociación con él esposo (en caso de no estar separada o viuda). Así la familia se constituye en Moderna, el empleo remunerado en la madres es característica significativa de la familia moderna del futuro.
------------------------	--

CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE EN SU DEMOGRAFÍA

URBANA	Dato de importancia por reportar con una sola palabra el acceso y disponibilidad a servicios de la comunidad (agua potable, electricidad, drenaje).
RURAL	

CLASIFICACION DE LA FAMILIA EN BASE A SU INTEGRACIÓN

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

CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE A OCUPACIÓN DE LOS JEFES

CAMPESINA OBRERA TÉCNICA PROF PROFESIONAL	La información que reporta la ocupación del jefe de familia es muy útil puede sustituir el preguntar el número de salarios mínimos que ingresan a la familia, ubica indirectamente el nivel socioeconómico de la familia y las posibilidades de desarrollo económico.
--	---

FUNCIONES DE LA FAMILIA ⁽⁷⁾

- I. **SOCIALIZACION.** La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad.
- II. **CUIDADO.** En ella se identifican cuatro determinantes; alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.

- III. AFECTO. Definido como el objeto fundamental de “transacción” dentro de la familia.
- IV. REPRODUCCIÓN. Durante siglos se observó como la función esencial de la familia “misión” que era visto como casi exclusivamente el suministrar nuevos miembros a la sociedad.
- V. Otorgamiento de Status y Nivel Socioeconómico

En general se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad, una forma simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones.

Para Maslow ⁽⁷⁾ el comportamiento humano está motivado, controlado e influido por una jerarquía de necesidades que son las siguientes:

- Fisiológicas: agua, aire, alimentos, sexualidad
- Seguridad: orden, normas, para guiar los propios actos y sentirse libre de temores y amenazas
- Sociales: amor, afecto, sentimientos de pertenencia y contacto humano
- Estima: respeto de uno mismo, logros, obtención del respeto de los demás
- Realización personal: satisfacción de la capacidad personal (necesidad de superación), realización del potencial propio.

Fundamentalmente son dos funciones que asume la familia: asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas, esto lo señala el Art. 4º. de la Constitución Mexicana que a la letra dice: “El deber de los padres es preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a su salud física y mental”.

La familia debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de miembros, fomentar la libre relación entre ellos, permitir y estimular la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes y mantener la unión y la solidaridad en la familia con un sentido positivo de la libertad, estas funciones están relacionadas son interdependientes y deben cumplir en la familia como conjuntos y unidad, confirmando la idea de que el grupo familiar es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que ocurran repercusiones en el resto del mismo.

CICLO DE VIDA FAMILIAR

La familia como toda organización viva tiene su inicio, desarrollo y ocaso; tradicionalmente en el campo de la medicina familiar se utiliza la Clasificación de Geyman especificado en tabla siguiente ⁽⁷⁾:

CICLO VITAL FAMILIAR (Geyman)	
FASE DE MATRIMONIO	Se inicia con el vínculo matrimonial concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo
FASE DE EXPANSION	Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia como su nombre lo indica, la familia se dilata se expande
FASE DE DISPERSIÓN	Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de adolescencia en los hijos
FASE DE INDEPENDENCIA	Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen
FASE DE RETIRO Y MUERTE	Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono

ATENCIÓN PRIMARIA ⁽⁸⁾

La atención primaria representa el marco ideal para impulsar y desarrollar los programas de actividades preventivas y de promoción de la salud, en este nivel se ha observado que existe un mayor acercamiento con la población derechohabiente. La APS como parte integrante del sistema nacional de salud es función central y núcleo principal del desarrollo social económico y global de una comunidad lo que lo constituye como un primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Para mejorar el nivel de salud de las familias con la participación de un modelo de atención médico familiar en el que se señala que a fin de mejorar la salud de las comunidades, es necesario actuar en cinco campos de acción, como son:

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

La última clasificación de familia, es la propuesta en la 1ª. Reunión de consenso académico en medicina familiar, de organismos e instituciones educativas y de salud ⁽⁹⁾. Esta propuesta es la que se aplicará en este trabajo de investigación y consiste en lo siguiente:

Para esta clasificación se propusieron cinco ejes fundamentales.

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

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN EL PARENTESCO

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

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA

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

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA

La inserción de las familias en los procesos productivos puede proporcionar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

Las diversas posibilidades de origen de los recursos que permitan la subsistencia de las familias, combinaciones de las cuatro fuentes mencionadas. Se asignará la clasificación correspondiente al origen de los recursos de subsistencia aportada por el jefe de familia

Con Parentesco	Características
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o mas
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 extendido	Padre o madre con hijos, mas otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, mas otras personas con o sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
No parental	Familiares con vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tío y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos)

Sin parentesco	Características
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco. Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupo de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos.

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

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SU NIVEL ECONOMICO

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionados con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico social sobre la salud individual y familiar. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias con una perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto de bienestar como de la pobreza que interactúan, dependen e influyen sobre otros factores.

Estudios recientes coinciden en que el ingreso económico familiar no es el único, pero si uno de los factores más importantes, y por lo tanto no representa en su totalidad las dimensiones que integran el fenómeno riqueza-pobreza en el escenario familiar.

La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva. Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar, para lograrlo deberá tomar en cuenta los elementos que integren una visión multifactorial de este fenómeno.

Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza creado por Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001, y publicado por Cortés y Hernández Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar ⁽⁸⁾.

POBREZA FAMILIAR NIVEL 1

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

POBREZA FAMILIAR NIVEL 2

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

POBREZA FAMILIAR NIVEL 3

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

La escala establece que el nivel tres de pobreza es el más grave de todos y el nivel uno es el menos grave. Las familias que pueden cubrir los rubros mencionados en los tres niveles no se reconsideran pobres.

NUEVOS ESTILOS DE VIDA PERSONAL-FAMILIAR ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES

Se deben tomar en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar.

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

Al tener identificadas las características biopsicosociales de las familias a su cuidado, el médico familiar podrá implementar medidas eficaces de prevención de enfermedades y promoción de la salud en su consultorio haciendo efectivo con esto las premisas de estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria al daño, considerando también la importancia de conocer la situación de la población derechohabiente adscrita a un determinado sector de salud, para que se planee y distribuya el presupuesto de la demanda a futuro de los servicios médicos preventivos de las Instituciones.

Con ese marco a continuación describiremos las principales causas de morbilidad estudiadas en las familias adscritas a la Clínica del ISSSTE de Fuentes Brotantes en México, D.F.

PIRAMIDE POBLACIONAL

Respecto a la distribución de la población en las instituciones de salud, y específicamente en el ISSSTE, la preocupación principal es el fenómeno demográfico de envejecimiento. Este fenómeno se caracteriza principalmente por una mortalidad a la baja y disminución de la fecundidad, lo que implica un escenario ineludible de mayor presencia y supervivencia de población en edades avanzadas que demandarán con más intensidad, frecuencia y costo los servicios médicos y pensiones de retiro principalmente ⁽⁹⁾.

La anterior situación se puede apreciar en los datos emitidos por CONAPO ⁽⁹⁾, quien señala en sus pirámides poblacionales de las próximas décadas, la tendencia a disminuir la amplitud de la pirámide en su base, lo que implica que la población será más vieja. Si consideramos estas proyecciones de CONAPO como una estimación adecuada del comportamiento esperado para la población del ISSSTE, la derechohabiencia también envejecerá, pero de hecho el envejecimiento de nuestros asegurados estará por encima del de la población nacional, por ser una población cerrada con políticas de adelgazamiento y poco reemplazo.

Debido a lo anterior, en este trabajo también se ha considerado importante investigar la distribución de la población por grupos etéreos que atiende el médico familiar.

MORBILIDAD NACIONAL

De acuerdo con las veinte principales causas de enfermedad nacional en el Sector Salud, en el 2005, observamos los mayores casos por Institución. Las Infecciones respiratorias agudas ocupan un primer lugar en la SSA con 11,181,379 casos, el ISSSTE reporta 2,512,067 casos, el IMSS reporta un porcentaje de casos elevados de Inf. Urinarias 1,379,613. En SSA con Otitis Media Aguda 404, 840 casos seguida del ISSSTE con 88,829 casos.

En HTA es el IMSS el de mayores casos reportados 197,509; y el ISSSTE dentro de los menores casos con 84,787. La Diabetes Mellitas II presenta una estadística más elevada en las Instituciones de SSA con 142,381 caos y por parte del ISSSTE con 58,427 casos.

Llama la atención que dentro de estas veinte principales causas existen reportes con mayor frecuencia de Enfs. Parasitarias como son: Amebiasis Intestinal con 317,464 casos reportados por SSA, Infec. Intestinales 1,838,862 casos en el IMSS. En cuanto a la Trichomoniasis Urogenital con 88,684 casos por SSA. Así como también las que se consideran prevenibles por inmunización infantil como lo es la Varicela que actualmente a nivel Nacional se contemplan dentro de estas estadísticas en las Instituciones de Salud con 114,180 casos en SSA, en IMSS 143,347 y por ISSSTE 24, 820 casos.

**VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD NACIONAL, POR INSTITUCION 2005
POBLACION GENERAL**

No.	PADECIMIENTO	SSA	IMSS-ORD	ISSSTE
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	11,181,379.00	8,265,127.00	2,512,077.00
2	INFECCIONES INT. POR OTROS ORGANISMOS Y LAS MAL DEFINIDAS	1,698,594.00	1,838,862.00	478,087.00
3	INFECCIONES VIAS URINARIAS	1,021,364.00	1,379,613.00	308,936.00
4	ULCERAS, GASTRITIS Y DUODENITIS	561,408.00	385,755.00	179,200.00
5	AMEBIASIS INTESTINAL	317,464.00	207,416.00	59,774.00
6	OTITIS MEDIA AGUDA	404,840.00	46,452.00	88,829.00
7	HIPERTENSION ARTERIAL	154,488.00	197,509.00	84,787.00
8	GINGIVITIS Y ENF. PERIODONTAL	209,521.00	45,600.00	47,336.00
9	OTRAS HELMINTIASIS	71,739.00	261,364.00	21,316.00
10	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (TIPO II)	142,381.00	138,848.00	58,427.00
11	CANDIDIASIS UROGENITAL	158,613.00	53,110.00	11,412.00
12	VARICELA	114,180.00	143,347.00	24,820.00
13	ASMA Y ESTADO ASMATICO	98,224.00	87,146.00	35,031.00
14	CONJUNTIVITIS	179,881.00	1,324.00	37,873.00
15	INTOX. POR PICADURA DE ALACRAN	168,056.00	45,445.00	4,449.00
16	TRICOMONIASIS UROGENITAL	88,694.00	11,913.00	4,047.00
17	ASCARIASIS	110,278.00	6,455.00	19,133.00
18	NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS	71,079.00	55,525.00	12,336.00
19	DESNUTRICION LEVE	105,684.00	20,138.00	7,259.00
20	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A PROTOZOARIOS	65,213.00	44,014.00	16,610.00

Fuente: <http://www.dgepi.salud.gob.mx> ⁽¹⁰⁾

**PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR
TOTAL NACIONAL 2005**

ORDEN	DIAGNOSTICO	TOTAL
1	ENFERMEDADES DEL CORAZON	9,918,904
	27B- HIPERTENSION ESENCIAL	8,716,112
	27A- ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	241,173
	29B- TRASTORNOS DE LA CONDUCCION Y ARRITMIAS CARDIACAS	75,909
2	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	8,981,527
3	DIABETES MELLITUS	7,117,823
4	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	3,280,189
	50C-LUXACION, ESGUINCE Y TORCEDURA DE ARTICULACIONES Y LIGAMIENTOS DEL TOBILLO Y PIE	282,888
	52B-HERIDA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO	213,571
	50C-LUXACION, ESGUINCE Y TORCEDURA DE ARTICULACIONES Y LIGAMIENTOS DEL CUELLO	211,059
5	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	1,728,093
6	DORSOPATIAS	1,394,177
7	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1,273,818
8	ARTROSIS	1,122,723
9	MICOSIS	806,751
10	GASTRITIS Y DUODENITIS	788,407
11	CAUSAS OBSTETRICAS	764,689
	EMBARAZO TERMINADO NO ABORTO	30,556
	CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS	626,123
	PARTO EUTOCICO	24,103
	CAUSAS OBSTETRICAS INDIRECTAS	83,907
12	TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS	672,553
13	EPILEPSIA	624,504
14	DERMATITIS Y ECZEMA	516,863
15	CONJUNTIVITIS	480,764
16	ANEMIA	441,243
17	ASMA	434,116
18	MIGRAÑA Y OTROS SINDROMES Y CEFALEAS	414,396
19	ENFERMEDADES DE LA GLANDULA TIROIDES	340,882
20	TRASTORNOS DE LA MAMA	329,069
	PERSONAS SANAS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE SALUD POR OTROS MOTIVOS	11,755,727
	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	1,267,670
	OTROS DIAGNOSTICOS	14,313,036
TOTAL GENERAL		68,767,924

Fuente: www.imss.gob.mx/est/morbi/nac ⁽¹²⁾

En relación a la Estadística Nacional de egresos hospitalarios, se consideran en primer lugar las causas obstétricas directas (excepto aborto) con un porcentaje de 10.9%, los traumatismos envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas con un porcentaje de 6.6%, enfermedades del corazón con un 4.9%, colelitiasis y colecistitis con un 4.2%, diabetes mellitus con 3.9%, tumores malignos 3.6%, infecciones intestinales con 2.1%, considerando que entre las de menor porcentaje son igualmente importantes dado que se captan en esta estadística, como se muestra en la siguiente tabla

PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS 2005 ISSSTE

No. DE ORDEN	CAUSAS	EGRESOS	%
1	Causas obstétricas directas (excepto aborto)	37355	10.9
2	Traumatismo, envenenamientos, y algunas otras consecuencias de causas externas	22542	6.6
	Fracturas	12571	3.7
3	Enfermedades del corazón	16670	4.9
	Enfermedades isquémicas del corazón	6948	2
4	Parto único espontáneo	14840	4.3
5	Colelitiasis y colecistitis	14174	4.2
6	Diabetes mellitus	13221	3.9
7	Tumores malignos	12450	3.6
8	Insuficiencia renal	11883	3.5
9	Hernia de la cavidad abdominal	10630	3.1
10	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7465	2.2
	Dificultad respiratoria del recién nacido y otros externos originados en el periodo perinatal	1454	0.4
	Complicaciones obstétricas que afectan al feto o recién nacido	1416	0.4
	Crecimiento fetal lento desnutrición fetal y trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso al nacer	827	0.2
11	Enfermedades infecciosas intestinales	7433	2.1
12	Aborto	7139	2.1
13	Leiomioma uterino	6973	2
14	Enfermedades del apéndice	6855	2
15	Influenza y neumonía	5419	1.6
16	Infecciones respiratorias agudas	5353	1.6
17	Enfermedades cerebro vasculares	4494	1.3
18	Cataratas	4268	1.3
19	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3395	1
20	Enfermedades del hígado	3351	1
	Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificadas en otra parte	117383	34.4
	Las demás causas	8006	2.3

Fuente: <http://www.dgepi.salud.gob.mx> ⁽¹¹⁾

De acuerdo al anterior panorama epidemiológico, describiremos algunas causas de morbilidad más frecuentes:

INFECCIONES RESPIRATORIAS ⁽¹³⁾

Las enfermedades de las vías respiratorias son extremadamente frecuentes en el mundo, desde la antigüedad el hombre conoce de la existencia de ellas ya que antiguamente se describió una enfermedad que correspondía probablemente a la tuberculosis pulmonar aunque éstas no eran bien conocidas y no se diagnosticaban causando una alta mortalidad debido al desconocimiento de los aspectos clínicos epidemiológicos y de tratamiento de estas.

En diversas ocasiones éstas enfermedades fueron causa de grandes epidemias en el mundo trayendo gran cantidad de fallecidos por causas significativas como la tuberculosis pulmonar, la hasta hace poco mortal neumonía la que a pesar de los adelantos de la ciencia medica presenta una alta morbilidad y mortalidad.

En el presente siglo, las investigaciones han abordado esta temática y permitido identificar patrones de morbilidad en diferentes momentos históricos, siendo así que los estudios de principios de siglo identifican las neumonías, influenza y TBP como las principales causas de enfermedades respiratorias, sin embargo los avances en el terreno de la etiología inmunológica, diagnóstico, profilaxis y terapéutica de éstas enfermedades han servido de base para la puesta en marcha de programas sanitarios correctamente planificados que junto con el incremento del nivel socioeconómico y cultural de la población, han hecho que las enfermedades crónicas no transmisibles hayan pasado a ocupar los primeros lugares en cuanto a importancia sanitaria y social se refiere.

Independientemente de la ubicación geográfica de cada país las enfermedades respiratorias entre ellas las agudas, son actualmente un problema de salud en la ciudad de México debido a la diversidad de agentes etiológicos que las causan así como los factores de contaminación a los que está expuesta la población, como son la inhalación de polvos industriales, gases irritantes de la mucosa respiratoria, productos de la combustión y el tabaquismo, un factor primordial mayor en las edades tempranas de uno a catorce años de edad pueden desencadenar la aparición la crisis aguda de asma bronquial, sin dejar de mencionar otros factores contaminantes como son el polvo de casa, caspa de animales, hongos ambientales por la humedad que implican los cambios climatológicos y los alimentos.

INFLUENZA

Descripción Enfermedad infecciosa aguda, de alta transmisibilidad, que se presenta en forma de epidemias en general de un mes de duración.

La detección oportuna de brotes permite implementar medidas preventivas y de control en tanto que la detección y caracterización temprana de los virus involucrados en las epidemias permite adecuar y seleccionar anualmente las vacunas a usar en los grupos de mayor riesgo, con el objeto de disminuir entre ellos, las complicaciones y la mortalidad.

Agente Se han identificado tres tipos de virus Influenza A, B y C. Cada tipo presenta características diferenciales. El tipo A (Subtipos: H1N1 – H3N2), causante de epidemias y pandemias, el tipo B asociado a epidemias regionales o diseminadas y el tipo C, con casos esporádicos y brotes localizados.

Transmisión La vía aérea es la principal vía de transmisión, predominando en grupos de personas aglomeradas en ambientes cerrados y por contacto directo. El agente puede persistir horas en ambiente frío y con poca humedad, posibilitando la transmisión; también es posible a través de objetos contaminados.

Reservorio En las infecciones humanas el principal reservorio es el hombre infectado. Las aves han sido fuente de todas las cepas que circularon hasta el presente y son el reservorio

natural de todos los subtipos que pueden infectar al hombre. Los cerdos pueden ser intermediarios de nuevos virus influenza humanos.

Incubación Este período puede durar de 1 a 3 días.

Transmisibilidad De 3 a 5 días en adultos desde el comienzo de los síntomas y hasta 7 días en niños de corta edad.

Distribución La enfermedad se presenta en forma de pandemias, brotes epidémicos, y también con casos esporádicos. Las tasas de ataque en períodos epidémicos son menores al 20% en comunidades grandes, pero de alrededor del 50% en comunidades cerradas. En zonas templadas su presentación como epidemia ocurre durante el invierno. Los virus pueden circular o presentarse en diferentes picos epidémicos.

Medidas de control

De nivel individual: En caso de epidemias extensas, la amantadina y la rimantadina poseen utilidad específica como agentes quimioprolifáticos antivíricos. Está indicada para proteger pacientes en situaciones de muy alto riesgo administrando durante 15 días después de la vacunación.

De nivel comunitario: Educar a la población sobre los principios básicos de higiene personal. Capacitar al personal de salud en los principios básicos de bioseguridad. Inmunización según Normas Nacionales de Vacunación.

Medidas en caso de epidemia: Para caracterizar a una epidemia de influenza se utilizarán los datos de Vigilancia de Morbi-mortalidad por neumonía y Vigilancia de ausentismo laboral y escolar. El cierre de escuelas no es eficaz como medida de control. Inmunización para pacientes de alto riesgo y para el personal que los asiste. Prever un aumento de la demanda de camas y asistencia médica para períodos de epidemia, considerando el incremento de ausencias del personal de salud. Para evitar tal situación, todo el personal de salud debe estar vacunado en el año y recibir amantadina durante los primeros 15 días si existe circulación de influenza A.

NEUMONIA

Esta enfermedad afecta a toda la población, pero sus formas más graves comprometen particularmente a niños y ancianos. Con los tratamientos antimicrobianos, las tasas de letalidad descendieron desde 20 a 40% a valores entre 5 y 10%; en ciertos grupos de riesgo (desnutridos e inmunocomprometidos), la letalidad continua siendo muy alta. En la Argentina la neumonía es la 3° causa de muerte en lactantes, 4° causa en la primera infancia y la 5° causa en los mayores de 60 años. El uso inadecuado de antibióticos ha incrementado las tasas de resistencia de los gérmenes causales, a los antimicrobianos.

Descripción Enfermedad respiratoria aguda transmisible, que afecta el parénquima pulmonar, con signos clínicos de ocupación alveolar y/o intersticial; radiológicamente muestra opacidad y/o infiltración intersticial sin pérdida de volumen, de localización única o múltiple. Tratados adecuadamente la evolución suele ser favorable, con resolución a la curación sin secuela en la mayoría de los casos. Las complicaciones son el compromiso de la función respiratoria y/o impacto sistémico (sepsis). Es más grave en lactantes, niños, ancianos y pacientes de riesgo (desnutridos, inmunocomprometidos, etc.) En ancianos el cuadro puede ser menos característico y de comienzo insidioso neumonía multifocal o bronconeumonía es el cuadro clínico con patrón radiológico de múltiples imágenes de opacidad generalmente mal definidas. La pleuresía purulenta o empiema es la presencia de líquido purulento en la cavidad pleural generalmente asociado a una neumonía.

Agente Virales: En los menores de 5 años los principales virus respiratorios causan al menos el 30% del total de las infecciones respiratorias bajas. El virus sincicial respiratorio (VRS) es el principal agente causal. Le siguen en importancia adenovirus, influenza y parainfluenza los

cuales pueden predominar en períodos epidémicos. En jóvenes y adultos el virus predominante es influenza A.

Bacterianas: El *Streptococcus pneumoniae* causa más del 50% de las neumonías bacterianas (los serotipos 14, 1, 5, 6A, 6B, 9N, 7, 19 y 23F son los más frecuentes en el país). El *Haemophilus influenzae*, causa el 30% de las neumonías bacterianas en menores de 5 años, y de ellos 1/3 corresponde al tipo B, *Staphylococcus aureus*. Los bacilos Gram negativos (*Klebsiella* spp., *Escherichia coli*, etc.) pueden causar neumonía, observándose en pacientes con inmunocompromiso y ancianos. Otro germen responsable de neumonías es la *Moraxella catarrhalis* en los pacientes ancianos con enfermedad obstructiva crónica.

Neumonías atípicas: El *Mycoplasma pneumoniae* y la *Chlamydia pneumoniae* son los agentes mas frecuentemente identificados en la población de edad escolar y adultos jóvenes. La *Chlamydia trachomatis* es causa de neumonía en menores de 4 meses en hijos de madres con colonización de su área perineal, por este agente, previo al parto.

Transmisión La vía principal es la directa a través de contaminación por secreciones respiratorias, persona a persona. Otra vía de transmisión es la indirecta a través de objetos contaminados con secreciones (Ej.: mascarás de nebulización).

Reservorio En la mayoría de los organismos involucrados es el hombre.

Incubación De 1 a 3 días para la mayoría de los agentes involucrados, es más largo en las neumonías atípicas.

Transmisibilidad Es desconocido, y depende de la presencia de agentes en las secreciones respiratorias. En las neumonías bacterianas el tratamiento antibiótico efectivo puede acortarlo a 24 hs.

Distribución Enfermedad endémica en especial en niños, ancianos y personas pertenecientes a grupos de riesgo. En nuestro país el mayor número de casos se produce en invierno y primavera coincidiendo con el aumento de infecciones virales en la comunidad. Cuando hay epidemias de influenza se incrementa su incidencia.

Caso con confirmación etiológica: Caso sospechoso con detección de virus respiratorios del aspirado nasofaríngeo y/o aislamiento de bacterias en hemocultivo (20 a 30% de neumonías) o derrame pleural.

Modalidad de vigilancia

Notificación semanal desde Unidades Centinelas de casos sospechosos, confirmados y formas graves. Las unidades centinela seguirán para su funcionamiento el manual operativo. Notificación de brotes: de percibirse un número mayor de casos esperados de neumonías adquiridas en la comunidad y/o presentación de formas inusuales o poco frecuentes, comunicarlo en forma inmediata a Epidemiología de su Jurisdicción. Es importante la Vigilancia de Mortalidad en tiempo real de las Infecciones Respiratorias Bajas Agudas.

Medidas de control

De nivel individual:

En pacientes, guardar precauciones respiratorias. Desinfección concurrente de las secreciones nasofaríngeas respetando normas de bioseguridad. Inmunización a contactos: Solo a grupos de riesgo. Tratamiento antibiótico específico en las que se sospecha o confirma etiología bacteriana.

De nivel comunitario:

Evitar el hacinamiento.

Inmunización: Para la prevención de las neumonías se podrán utilizar vacunas antihaemophilus tipo b, antinfluenza y antineumocócica, (Ver normas nacionales de vacunación, indicación, criterios y recomendaciones).

OTITIS ⁽¹⁴⁾

La otitis media es una inflamación o infección del oído medio que puede ser crónica o aguda.

Por lo regular se presenta en una incidencia de frecuencia secundaria a las infecciones de vías respiratorias altas e infecciones múltiples que generan inflamación de las adenoides así como trauma del oído, siendo mas comunes en los niños dado que las trompas de Eustaquio son mas cortas, estrechas y horizontales que en los adultos presentándose las infecciones crónicas mucho menos frecuentes que las agudas.

Nombres alternativos

Infección del oído medio crónica; infección del oído crónica; infección crónica del oído

Definición

La otitis media es una inflamación o infección del oído medio. Crónica quiere decir que puede ser persistente o recurrente. (Comparar con otitis media aguda.)

Causas, incidencia y factores de riesgo

La inflamación o infección del oído medio se presenta cuando la trompa de Eustaquio de ese oído está bloqueada. La trompa de Eustaquio es el tubo que se extiende entre el oído medio y la faringe. La otitis crónica media se presenta cuando el tubo de la trompa de Eustaquio se bloquea constantemente (o permanece bloqueado por largos períodos) debido a alergias, infecciones múltiples, trauma del oído o inflamación de las adenoides.

Cuando el oído medio más que inflamado está en realidad infectado por una bacteria (u ocasionalmente por virus), es una afección más seria. Este tipo de enfermedad puede ser el resultado de una infección aguda del oído que no se ha resuelto por completo o de infecciones del oído recurrentes. La infección se puede extender hacia sitios como la mastoides (mastoiditis), o el aumento de la presión del líquido contenido en el oído puede producir la ruptura del tímpano o dañar los huesos que conforman el oído medio.

La infección crónica del oído puede ser más destructiva que la infección aguda, dado que sus efectos son prolongados y repetitivos y puede causar daño permanente al oído. Sin embargo, una infección crónica a largo plazo puede mostrar síntomas menos severos, así que dicha infección puede pasar inadvertida y no recibir tratamiento por un largo tiempo.

Síntomas

- Dolor o molestias en el oído, dolor de oído
 - Usualmente leve
 - Posible sensación de presión en el oído
- Secreción del oído con características purulentas
- Pérdida de la audición

Nota: los síntomas pueden darse en forma continua o intermitente y comprometer a uno o ambos oídos.

Signos y exámenes

En el examen del oído se encuentran áreas que exhiben características inflamatorias como opacidad de la membrana timpánica, enrojecimiento y presencia de burbujas de aire o líquido detrás del tímpano, que puede tener secreciones o estar perforado (orificio). Éste puede protruir o retraerse.

El cultivo de la secreción puede demostrar la existencia de bacterias las cuales pueden ser resistentes o más difíciles de tratar que las bacterias comúnmente responsables de la infección aguda del oído.

La extensión de la infección a otros lugares por fuera del oído medio puede demostrarse a través de una radiografía de las mastoides o una TC de la cabeza.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es atenuar los síntomas y aliviar la infección.

Se pueden prescribir antibióticos si la infección tiene apariencia bacteriana. Este tratamiento generalmente es a largo plazo y puede ser oral o en forma de gotas óticas antibióticas si hay una perforación en el tímpano.

Existen otros procedimientos como la extirpación quirúrgica de las adenoides para desobstruir la trompa de Eustaquio. También puede recurrirse a la apertura quirúrgica del tímpano (miringotomía) con el propósito de drenar o permitir la salida del líquido acumulado; el procedimiento puede incluir o no la colocación de tubos para el drenaje. Finalmente, para evitar la recurrencia del problema, las personas que han padecido infecciones crónicas del oído son sometidas a la reparación quirúrgica del tímpano perforado.

Existen otras medidas que pueden resultar útiles en el momento de prevenir daños serios, como mantener los oídos limpios y secos, especialmente cuando se ha practicado una miringotomía.

Expectativas (pronóstico)

Por lo general, la otitis crónica responde al tratamiento, pero éste puede ser prolongado (varios meses). La enfermedad normalmente no pone en riesgo la vida, pero puede resultar incómoda y traer serias complicaciones.

Complicaciones

- Daño permanente del oído con sordera parcial o completa
- Mastoiditis
- Colesteatoma (quiste en el oído medio)
- Absceso epidural (inflamación alrededor del cerebro)
- Parálisis facial

La mayoría de los niños presentan pérdida temporal y menor de la audición durante e inmediatamente después de una infección, ya que el líquido puede permanecer en el oído y aunque dicho líquido puede pasar inadvertido, puede causar problemas de audición significativos. Cualquier líquido que perdure más allá de 8 a 12 semanas debe ser motivo de preocupación, ya que los problemas de audición pueden provocar el desarrollo lento del lenguaje.

La pérdida permanente de la audición es rara, pero los riesgos se incrementan con el mayor número de infecciones que el niño tenga.

Situaciones que requieren asistencia médica

Se debe buscar asistencia médica ante la presencia de signos de otitis media crónica en un niño o un adulto. Esto incluye algún episodio de otitis media aguda que no responde al tratamiento.

También se debe consultar al médico sobre los casos de otitis media crónica que no responde al tratamiento o en los que se desarrollan nuevos síntomas.

Prevención

Un tratamiento rápido de las infecciones agudas del oído permite reducir el riesgo de sufrir una otitis media crónica. De igual manera, el seguimiento médico después del tratamiento de una infección del oído permite garantizar la curación completa de la enfermedad.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL ⁽¹⁵⁾

La hipertensión arterial es un padecimiento crónico de etiología variada que se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. En el 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado hipertensión arterial esencial, con una fuerte influencia hereditaria. En 5 a 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensiionales y a esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión arterial secundaria.

La hipertensión arterial es un factor de riesgo cardiovascular de primer orden, que se relaciona por la importancia con el accidente cerebro vascular, con la insuficiencia cardíaca y con la cardiopatía isquémica de acuerdo a la estadística en España (Benegas 1993) afecta un 34.2 % a su población teniendo un 45 % de masculinos y 43 % femeninos. En México de acuerdo con la distribución de población y género en la encuesta nacional de población y vivienda 2000 (INEGI) un total 38,377 (98.8%) de personas con edades entre los 20 y 69 años fueron incluidas para estimar la prevalencia de hipertensión arterial resultando en la población global de hombres 34.2 % y en la mujer 26.3 % siendo prevalencia directamente proporcional la edad después de los 50 años, por lo que se considera que la hipertensión arterial en México va en aumento (30.05 %) estimándose más de quince millones de hipertensos entre las edades de 20 y 69 años de edad siendo que más de la población portadora de hipertensión arterial lo ignora, encontrándose que los factores de riesgo condicionantes van en conjunto con otras enfermedades crónicas como son la diabetes, tabaquismo y obesidad.

Se denomina hipertensión arterial sistólica cuando la presión sistólica es mayor de 150 mmHg y la diastólica es menor de 90 mmHg. En los últimos tiempos se ha demostrado que las cifras de presión arterial que representan riesgo de daño orgánico son aquellas por arriba de 140 mmHg para la presión sistólica y de 90 mmHg para la presión diastólica, cuando éstas se mantienen en forma sostenida. Por lo tanto, se define como hipertensión arterial cuando en tres ocasiones diferentes se demuestran cifras mayores de 140/90 mmHg en el consultorio o cuando mediante monitoreo ambulatorio de la presión arterial se demuestra la presencia de cifras mayores a las anotadas más arriba, en más del 50% de las tomas registradas.

La hipertensión arterial ocasiona daño a diversos órganos y el grado de éste y el tiempo requerido para que aparezcan se relacionan directamente con el grado de hipertensión arterial.

De acuerdo con las cifras tensiionales la hipertensión arterial se puede clasificar en:

TIPO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normotensión	< 140	< 90
Hipertensión Leve	140-160 y/o	90-100
Hipertensión Moderada	160-180 y/o	100-110
Hipertensión Grave	180	110
Hipertensión Sistólica	140	90

De acuerdo con el grado de daño orgánico producido, la hipertensión arterial puede encontrarse en diferentes etapas:

ETAPA I: Sin alteraciones orgánicas.

ETAPA II: El paciente muestra uno de los siguientes signos, aún cuando se encuentre asintomático.

- a) Hipertrofia ventricular izquierda (palpación, radiografía del tórax, ECG, ecocardiograma).
- b) Angiotonía en arterias retinianas.
- c) Proteinuria y/o elevación leve de la creatinina (hasta 2 mg/d).
- d) Placas de ateroma arterial (radiografía, ultrasonografía) en carótidas, aorta, ilíacas y femorales.

ETAPA III: Manifestaciones sintomáticas de daño orgánico:

- a) Angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia cardíaca.
- b) Isquemia cerebral transitoria, trombosis cerebral o encefalopatía hipertensiva.
- c) Exudados y hemorragias retinianas; papiledema.
- d) Insuficiencia renal crónica.
- e) Aneurisma de la aorta o aterosclerosis ocluyente de miembros inferiores.

La hipertensión arterial es un problema de salud de primera importancia ya que se estima que se encuentra en el 21 al 25% de la población adulta general. Esta cifra obliga a que todo médico, independientemente de su grado académico o especialización, deba tener un conocimiento claro y lo más profundo posible del padecimiento, ya que sería imposible que la hipertensión arterial fuera vista y tratada solamente por especialistas. Se comprende que los casos de difícil manejo o de etiología no bien precisada deban ser derivados al especialista apropiado.

DIAGNOSTICO

Es fundamentalmente clínico y deberá establecerse si la hipertensión arterial es primaria o secundaria con o sin repercusión orgánica.

DIAGNOSTICO DEL DAÑO HIPERTENSIVO

Retinopatía Hipertensiva

El estudio del fondo de ojo nos sirve para saber si hay daño hipertensivo en los vasos sanguíneos informándonos el grado de daño causado por el proceso hipertensivo. Según la clasificación de Keith y Wagener podemos encontrar 4 grados de retinopatía:

Retinopatía grado I: Estrechamiento arteriolar. Traduce actividad de la hipertensión.

Retinopatía grado II: Aumento del reflejo arteriolar ("hilos de plata"). Traduce cronicidad del proceso hipertensivo.

Retinopatía grado III: Aparición de exudados algodonosos y hemorragias retinianas. Traduce hipertensión grave o maligna.

Retinopatía grado IV: Edema papilar. Se presenta cuando la hipertensión está excesivamente elevada. Traduce encefalopatía hipertensiva y edema cerebral.

Cardiopatía Hipertensiva

Al examinar un paciente hipertenso por la palpación del ápex en posición de Pachón, el encontrar un levantamiento sistólico sostenido, puede demostrar hipertrofia ventricular izquierda. Si además se palpa o se ausculta un 4 ruido en el ápex, se refuerza el diagnóstico.

El electrocardiograma puede demostrar la existencia de hipertrofia ventricular izquierda, y en estos casos el mejor método para demostrar su presencia es la ecocardiografía.

La radiografía de tórax sigue siendo un método útil para precisar en el paciente hipertenso el tamaño del corazón, condiciones de la aorta torácica y presencia o no de congestión pulmonar. En la hipertensión arterial el tamaño del corazón puede ser normal, al igual que la aorta. En los casos de hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo se aprecia la punta del corazón redondeada y corazón de tamaño normal. Se puede encontrar en la cardiopatía hipertensiva elongación y ateromatosis aórtica. La presencia de cardiomegalia y congestión pulmonar en un paciente hipertenso tiene el significado de insuficiencia cardíaca.

Nefropatía Hipertensiva

Usualmente el daño hipertensivo a la vasculatura y al parénquima renal es paulatino, crónico, evolutivo y silencioso; permanece asintomático hasta que se hace aparente la insuficiencia renal. El paciente comienza a retener urea, ácido úrico y creatinina en el plasma. En la fase avanzada de la insuficiencia renal aparece el síndrome urémico con importante retención de urea, creatinina, hiperkalemia, anemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia, proteinuria y edema que puede llegar a la anasarca.

Aterosclerosis

La hipertensión arterial es uno de los más importantes factores que contribuyen a la aterosclerosis, y de ahí que los pacientes con hipertensión arterial frecuentemente se complican de infarto del miocardio (aterosclerosis coronaria), infarto cerebral (aterosclerosis de las arterias carótidas o intracerebrales), claudicación intermitente (aterosclerosis obliterante de miembros inferiores), trombosis mesentéricas o aneurisma aórtico, ya sean abdominales o de la aórtica torácica descendente.

El estudio de los electrolitos puede dar pauta para el diagnóstico de aldosteronismo (hipokalemia). Además de los estudios señalados, es útil en la búsqueda de una causa secundaria de hipertensión arterial. La cuantificación de aldosterona plasmática se encontrará elevada en caso de aldosteronismo primario; en el feocromocitoma estarán elevadas las catecolaminas plasmáticas y/o urinarias. En el Síndrome de Cushing estarán elevados los 17 cetosteroides y los 17 hidroxisteroides urinarios. En el síndrome adrenogenital estarán ambos disminuidos.

El estudio radiográfico, la ultrasonografía abdominal y la tomografía axial computada podrán descubrir litiasis urinaria o tumores suprarrenales. Estudios más especializados como el renogramagra y el estudio angiográfico de las arterias renales podrán demostrar la presencia de una estenosis de arteria renal. Todos estos estudios sólo se indicarán si existe un fundamento clínico de sospecha para hipertensión secundaria.

CUADRO 1. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

I.-Orientan hacia la forma esencial de hipertensión arterial

1. Antecedentes familiares de hipertensión arterial, ya que se sabe que existe una franca tendencia hereditaria.
2. La hipertensión arterial esencial generalmente aparece por arriba de los 35 años de edad, por lo que en un paciente menor de 30 años deberá investigarse una forma secundaria del padecimiento.

II.-Orientan hacia la hipertensión arterial secundaria los siguientes hechos

1. Presentación de hipertensión arterial en jóvenes sin antecedentes familiares.
2. Antecedentes de escarlatina o hematuria en la infancia deben hacer sospechar la posibilidad de glomerulonefritis crónica.
3. Presencia de infección urinaria de repetición hará sospechar pielonefritis crónica.

4. Presencia de litiasis urinaria con hiperuricemia (gota) o hipercalcemia (hiperparatiroidismo).
5. Se pueden sospechar alteraciones endocrinas como el Síndrome de Cushing (cara de "luna llena", hirsutismo, distribución centrípeta de la grasa corporal, acné, giba dorsal) o Síndrome adrenogenital (amenorrea, hirsutismo y distribución masculinoide de la grasa corporal).
6. La exploración de los pulsos en un paciente hipertenso puede llevar a sospechar Síndrome de Takayasu ante la ausencia de pulso en las extremidades, especialmente si se trata de una mujer. La ausencia de pulsos femorales con hipertensión arterial en los miembros superiores establece el diagnóstico de coartación aórtica.
7. La búsqueda intencional de soplos vasculares en el abdomen (sistólicos o continuos) establece la sospecha de hipertensión renovascular por estenosis de la arteria renal.
8. Los exámenes de laboratorio son de gran ayuda en el diagnóstico de la hipertensión arterial secundaria. En esta forma, la química sanguínea posibilita el diagnóstico de diabetes mellitus (hiperglucemia) o insuficiencia renal crónica (uremia, elevación de la creatinina) o gota (hiperuricemia); la biometría hemática puede demostrar anemia (insuficiencia renal crónica) o por el contrario, policitemia.

TRATAMIENTO

Hipertensión Arterial Esencial

1.-Modificaciones del estilo de vida:

Es bien sabido que hay factores en el estilo de vida que favorecen el aumento de las cifras de presión arterial, como son la ingesta excesiva de sal en la dieta, la obesidad, la ingesta de más de 80 ml de bebidas alcohólicas al día, el hábito de fumar, el uso de gotas nasales vasoconstrictoras, otros medicamentos con efecto adrenérgico como algunos anorexígenos, la cocaína. Por tal razón, en todo paciente hipertenso deben adoptarse medidas que supriman estos factores que favorecen la elevación de las cifras tensionales. En ocasiones las medidas señaladas pueden ser suficientes para normalizar las cifras tensionales.

2. Tratamiento farmacológico

a) En pacientes con hipertensión arterial grado I o II, se recomienda iniciar el tratamiento con un solo fármaco. Si el paciente hipertenso tiene un síndrome hiperkinético, la mejor opción es un beta bloqueador, y es inconveniente el uso de vasodilatadores como los calcio antagonistas o bloqueadores alfa ya que exacerban la hipercinesia circulatoria. En pacientes en quienes se sospecha expansión del espacio extracelular (especialmente mujeres) la mejor opción es el tratamiento diurético como mono terapia, son menos efectivos los beta bloqueadores y están contraindicados los vasodilatadores que empeoran la retención de líquido y la expansión del espacio intravascular. Pueden ser igualmente efectivos los inhibidores de la ECA. En ancianos con hipertensión arterial sistólica es preferible el uso de calcio antagonistas como fármacos de primera elección.

b) El paciente con hipertensión esencial de grado III, requiere necesariamente el uso de varios fármacos para lograr un control eficiente de la hipertensión arterial. En esta forma se prefiere iniciar el tratamiento con beta bloqueadores y diuréticos (tiazidas y ahorradores de potasio). Si no se logra un control efectivo de las cifras tensionales puede agregarse un inhibidor de la ECA. Cuando no se logra normalización de las cifras tensionales se pueden usar vasodilatadores (hidralazina, minoxidil, prazosina) que reducen las resistencias vasculares. Los calcio antagonistas pueden ser utilizados en este tipo de pacientes cuando no se logra controlar la hipertensión con los fármacos ya enunciados o porque haya que suspender su administración por efectos colaterales indeseables como son: ataque de gota (tiazidas), asma o insuficiencia cardíaca (betabloqueadores) o tos persistente (inhibidores de la ECA). Los calcio

antagonistas también pueden producir efectos colaterales indeseables (edema, rubor facial) que pueden obligar a su suspensión o cambio por otro fármaco de distinta familia.

c) El paciente con hipertensión arterial de grado IV, constituye una emergencia o urgencia hipertensiva, por lo que su tratamiento requiere hospitalización y terapia inmediata.

Como conclusión general se puede decir que el tratamiento del paciente hipertenso deberá ser individualizado tomando en cuenta edad, cuadro clínico, condiciones hemodinámicas y efectos colaterales de los fármacos.

3. Crisis hipertensiva

a) El paciente asintomático pero con cifras de presión arterial diastólica de 140 mmHg o mayor deberá ser hospitalizado para su observación y reposo absoluto, debiendo administrársele nifedipina por vía sublingual a razón de 10 mg.

b) El paciente con crisis hipertensiva, con presión arterial mayor de 180/140 y edema agudo pulmonar, deberá ser tratado con posición de Fowler, sentado en el borde la cama, torniquetes rotatorios, furosemida por vía IV a razón entre 20 y 60 mg por vía IV y nitroprusiato de sodio diluido en solución glucosada a razón de 0.3 a 8 µg/ kg/min.; en ocasiones con estas medidas se logra yugular el cuadro, pero en otras es conveniente además digitalizar al paciente en forma rápida (lanatósido C o ouabaína). Cuando el paciente ya se encuentra en condiciones clínicas aceptables se deberá iniciar el tratamiento antihipertensivo por vía oral.

c) El paciente con crisis hipertensiva que se acompaña de encefalopatía hipertensiva, se presentará con el médico con un cuadro muy aparatoso manifestando cefalea intensa, náusea, vómitos en proyectil, visión borrosa y un estado progresivo de obnubilación mental; todo ello coincide con elevaciones exageradas de las cifras de presión arterial (> 180/140). El tratamiento idóneo también será con nitroprusiato de sodio administrado tal y como se menciona en el inciso previo, aunque en estos casos también se puede utilizar el diazóxido con una dosis inicial de 300 mg por vía IV la cual puede repetirse c/4 o 6 horas, dependiendo de la respuesta. Se debe recordar que la administración prolongada de este fármaco produce retención de agua y sodio, por lo que cuando su utilización se prolonga por más de 24 horas deberá asociarse la administración de diuréticos. En cuanto sea posible iniciar terapéutica oral.

d) La crisis hipertensiva que es complicada con una disección aórtica se presentará como un cuadro agudo en donde el paciente puede presentar intenso dolor precordial o en la espalda acompañado de sensación de muerte, palidez, diaforesis y cifras exageradamente elevadas (> 180/140 mmHg). Este cuadro debe tratarse con nitroprusiato de sodio; otro fármaco alternativo es alfametildopa a razón de 250 a 500 mg por vía IV c/4 a 6 horas y en cuanto se haya controlado iniciar terapéutica antihipertensiva por vía oral.

e) Si la crisis hipertensiva se debe a un feocromocitoma el paciente referirá cefalea, palpitaciones, y se le encontrará con palidez y diaforesis, taquicardia sinusal y cifras exageradamente elevadas (>180 /140 mmHg); en este caso el tratamiento ideal se deberá hacer con fentolamina; se inyecta un bolo inicial de 5 a 15 mg por vía IV y después se gotea en forma continua hasta mantener las cifras de presión arterial en niveles aceptables. Si la frecuencia cardiaca se encuentra exageradamente elevada (> 150 por minuto) o aparece en forma paroxística taquiarritmia por fibrilación auricular deberá administrarse propranolol por vía IV a razón de 1 mg/min hasta alcanzar 3 a 5 mg como dosis total.

ÉSTRESS ⁽¹⁶⁾

Es causado por el instinto del cuerpo de defenderse a si mismo, este instinto es bueno en emergencias como salirse del camino si viene un carro a alta velocidad, pero este puede causar síntomas físicos si continua por mucho tiempo tal como en respuesta a los retos de la

vida diaria y los cambios, cuando esto sucede el cuerpo trabaja mas de lo necesario sin tener un lugar para poner la energía extra

CAUSAS DEL ÉSTRES

Cualquier tipo de cambio puede hacer sentirse estresado aunque este sea bueno para su vida familiar, lo que puede causar estrés es diferente para cada persona, ejemplo el jubilarse para unos es dicha, para otros estrés.

Otras causas la pérdida del empleo, un hijo marchándose de casa, muerte del cónyuge, un divorcio ó un matrimonio, una enfermedad, un problema económico los mas usuales.

CUAL ES EL IMPACTO DEL ÉSTRES FAMILIAR SOBRE LA SALUD

Un gran número de investigaciones han demostrado que el estrés tiene un impacto negativo significativo sobre la salud y que la familia es el origen más frecuente de estrés en la vida de las personas, dentro de los problemas observados con mayor frecuencia durante el asesoramiento de la atención primaria son crisis de gravedad, problemas de conducta, reacciones depresivas leves, reacciones de ansiedad leves y reacciones de duelo no complicadas.

Debido a que el estrés se manifiesta con frecuencia en la persona en forma de síntomas físicos es importante que el médico entienda el contexto familiar del problema de cada paciente, debiendo tratarlos mediante un enfoque familiar basado en un modelo biopsicosocial reconocer que los problemas de relación pueden ser un factor significativo de las quejas somáticas de los pacientes siendo una de las tareas mas importantes del medico cuando se trata a pacientes con una relación comprometida.

El médico que reconoce la importancia de la dinámica de las relaciones del paciente sobre su salud puede ayudar a las parejas a utilizar sus propios recursos o derivar a las parejas a un terapeuta o conyugal, de los profesionales de la salud el medico de familia es el que se encuentra en la posición optima para identificar y ayudar a las parejas con problemas.

MANEJO DEL ÉSTRES

Aprender a reconocer cuando uno se siente estresado. Las primeras señales de estrés incluyen tensión en los hombros y cuello, o cerrar sus manos en forma de puño. El siguiente paso es escoger una forma para manejar el estrés. Una forma es evitar el evento o la cosa que le produce el estrés; pero frecuentemente esto no es posible. Una segunda forma es cambiar la forma como usted reacciona al estrés. Esto, por lo regular, es la mejor manera. El ejercicio es una buena forma de manejar el estrés pues es una forma saludable de aliviar la energía y la tensión reprimida. Además le ayuda a ponerse en mejor condición física lo cual lo hace sentirse mejor en general.

USO DE LA MEDITACIÓN

La meditación es una forma de pensamiento guiado. Puede tomar muchas formas. Se combina con algún ejercicio que repite los mismos movimientos una y otra vez, como caminar o nadar. Utilizar las técnicas de relajación, con el estiramiento o respiración profunda.

El entrenamiento de relajamiento es fácil. Empiece con un músculo. Manténgalo tenso por unos cuantos segundos y luego relájelo. Haga lo mismo con cada uno de sus músculos.

DIABETES MELLITUS ⁽¹⁷⁾

Esta enfermedad que subdividida en dos grandes grupos: Diabetes Mellitus no Insulina Dependiente (DMNID) y Diabetes Mellitus Insulina Dependiente (DMID).

El término diabetes mellitus derivado del griego consta de dos términos: Diabetes: cuyo significado es evacuar gran cantidad de líquido y Mellitus: que quiere decir miel. Es decir, indica la expulsión de gran cantidad de líquido (orina) con sabor dulce por el exceso de azúcar presente en ella.

DESCRIPCIÓN

En el proceso de descripción debemos tener en cuenta las características de cada uno de los dos subgrupos:

Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente:

- Suele aparecer por encima de los 45 años de edad
- Presenta un componente genético
- Puede ir acompañada de obesidad o no
- Presenta tasas de glucemia (azúcar en sangre) menores que la Diabetes Mellitus Insulino Dependiente
- Habitualmente se puede controlar con la dieta y agentes hipoglucemiantes

Diabetes Mellitus Insulino Dependiente:

- También conocida como Juvenil
- Suele presentarse por debajo de los 35 años de edad y frecuentemente en las dos primeras décadas (0-20 años) de la vida.
- Suele acompañarse de delgadez
- Se controla con insulina, dieta y ejercicio.

CAUSAS

La causa en ambos grupos, se debe a la ineficacia de la insulina, ya sea por que no se libere en la cantidad necesaria o porque su estructura (forma) no sea la correcta.

Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente

En ella se ha relacionado un componente genético que a partir de los 45 años de edad conlleva la alteración de la forma de la insulina, por lo que ésta no ejerce bien su acción. El fenómeno por el que no realiza su acción se conoce con el nombre de Resistencia Periférica a la Insulina, es decir, que los lugares donde tiene que unirse en las células del cuerpo (receptores) no la reconoce y por lo tanto no se une o lo hace mal.

Diabetes Mellitus Insulino Dependiente

En el desarrollo de este proceso se han involucrado factores genéticos, infecciosos e inmunológicos que desencadenan la destrucción de las células β del páncreas encargadas de producir la insulina. Su destrucción trae consigo la falta de insulina. .

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente

En ella el hallazgo suele ser casual, obteniéndose como resultado de un estudio rutinario y posiblemente sobre otro proceso patológico. Pero así mismo se puede sospechar cuando el paciente presenta los siguientes síntomas:

- Prurito (picor)
- Irritación ocular
- Poliuria (orinar mucho)

Diabetes Mellitus Insulino Dependiente

Caracterizada por lo que se ha denominado el Síndrome de las tres P:

- Polidipsia (beber mucho)
- Poliuria (orinar mucho)
- Polifagia (comer mucho)

Asimismo, el enfermo presenta:

- Delgadez
- Debilidad
- Falta de concentración
- Cansancio

TRATAMIENTO

Dependiendo del tipo de proceso, severidad del mismo y respuesta individual puede ser:

- Control mediante dieta
- Control mediante dieta e hipoglucemiante oral
- Control mediante dieta e insulina

Sulfonil urea (limeprida 1mg. Diario maximo 8 mg.)

Metformida tabletas 500mg. Diarios maximo 800mg. Diarios

- Control mediante dieta, insulina y algún hipoglucemiante oral. Esta última alternativa es raramente utilizada por los especialistas por sus complicaciones, prefiriendo a utilización de un hipoglucemiante oral o insulina solamente.

CUIDADOS

Una vez detectada la diabetes, los cuidados son enfocados a evitar la aparición de los efectos colaterales del procesos, tales como: nefropatía (afectación del riñón), retinopatía (afectación de los ojos), aterosclerosis (afectación de los vasos y mayor posibilidad de desarrollar ataques al corazón y anginas de pecho), etc.

Estos cuidados se basan en seguir estrictamente las recomendaciones del médico en lo referente a dieta, tratamiento farmacológico y ejercicio. .

La Diabetes es un problema conocido desde la época egipcia y descrito en la antigua Grecia. Si bien, hoy en día, se conocen con gran profundidad y precisión las causas, síntomas y signos, así como su evolución y problemas relacionados; en la actualidad no existen medidas curativas.

Se trata por tanto, de una enfermedad crónica que si bien puede presentar un grave desenlace, los conocimientos médicos y terapéuticos actuales permiten al paciente realizar una vida normal y tener una expectativa media de vida como cualquier otra persona.

Su diagnóstico en etapas tempranas y la rigurosidad de un tratamiento, retrasan y pueden evitar el desarrollo de otras enfermedades asociadas a la Diabetes, como hipertensión, ceguera, gangrena, etc.

Por último, se debe tener cuidado con los tratamientos alternativos ya que estos no van a curar el proceso, pero sí pueden interferir con los tratamientos científicamente aceptados y cuidadosa e individualmente recomendados por el médico.

GASTROENTERITIS (18)

La **gastroenteritis** es la inflamación del estómago y los intestinos. Hay tres tipos de gastroenteritis: Bacteriana, Viral y por Colitis:

Agente Causal

- Biológicos: **Bacterias:** *Salmonella*, *Shigella*, *Staphylococcus*, *Campylobacter jejuni*, *Clostridium*, *Escherichia coli*, *Yersinia*, etc. **Virus:** *rotavirus* y el virus *Norwalk* son los más comunes. En el caso de gastroenteritis por colitis el agente casual es una infección por citomegalovirus.
- Químicos: En esta categoría se incluyen sustancias que actúan directamente sobre el organismo, modificando su función. algunos medicamentos pueden ser tan tóxicos, que irritan el estómago, estas son reacciones secundarias del medicamento.

Huésped Los organismos susceptibles de padecer esta enfermedad puede ser cualquier persona de cualquier edad, donde las condiciones de higiene son pocas o nulas por ejemplo no cocinar o desinfectar bien los alimentos, no lavarse las manos antes de comer, una mala alimentación, tener contacto directo con un ambiente contaminado e incluso las personas que tengan un tratamiento con medicamentos irritantes para el estómago.

Horizonte clínico Cuando la enfermedad se empieza a manifestar en el individuo aparecen una serie de **signos** y **síntomas** como: vómitos, diarrea, náuseas, mareo, pérdida del apetito, acidez, agruras, deshidratación, etc.

Pronóstico y Tratamiento Tomar abundantes líquidos para evitar una deshidratación, una dieta blanda (ingerir alimentos no pesados), antibióticos indicados en caso de diarrea infecciosa, antidiarreicos, probióticos. Los síntomas desaparecen con una terapia entre una semana y un mes, dependiendo la causa de la gastroenteritis.

Prevención

- Lavarse las manos antes de comer
- Cocinar bien los alimentos
- Lavar y desinfectar los alimentos
- Tener una dieta equilibrada

La gastroenteritis aguda es un cuadro inflamatorio intestinal de etiología generalmente infecciosa, manifestado por diarrea, a la que con frecuencia se asocian náuseas, vómitos, dolor abdominal y fiebre.

En los países no desarrollados de África, Asia y Hispanoamérica, produce entre 5 y 10 millones de muertes anuales. En los países industrializados, la diarrea aguda constituye una de las causas más frecuentes de consulta médica. En niños y ancianos, debido a que presenta mayor morbimortalidad, constituye una de las causas más frecuentes de ingresos hospitalarios. En Estados Unidos un promedio de 220.000 menores de 5 años, son hospitalizados cada año y aproximadamente 300 niños menores de 5 años mueren al año por esta causa. En menores de 3 años se estima una incidencia media de 1.3 a 2.3 episodios /niño/año, con unos costes directos de dos mil millones de dólares /año.

Aunque generalmente se manifiesta de forma aislada, puede presentarse de forma epidémica como en los brotes en hospitales o residencias, o en las toxiinfecciones alimentarias. En estos casos representa un problema de salud pública y puede colapsar los Servicios Sanitarios. La adecuada selección de los grupos de riesgo y la valoración clínica, permitirá la ordenación adecuada de la asistencia en estas situaciones.

Su causa, con frecuencia desconocida, es generalmente infecciosa, pero puede ser tan variada como origen tóxica, farmacológica, alimentaria, o ser manifestación de enfermedades del aparato digestivo o sistémicas.

Su espectro de gravedad varía extraordinariamente, desde una simple molestia o inconveniencia hasta la afectación sistémica que puede producir la muerte por deshidratación, incluso en horas. Generalmente su curso es autolimitado. En los casos más graves un tratamiento adecuado y precoz, permite reducir considerablemente su mortalidad.

En los niños, ancianos, viajeros, pacientes hospitalizados, pacientes con infección por VIH, tratados con antibióticos, y con toxiinfección alimentaria, presenta ciertas peculiaridades por lo que se expondrán de forma individualizada.

INFECCION DE VIAS URINARIAS (19)

Es un trastorno que implica una infección bacteriana repetitiva o prolongada en la vejiga o el tracto urinario inferior (uretra).

Causas, incidencia y factores de riesgo

La mayoría de las infecciones del tracto urinario (ITU o cistitis) ocurre en la parte inferior de las vías urinarias, que incluye la vejiga y la uretra. La cistitis se produce cuando el tracto urinario inferior, que se encuentra normalmente estéril, se infecta con bacterias y se inflama. La cistitis es muy común.

En la mayoría de los casos, los síntomas de la cistitis desaparecen después de 24 a 48 horas de comenzar el tratamiento. La infección del tracto urinario crónica o recurrente incluye episodios repetitivos de cistitis (más de 2 en 6 meses), o una infección del tracto urinario que no responde al tratamiento usual o que dura más de 2 semanas.

En las jóvenes, las infecciones recurrentes del tracto urinario pueden ser indicativas de una anomalía en dicho tracto urinario, como el reflujo vesicoureteral, y deben ser evaluadas por parte de un médico. En los jóvenes, incluso un sólo episodio de infección en el tracto urinario debe ser evaluado, dado que estas infecciones en esta población son extremadamente raras cuando no hay anomalías en dicho tracto urinario.

Las personas mayores corren un mayor riesgo de desarrollar cistitis causada por un vaciado incompleto de vejiga, lo cual está asociado con afecciones de hiperplasia prostática benigna (HPB), prostatitis y estenosis uretral.

También la falta de una ingesta adecuada de líquidos, la incontinencia intestinal, la inmovilidad o la disminución de la movilidad, tener un catéter de Foley y el ingreso a un hogar de ancianos, ponen a la persona en una situación de riesgo para desarrollar cistitis.

Síntomas

- Presión en la parte inferior de la pelvis
- Micción dolorosa (disuria)
- Micción frecuente (frecuencia)
- Necesidad urgente de orinar (urgencia)
- Micción excesiva durante la noche
- Color anormal de la orina (turbia)
- Sangre en la orina (hematuria)
- Olor de la orina fuerte o maloliente

Algunos síntomas adicionales que pueden estar asociados con esta enfermedad son:

- Náuseas y vómitos
- Fiebre
- Fatiga
- Escalofríos
- Cambios mentales o confusión (en las personas de edad avanzada, es frecuente que los únicos signos de una posible infección de las vías urinarias sean los cambios mentales o la confusión.)

Signos y exámenes

Se puede hablar de la existencia de una infección del tracto urinario crónica o recurrente si:

- Los síntomas reaparecen dos o más veces en un período de seis meses
- Los síntomas de un sólo episodio duran más de dos semanas
- Los síntomas duran más de 48 horas después de haber iniciado el tratamiento

Entre algunos de los exámenes que se pueden realizar se incluyen:

- Un análisis de orina que normalmente revela glóbulos blancos (conteo de GB) o glóbulos rojos (GR).
- Un cultivo de orina (toma limpia) o la muestra de orina cateterizada que puede revelar bacterias en la orina. Un cultivo de orina positivo por más de 2 semanas a pesar del tratamiento indica infección del tracto urinario crónica o recurrente.
- Un ultrasonido abdominal o KUB (rayos X del abdomen) se puede necesitar para evaluar el estado del sistema renal (riñones, uréteres y vejiga).

Tratamiento

Los casos leves de cistitis aguda pueden desaparecer espontáneamente sin tratamiento. Sin embargo, y debido al riesgo de que la infección se extienda hasta los riñones (infección del tracto urinario complicada), generalmente se recomienda hacer un tratamiento. Las personas de edad avanzada deben ser atendidas con prontitud debido al alto índice de mortalidad en este grupo de edad.

MEDICAMENTOS:

Se pueden utilizar antibióticos para controlar la infección bacteriana. Es indispensable hacer todo el tratamiento con los antibióticos prescritos por el médico. Los antibióticos que se usan regularmente son:

- Nitrofurantoína
- Drogas a base de sulfa (sulfonamidas)
- Amoxicilina
- Cefalosporinas
- Trimetoprim-sulfametoxazol
- Doxiciclina
- Fluoroquinolonas

Las infecciones crónicas o recurrentes del tracto urinario deben tratarse exhaustivamente debido a la probabilidad de una infección renal (pielonefritis). Los antibióticos controlan la infección bacteriana y puede ser necesario tomarlos por períodos largos de tiempo (durante 6 meses a 2 años) o pueden prescribirse antibióticos más fuertes. Como precaución adicional, se puede recomendar una dosis baja de antibióticos después de que los síntomas agudos hayan desaparecido.

El hidrocloreto de fenazopiridina (pyridium) se puede emplear para reducir el ardor y la urgencia de orinar asociadas con la cistitis. Además, se puede recomendar el ácido ascórbico para disminuir la concentración de bacterias en la orina.

CIRUGÍA:

Por lo general, la cirugía no se necesita para tratar las infecciones del tracto urinario.

OTRAS TERAPIAS:

Las medidas preventivas pueden reducir los síntomas y prevenir la recurrencia de la infección. Ciertas medidas como mantener la zona genital limpia y limpiar la zona genital de adelante hacia atrás, pueden evitar la probabilidad de arrastrar las bacterias desde la zona del recto a la uretra.

Orinar inmediatamente después de las relaciones sexuales ayuda a eliminar cualquier bacteria que se haya introducido durante la relación sexual. No orinar por un largo período de tiempo hace que las bacterias tengan mayor tiempo para multiplicarse, de esta manera, la micción frecuente puede reducir el riesgo de cistitis en aquellas personas propensas a contraer infecciones del tracto urinario.

DIETA:

El aumento en la ingesta de líquidos (de 2000 a 4000 cc al día) favorece la micción frecuente, la cual expulsa las bacterias de la vejiga. Se deben evitar los líquidos que irritan la vejiga, tales como alcohol, jugos cítricos y aquellos que contengan cafeína.

SEGUIMIENTO:

El seguimiento puede incluir cultivos de orina para asegurarse de que ya no existan bacterias en la vejiga.

Expectativas (pronóstico)

La mayoría de los casos se curan sin complicaciones después del tratamiento adecuado. El tratamiento puede ser prolongado.

Complicaciones

- Pielonefritis
- Absceso renal
- Inflamación de los riñones (hidronefrosis)

Situaciones que requieren asistencia médica

Se debe consultar con el médico si los síntomas de la cistitis persisten después del tratamiento o reaparecen más de 2 veces en 6 meses si los síntomas empeoran o desarrollan nuevos síntomas, especialmente fiebre persistente, dolor de espalda o dolor en un flanco y vómitos.

OBESIDAD (20)

La obesidad se trata de un problema de salud pública debido a que afecta a un porcentaje importante de la población, así como, al número de personas que enferman y mueren, es decir, afecta la morbilidad y mortalidad.

La obesidad es un proceso que afecta tanto a varones como a mujeres. El estilo de vida de la sociedad actual propicia su aparición.

DESCRIPCIÓN

La obesidad puede definirse como un exceso de grasa que condiciona la salud de la persona. Este exceso de grasa se produce cuando la cantidad de energía que se ingiere con los alimentos es superior a la que se gasta, y este exceso de energías transformado en grasas. Aunque existen dificultades para la aplicación de este concepto en la práctica médica:

- Dificultad para la valoración exacta de la cantidad de grasa que presenta un individuo
- Dificultad para explicar el exceso de peso que determina un riesgo.

Para valorar la obesidad, la simple inspección es suficiente para tener un criterio subjetivo.

Sin embargo, son necesarios indicadores objetivos como:

- Porcentaje del peso actual con respecto al peso ideal. Clásicamente se utilizan las tablas peso y talla realizadas por la Metropolitan Life Insurance Company
- Índice de masa corporal (IMC), calculado por medio de la fórmula: $IMC = \text{Peso (Kg)} / [\text{Talla (m)}]^2$
- Otros métodos que pueden estimar la grasa corporal son:
+ Medición de los pliegues subcutáneos. El que mejor valora el exceso de grasa es el pliegue tricótipal (pliegue formado a nivel del músculo tríceps).

CONSIDERACIONES

Se pueden diferenciar los siguientes tipos de obesidad:

- Obesidad Primaria o de Causa no Delimitada
- Obesidad Secundaria o de Causa Conocida

La obesidad siempre se caracteriza por un incremento del depósito de grasas debido a una alteración en el balance entre ingreso energético y consumo, en el que el ingreso siempre es

mayor que el consumo, dando como resultado el acúmulo del exceso de energía en forma de grasas. Esto indica que una persona puede desarrollar un cuadro de obesidad por:

- Disminución del gasto energético, es decir, descenso en la energía que se consume
- La presencia conjunta de los dos hechos mencionados
- Aumento de la ingesta de energía

CAUSAS

Las causas de obesidad son múltiples y poco conocidas en la actualidad. Esto hace que existan diferentes tipos de pacientes con diferentes obesidades.

- Aporte energético de la dieta: En los animales de experimentación se ha demostrado que la hiperfagia (comer mucho) es una causa de obesidad. Aunque actualmente no se conoce bien si este hecho es causa o efecto
- Neuroendocrinología: siempre se pensó que la obesidad era una enfermedad endocrinológica. Actualmente se conoce que sólo el 3% de los casos de obesidad responden a este tipo de alteraciones.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos y síntomas más comunes son:

- Exceso de peso
- Incremento de la grasa corporal
- Signos y síntomas de otros procesos patológicos asociados a la obesidad
- Vida sedentaria
- Problemas psicológicos. Depresión, baja autoestima, etc.

TRATAMIENTO

El tratamiento tiene cuatro grandes pilares:

- Tratamiento Dietético: Con una dieta hipocalórica
- Tratamiento Quirúrgico: Mediante la realización de diferentes técnicas quirúrgicas.
- Tratamiento Farmacológico
- Cambios en el Estilo de Vida: Para lo que se requiere de psicoterapia, junto con cambios en el hábito alimenticio y ejercicio

DISLIPIDEMIAS: (21)

El diagnóstico de una dislipidemia queda establecido, si los elementos clínicos y el estudio familiar aportan las bases suficientes. En otras circunstancias es necesario recurrir a procedimientos más costosos y sofisticados para identificar algún tipo de lipoproteína o apolipoproteína, el estado de los receptores, alteraciones enzimáticas o la mutación o mutaciones en el gen o genes involucrados en el trastorno.

Lípidos sanguíneos

Establecer el nivel de lípidos sanguíneos interesa por la relación de las dislipidemias con la enfermedad cardiovascular (triglicéridos, colesterol y sus fracciones). El riesgo de pancreatitis que acompaña a la hipertrigliceridemia severa de los síndromes de hiperquilomicronemia es otro aspecto importante.

Inicialmente el diagnóstico de hiperlipidemia tomaban como punto de corte los valores situados en el percentil 90 o 95 de la población (Colesterol total: 240 mg/dl y Triglicéridos :200 mg/dl).

Sin embargo el interés clínico está en el nivel sanguíneo de lípidos como factor de riesgo para la salud, para que la intervención médica, reduzca el riesgo cardiovascular.

Colesterol total sérico.

La determinación de colesterol fue descrita por Libermann en 1885 y luego por Burchard en 1889. El método de referencia sigue siendo el de Abell y Kendall. A partir de 1974 se usan los métodos enzimáticos incorporados en los analizadores automáticos, lo que da simplificación, rapidez (minutos, lo que antes tomaba horas o días) y seguridad al examen de laboratorio.

Sirve para medir el riesgo cardiovascular, detectar hipercolesterolemias primarias y secundarias y para controlar el tratamiento de las dislipidemias. Al interpretar un valor dado hay que tomar en cuenta las variaciones individuales que pueden ser de 4 a 10% (30 mg/dl) y el coeficiente de variación debe ser inferior al 3%. En invierno los valores son 8% más altos que en verano, 10 a 15 % más bajos en decúbito y 5% más bajos en relación a la bipedestación. Los valores plasmáticos se multiplican por 1,03 para que sean comparables con los valores séricos. La muestra para colesterol total y HDL puede ser posprandial. Estados de estrés y mórbidos agudos como infecciones, trauma, infarto cardíaco disminuyen los niveles y el ayuno total que induce cetosis lo aumenta.

Colesterol-HDL. Se utiliza para medir riesgo cardiovascular (sobre 60 es factor de riesgo negativo) y en el diagnóstico de dislipidemias. La variación intraindividual va de aproximadamente de 3,6 a 12,4%. Para su determinación, existen diversos métodos: ultracentrifugación, electroforesis, cromatografía líquida de alta resolución (HPLC) y métodos de precipitación. El método de referencia es la ultracentrifugación y en clínica la determinación directa por métodos automáticos enzimáticos colorimétricos es lo más difundido.

Colesterol LDL. Cumple un rol predictivo preponderante para evaluar el riesgo cardiovascular. Útil en el diagnóstico de las dislipidemias y en el control terapéutico. El método de referencia es la ultra centrifugación; se lo determina también por electroforesis y precipitación. La formación de complejos con poli aniones es empleada para la determinación turbidimétrica mediante técnicas manuales o automáticas.

Triglicéridos. Deben ser obtenidos con ayuno de 12 a 14 horas. Así permite hacer el cálculo de colesterol - LDL. La variación diurna provoca triglicéridos más bajos en la mañana y más elevados al medio día. La variación intraindividual es del 12 a 40%, la variación analítica es del 5 a 10%. El método de referencia es uno químico para recuperar el glicerol, que se mide en último término como aldehído fórmico mediante una reacción colorimétrica. Métodos menos laboriosos y rápidos se basan en reacciones enzimáticas y en el análisis automático. En presencia de hipertrigliceridemia ocurren cambios por artefacto de técnica que es preciso conocer: los valores de amilase y amiluria disminuyen en forma espúrea por que los lípidos interfieren la lectura. La natremia y las concentraciones de hemoglobina disminuyen y las de bilirrubina aumentan por artefactos de técnica.

La determinación de un perfil lipídico mínimo (Colesterol total, Triglicéridos y Colesterol - HDL) debería hacerse en todo individuo por el alto riesgo de morbimortalidad que implican estos trastornos. Un buen método de pesquisa es hacerlo en aquellas personas con alto riesgo. Si el examen resulta alterado se debe repetir (Colesterol total sobre 200 mg / dl o Triglicéridos sobre la misma cifra, o HDL bajo 40 mg / dl) con triglicéridos elevados es necesario incluir la observación del plasma: grado de turbidez y sobrenadante cremoso (Prueba del quilomicrón) después de guardar el plasma refrigerado a 4° C durante 14 horas.

TRATAMIENTO

El manejo de las dislipidemias requiere de un enfoque poblacional destinado a modificar conductas de riesgo en la población, con políticas de salud implementadas a nivel gubernamental y de una terapia individual que se tratará a continuación.

El tratamiento es multifactorial, y está dirigido a intervenir sobre el riesgo global del paciente, además de la corrección del lípido afectado

La intervención puede ser:

- Prevención Primordial: para evitar la aparición de conductas y hábitos de riesgo.
- Prevención Primaria: destinada a corregir factores de riesgo establecidos antes de la aterosclerosis con manifestaciones clínicas.
- Prevención Secundaria: destinada a evitar nuevos accidentes cardiovasculares en presencia de enfermedad cardiovascular.

Los Factores de Riesgo Coronario pueden ser:

- **Modificables:** Tabaquismo, Hipertensión Arterial, Diabetes, Obesidad central, Menopausia y Sedentarismo.

- **No modificables:** Edad, Sexo, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica prematura. Historia de cardiopatía coronaria, accidente vascular cerebral aterosclerótico o enfermedad vascular periférica, Aneurisma de Aorta abdominal

Para determinar categorías de riesgo de enfermedad coronaria, en la evaluación del paciente se consideran diferentes aspectos:

1. Factores de Riesgo mayor

- Tabaco
- Hipertensión arterial ($\geq 140/90$) o tratamiento hipotensor
- HDL < 40 mg/dL
- Historia familiar de cardiopatía coronaria prematura: < 55 años en familiares hombres de primer grado y < 65 en familiares mujeres de primer grado.
- Edad : Hombre mayor de 45 años y Mujer mayor de 55 años

2. Hábitos y otros factores de riesgo

- Obesidad central
- Sedentarismo
- Dieta aterogénica

3. Factores de riesgo emergentes

- Lipoproteína (a)
- Homocisteína
- Factores protrombóticos / inflamatorios
- Intolerancia a la glucosa
- Aterosclerosis subclínica (grosor de la intima en carótidas, índice tobillo brazo)
- Microalbuminuria
- Insulinorresistencia

4. Presencia de síndrome metabólico

- Obesidad central o abdominal (IMC ≥ 27 , cintura ≥ 102 cm Hombre y ≥ 88 cm Mujer)
- TG ≥ 150 mg/dL
- C- HDL < 40 mg/dL
- P/A $> 130/85$
- Intolerancia a la glucosa (ITG), glicemia en ayunas > 110 mg/dL

5. Riesgo cardiovascular de pacientes con 2 FR mayor que no sean portadores de:

- Enfermedad coronaria
- Aneurisma de aorta abdominal
- Enfermedad carotídea sintomática
- Diabetes

6. Determinar riesgo de un evento coronario a 10 años, según puntaje del sistema de Framingham

7. Identificar equivalentes de Cardiopatía coronaria

- Enfermedad aterosclerótica
- Enfermedad Vascul Periférica
- Aneurisma de Aorta Abdominal
- Enfermedad Carotídea sintomática

- Diabetes
- ≥ 2 FR con riesgo a 10 años de EC $> 20\%$

8. Establecer Categoría de riesgo:

Medidas no farmacológicas.

Están destinadas a la corrección de hábitos y conductas de riesgo.

- Cambios de la alimentación.
- Suprimir el tabaco
- Incentivar el ejercicio físico
- Controlar la obesidad.
- Alcohol en forma controlada, no exceder los 30 g al día, si los triglicéridos son normales, omitir alcohol si están elevados sobre 250 mg/dl.
- Controlar patologías asociadas que causan dislipidemia.
- Evitar el uso de fármacos hiperlipemiantes si el mismo efecto se obtiene con otros

ONICOMICOSIS (22)

La Onicomicosis se define como la infección fúngica de la uña que produce su decoloración, engrosamiento y deformidad. En la mayoría de los casos son causados por dermatofitos, pero en pacientes inmunocomprometidos (como por ej. pacientes con sida) se pueden aislar otros agentes patógenos.

Además, es frecuente encontrar asociado otras infecciones por dermatofitos como ser tinea pedis, tinea cruris y tinea corporis, según el compromiso ungueal existen 4 subtipos de Onicomicosis:

- Distal subungueal
- Proximal subungueal
- Blanco superficial
- Por cándida.

Solo la mitad de las uñas distróficas son producidas por hongos, por lo que la determinación micológica es fundamental para el diagnóstico diferencial y selección de un agente terapéutico efectivo. Esta enfermedad presenta elevada prevalencia, representa el 50% de toda la patología ungueal, es de distribución mundial, y se han identificado numerosos factores de riesgo como ser: edad avanzada, genética, historia familiar, pobre estado general de salud (por ej. diabetes mellitus mal controlada), traumatismos ungueales frecuentes, contacto ambiental con patógenos, climas húmedos y cálidos, piscinas o duchas públicas, ropa o zapatos apretados, inmunosupresión (sida) o alteración del sistema inmune por quimioterapia, trasplantes de órganos y uso de antibióticos de amplio espectro. La Onicomicosis afecta marcadamente la calidad de vida y el bienestar psicosocial, ya que al afectar su función de protección, compromete la actividad diaria tanto laboral como social. En ciertos pacientes pueden afectarse psicológicamente, ya que la sociedad moderna valora en exceso la apariencia cosmética, además afecta las relaciones interpersonales por ser juzgados como de pobre higiene y miedo al contagio.

Produce en el paciente vergüenza, trastornos de la personalidad, ansiedad y depresión.

TRATAMIENTO

Debe ser costo/efectivo y siempre sistémico. La monoterapia con griseofulvina o con ketoconazol son poco efectivos, con elevada tasa de recurrencias y con significativos efectos colaterales.

Los nuevos agentes antimicóticos (triazoles) como el itraconazol, fluconazol y terbinafina, penetran en la matriz ungueal rápidamente y presentan efecto terapéutico prolongado (hasta 6-7 meses), la forma de administración es la siguiente: 1. itraconazole, en pulsos de 400 mg/día en 1 semana cada mes (3 pulsos para las uñas del pie, y 2 pulsos para las uñas de los dedos de la mano).

Produce cura micológica en el 80% de los casos, y 10.4% de recaídas. Presenta interacciones con drogas por lo que se contraindica absolutamente su uso asociado con simvastatina, lovastatina, terfenadina, astemizol, cisapride, midazolam, triazolam, quinidina y pimozida. 2. fluconazol (150-300 mg) administrado intermitentemente, una dosis semanal por 6-12 meses para las uñas del pie, y 3-6 meses para las uñas de los dedos de la mano, produce cura micológica en el 90%. 3. terbinafina 250 mg/día durante 12 semanas para las uñas del pie, y 6 semanas para las uñas de los dedos de la mano, produce cura micológica en el 70-81%.

COMENTARIO:

La Onicomycosis, una enfermedad sin aparente importancia clínica, debe alertar al médico de posibles enfermedades subyacentes o enfermedades conocidas mal controladas, corregir en lo posible los factores de riesgo, realizar el tratamiento más costo/efectivo y con ello eliminar las posibles complicaciones tanto psicológicas como orgánicas.

LUMBALGIA (23)

El dolor en la parte baja de la columna puede deberse a múltiples factores como un esfuerzo excesivo o una mala postura. La lumbalgia se ha conocido familiarmente como "dolor de riñones" y su origen puede estar en alteraciones de las diferentes estructuras que forman la columna vertebral como ligamentos, músculos, discos vertebrales y vértebras.

CAUSAS

Las causas de la lumbalgia son múltiples. Puede deberse a malas posturas, factores relacionados con la actividad física del individuo o factores psicológicos.

De todos modos, pueden establecerse dos causas fundamentales que pueden ocasionar la lumbalgia: las causas de origen mecánico y las de origen inflamatorio de origen mecánico: Son las más frecuentes. Se debe a una alteración de las estructuras que forman la columna lumbar. Así, la degeneración del disco vertebral que evita el contacto directo entre las vértebras de la columna, la aparición de artrosis en las vértebras lumbares, la existencia de osteoporosis o una alteración de las curvaturas normales de la columna son las causas más frecuentes del dolor lumbar.

Las malas posturas también pueden provocar lumbalgia.

Además, la práctica deportiva sin un entrenamiento adecuado puede producir lumbago.

La práctica clínica también ha observado que determinados factores psicológicos pueden provocar dolores de la columna en general de origen inflamatorio: Tienen su origen en determinadas enfermedades que producen una inflamación de las vértebras, de los tendones o de las articulaciones próximas. Asimismo, otras patologías no inflamatorias pero que podrían causar lumbalgia son las infecciones o los tumores malignos. Estos últimos son muy poco frecuentes.

DIAGNOSTICO

Al igual que otras enfermedades reumáticas, el diagnóstico de la lumbalgia no ofrece dificultad debido a que los síntomas de la enfermedad son muy claros.

Para determinar la causa que ha producido esta dolencia es preciso realizar un interrogatorio amplio sobre los hábitos de vida del paciente así como su situación anímica.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la lumbalgia consiste en la administración de analgésicos, relajantes musculares y aplicación de calor en la zona dolorida.

- RELAJANTES MUSCULARES
- APLICACIÓN DE CALOR EN LA ZONA AFECTADA

➤ ADMINISTRACION DE ANALGESICOS

CERVICOVAGINITIS (24)

Las infecciones de la vagina pueden ser extremadamente problemáticas y causar innumerables molestias, aun cuando sean condiciones relativamente menores y que en raras ocasiones llegan a dar complicaciones a largo plazo. Las infecciones que causan vaginitis pueden afectar a tres estructuras que son: vulva, vagina y cervix (cuello uterino).

Contrariamente a lo que muchas mujeres creen, algunos flujos son normales y no necesariamente indicativos de infección. Dichos flujos son causados por la microflora (microbios) que colonizan desde el nacimiento el aparato genital de la mujer y dichas secreciones pueden tener un olor "característico" y una cantidad normal dependiendo de cada mujer. Los microorganismos que forman los flujos (o desechos) pueden ser influidos por varios factores:

Ciclo menstrual, actividad sexual, el parto, la cirugía, los antibióticos, los anticonceptivos hormonales, el dispositivo intrauterino y enfermedades que disminuyan la inmunidad (defensas). Además de esto, la flora bacteriana vaginal es un eco-sistema dinámico y varía día con día en la misma mujer.

Aunque diversos organismos pueden causar vaginitis, los síntomas en cada tipo de infección son similares. Generalmente hay una secreción anormalmente excesiva, acompañada de prurito (comezón), ardor y malestar.

Puede haber dolor al orinar y en la actividad sexual. También puede presentarse irritación e hinchazón en vulva y vagina.

Las infecciones e infestaciones comúnmente asociadas son las siguientes:

- CANDIDIASIS
- TRICOMONIASIS
- VAGINOSIS.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Dado que es posible tener más de un tipo de infección a la vez, el auto-diagnóstico y tratamiento basado en su propia experiencia, no es prudente. Para poder determinar cual de los microorganismos mencionados es el responsable de la vaginitis.

El tratamiento administrado depende del tipo de microorganismo que este causando la infección. Deben tener cuidado de no suspender el tratamiento aunque hayan desaparecido las molestias puesto que esto puede provocar recaídas. En ocasiones se indica conjuntamente tratamiento a la pareja sexual, aunque sin saberlo él puede albergar un microorganismo infectante y no servir de nada el tratamiento.

MANEJO PREVENTIVO

La atención especial los hábitos e higiene personal puede poner el alto a las infecciones vaginales. Evitarse el uso de ropa interior sintética y cambiarla por prendas de algodón. Suprimir el uso de duchas vaginales si las acostumbra, así como, el uso de "sprays".

- Los aseos de vulva deberán hacerse con:
 - Agua y jabón (suave)
 - Toallas higiénicas perfumadas
- Los tampones pueden causar irritación vulvar y favorecer las infecciones vulvovaginales;
- Mantenga sus genitales frescos y libres de humedad,
- Evite las pantimedias y los pantalones muy apretados,
- No se deje puesto el traje de baño húmedo,
- Asegúrese siempre después de la defecación, asearse de adelante hacia atrás.
- Cualquier cambio de su flujo vaginal o aparición de comezón o malestar amerita sea investigado.

CARDIOPATIAS (31)

LOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

INTRODUCCION

Las enfermedades cardiovasculares afectan a los seres humanos pasando de las regiones mas desarrolladas a los países subdesarrollados, en los que va en incremento. Es responsable de una fracción muy grande de ingresos hospitalarios, sobre todo en personas de mediana edad y ancianos contribuyendo mucho a discapacidad y muerte. En estudios relevantes se ha podido comprobar que el primer dolor isquemico prolongado tiene 34 % de tasa de mortalidad y en 17 % de los pacientes constituyen el primer, único y ultimo síntoma.

CARDIOPATIA ISQUEMICA. ENFERMEDAD CORONARIA

La enfermedad coronaria es la más asesina en los países occidentales. Mata a 600.000 personas cada año sólo en los USA. Aunque se desarrolla lentamente durante muchos años, mata instantáneamente (muerte súbita) en un tercio de los casos.

Los vasos sanguíneos que llevan oxígeno y nutrientes al propio músculo cardíaco (o miocardio) son pequeños y forman una corona que rodea al corazón (de ahí el nombre de vasos "coronarios").

La enfermedad coronaria empieza cuando en estos pequeños vasos se desarrollan las llamadas placas de ateroma (Ver Arteriosclerosis), que son un acúmulo de colesterol, calcio y otras sustancias en las paredes de los vasos. Entonces se compromete en mayor o menor grado el flujo de oxígeno y nutrientes al propio corazón, con efectos que varían desde una angina de pecho o un infarto de miocardio, hasta una insuficiencia cardíaca.

La arteriosclerosis en los distintos vasos ocurre de forma irregular, en unos mucho más que en otros. La presencia en un vaso dado de placas de ateroma hace que en dicho vaso existan estrechamientos y que en ellos se desarrolle más fácilmente un trombo, un coágulo de plaquetas, proteínas de la coagulación y desechos celulares que acaba taponando el vaso. Una embolia es un trombo que ha viajado por la sangre hasta llegar a un vaso pequeño donde se enclava como un émbolo. Trombosis y embolia son, pues, términos equivalentes.

Los mismos factores que favorecen la arteriosclerosis son los factores que favorecen el desarrollo de enfermedad coronaria.

Por otra parte, las paredes de las arterias coronarias tienen músculo, y este músculo puede sufrir espasmos, que hacen estrecharse más todavía el vaso en una zona determinada. Los espasmos coronarios pueden ocurrir sin causa aparente, pero también por exposición a frío o fuerte estrés emocional.

La enfermedad coronaria se diagnostica con una serie de pruebas elementales, y para los que la sufren pueden ser necesarias otras pruebas más sofisticadas (test de esfuerzo, cateterismo cardíaco, o coronariografía, estudio isotópico).

El tratamiento de la enfermedad coronaria incluye una serie de medicaciones y medidas dietéticas y preventivas. La cirugía puede conseguir corregir la obstrucción de los vasos coronarios, bien mediante by-pass (derivación) o en algunos casos mediante la apertura de los vasos estrechados o angioplastia coronaria.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

El término infarto agudo de miocardio, frecuentemente abreviado como IAM o IMA, conocido en el uso coloquial como *ataque al corazón* o *ataque cardíaco*, hace referencia a una falta de riego sanguíneo (infarto) en una parte del corazón ("Agudo" significa súbito, "mio" músculo, y "cardio" corazón), producido por una obstrucción en una de las arterias coronarias.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor torácico repentino, intenso y prolongado que se percibe como una presión intensa, y que puede extenderse (irradiarse) a brazos y hombros sobre todo izquierdo, espalda, cuello e incluso los dientes y la mandíbula. Es lo que se conoce como angor o angina de pecho. No son infrecuentes los infartos que cursan sin dolor, o con dolores atípicos que no coinciden con el descrito. Por eso se dice que el diagnóstico es clínico, electrocardiográfico, y de laboratorio, ya que sólo estos tres elementos en su conjunto permiten realizar un diagnóstico preciso. El dolor, cuando es típico se describe como un puño enorme que retuerce el corazón. Corresponde a una angina de pecho, pero que se prolonga en el tiempo, y no responde a la administración de los medicamentos con los que antes se aliviaba, por ejemplo nitroglicerina sublingual, ni cede con el reposo. El dolor a veces se percibe de forma distinta, o no sigue ningún patrón fijo, sobre todo en ancianos y en diabéticos. En los infartos que afectan a la cara inferior o diafragmática del corazón, puede también percibirse como un dolor prolongado en la parte superior del abdomen que el individuo podría, erróneamente, atribuir a indigestión o acidez.

- Disnea (Dificultad para respirar).
- Mareos. Es el único síntoma en un 10 %.
- Palpitaciones
- Otros: Pueden ocurrir náuseas de origen desconocido, vómitos, desfallecimiento y sudoración.

El infarto agudo de miocardio se ve en pacientes portadores de cardiopatía isquémica, ya fuera que conocían tener esta enfermedad y estuvieran tratados por ella, o como episodio de debut de la patología. Suele estar precedido por antecedentes de angina inestable, denominación que reciben los episodios de dolor torácico que se hacen más frecuentes, más duraderos, que aparecen con esfuerzos menores que en la evolución previa o que no ceden con la medicación habitual.

El miocardio, o músculo del corazón, sufre un infarto cuando existe una enfermedad coronaria avanzada, en general esto se produce cuando una placa de ateroma que se encuentra en el interior de una arteria coronaria se ulcera o se rompe, causando una obstrucción aguda de ese vaso.

La corona de vasos sanguíneos que llevan oxígeno y nutrientes al propio músculo cardíaco (vasos "coronarios") puede desarrollar placas de ateroma (ver arteriosclerosis), lo que compromete en mayor o menor grado el flujo de oxígeno y nutrientes al propio corazón, con efectos que varían desde una angina de pecho (cuando la interrupción del flujo de sangre al corazón es temporal) a un infarto de miocardio (cuando es permanente e irreversible).

La presencia en un vaso dado de arteriosclerosis hace que en dicho vaso existan estrechamientos y que en ellos se desarrolle más fácilmente un trombo: un coágulo de plaquetas, proteínas de la coagulación y desechos celulares que acaba taponando el vaso. Una embolia es un trombo que ha viajado por la sangre hasta llegar a un vaso pequeño donde se enclava como un émbolo. Trombosis y embolia son, pues, términos equivalentes.

De hecho, el pronóstico vital de un paciente con infarto depende de:

- la extensión del mismo (es decir la cantidad de músculo cardíaco perdido como consecuencia de la falta de irrigación sanguínea)
- la rapidez de la atención recibida

DIAGNÓSTICO

- **ECG.** Si una persona sufre síntomas compatibles con un infarto, se le hará un ECG (electrocardiograma) inmediatamente, incluso en la ambulancia que le traslade. De hecho, estará unido a un monitor de ECG durante todo el tiempo que esté en el Hospital, al menos si se ingresa en la sala dedicada a los enfermos graves del corazón o unidad coronaria. Se debe realizar más de un ECG en pocas horas dado que, en las primeras horas, el resultado puede ser normal, aún en presencia de infarto.
- **Análisis de laboratorio.** Incluyen la determinación de algunos enzimas que aumentan en la sangre cuando se daña el músculo cardíaco, como la fracción Mb de la creatinfosfoquinasa o, más modernamente, las troponinas.
- **Estudios isotópicos o cateterismo cardíaco (coronariografía).** Como elemento de diagnóstico, se plantean cuando ya ha pasado la fase aguda. No obstante puede plantearse la realización de una cineangiocoronariografía por cateterismo cardíaco, a los efectos de determinar el o los vasos obstruidos y plantear una desobstrucción en agudo, por angioplastia percutánea con o sin colocación de stents o, más raramente por endarterectomía.

PRONÓSTICO Y COMPLICACIONES

Si el área de infarto es pequeña y no compromete al sistema bioeléctrico que controla los latidos del corazón, las probabilidades de sobrevivir a un infarto son altas. Sin embargo, una de

cada tres personas que sufren un infarto muere antes de poder recibir atención médica (muerte súbita). Hace muy pocos años, las estadísticas eran aún peores (un fallecimiento precoz por cada dos infartos). La mejora de estas expectativas está ligada a los avances en resucitación cardiopulmonar (RCP), en pruebas diagnósticas especiales, y en atención urgente, incluyendo ambulancias 'medicalizadas' y unidades coronarias.

Debido a la frecuencia de muerte súbita, las técnicas de resucitación cardiopulmonar deben aplicarse cuanto antes a cualquier persona que esté sufriendo un ataque al corazón. La mayoría de los que estén vivos 2 horas después de un ataque sobrevivirán.

Sin embargo, existen algunas complicaciones posibles:

- Arritmia cardíaca

Existe un sistema bioeléctrico que controla los latidos del corazón. Si se daña en el infarto, pueden aparecer arritmias muy graves, como la llamada fibrilación ventricular, en la que los ventrículos se contraen de forma rápida, descoordinada e ineficaz como una "bolsa de gusanos", y a efectos de bombeo de sangre, el corazón se para.

En otras personas, pueden aparecer arritmias lentas, es decir, el latido es demasiado lento para que el corazón funcione normalmente, debido a bloqueos en el sistema de conducción de los impulsos eléctricos a nivel del corazón o a muerte de los nodos ("automáticos") que generan este impulso. Esto puede requerir la implantación temporal o definitiva de un marcapasos artificial.

- Insuficiencia cardíaca

Cuando el área de infarto es extensa, el resto del corazón puede ser insuficiente para realizar el trabajo de bombeo.

- Muerte

En una de cada cuatro personas que sufren muerte súbita, no existían síntomas previos de cardiopatía. Con mucho, la causa más frecuente de muerte súbita por infarto es la fibrilación ventricular.

La clasificación propuesta por Killip y Kimball permite establecer un pronóstico razonable de acuerdo a los signos y síntomas presentes al momento del ingreso a un centro hospitalario.

TRATAMIENTO

- Pedir ayuda y buscar atención médica inmediata.
- No intentar conducir uno mismo hasta un Hospital.

Al llegar el médico, probablemente administrará varias de las siguientes terapias:

- Oxígeno. Puede ser la primera medida en el Hospital o la propia ambulancia.
- Analgésicos (medicamentos para el dolor). Si el dolor torácico persiste y es insoportable, se administra morfina o medicamentos similares para aliviarlo.
- Trombolíticos. Son medicamentos para disolver el coágulo que impide que fluya la sangre. Se ponen sustancias como la estreptoquinasa o un "activador del plasminógeno tisular", bien en la vena, o bien directamente en el coágulo por medio de un catéter (un tubo largo y flexible). Esta medicación debe ser aplicada en las primeras seis horas de iniciado el dolor, de allí la importancia de una atención rápida. Los trombolíticos sólo pueden administrarse en un centro especializado, habitualmente una unidad de cuidados intensivos.

- Nitratos. Los derivados de la nitroglicerina actúan disminuyendo el trabajo del corazón y por tanto sus necesidades de oxígeno. En la angina de pecho se toman en pastillas debajo de la lengua o también en spray. También pueden tomarse en pastillas de acción prolongada o ponerse en parches de liberación lenta sobre la piel. En la fase aguda de un ataque al corazón, suelen usarse por vía venosa.
- Betabloqueantes. Actúan bloqueando muchos efectos de la adrenalina en el cuerpo, en particular el efecto estimulante sobre el corazón. El resultado es que el corazón late más despacio y con menos fuerza, y por tanto necesita menos oxígeno. También disminuyen la tensión arterial.
- Digitálicos. Los medicamentos derivados de la digital, como la digoxina, actúan estimulando al corazón para que bombee más sangre. Esto interesa sobre todo si el ataque al corazón produce insuficiencia cardiaca.
- Los calcio antagonistas o bloqueantes de los canales del calcio impiden la entrada de calcio en las células del miocardio. Esto disminuye la tendencia de las arterias coronarias a estrecharse y además disminuye el trabajo del corazón y por tanto sus necesidades de oxígeno. También disminuyen la tensión arterial. No suelen usarse en la fase aguda de un ataque al corazón, aunque sí inmediatamente después.

DEPRESIÓN (26)

DEFINICION

La depresión es una enfermedad común a la mayoría de los seres humanos. La experiencia de estar deprimido, desde ligero a severo, se observa por lo menos una vez en la vida. Pero los enfermos con depresión tienen la aparición de cuadros clínicos frecuentes a lo largo de sus vidas. Es decir, tienen depresión por más de dos semanas de manera repetida, con intervalos de bienestar relativo, y reaparición de la manifestación de depresión con duraciones cada vez más prolongadas.

Estar deprimido es algo más que estar triste o que llorar mucho, o aun más severo que estar cansado. Aun cuando los tres tipos de situaciones están presentes en las manifestaciones que tiene un enfermo que padece de depresión.

Además se observan problemas para dormir: sueño inquieto y despertares frecuentes, que hacen que el paciente se incorpore con frecuencia en la madrugada, siendo muy difícil el reiniciar su sueño; presenta además fatiga y una sensación de pérdida de energía, que se manifiesta con una gran dificultad para empezar la mayoría de las acciones que habitualmente realizaba fácilmente, por ejemplo: una ama de casa tiene problemas para hacer cosas tan comunes a ella como el arreglo de su hogar, y aun el arreglo personal.

El deprimido puede tener disminución importante en su apetito, lo cual lo lleva a bajar de peso, y también suelen tener problemas de concentración y memoria. Otro de los apetitos, que está de manera importante disminuido es el deseo sexual.

Es común que las personas, tengan deseo sexual, y que esto los motive a la búsqueda de pareja y el realizar una relación sexual, o tener fantasías respecto a lo anterior.

El enfermo con depresión esta materialmente en ausencia del deseo sexual, y por supuesto, esto puede tener cierto impacto en sus relaciones interpersonales, principalmente en el área marital.

Un aspecto serio del problema del deprimido es que presenta constantemente ideas de muerte. Estas van desde ya no querer estar vivo, pidiéndole a Dios, el que "los recoja", hasta la maquinación de su propia muerte, que en ocasiones, se llevan a cabo.

Se ha calculado que el costo personal de un cuadro de depresión que llega a durar de seis a ocho meses, es más severo e incapacitante que la diabetes Mellitus o la hipertensión arterial. Estar deprimido, no es algo que de pronto aparezca, habitualmente su inicio es poco claro y puede iniciar por síntomas corporales, de los llamados somáticos (o somatiformes), que hacen pensar al deprimido, que está enfermo de algo diferente a la depresión. Dolores de cabeza, espalda, sensación de piernas y brazos pesados, fatiga, decaimiento, son datos iniciales de depresión. Posteriormente pueden aparecer las ideas de tristeza, la rumiación de experiencias tristes, desagradables y embarazosas que se tuvo en el pasado, y entonces el paciente se aísla, se le dificulta el trato con los demás, se torna irritable, sombrío, esta constantemente con ideas de culpa por eventos del pasado o por situaciones en donde omitió tal o cual acción. Finalmente, cuando menos espera está de nuevo deprimido.

ASPECTOS HISTÓRICOS

Los griegos, como Hipócrates, describieron los estados de tristeza, que denominaron melancolía (bilis negra), este estado estaba caracterizado por una aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza. La influencia del planeta Saturno, hacia que el hígado secretara la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema. La manía por otro lado era ya reconocida, como un estado de exaltación por los griegos, pero fue Areteo de Capadocia, el que hizo la conexión entre la melancolía y manía, pudiendo presentarse de manera alterna en una misma persona en el siglo.

¿POR QUÉ NOS DEPRIMIMOS?

Esta es una de las preguntas que mantiene a una serie de grupos de especialistas en la salud mental ocupados. Estos han encontrado que existen una serie de factores, cuya combinación o a veces por separado hacen que una persona se deprima. Por un lado existen los factores hereditarios.

En un sentido simplista se podría decir que la depresión es un extremo de la falla en los mecanismos de estrés. Cuando reaccionamos ante situaciones estresantes tenemos un estado de exceso de actividad, nuestro corazón va más de prisa (v.g taquicardia), estamos con mayor riego sanguíneo al cerebro y músculos y nuestras pupilas están dilatadas. Pero esta situación, que en general se presenta de manera aguda se va atenuando, en la medida que la situación que nos induce estrés va disminuyendo. Pero si el estrés persiste de manera continua, o eventualmente se agregan otros estímulos estresantes, entonces el sistema decae y se produce la depresión.

Por supuesto que lo anterior, que podríamos llamar: "La historia natural de la depresión", es sólo una especulación hipotética. Sin embargo existen algunos modelos animales, que hacen suponer que esto puede estar cercano, por lo menos en algunos casos a lo expuesto anteriormente.

El modelo animal que mas sustenta lo anterior, se llama "Learned Helplessness", que podría ser traducido como "Aprendizaje sin esperanza" o "Aprendizaje desesperado". De manera breve se podría describir este tipo de modelo, en unas ratas de laboratorio, las cuales se les coloca en una caja de dos compartimentos. Un compartimiento tiene un foco y el otro no, además el compartimiento con el foco tiene un piso que puede pasar corriente eléctrica. Ambos espacios están comunicados por un agujero por donde pasa fácilmente el animal. El animal aprende que cuando se enciende el foco, a los pocos segundos pasa una corriente eléctrica en el piso. El animal aprende a escapar del espacio iluminado al oscuro, en donde no recibe carga eléctrica. Cuando este proceso se repite una serie de veces, ya no es necesario el impulso eléctrico, basta sólo que se encienda el foco, para que la rata pase al otro extremo de la caja (el compartimiento seguro). Se ha creado un condicionamiento clásico Pavloviano. El animal se sigue comportando sin cambios notorios. Sin embargo, en la segunda parte del experimento, se cierra el agujero, y se vuelve a acoplar la maniobra de encender el foco, con el choque eléctrico. Entonces, al no poder escapar de un estímulo nocivo que se presenta después de encendido el foco, la rata desarrolla una serie de conductas, que podríamos llamar "depresivas". Deja de comer, no se acicala, hay erección de su pelo, hay baja de peso, poca

interacción social, etc. Lo más interesante de este modelo, es que se revierte cuando se trata con los medicamentos que llamamos antidepresivos.

Este tipo de experimentos, fueron derivados de un hallazgo que Martin Seligman y Maier, descubrieron por casualidad cuando trabajaban con condicionamiento clásico con perros. Un grupo de perros, a los que llamaron de "escape", recibían un estímulo eléctrico en las patas, y al mover su cabeza en alguna de las direcciones, cortaban el choque eléctrico. Otro grupo de animales, que ellos llamaron "controles", estaban sujetos al mismo modelo experimental, solo que el mover la cabeza, no los libraba del choque, este terminaba, según hubiere sido programado. Un día después cuando los animales fueron sometidos a la misma prueba, Seligman y Meier, observaron que el grupo control era el más interesante, pues un porcentaje importante de animales, no hacían ningún esfuerzo para escapar del choque, es decir se daban por vencidos

En la investigación de la depresión y de sus mecanismos, se ha tenido que tomar mano de diversos recursos, algunos de ellos tratando de emular lo que ocurre naturalmente. Harlow y sus colegas, observaron cual era el comportamiento de simios pequeños, cuando estos eran separados tempranamente de sus madres. También cuando estos eran colocados con "madres sustitutas", las cuales resultaban ser monas de alambre o monas de alambre recubiertas con algún material suave como la felpa. Si se ponía el biberón en la mona de alambre, el bebe chango, iba, se nutría y luego regresaba con la mona de felpa. Si la mona de felpa era la que tenía el biberón, el bebe chango no se despegaba de ella. En todos los casos en mayor o en menor grado los bebes changos, presentaban conductas características, en donde por ejemplo se mecían sobre sus patas traseras, se abrazaban a sí mismos, y sobre todo, tenían muchas dificultades para interactuar con el resto de sus congéneres. Esta situación, sin embargo se podía revertir, si se le introducía al changuito "deprimido", a otro simio de su misma edad aproximadamente, que tuviera un comportamiento normal, a este nuevo animal se le llamó "el terapeuta". La otra situación igualmente interesante, fue que el bebe mono fuera adoptado por una nodriza de entre los simios. Este último hecho hizo especular a los etólogos (v.gr., científicos que estudian el comportamiento de los animales), de que quizás alguna de las funciones de la depresión en los animales, fuera el de un tipo de señal, es decir como un tipo de lenguaje, que en el caso de los bebes, indicaría que se han quedado huérfanos y que esta señal llevara a fenómenos como la adopción, o lactancia, y a fin de cuentas a aumentar la posibilidades de sobrevivencia de las crías, mediante esta serie de eventos altruistas.

Este tipo de conductas observadas en los simios, bien pudieran estar en la base del desarrollo de nuestros orfanatos, sitios en donde René Spitz, describió una alteración que observó en los niños crónicamente hospitalizados, y que él denominó depresión anaclítica. Uno de los signos tempranos de esta alteración consiste en la conducta de mecerse, mientras los niños se abrazan a si mismos. Estos niños, fueron estudiados posteriormente en un contexto de los cambios en su desarrollo, ya que resultaba, que ellos crecían menos, que sus contemporáneos en hogares comunes. Los niños con depresión anaclítica, se encontraban siempre por debajo del resto de sus congéneres. Cuando se midió una de las hormonas que regulan nuestro crecimiento, la llamada precisamente la hormona del crecimiento, se observó que estos niños tenían niveles por debajo de lo normal de esta proteína, lo cual explicara la desaceleración tan importante en su crecimiento. Estas observaciones, por demás interesantes, fueron rematadas, por el hecho de que estos niños recuperaban su peso y tamaño, al ser adoptados, y no solo eso, sino que recuperaban la cantidad de secreción de hormona del crecimiento.

Este tipo de trabajo nos indica que hay vías recíprocas entre nuestro ambiente y nuestra biología, modificando un extremo modificamos el otro.

La crianza, los aspectos de la relación entre nuestros padres, y de ellos para nosotros, es el otro aspecto que puede crearnos cierta vulnerabilidad para el desarrollo de depresión en etapas posteriores de nuestra vida. El modelo de los monos de Harlow, también podría explicar el que una mala calidad en la relación entre los padres, o aun la ausencia real o simbólica de alguno de ellos o de los dos, pueda llevar a una modificación en nuestra respuesta a eventos estresantes, y a una facilidad para el desarrollo de cuadros depresivos. Es abundante la

literatura científica que apoya lo anterior, se ha propuesto que la pérdida de un padre antes de los 10 años, conlleva a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de depresión.

¿ De que manera está afectando esto a nuestro sistema nervioso?.Aun no lo sabemos. Quizás se trate de un sistema que tiene que ver con la regulación del afecto, o de las emociones que termina de madurar solo después de los 10 o 12 años, y esto explicaría muchas de las propuestas psicoanalíticas, en el sentido de que el periodo de la primea década de la vida, sería crucial, para explicar mucho del estilo como reaccionamos posteriormente en la vida.

El sistema generador del estrés y su relación con la depresión.

Este término de estrés, que tanto se utiliza hoy en día coloquialmente, tuvo su origen en la década de los años 1950s por Hanss Selye. Este término corresponde a una respuesta general de adaptación, que tiene que ver con ciertos insultos del medio ambiente o con la expectativa aun de que estos se presenten. Por ejemplo una persona ingresa a un barrio peligroso, por desconocimiento de su ubicación cuando esta de visita en una ciudad, de pronto detecta a un grupo de pandilleros que lo observan. En ese instante sus mecanismos de activación del estrés se disparan.

La respuesta general de adaptación o estrés funciona, como lo dijo Hans Selye (1907-1982), para preparar al organismo a atacar o para huir, dependiendo de la magnitud del peligro, y de otras circunstancias medio-ambientales. Ante la expectativa de ser asaltado o atacado por la pandilla de barrio, se observan respuestas en nuestro cuerpo como son aumento de las palpitaciones (taquicardia), aumento de la frecuencia respiratoria, dilatación de la pupila (con lo cual se aumenta nuestro campo visual para tener mas opciones de ataque o huida); aumento del flujo sanguíneo a nuestros músculos (los músculos son los motores que nos preparan para el desplazamiento que se necesitará). Hay disminución del riego sanguíneo a la piel y mucosas, lo cual nos protege de pérdida excesiva de sangre en caso de ser heridos. Todo lo anterior nos da una idea de que el organismo esta en un exceso de actividad. Para que todas estas actividades que hemos mencionado, se den en una coordinación temporal y espacial, se requiere de una orquestación precisa, en donde intervienen tanto los conexiones nerviosas, como sustancias. Este último punto es vital para conocer el cómo se comunican las células de nuestro cuerpo y en especial las neuronas.

En nuestro cerebro y demás estructuras del sistema nervioso, existen células llamadas neuronas, que se comunican entre si por sustancias químicas llamadas neurotransmisores. Estos son el lenguaje con el que una célula se comunica con la otra, y le dice que aumente su actividad (o excitabilidad) o que no se active. Este concepto, de sustancias que modifican la excitabilidad de las neuronas o de otras células excitables, como son las células de los músculos (lisos o estriados) y de las células ganglionares, se originó a principios del siglo XX. Otto Lewi, mostró que un corazón de rana sin conexiones nerviosas, y colocado en un recipiente, en donde estaba otro corazón con sus fibras nerviosas, disminuía su frecuencia de latido, si las fibras nerviosas del corazón eran estimuladas. Ambos corazones se encontraban incluso, separados por una membrana semipermeable (es decir que permitía el paso de algunas sustancias). Lewi propuso que una sustancia pasaba de un lado a otro de la membrana celular, y que esto era a fin de cuentas el factor que influía en el corazón sin nervios.

La noradrenalina y la adrenalina, son sistemas de neurotransmisores involucrados en el estrés, lo mismo que otras sustancias llamadas hormonas que se producen en zonas como el hipotálamo, una de ellas la llamada hormona estimulante de las suprarrenales o ACTH (adreno corticotrophin hormone), la cual a su vez es activada por un factor del hipotálamo, llama el factor liberador del ACTH o CRF (corticotrophin release hormone) .

Además de las sustancias antes mencionadas intervienen otras, de las cuales la serotonina, dopamina y acetilcolina son algunos ejemplos. Es aquí, que entramos al terreno de la intersección de los aspectos medioambientales, como son la crianza, las relaciones con los padres, y la genética, con la biología o como es del sistema nervioso, con la neurobiología de la depresión.

¿Cómo sabemos que el sistema general de adaptación esta funcionando mal en la depresión? Por las evidencias que apuntan en esa dirección. Por ejemplo los pacientes deprimidos tienen una disminución en los niveles de los neurotransmisores antes mencionados (v.gr. serotonina, norepinefrina, dopamina), que se involucran también en la causa de la depresión. En el caso de la norepinefrina, se tiene conocimiento que los niveles cerebrales de la misma están disminuidos. Esta baja se ha correlacionado con signos de la depresión específicos, como son baja en el nivel de energía, en el interés para hacer sus actividades habituales, y aun para divertirse. También se ha observado que algunos enfermos tienen disminución de la serotonina y esto se ha correlacionado con algunas manifestaciones por ansiedad, angustia o nerviosismo que suelen acompañar a estos pacientes. Incluso se ha observado que los niveles de serotonina muy bajos en el líquido cefalorraquídeo, correlacionan con la posibilidad que tiene una persona para suicidarse, a más bajos niveles hay mayor probabilidad, y habitualmente cuando se consuman los suicidios, estos son con mucha más auto agresividad, por ejemplo con mutilación, o desgarrar mas amplio de tejidos. La serotonina se ha involucrado en la regulación del apetito y de la sexualidad, dos de las funciones que ciertamente se encuentran alteradas en el enfermo deprimido.

También hay un agotamiento de la dopamina. Este neurotransmisor, participa en la regulación del movimiento fino, y en los aspectos que tienen que ver con la experiencia para experimentar placer. Todas las actividades y las drogas que son adictivas o fuentes de placer aumentan la disponibilidad de dopamina en una región específica del cerebro llamada sistema límbico.

Algunos enfermos deprimidos fuman, y con el tiempo se han dado cuenta que cada que desean interrumpir el consumo del tabaco, se exagera su depresión o si no fuman se deprimen. Se pensó por un tiempo que la depresión era parte del síndrome de supresión a la nicotina, la cual es el principio activo del tabaco. Sin embargo, esta especulación original, dio paso a una serie de coincidencias que se fueron transformando en hechos científicos. La nicotina del tabaco, es una sustancia que actúa sobre unos receptores neuronales llamados nicotínico. La acción de la nicotina sobre estos receptores produce la liberación, es decir mayor disponibilidad de algunos neurotransmisores como son la acetilcolina, dopamina, serotonina y norepinefrina. En una persona deprimida, en donde estos mismos neurotransmisores están disminuidos el fumar hace que se aumenten momentáneamente estas sustancias, por lo que se a propuesto que algunos deprimidos usan al tabaco como "corrector" del estado de ánimo, o de las deficiencias en concentración y memoria inherentes a la depresión, aunque el costo a la larga sea repercusiones de otro tipo en su salud. La adicción a la nicotina, se logra mediante la liberación de dopamina en el sistema límbico, cada vez que se inhala una bocanada de humo de tabaco. Esta experiencia gratificante para el fumador, es en centro de la dependencia y en gran parte la dificultad que tienen los enfermos deprimidos que fuman para dejar de fumar.

La acetilcolina es un neurotransmisor que también está involucrado en algunas manifestaciones de la depresión, por ejemplo, en las alteraciones del dormir. En nuestro sueño, ciertas áreas del cerebro se encuentran activas, aun cuando a simple vista pareciera que el sueño es homogéneo como proceso, si registramos la actividad eléctrica del cerebro, y colocamos detectores que midan el movimiento de los ojos y el estado de contracción muscular, nos asombraremos de ver que nuestro dormir está compuesto de diferentes etapas, en las cuales diferentes estructuras del cerebro intervienen.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

1. Estado de ánimo. Este se encuentra bajo, el enfermo puede darse cuenta de esto, aunque es frecuente que los familiares cercanos, lo hayan notado. El paciente es visto como más callado, distante, serio, aislado, o irritable. Esto último puede ser un dato significativo del cambio en el carácter del paciente. Estar poco tolerante y sentir que solo a él le ocurren todas las cosas malas o que es él quien las provoca. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día. El paciente deprimido, nota que hay una parte del día, en que se siente más triste, por ejemplo la mañana, y conforme pasa el día, va sintiéndose mejor. Puede haber llanto, con frecuencia, puede presentarse al recordar experiencias negativas en la vida reciente o remota.

2. Pérdida del interés por situaciones o actividades que antes le producían placer. Esta es otra manifestación cardinal de la depresión. El paciente, ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar. Por ejemplo: ir al cine, salir con amigos, oír música, leer, su propio trabajo. Esto puede deberse, a que ya no disfruta el efectuar esas actividades, o a que ya se le dificultan. Por ejemplo, si a una persona le gustaba leer, pero ahora le cuesta trabajo concentrarse y retener lo que esta leyendo, y hace un gran esfuerzo en esto, entonces empieza a no ser una actividad agradable. Lo mismo es el asistir a una reunión o una fiesta, la dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada, por el hecho, que ahora el enfermo se siente con poca capacidad para estar bien con sus amigos y familiares, por lo que se torna un suplicio, el ver a los demás reír y divertirse, cuando es algo que él o ella no pueden experimentar. El pedirle a los deprimidos que "le eche ganas"; "Que no se den por vencido"; "Que se esfuerce y socialice", es solicitarle que vaya a contratarse y a sentirse peor.
3. Sentimientos de culpa. Este tipo de síntoma, es muy frecuente en el deprimido. Ellos pueden pensar que están deprimidos, por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado. Aun más pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su enfermedad. Finalmente en algunas formas de depresión psicótica, el enfermo puede tener ideas delirantes (ideas fuera del juicio de realidad), de que están pagando no solo con sus culpas, sino las culpas de alguien más o que están expiando los pecados de tal o cual grupo de seres marginados, etc. Pueden incluso, existir alucinaciones auditivas, que los acuse e insulten.
4. Ideación suicida. Los enfermos con depresión se suicidan con una alta frecuencia. El médico puede tener miedo de preguntar respecto a esto, porque puede suponer que el enfermo no ha pensado en eso, o por lo menos no ha pensado en eso formalmente, y que al hacer semiología en esta área, puede "despertar", la ideación suicida. Pero el enfermo ya lo ha pensado y es mas, él desea que se le interroge al respecto. Porque, desea y necesita que lo ayuden a no llevar a cabo este tipo de ideas.
5. Insomnio y otros trastornos del sueño en la depresión. El insomnio es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador. En el caso de los enfermos deprimidos, la forma más típica, es el insomnio de la última parte de la noche, también llamado insomnio terminal o tardío. El paciente se despierta a las 03:00 hr de la madrugada, por ejemplo, y no puede volverse a dormir. En esas horas de soledad nocturna, el paciente, inicia con una serie de pensamiento pesimistas y de impotencia, que le impiden dormir nuevamente ("un día más"; "ni siquiera esto puedo hacer bien"; "no voy a poder continuar con esto"). Despertarse una hora mas temprano, del horario habitual, que solía tener el paciente, antes del inicio de su depresión, es considerado como despertar matutino prematuro, o insomnio terminal. En este sentido, una pregunta clave es: ¿a que hora se solía despertarse por últimas vez en la mañana, para levantarse, antes de estar deprimido? Y ¿A qué hora en promedio se ha estado despertando sin poder dormir nuevamente, en la última semana?

Algunos pacientes con depresión, pueden tener datos de insomnio inicial (incapacidad para iniciar el sueño por mas de 30 minutos, en el horario acostumbrado); o insomnio termina (fragmentación del sueño, con despertares de mas de 20 minutos o levantarse de la cama, sin que sea para ir al baño). En un laboratorio de sueño, el enfermo con depresión tiene una serie de alteraciones, de las fases o estadios de sueño, como son: menor cantidad de fases de sueño III y IV (sueño delta), un inicio rápido al sueño de movimientos oculares rápidos (latencia acortada al SMOR); fragmentación del sueño y despertar matutino prematuro.

Sin embargo, puede haber algunos enfermos, que en vez de presentar una baja en calidad y cantidad de sueño, tienen lo opuesto, es decir un exceso de sueño. Estas son personas que duermen de nueve a diez horas, y que refieren que entre mas duermen, mas deprimidos se sienten, con gran estado de adinamia, debilidad y lentitud psicomotriz.

6. Disminución de energía. Esto es referido por el paciente, como una gran dificultad para moverse, para arreglarse, asearse, como dificultad para iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo: "siento como si estuviera con las pilas bajas"; "no me dan ganas de nada, solo quiero estar en la cama tumbado sin hacer nada"; "las cosas las hago como en cámara lenta". Aquí hay que evaluar, que cosas ya no puede hacer el paciente, y esto va desde que requiere un gran esfuerzo para trabajar, para su aliño, hasta dejar de trabajar y estar únicamente acostado o en una posición fija todo el tiempo. Los enfermos pueden llegar a un tipo de estupor, que dificulta mucho la entrevista clínica, con una gran lentitud para responder, o solo lo hacen con movimientos de cabeza. El mutismo o estupor del deprimido, se diferencia de la catatonia, que también es un tipo de inmovilidad, en que en esta última, el enfermo tiene un signo llamado: "Flexibilidad cérea" (de cera de las velas), en donde se le coloca, al enfermo en posiciones antigravitatorias incómodas, por ejemplo con un brazo levantado, como de estatua de cera, y este permanece por un largo rato. Situación que no ocurre con el enfermo deprimido.
7. Agitación psicomotriz y ansiedad psíquica. Estas son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresiones, en donde hay un componente sintomático ansioso importante. El médico, puede evaluar desde la inspección general al paciente, su estado de agitación psicomotriz, de estar presente, el paciente mueve las manos o los pies de manera inquieta, juguetea con los cabellos, se seca las manos, se levanta y sienta, etc. Además el paciente puede referir que se siente "nervioso", agitado, que no puede estar tranquilo, que se está preocupando mucho por cosas pequeñas que antes no le preocupaban, y aquí habrá que pedirle ejemplos de las mismas: "Ahora me preocupo mucho por la hora que llega mi marido, si no me habla dos o tres veces al día estoy nerviosa, esto no me sucedía antes".
8. Malestares físicos. Es común que el paciente con depresión presente una serie de malestares, poco sistematizados, pero que pueden ser severos: cefalea, dispepsias, boca seca, náusea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares. Etc.
9. Alteraciones gastro intestinales y pérdida de peso. Es frecuente que los pacientes con depresión, presenten baja en su apetito, con una disminución significativa de su peso corporal. Esto se puede cuantificar en kilos, si es que el paciente se ha pesado o en tallas de ropa, ya que el paciente, siente que su ropa le queda holgada. Una pérdida de peso de más de 5 kg, sin dieta, deberá de ser estudiada, descartando problemas médicos, trastornos de la alimentación, sobre todo si la paciente es mujer (v.g. anorexia o bulimia) y dietas. Por otro lado algunos pacientes con depresión pueden aumentar de peso, esto se ve más frecuentemente, en los enfermos con sueño excesivo, apetencia por alimentos ricos en carbohidratos e inhibición psicomotriz. A este cuadro que se ha descrito se le denomina: depresión afectiva estacional, porque es común que con esas características clínicas, se presente con más frecuencia en el invierno. También se le ha llamado depresión atípica.
10. Disminución del deseo sexual. Se ha notado una baja en el deseo sexual (libido), o disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer.
11. Manifestaciones diversas. Estas pueden ser de tipo hipocondríaco, estar buscando explicaciones en el funcionamiento de sus diferentes órganos y sistemas, acudir más frecuentemente al médico con dolencias poco sistematizadas. También pueden haber dato obsesivo-compulsivos, es decir el paciente tiene pensamientos repetitivos, que no puede apartar de su cabeza, y que son reconocidos como absurdos y la repetición de actos motores o rituales, varias veces, para estar seguro de que se hacían y estaban bien hechos. En el primer caso son ideas parásitas que no se van de la cabeza y que pueden generar ansiedad a los pacientes. En el segundo, el paciente tiene que estar revisando cosas y situaciones, para estar seguro de que las puertas y ventanas estén bien cerradas, o repetir operaciones, como el aseo, varias veces para revisar que estén hechos.

En México el 5% de la población sufre depresión y en el mundo 150 millones de personas tienen este mismo padecimiento, la depresión es un problema de los jóvenes, niños y adultos, en la mayoría de los casos son las mujeres las más afectadas.

En los jóvenes es factor de alto riesgo el alcohol y las drogas sean una fuga del malestar que produce y en la afectación severa, las ideas de muerte y los auto-agresiones empiezan a concretarse.

Esta enfermedad se manifiesta de los 15 a 21 años y luego en la sexta década. De acuerdo a cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en México hay cinco millones de personas con depresión, por lo que se trata de un problema de salud pública.

También ansiedad, sentimientos de culpa, vergüenza, auto desprecio, irritabilidad e intranquilidad. Son comunes las faltas al trabajo y los estudiantes muestran una disminución en su rendimiento escolar, lo que indica un trastorno multifactorial.

Otra característica es el insomnio y además se producen dolores de cabeza, mareos, disminución del interés sexual, cansancio, retardo motriz y agitación; regularmente, la persona se siente mal por la mañana y mejora en la tarde.

COLITIS (27)

DEFINICION

Es la inflamación de la mucosa del colon (zona final del intestino grueso que se conecta con el recto) que se manifiesta con diarrea, heces acompañadas de sangre y dolor abdominal intenso. Puede ser de distintos tipos, dependiendo de su origen.

TIPOS DE COLITIS

Colitis ulcerosa. Es una enfermedad de tipo crónico que se caracteriza por la inflamación y presencia de heridas o úlceras en la pared interior del colon, y cuyos síntomas son diarrea con sangre, intenso dolor abdominal y fiebre. Su causa es desconocida en gran mayoría de los casos, aunque en algunos se ha establecido su origen hereditario. Puede comenzar a cualquier edad, pero generalmente ocurre entre los 15 y 30 años.

Colitis tóxica. Es una complicación grave de colitis ulcerosa en la que se daña la totalidad de la pared intestinal, lo cual provoca que los tejidos del colon pierdan fuerza (tono muscular) y se ensanchen en el transcurso de algunas horas o días.

Colitis asociada al uso de medicamentos. El consumo de vitamina C (ácido ascórbico), suplementos de hierro y antiinflamatorios no esteroideos como el ácido acetilsalicílico puede generar irritación en la mucosa del colon y, por ende, su inflamación. Sin embargo, es más común que este problema sea generado por el uso de antibióticos (colitis pseudo membranosa o necrosante), ya que casi todos estos productos alteran el equilibrio entre las bacterias que se encuentran en el intestino, permitiendo la reproducción de microorganismos causantes de enfermedades como la bacteria *Clostridium difficile*.

Colitis hemorrágica. Es ocasionada por una variedad de bacteria, *Escherichia coli*, que infecta al intestino grueso y produce toxinas que causan diarrea con sangre, así como dolor abdominal intenso.

Colitis nerviosa. Puede aparecer cuando se viven situaciones de estrés y nerviosismo con frecuencia, debido a que estos trastornos emocionales producen contracciones en músculos del intestino grueso, aumento de sensibilidad ante la presencia de gas y movimientos del sistema digestivo. Todo esto en conjunto produce dolor abdominal tipo cólico y diarrea o estreñimiento.

Colitis granulomatosa. Se debe a raro padecimiento autoinmune (cuando el sistema de defensas del organismo ataca a sus propios tejidos) conocido como enfermedad de Crohn o enteritis regional; ocasiona diarrea, fiebre y sangrado rectal, y es tan similar a la colitis ulcerativa que puede ser difícil distinguirlas al hacer el diagnóstico. Aunque por lo regular afecta

al íleon (parte donde se encuentran los intestinos grueso y delgado) puede involucrar a cualquier sitio del sistema digestivo, e incluso generar fatiga, dolores articulares y erupciones cutáneas.

Dentro de las enfermedades del aparato digestivo la mortalidad por enteritis, colitis y entero colitis es muy alta en la ciudad de México, pues llega a 193,000.30. De las ciudades del antiguo mundo solamente sabemos de Málaga, en España, que tiene una cifra más alta, pues llega a 222 milésimas, París tiene 173 milésimas; Burdeos, 106 milésimas; Bruselas, 87 milésimas; Lisboa, 80 milésimas, Roma, 70 milésimas; Turin 64, milésimas; Londres, 49 milésimas; Edimburgo, 38 milésimas; Amsterdam, 28 milésimas; y Copenhague, 19 milésimas.

SECUELAS ENFERMEDAD VASCULAR (28)

DESCRIPCIÓN

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es aquella que afecta el suministro de sangre al cerebro. La EVC, o embolia, puede afectar los sentidos, el habla, el procesamiento de ideas y la memoria, el comportamiento, o causar parálisis, coma o la muerte.

CONSIDERACIONES

La EVC se diagnostica con un examen físico y neurológico. Una tomografía computarizada (TAC) o imágenes de resonancia magnética (RMN) pueden diagnosticar y evaluar el daño

CAUSAS

La EVC ocurre cuando una arteria cerebral es obstruida por un coágulo de sangre, para el suministro de oxígeno hacia el cerebro. Sin oxígeno, los tejidos cerebrales mueren en pocos minutos. Como resultado, dejan de funcionar correctamente las partes del cuerpo que están bajo el control de estas células.

La presión alta y la arteriosclerosis (acumulación de grasa en las arterias) aumentan los riesgos de que se produzca una EVC

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los principales síntomas que acontecen durante un cuadro embólico son:

- Debilidad súbita o adormecimiento de la cara, la mano y la pierna, generalmente de un solo lado del cuerpo.
- Pérdida del habla y dificultad para hablar o entender
- Pérdida de visión en un ojo
- Mareos inexplicables, falta de equilibrio o caídas
- Dolores de cabeza agudos y súbitos

TRATAMIENTO

Los tratamientos son administrados en la fase aguda en un hospital. En éste, se le suministrará al enfermo medicamentos y, posiblemente, se le apliquen medidas quirúrgicas.

Los medicamentos impiden la formación de nuevos coágulos o el aumento de tamaño de los que ya existen.

Con cirugía se extirpan los residuos de grasa (aterosclerosis) que reducen el flujo sanguíneo.

El éxito del tratamiento depende de:

- La magnitud del daño que haya producido la EVC
- La destreza del equipo de rehabilitación
- El estado de ánimo del paciente
- El apoyo que reciba de familiares y amigos

CUIDADOS

El mejor cuidado que uno puede realizar es intentar prevenir el EVC. Para ello:

- Cuide su presión arterial
- Adopte dietas equilibradas
- Si sufre de diabetes, controlela
- No fume
- No tome bebidas alcohólicas

HIPERTROFIA PROSTÁTICA (29)

La próstata es una glándula que forma parte del sistema reproductor masculino, con forma de avellana. Está formada por dos componentes: uno glandular (túbulo alveolar) y un estroma de tejido conectivo repartido en tres zonas. Una central que ocupa un 25%, una de transición que ocupa un 5% y una periférica que ocupa un 70%. La hipertrofia prostática benigna (HPB) ocurre en la zona de transición. Se ubica por delante del recto y justo por debajo de la vejiga, rodeando a la uretra proximal.

CRECIMIENTO: entre los 10 y los 20 años se produce el mayor crecimiento, llegando a su peso normal de 20gr. Luego permanece igual durante 25 años más para luego comenzar de nuevo a aumentar de tamaño.

- 25% de los pacientes de 80 años reciben tratamiento. para HPB.
- A los 60 años el 50% tiene cambios histológicos compatibles.
- A los 80 años el 95% tiene cambios compatibles.
- 10% de los pacientes debutan con retención urinaria aguda.

En USA es la segunda cirugía mayor realizada luego de las cataratas: 300.000 al año.

FISIOPATOLOGÍA: no se conoce con certeza el origen de la HPB. Se sabe desde años que la edad y los andrógenos tienen un rol fundamental en su desarrollo. De allí que los pacientes orquiectomizados en la pubertad no desarrollan HPB.

HIPÓFISIS-----LH y FSH-----estimulan liberación de testosterona en el testículo, que a nivel periférico se transforma en dihidrotestosterona por la 5 alfa reductasa. Esta última se une al receptor en la próstata y estimula así su crecimiento.

SÍNTOMAS: los síntomas de la HPB, pueden dividirse en 2 categorías. Dichos síntomas tienen que ver con dos componentes: el primero dinámico, dado por la estimulación de los receptores alfa adrenérgicos y el segundo un componente estático dado por la proliferación de glándulas y estroma y los cambios a nivel del músculo detrusor.

- Irritativos: ocurren primero. Los más comunes son la polaquiuria, la disuria, la nocturia y la sensación de vaciado incompleto.
- Obstructivos: ocurren en etapas cuando ya debido al crecimiento se produce cierto grado de obstrucción, ej: chorro delgado, dificultad para comenzar la micción, micción entrecortada y retención total de orina.

Es importante destacar que el tamaño de la próstata, no se correlaciona con el grado de intensidad en los síntomas, así pacientes con próstata pequeña pueden estar muy sintomáticos y lo contrario.

No es infrecuente que los pacientes debuten con obstrucción aguda: en general son aquellos que tienen HPB poca sintomática y que toman café, alcohol o drogas con acción alfa agonista como son los descongestivos nasales.

COMPLICACIONES: ocurren en menos del 10% de los pacientes.

- Infecciones urinarias: el 30% de los pacientes que van a cirugía tienen bacteriurias asintomáticas.
- Insuficiencia renal secundaria a uropatía obstructiva.
- Hematuria macroscópica.
- Retención urinaria aguda.

DIAGNÓSTICO: La evaluación inicial de un paciente con HPB, consta de:

- Interrogatorio: historia clínica general y además se lo interrogará sobre lo siguiente.
 - ___ Frecuencia de la micción.
 - ___ Presencia o no de nocturia.
 - ___ Disminución en la fuerza del chorro.
 - ___ Sensación de vaciado incompleto.
 - ___ Goteo posmiccional.
- Examen físico general.
 - Tacto rectal: tamaño, consistencia, forma y textura.
 - Índice de la American Urologic Association.
 - Dosaje de creatinina y sedimento urinario.
 - Dosaje de PSA (OPCIONAL).

LOS ESTUDIOS POR IMÁGENES NO ESTÁN INDICADOS DE RUTINA.

Ecografía vs Pielografía: estos estudios deben solicitarse en la evaluación inicial cuando el paciente además de sus síntomas prostáticos tiene historia de: hematuria, infecciones urinarias a repetición, urolitiasis, antecedentes de cirugías de la vía urinaria o deterioro de la función renal. Es importante destacar que de los dos es mejor la ecografía ya que nos permite ver si existe uronefrosis o no.

Estudios de flujo urinario (uroflujometría): es el mejor estudio urodinámico no invasivo para la detección de obstrucción. Se mide el flujo medio y máximo. La vejiga debe estar llena y se realiza en el consultorio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Medicina Familiar surgió como especialidad a finales de los años sesenta en que surge un descontento frente a la filosofía biomédica y el sistema de asistencia sanitaria, considerándose la importancia de dar un enfoque holístico al individuo, una creencia en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el contexto de la familia y la comunidad, en ese entorno la medicina de familia puso en práctica un modelo psicosocial para conocer de que manera influyen las familias en la salud y la enfermedad; y es a través de acciones con equipos multidisciplinares de salud, que ayudan al médico de familia a conocer y comprender las características epidemiológicas y demográficas de su población asignada a un Consultorio y/o a una comunidad de esta manera es más factible identificar que presenten determinado brote epidémico que genere riesgo al resto de la población ⁽³⁰⁾.

Con este análisis de investigación conoceremos la morbilidad existente de la población cercana, así como las dinámicas de familias existentes, lo que permitirá establecer medidas de prevención y promoción a la salud, así como la oportunidad de elaborar o diseñar proyectos multidisciplinarios para la solución a los problemas de salud en los derechohabientes del ISSSTE ya que posee actualmente un porcentaje +100% de pacientes con enfermedades crónico degenerativas siendo un 1er. Lugar la HTA y 2º. D.M. II para los cuales es necesario aplicar la medicina preventiva y así evitar se multiplique en las próximas generaciones siendo la atención primaria en las Clínicas de primer nivel un marco idóneo para dar impulso al desarrollo de estas acciones.

Con la práctica que fundamenta el MOSAMEF de estudio de la familia, continuidad de la atención y las acciones anticipatorias basadas en un enfoque de riesgo, se llevará a cabo la investigación de las familias adscritas y asignadas a la Clínica del ISSSTE de Fuentes Brotantes, México, D. F. en el turno matutino y adscritas y asignadas al Consultorio #1 durante los meses de Junio a Septiembre del 2006. Conoceremos sus principales causas de Consulta así como las características socioeconómicas de las familias, e identificaremos su pirámide poblacional por edad y género.

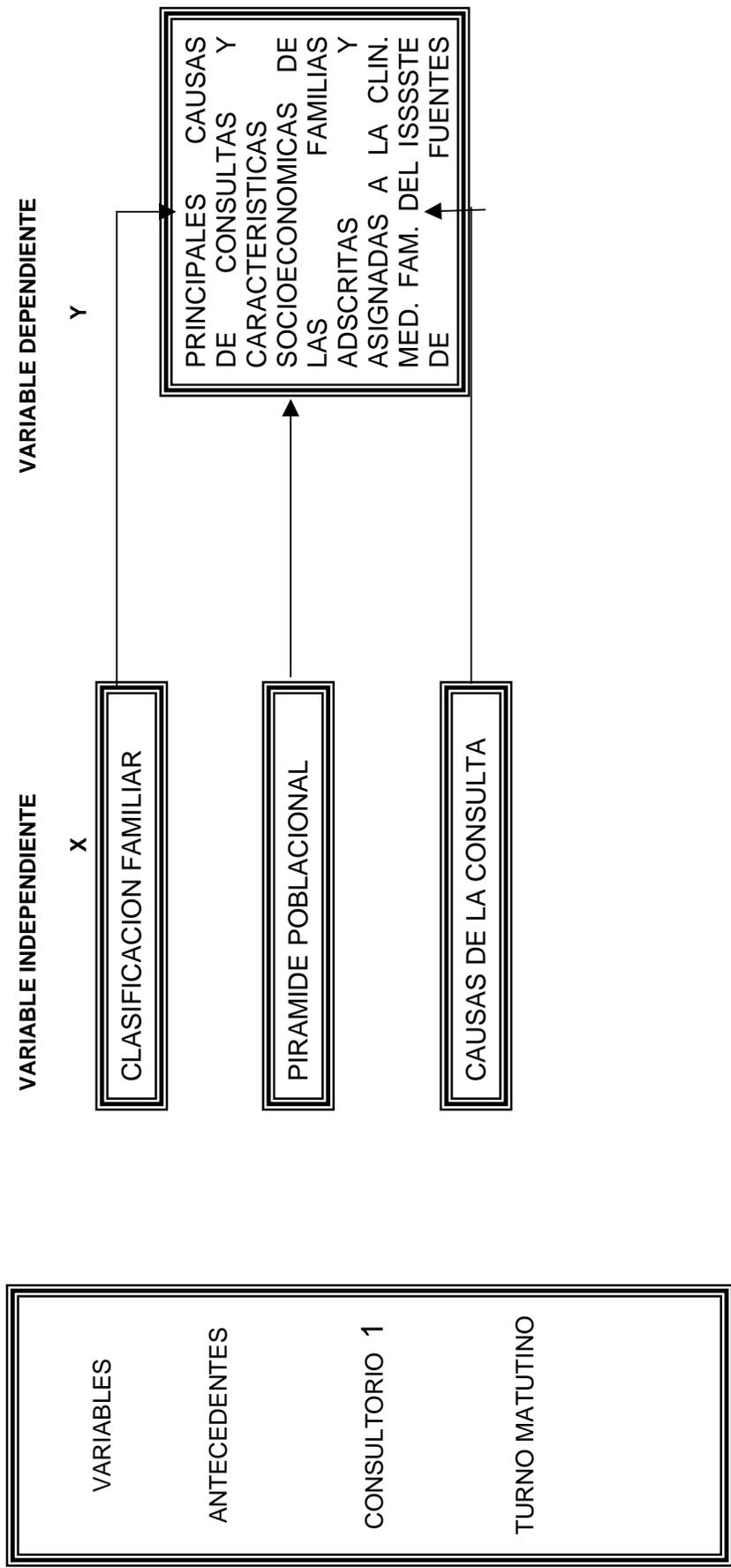
Por lo anterior, como problema a estudiar se plantean las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las características socioeconómicas de las familias adscritas y asignadas al Consultorio #1 en el turno matutino de la Clínica del ISSSTE de Fuentes Brotantes en México, D. F.?

¿Como se distribuye su pirámide poblacional por grupos de edad y género?

¿Cuáles son las 20 causas de Consultas más frecuentes?

MODELO CONCEPTUAL



JUSTIFICACION

En los últimos años la necesidad de identificar la manera en que los sistemas de salud de los países den una mejor respuesta a las necesidades y demandas de los individuos, familias y comunidades en los Sistemas de Salud actual éstos, deben garantizar las funciones de una Salud Pública íntegra, global y eficiente a los individuos dando mayor atención a los Equipos de Atención Primaria, siendo necesario trabajar en modelos de atención interculturales y biopsicosociales lo que nos permitirá promover la participación del paciente en su contexto familiar y comunitaria. Para el Médico Familiar es de vital importancia tener identificadas las causas de Morbilidad que presentan las familias asignadas a un determinado consultorio en las Clínicas de Medicina Familiar ya que esto permitirá conocer la evolución y la frecuencia en el tiempo de una determinada enfermedad, ejemplo: IRAS, HTA, etc. Lo que permitirá al médico junto con su equipo de trabajo el diseñar acciones específicas de la Medicina Preventiva dirigidos a las familias y la información de la aplicación de éstas acciones dará la oportunidad para desarrollar proyectos de investigación multidisciplinarias que permitirán el uso eficiente de los recursos para la solución de problemas de salud y el diseño de estrategias de atención específicas por consultorio o por comunidad en las unidades de primer nivel de atención lo que permitirá también conocer las variables con factor de riesgo modificables, su interacción con las familias y su influencia en la salud con el fin de promover una cultura de mejor calidad en los servicios de salud que ayuden a incrementar el bienestar de las familias ⁽³¹⁾.

La importancia que representa identificar a las familias por su pirámide poblacional nos permitirá analizar situaciones por las que debe iniciarse el manejo simultáneo del paciente y su familia; por ejemplo la presencia de conflictos interpersonales o alteraciones psíquicas no podrían ser diagnosticadas ni tratadas sin la evaluación de la situación de la familia y la participación de todos los miembros, igualmente la existencia de problemas psicosociales, como alcoholismo o drogadicción, embarazos no deseados.

Dependiendo la edad en que se presenta en algunos de los miembros de la familia, identificando si son familias en las cuales prevalece el género masculino o femenino son situaciones meritorias de identificar por su pirámide poblacional, y con ella establecer la participación del medico familiar hacia todos los miembros de la familia, el estar bajo el cuidado y observación del mismo médico o equipo de salud tienen la oportunidad de llevar a cabo actividades medico-preventivas en forma continúa y eficiente así como también analizar el papel de la mujer y el hombre frente a hechos como la paternidad y el rol de los hijos, en general muchos otros aspectos del desarrollo familiar y social ⁽³²⁾.

OBJETIVOS

-Identificar las 20 principales causas de Consulta en las familias adscritas y asignadas al Consultorio #1 del turno matutino de la Clínica del ISSSTE de Fuentes Brotantes en México, D. F.

-Clasificar las características socioeconómicas de las familias adscritas al Consultorio #1 del turno matutino de la Clínica del ISSSTE de Fuentes Brotantes en México, D. F.

-Elaborar la pirámide poblacional por grupos edad y género de las familias adscritas y asignadas al Consultorio #1 del turno matutino de la Clínica del ISSSTE de Fuentes Brotantes en México, D. F.

METODOLOGIA

❖ TIPO DE ESTUDIO

OBSERVACIONAL. Puesto que no existen variables que vayan a ser manipuladas durante el tiempo en que se efectúe el estudio, que será de Junio a Septiembre del presente año.

DESCRIPTIVO. En este estudio no haremos una comparación con otras poblaciones de familia; sólo la adscrita y asignada al Consultorio #1 del turno matutino, de la Clínica del ISSSTE de Fuentes Brotantes en México, D. F.

AMBISPECTIVO. Abarcaremos ambas muestras anteriores puesto que se medirán datos de Morbilidad, así como características socioeconómicas de las familias previa conformación por pirámide poblacional adscrita y asignada al Consultorio #1 del turno matutino de la Clínica ISSSTE, Fuentes Brotantes de México, D. F.

TRANSVERSAL. En este caso las variables serán estudiadas en una ocasión a través de la cédula básica de identificación familiar, a la población adscrita y asignada a la Clínica ISSSTE de Fuentes Brotantes en México, D. F.

❖ POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO

Con fundamento en el MOSAMEF.

-Para determinar las características socioeconómicas de las familias adscritas y asignadas al Consultorio #1 en el turno matutino de la Clínica del ISSSTE en la Unidad de Fuentes Brotantes en México, D.F., se realizarán las encuestas con la cédula básica de identificación familiar. Anexo (1)

-Para conocer las 20 principales causas de consulta de las familias adscritas y asignadas al Consultorio #1 en el turno matutino de la Clínica del ISSSTE en la Unidad de Fuentes Brotantes en México, D.F., utilizaremos las hojas de registro diario SM1-10, Informe diario de Labores del Médico. Anexo (2).

-Para llevar a efecto esta investigación se estudiará a la población adscrita y asignada al Consultorio #1 en el turno matutino de la Clínica del ISSSTE ubicada en Fuentes Brotantes de la Cd. Méx., D. F. en la cual para la elaboración de su pirámide poblacional utilizaremos las tarjetas VD1 del Vigencia de Derechos de la Unidad. Anexo (3).

LUGAR. Este estudio de investigación se realizará en el Consultorio #1 en el turno matutino de la Clínica del ISSSTE de Fuentes Brotantes, la cual se encuentra ubicada en la Unidad Hab. Fovissste de Fuentes Brotantes, Col. Miguel Hidalgo, Delegación Tlalpan, C.P. 14410, México, D. F.

TIEMPO. Este estudio lo realizaremos durante los meses de Junio a Septiembre del 2006.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Para el presente estudio de investigación serán elegibles las familias adscritas y asignadas a la Clínica del ISSSTE de Fuentes Brotantes en el turno matutino del Consultorio #1.

INCLUSION:

-Quedarán incluidos para estudio de la Morbilidad las Hojas (SMI -10) de Informe Diario del Médico pertenecientes al Consultorio #1 turno matutino de la Clínica del ISSSTE en Fuentes Brotantes de México, D. F.

-Los registros de las tarjetas VD1 de las familias adscritas y asignadas al Consultorio #1 turno matutino de la Clínica ISSSTE Fuentes Brotantes en México, D. F. serán para establecer su pirámide poblacional.

-Las familias adscritas y asignadas al Consultorio #1 del turno matutino de la Clínica ISSSTE de Fuentes Brotantes en México, D. F. para lo cual se estudiarán todas las cédulas básicas de identificación familiar para conocer las características socioeconómicas que presentan.

EXCLUSION:

Se excluirán para el estudio las siguientes:

-Hojas de Informe Diario de labores del Médico (SMI –10) que no pertenezca al turno matutino y al Consultorio #1

-Tarjetas VD1 pertenecientes a otros consultorios y/o diferente turno

-Así como a las familias adscritas y asignadas a otra Clínica del ISSSTE (diferente adscripción) y/o Consultorio.

ELIMINACION:

Quedarán sin efecto los siguientes:

-Hojas de Informe Diario de labores Médico ilegibles.

-Tarjetas VD1 con datos incompletos.

-Familias con cédulas incompletas

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

- ❖ Para determinar la morbilidad, se utilizara un muestreo no aleatorio, de tipo secuencial, incluyendo todos los formatos SM1-10, existentes de Enero a Junio del 2006.
- ❖ Para estudiar las características de las familias se utilizara un muestreo no aleatorio, por cuotas hasta completar 50 encuestas de familias adscritas al consultorio numero 1.
- ❖ Para determinar la pirámide poblacional no se utilizara muestreo ya que se incluirán todas las tarjetas VD-01 de los pacientes adscritos al consultorio 1

VARIABLES A ESTUDIAR:

VARIABLE	OPERACIONALIZACION	NIVEL DE MEDICION
Edo. Civil	Casados, Unión Libre, otro	Nominal
Años de Unión Conyugal	Tiempo de unión de la pareja expresada en años	Intercalar
Escolaridad de los integrantes de la Familia	Primaria, Secundaria, Técnico Profesional, Profesional	Ordinal
Edad del padre	Edad del padre expresada en años.	Intervalar
Edad de la madre	Edad de la madre expresada en años.	Intercalar
Clasificación de la Fam. con base en el parentesco	Nuclear, Nuclear simple, Nuclear numerosa, reconstruida binuclear, Monoparental, Monoparental extendida, Extensa, Extensa compuesta, No parental	Nominal
Clasificación de la Fam. sin parentesco	Monoparental extendida sin parentesco, Grupos similares a familias	Nominal
Con base en la presencia física y convivencia	Núcleo integrado, Núcleo no integrado, Extensa ascendente, Extensa descendente, Extensa colateral	Nominal
Estilos de vida originados por cambios sociales	Persona que vive sola, Parejas Homo sexuales sin hijos, Pareja Homosexual con hijos adoptivos, Fam. Grupal, Fam. Comunal Poligamia	Nominal
Con base en sus medios de subsistencia	Agrícola o pecuarias, industrial, comercial, Servicios	Nominal
Con base en su nivel económico, pobreza familiar	Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3, No se le considera pobre	Ordinal
Etapas del ciclo vital Familiar	Matrimonio, Expansión, Dispersión, Independencia, Retiro y Muerte	Nominal
Pirámide Poblacional por Grupos de Edad	0 - 27 días 28 - 364 días 1 - 4 años 5 - 14 años 15 - 18 años 19 años 20 - 44 años 45- 64 años + 65 años	Ordinal
Principales causas de Consulta	Diagnósticos registrados en formato SM1-10	Nominal

PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACION:

Para identificar las 20 principales causas de Consulta se revisaron los formatos SM1-10 de Informe Diario de Labores del Médico durante los meses de Junio a Septiembre del 2006.

Para la elaboración poblacional se revisaron todas las tarjetas VD1 del Depto. de Archivo de las familias adscritas y asignadas al Consultorio #1 del Turno Matutino de la Clínica del ISSSTE de Fuentes Brotantes en Méx. D. F.

Para determinar las características socioeconómicas de las familias se aplicarán o elaborarán 50 Cédulas Básicas de Identificación familiar a las familias adscritas y asignadas al Consultorio #1 del Turno Matutino de la Clínica del ISSSTE de Fuentes Brotantes en Méx. D. F. durante los meses de Junio a Septiembre 2006.

CONSIDERACIONES ETICAS

Para la realización del presente estudio se considera necesario fundamentar lo investigado en un marco científico y humanístico, las acciones que son aplicadas en beneficio de la población por lo que en esta investigación y de acuerdo a la declaración de Helsinki solicitaremos el consentimiento verbal de los pacientes para participar en el estudio.⁽³³⁾

RESULTADOS

I.- MORBILIDAD

Los resultados que arrojó el estudio de las causas más frecuentes de consulta externa de la Clínica ISSSTE de Fuentes Brotantes, durante el primer semestre 2006, encontramos que las de mayor porcentaje fueron:

Infecciones respiratorias 19.96 %, otitis 19.86%, estrés 15.40 %, hipertensión arterial 10.01%, diabetes mellitus 6.73 %, colitis 4.23 %, gastroenteritis 4.01 %, e infecciones de vías urinarias 3.79 %.

Las patologías con menor frecuencia fueron: Síndrome depresivo con el 3.16 %, obesidad con 2.20 %, dislipidemias 2.07 %, Onicomycosis con 1.74 %, cervicovaginitis con el 1.74 %. El resto del porcentaje se distribuye entre otras patologías de menor frecuencia. Lo anterior se puede observar en la tabla y gráfica 1.

TABLA 1. DE ENFERMEDADES
C.M.F. "FUENTES BROTTANTES"

No.	PADECIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Infecciones respiratorias	3002	19.96
2	Otitis	2986	19.86
3	Éstres	2316	15.4
4	Hipertensión Arterial	1505	10.01
5	Diabetes mellitus	1013	6.73
6	Colitis	637	4.23
7	Gastroenteritis	603	4.01
8	Infección de vías urinarias	570	3.79
9	Depresión	476	3.16
10	Obesidad	331	2.2
11	Dislipidemias	312	2.07
12	Onicomycosis	290	1.92
13	Lumbalgia	262	1.74
14	Cervicovaginitis	248	1.64
15	Cardiopatía	197	1.31
16	Secuelas de Enfermedad vascular	168	1.11
17	Epilepsia	39	0.25
18	Hipertrofia prostática	35	0.23
19	Parkinson	28	0.18
20	Diverticulosis	16	0.1
	TOTALES	15034	100

En lo referente a los grupos etéreos de la población estudiada, encontramos que los grupos con mayor frecuencia, en términos generales la población infantil representa el 23.06 %, la población adulta representa el 61.45 %. Y finalmente la población de la tercera edad el 15.38 %. Estos datos se pueden observar en la tabla 2.

**TABLA 2. PIRAMIDE POBLACIONAL DE LA UMF DEL ISSSTE
FUENTES BROTTANTES PRIMER SEMESTRE 2006**

CONSULTORIO 1				
PIRAMIDE POBLACIONAL				
EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
19*24	911	952	1,863	10.03%
45*49	664	902	1,566	8.43%
40*44	611	938	1,549	8.34%
10*14	729	741	1,470	7.91%
50*54	554	781	1,335	7.19%
35*39	545	764	1,309	7.05%
30*34	521	721	1,242	6.69%
25*29	536	652	1,188	6.40%
55*59	490	537	1,027	5.53%
15*17	497	466	963	5.18%
75***	432	525	957	5.15%
60*69	375	431	806	4.34%
7* 9	355	372	727	3.91%
65*69	255	325	580	3.12%
70*74	182	333	515	2.77%
18	168	166	334	1.79%
6	105	131	236	1.27%
5	103	126	229	1.23%
3	110	77	187	1.00%
4	104	75	179	0.96%
2	79	58	137	0.73%
1	59	64	123	0.66%
-1	19	20	39	0.21%
TOTAL	8,404	10,157	18,561	100.00%

CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS

En relación a los tipos de familias y sus características estudiadas observamos lo siguiente:
El estado civil más común fue el casado con el 50% , mismo que se aprecia en la siguiente Tabla 3.

Tabla 3. Estado civil de las familias estudiadas.

ESTADO CIVIL	AÑOS	PORCENTAJE
Casados	25	50%
Unión Libre	23	46%
Solteros	02	4%

Los años de unión conyugal, predominan las uniones de 10 hasta 50 años de unión. Como se observa en la Tabla 4.

Tabla 4. Años de unión conyugal de la población estudiada.

TABLA DE AÑOS DE UNION CONYUGAL			
AÑOS	MASCULINO	FEMENINO	%
0-10	10	10	20
11-20	10	10	20
21-30	9	9	18
31-40	10	10	20
41-50	8	8	16
51 MAS	1	1	2
SOLTEROS	0	2	4

Las edades de los padres de las familias más frecuentes se observan en la Tabla 5

Tabla 5. Edad de los padres de familia.

EDADES	No.	PORCENTAJE
21-30 AÑOS	5	10%
31-40 AÑOS	25	50%
41-50 AÑOS	13	26%
51-60 AÑOS	07	14%

La Tabla 6 nos permite observar la escolaridad de los padres, en donde se aprecia que el nivel profesional y educación media representan la mayor cantidad.

Tabla 6. Nivel de escolaridad de las familias estudiadas.

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES			
AÑOS	EDUCACION MEDIA	TECNICO PROFESIONAL	PROFESIONAL
18-24	3	0	3
25-29	2	0	1
30-39	7	1	7
40-49	6	0	7
50-59	2	2	4
60-MAS	3	1	1
TOTAL	23	4	23



La edad de los hijos que predomina en las familias estudiadas es de hasta 10 años . El número de hijos más frecuente fue el de 4 a 6 por familia, como se observa en la tabla 7.

Tabla 7. Edad de los hijos por familia

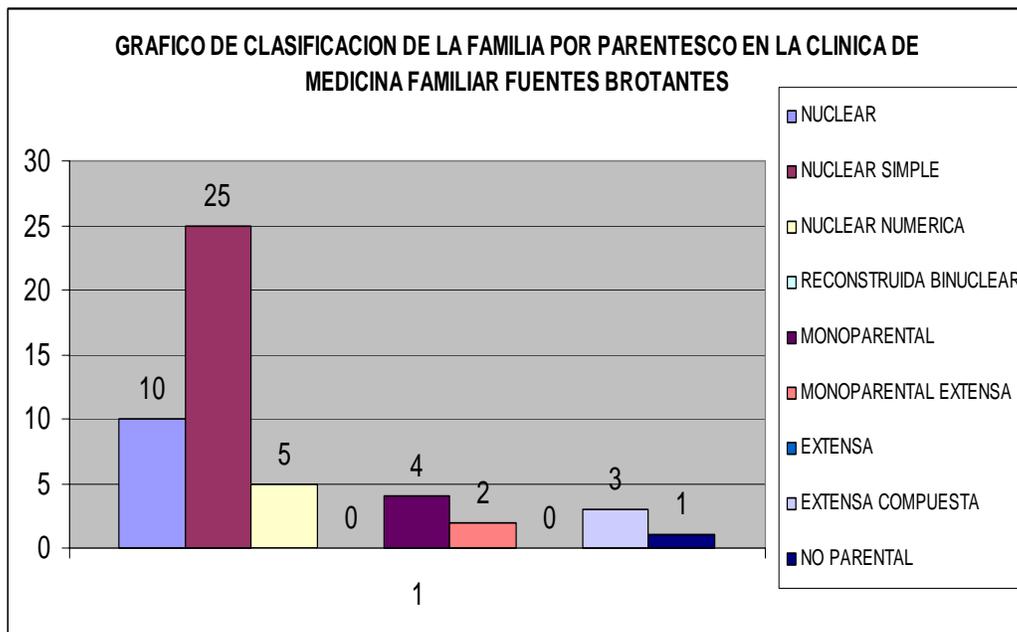
EDAD DE LOS HIJOS		
AÑOS	HIJOS	%
Hasta 10 años	42	84
11-19	6	12
20	2	4

En la siguiente tabla observamos la clasificación familiar de acuerdo al parentesco. Como se observa, el mayor porcentaje lo representan las familiar nucleares simples.

Tabla 8. Clasificación de las familias estudiadas de acuerdo al parentesco.

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	10	20
Nuclear simple	25	50
Nuclear numérica	5	10
Reconstruida binuclear	0	0
Monoparental	4	8
Monoparental extensa	2	4
Extensa	0	0
Extensa compuesta	3	6
No parental	1	2
TOTALES	50	100

Grafica 8. clasificación de la familia por parentesco, clínica de medicina familiar Fuentes Brotantes.



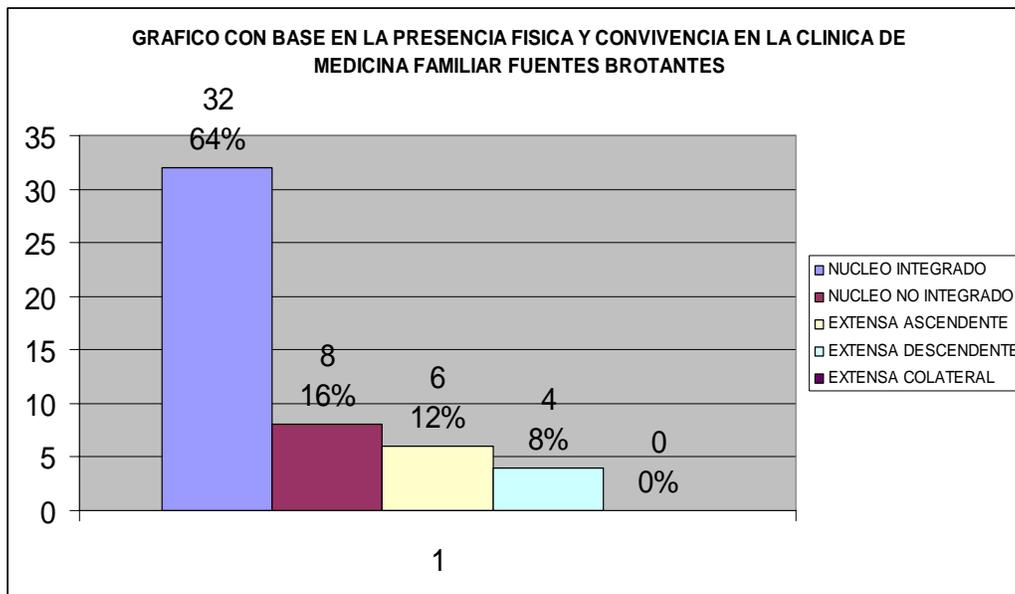
En lo relacionado a la clasificación de la familia sin parentesco no se encontraron casos de familia monoparental extendida sin parentesco ni de grupos similares a familias motivo por lo cual no se expuso la grafica.

En la tabla 9 se observa la clasificación de acuerdo a la convivencia y presencia física. Podemos observar que el mayor porcentaje corresponde a las familias con núcleo integrado.

Tabla 9. Clasificación familiar con base en la presencia física y convivencia.

Presencia física y convivencia	Frecuencia	Porcentaje
Núcleo integrado	32	64
Núcleo no integrado	8	16
Extensa ascendente	6	12
Extensa descendente	4	8
Extensa colateral	0	0
TOTALES	50	100

Grafica 9. Clasificación de la familia con base en la presencia física y convivencia en la clínica de medicina familiar fuentes brotantes.

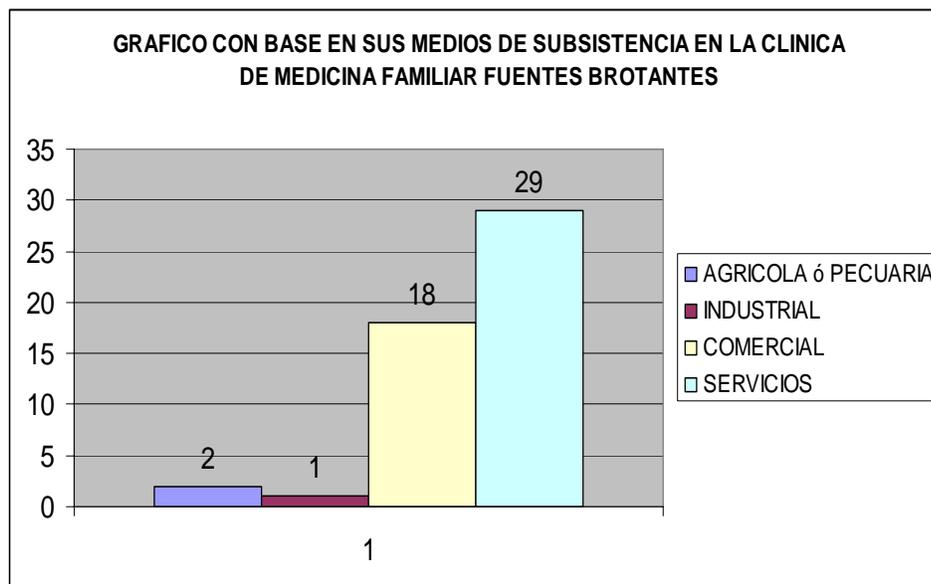


En relación con los estilos de vida originados por cambios sociales no se encontraron datos en las familias estudiadas.

La tabla 10 permite observar la clasificación de acuerdo a sus medios de subsistencia, en ellas se aprecia que el ramo de servicios ocupa el primer lugar.

Tabla 10. Clasificación familiar con base en los medios de subsistencia.

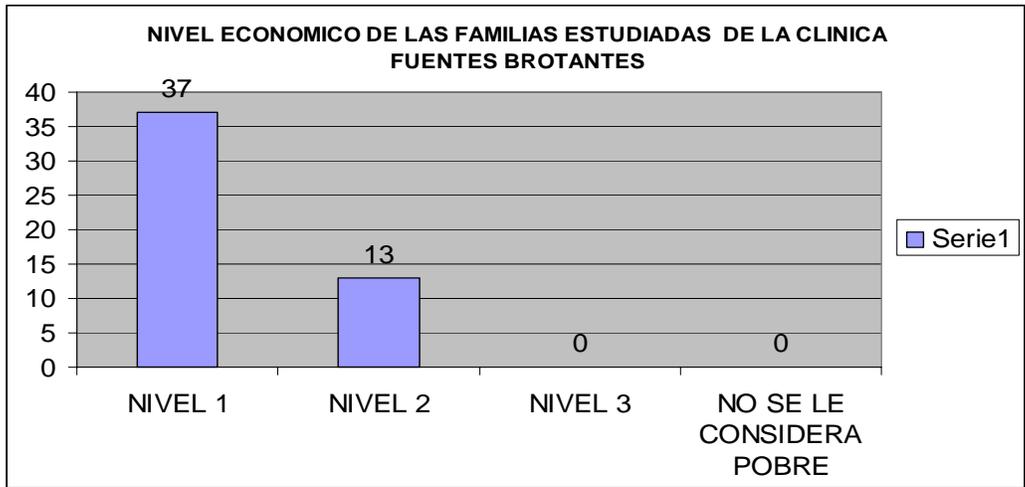
Medio de subsistencia	Frecuencia	porcentaje
Agrícola o pecuaria	2	4
Industrial	1	2
Comercial	18	36
Servicios	29	58
TOTALES	50	100



La tabla y gráfica 11, permiten observar la clasificación de acuerdo al nivel económico, y se puede observar que ninguna de las familias estudiadas es considerada pobre, de acuerdo a esta clasificación.

Tabla 11. Nivel económico de las familias estudiadas de la clinica Fuentes Brotantes.

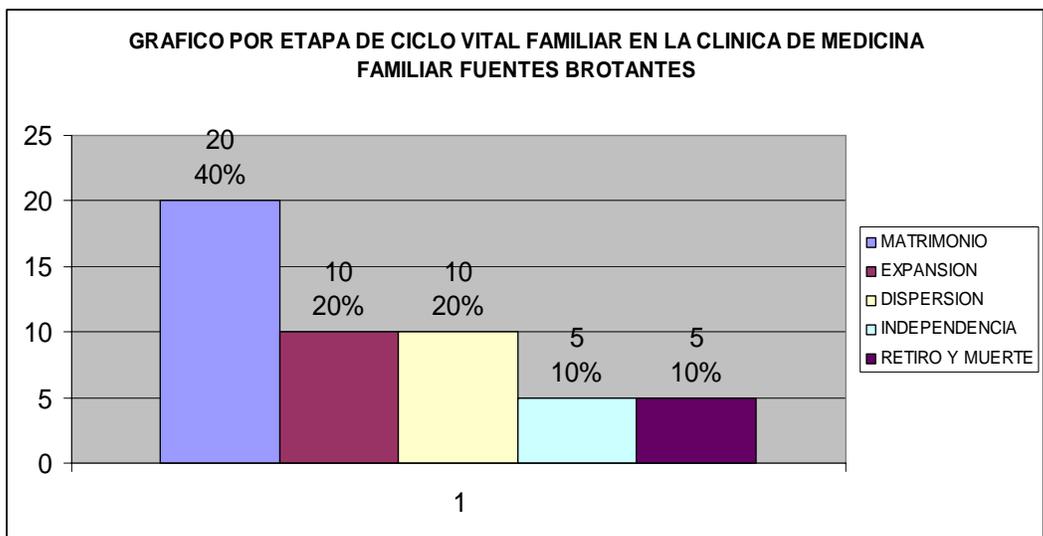
Nivel económico	Frecuencia	Porcentaje
Nivel 1	37	74
Nivel 2	13	26
Nivel 3	0	0
No se le considera pobre	0	0
TOTALES	50	100



Como se puede observar en la tabla y gráfica 12. el mayor porcentaje de las familias, de acuerdo a su ciclo vital, corresponde a la fase de matrimonio.

Tabla 12. Ciclo vital familiar de las familias estudiadas.

Ciclo vital familiar	Frecuencia	Porcentaje
Matrimonio	20	40
Expansión	10	20
Dispersión	10	20
Independencia	5	10
Retiro y muerte	5	10
TOTALES	50	100



DISCUSION

Considerando que de acuerdo con las estadísticas del boletín de información daños a la salud, del INEGI ⁽³⁴⁾, la frecuencia mas elevada fue con relación a las enfermedades cardiovasculares, sin embargo en la actualidad los egresos hospitalarios del ISSTE en México siguen siendo por este tipo de causas agregándose en un índice casi por igual la Hipertensión Arterial y enfermedades de tipo Respiratorio, las que coinciden de igual manera con las principales causas de consulta de medicina familiar del país.

Según reportes Estadísticos Nacionales del IMSS año 2005, en relación al sexo de las personas por cada mil hombres 22 mueren por enfermedades cardiacas y 13 por Diabetes Mellitus y en comparación con el sexo femenino de cada 100 mil 23 es por la misma causa y 17 por Diabetes Mellitus en reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática del 2004.

La prevalencia de Hipertensión Arterial en México ha aumentado el 30.05% considerándose que existen ya 15 millones de entre 20 y 69 años de los cuales solo el 20% esta controlado, referida (ENSA 2000) demanda la urgente necesidad de nuevas estrategias para el control detención tratamiento de Hipertensión Arterial según nos refieren los archivos de cardiología 2002 ⁽³⁵⁾.

En comparación con lo analizado y observado en la clínica del ISSSTE de Fuentes Brotantes en México D., F. donde la mayor frecuencia de morbilidad fueron las infecciones respiratorias altas, lo que es concordante con el reporte de egresos de hospitales nacionales del ISSSTE.

Sin embargo la morbilidad en dicha clínica considera un porcentaje también alto de Otitis lo que probablemente tenga que ver con el problema social de la automedicación en los usuarios lo que con lleva un mal tratamiento que repercute en esta patología como son Rinitis alérgica, Influenza y ya en casos más severos las Neumonías, tomando en cuenta lo contaminada que está la ciudad de México. Otro factor de porcentaje elevado de morbilidad frecuente fueron los generados por éstres (15.4%) lo cuál nos indica la necesidad de enfocar la atención más cercana a esta Enfermedad del Siglo XXI ya que las secuelas son igualmente de importancia en la Unidad como lo refleja la Estadística de Colitis y Cuadros de Gastritis los que pueden representar un serio problema de salud pública en México dado que se captan como motivos frecuentes de la consulta de primer nivel de atención.

Con respecto a la distribución de la población por grupos etáreos, los resultados de esta investigación permitieron observar que la población derechohabiente de este consultorio fue la edad adulta y adulta mayor. Estos datos concuerdan con los reportado por CONAPO quien ya advierte del envejecimiento de la población del ISSSTE a futuro próximo, la cual se caracterizará en décadas cercanas, con una pirámide poblacional totalmente inversa en su base y se atenderán a población de la tercera edad. Esto afecta y continuará afectando el servicio de pensiones del Instituto, mismo que requiere de una transformación en su fondo económico de reservas, para poder subsistir y continuar brindando sus servicios a la población derechohabiente. Así mismo, con estos datos, es probable que el instituto deberá elaborar estrategias de planeación con medidas preventivas orientados a atender específicamente las enfermedades crónico degenerativas que más afectan a la población de la tercera edad, como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, enfermedades cardiovasculares, secuelas de enfermedad vascular cerebral, alteraciones ortopédicas. Todas las cuales están presentes en los resultados emitidos en el presente estudio.

Acerca de las características familiares de los grupos estudiados, se puede señalar lo siguiente. El estado civil más frecuente fue el de casados. Algunos datos ⁽³⁶⁾, refieren que durante el año 2004, existieron 67 575 divorcios, sin embargo en estas familias, predominó el estado civil de casados, lo cual puede estar hablando de la unidad que existe en la familia, a pesar de las dificultades para crear y mantener los lazos familiares.

Acerca de los años de unión conyugal, los datos ⁽³⁷⁾ señalan que de las parejas divorciadas durante 2004, casi la mitad tuvo un matrimonio con una duración de 10 años, seguida de quienes

estuvieron casados 5 años o menos. En nuestro trabajo la mayoría de las familias tuvieron más de 10 años de unión conyugal, lo cual refuerza la idea anterior de unidad familiar.

La edad de los padres, en su mayoría son adultos jóvenes. Si combinamos esta variable con la de nivel de escolaridad, nos puede hablar de las posibilidades adecuadas para hacerse responsables de la salud de los integrantes de la familia, pues la mayoría de la población estudiada tiene un buen nivel educativo, y en teoría una mejor educación permite a los padres una orientación adecuada acerca de las necesidades de salud del grupo. Por su parte, la edad relativamente joven de los padres, puede favorecer una comunicación más asertiva con los hijos, sobre todo en etapas críticas de éstos como la adolescencia ⁽³⁷⁾.

La edad más frecuente de los hijos fueron los menores de 10 años. Lo cual nos habla de familias jóvenes. Este dato tiene la importancia para el instituto de reforzar el programa materno infantil y salud reproductiva, además esta población representó el 23% del total de la población estudiada.

En la clasificación familiar de acuerdo a su parentesco, la más frecuente fue la familia nuclear simple, es decir son los matrimonios con uno a tres hijos. Este resultado parece tener la misma importancia anterior, es decir dado que representan familias jóvenes, se requiere reforzar los programas materno infantil y preventivos en general.

Respecto de la presencia física y convivencia de las familias, el mayor porcentaje fue de núcleo integrado, cuya característica es la presencia de ambos padres en el hogar, esto habla nuevamente de la unidad familiar, así mismo puede representar mayor facilidad para el cumplimiento de las funciones básicas familiares, socialización, cuidado, afecto, reproducción y educación sexual y nivel socioeconómico.

El medio de subsistencia más común de la población estudiada, fue la de servicios, lo cual resulta lógico dado el tipo de población que atiende el ISSSTE. Es decir, el Instituto proporciona atención médica a los trabajadores federados y sus familias, esto es se dedican a proporcionar servicios tales como servicios educativos, y a dependencias burocráticas así como la gran mayoría da atención de salud.

El nivel económico más común fue el nivel 1, que significa poseer un ingreso suficiente para cubrir el valor de la canasta básica y recursos suficientes para cubrir los gastos en vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros. Esto se relaciona con el nivel tipo de derechohabiente del Instituto, como se señaló en el párrafo anterior.

La etapa del ciclo vital más común fue la de matrimonio. Nuevamente nos habla de que la mayoría de las familias estudiadas, atraviesan por la etapa más temprana de la formación de la familia, lo cual se corrobora con los datos previos de edades jóvenes de los padres e hijos pequeños en general. Nuevamente, las necesidades de salud de estas familias en etapa temprana de su conformación, pueden ser las de planificación familiar, orientación sobre el ajuste de pareja y cuidado de niños pequeños.

CONCLUSION

Al término de este estudio y de acuerdo con los objetivos del mismo, se concluye que las veinte causas de consulta más frecuentes en el consultorio número 1 de la clínica de medicina familiar Fuentes Brotantes del ISSSTE, fueron: las enfermedades de tipo respiratorio, otitis, estrés, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, colitis, gastroenteritis, infección de vías urinarias, depresión, dislipidemias, oncomicosis, lumbalgias, cervicovaginitis, cardiopatías, secuelas de enfermedad vascular, epilepsia, hipertrofia prostática, parkinson y diverticulosis.

La distribución de la pirámide poblacional en primer lugar aparece la población adulta mayor, en segundo lugar aparece la infantil y finalmente en tercer lugar la población de la tercera edad.

Las principales características de las familias estudiadas fueron las siguientes: el estado civil más común fue el de casados, los años de unión conyugal más frecuente fue de más de 10 años, la edad más frecuente de los padres fue de 31 a 40 años. La ocupación de los padres predomina la de servicios, la escolaridad más común fue de tipo profesional, las edades de los hijos de estas familias en su mayoría fueron los menores de 10 años. Las familias estudiadas se clasificaron de acuerdo en su parentesco como nucleares en su mayoría. Ninguna familia se clasificó de acuerdo al criterio sin parentesco. Con base en la presencia física y convivencia el mayor porcentaje está representado por las familias de núcleo integrado. Tampoco se registró ninguna familia de acuerdo al criterio de estilos de vida originados por cambios sociales. Con base en sus medios de subsistencia la mayoría se clasificó como dedicada a la otorgación de servicios. Con base en su nivel económico el mayor porcentaje de las familias pertenece al nivel 1. Y la etapa del ciclo vital más común fue la de matrimonio.

Con respecto a las características socioeconómicas de las familias lo encontrado es reflejo de la unidad que prevalece aun en las familias en México, coincide con el nivel educativo y económico del tipo de derechohabiente del ISSSTE aun así sabemos lo que influye los factores socioculturales y económicos en un ambiente de una ciudad capital al de provincia pero en esta unidad del ISSSTE la mayoría de las familias estudiadas mantienen su ciclo familiar mayor en la etapa de matrimonio con muchos años de unión conyugal reportándonos que la convivencia es importante ya que un porcentaje del 64% son del núcleo integrado, lo que concluye que cada uno de los miembros de familia asuma su papel y su rol de acuerdo a sus funciones.

Con base en los resultados encontrados, podemos hacer las siguientes sugerencias.

Dados los resultados de las principales causas de enfermedad encontrados en este estudio, el instituto debiera orientar y reforzar la aplicación adecuada de los programas de salud ya existentes privilegiando en su aplicación el aspecto preventivo ya que los resultados muestran que las principales enfermedades son susceptibles de prevenirse.

Por lo anterior sería conveniente que el presupuesto que autoriza el gobierno federal en el ramo de salud se incrementará, específicamente en los programas preventivos.

Algo importante sería que fueran los médicos Familiares quienes estuvieran a cargo de estos programas dentro del gobierno público federal ya que conocen ampliamente las medidas que se necesitan implementar principalmente en la atención primaria en las Unidades de Primer Nivel de las Instituciones de Salud. Por lo tanto la recomendación sería que los médicos familiares traten de incursionar en estos campos de la administración de la salud.

En las unidades de medicina familiar de primer nivel en el ISSSTE es importante otorgar un mayor impulso a los programas de atención primaria, considerando que actualmente la población en general del ISSSTE es mayor de 55 años y teniendo una visión previsoramente con los derechohabientes en estas etapas tempranas de la vida como lo es la infantil y escolar y realizando diagnósticos de familia conoceremos realmente la problemática de morbilidad que nos afectaría en el futuro con sus consecuencias ya que México como en mayoría de los países la seguridad social se ve afectada principalmente por la población de la tercera edad y con factores de riesgo muy altos en morbilidad por lo que implementando modelos de atención primaria en salud se plantearan escenarios que existen en la medida de lo posible situaciones de adversidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1).- Huerta G. J. Medicina Familiar: Sinónimo de Atención Integral a la Salud. En: Medicina Familiar Proceso Salud Enfermedad Ed. Alfil 2005 México, 2005 Pág. 167.
- (2).- Irigoyen C. A, La familia en México: Elementos Demográficos. En: Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar Ed. MFM 3ª Edición México 2006 Pág. 155.
- (3).- Huerta G. J. La Familia en el Proceso Salud Enfermedad En: Medicina Familiar Proceso Salud Enfermedad Ed. Alfil, México, 2005 Pág. 1-5.
- (4).- 5º Coloquio Nacional y 3º Internacional de Profesores e Investigadores en Medicina Familiar. En: Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 7, Sup. 1, 2005. Pág. 15-19.
- (5).- Huerta G. J. La Familia como Unidad de Estudio En: Medicina Familiar Proceso Salud Enfermedad Ed. Alfil, México, 2005 Pág. 13-16.
- (6).- Domínguez del O. J, La Medicina Familiar en México y en el Mundo En: Nuevos Fundamentos en Medicina Familiar. Ed. MFM 3ª Edición México 2006 Pág. 125-133.
- (7).- Irigoyen C. A, y Morales L. H, Elementos para un Análisis de la Estructura Familiar En: Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar Ed. MFM 3ª Edición México 2006 Pág. 50-158.
- (8).- 5º Coloquio Nacional y 3º Internacional de Profesores e Investigadores en Medicina Familiar. En: Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 7, Sup. 1, 2005.
- (9).- Consejo Nacional de Población Fuente: INEGI www.issste.gob.mx
- (10).- www.dgepi.salud.gob.mx
- (11).- www.salud.gob.mx/unidades/epide
- (12).- www.imss.gob.mx/est/morbi/nac
- (13).- <http://www.dgepi.salud.gob.mx/influenza/influ8.htm> I. R. A
- (14).- <http://www.lifespan.org/adam/spanishsurgeryandprocedures/34/100045.htm> OTITIS
- (15).- http://www.cardiologypreservativayrehabilitacion.umaecardiologia.com/CMN_siglo_XXI.htm HTA
- (16).- <http://www.tumedico.com/temastress.php> ÉSTRES
- (17).- <http://www.tusalud.com.mx/121401.htm> DIABETES
- (18).- <http://www.uninet.edu/c030301.htm/> GASTROENTERITIS
- (19).- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000505.htm> INF. VIAS URINARIAS
- (20).- <http://www.tusalud.com.mx/120817.htm> OBESIDAD
- (21).- www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2004/medicina/dislipidemias2.pdf DISLIPIDEMIA

- (22).- http://www.dermocosmos.com/dermo_asp/foro/asunto.asp?IdVis=2531 ONICOMICOSIS
- (23).- <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,27082,00.html> LUMBALGIA
- (24).- <http://jenner.galeon.com/cervicov.htm> CERVICOVAGINITIS
- (25).- http://www.tuotromedico.com/temas/enfermedad_coronaria.htm CARDIOPATIA
- (26).- <http://www.tuotromedico.com/tema/depresion.php> DEPRESION
- (27).- <http://biblioweb.dgsca.unam.mx/libros/medica/apendice.html> COLITIS
- (28).- http://www.med.umich.edu/1libr/aha/aha_divertos_spa.htm SEV
- (29).- www.abcmedicus.com/articulo/pacientes/id/57/pagina/1/epilepsia.html HIPERTROFIA
- (30).- De la Revilla A. L. Influencias Socioculturales en los cuidados de Salud. Enfoque Familiar en Atención Primaria. En: Atención Primaria, Zurro A. M. 5ª Edición. Vol.1, Editorial Elsevier España Pág. 125.
- (31).- Argimon J. M, Análisis de la situación de Salud En: Atención Primaria. Zurro A. M, Vol. 1, Editorial Elsevier España Pág. 327.
- (32).- 5º Coloquio Nacional y 3º Internacional de Profesores e Investigadores en Medicina Familiar. Código de Bioética en Medicina Familiar. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 7, Sup. 1, 2005 Pág. 21-23.
- (33).- Declaracion de Helsinki <http://www.medicina.buenosaires.com/vol62-02/4/helsinki.htm>
- (34).- INEGI www.issste.gob.mx
- (35).- Cardiology Arch. 72 (1): 71-84 Méx. 2002
- (36).- Boletín Epidemiológico No. 30 Vol.23 <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
- (37).- E. Dulanto. Familia En: Familia. E.D. Ed. E.M. 2004

➤ ANEXOS

1.- CEDULA DE FAMILIA

2.- SM-10

3.- TARJETA VD-0



Folio: _____

CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

Familia: _____ No. Expediente del Informante: _____
 Datos de la persona que proporciona la información:
 Madre () Padre () Hijo ()
 Edad: _____ Sexo: M () F () Escolaridad: _____

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

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

Observaciones: _____

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

A) Parentesco:
 Nuclear () Nuclear Simple () Nuclear Numerosa ()
 Reconstruida (binuclear) () Monoparental ()
 Monoparental extendida () Extensa () Extensa Compuesta ()
 No Parental ()



B) Sin Parentesco: Monoparental extendida sin parentesco ()
Grupos Similares a familias ()

C) Con base en la presencia física y convivencia:

Núcleo Integrado () Núcleo No Integrado ()
Extensa ascendente () Extensa descendente ()
Extensa colateral ()

D) Estilos de vida originados por cambios sociales:

Persona que vive sola () Parejas homosexuales sin hijos ()
Parejas homosexuales con hijos adoptivos () Familia Grupal ()
Familia Comunal () Poligamia ()

E) Con base en sus medios de subsistencia:

Agrícola ó pecuarias () Industrial () Comercial () Servicios ()

F) Con base en su nivel económico: Pobreza familiar:

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

G) Etapa del ciclo vital familiar:

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

Observaciones: _____

**Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina. UNAM.**

