



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

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

***UNIDAD ACADEMICA***

HOSPITAL GENERAL ISSSTE VERACRUZ, VER

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA Y CARACTERISTICAS  
SOCIOECONOMICAS DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL  
CONSULTORIO # 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL  
GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA .EVA AURELIA OCAMPO VALDES**

ASESOR DE TESIS

***DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA***

VERACRUZ VER.

2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **TITULO**

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA Y CARACTERISTICAS  
SOCIOECONOMICAS DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO  
# 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE  
VERACRUZ VER.

PRESENTA:

***Dra.: Eva Aurelia Ocampo Valdés***

AUTORIZACIONES:

**DR.: ARNULFO IRIGOYEN CORIA**

**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 ENSEÑANZA Y CAPACITACION

**TITULO**

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA Y CARACTERISTICAS  
SOCIOECONOMICAS DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 10  
DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE  
VERACRUZ VER.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**Dra : Eva Aurelia Ocampo Valdés**

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 PEDROSA**

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.

## INDICE

Marco teórico.....	Pág.4
Aspectos históricos de la familia.....	Pág.4
Elementos demográficos.....	Pág.5
Clasificación de la familias.....	Pág.6
Estructura familiar.....	Pág.9
Funciones de la familia.....	Pág.9
Roles familiares.....	Pág. 10
Ciclo de vida de la familia.....	Pág.-11
Crisis normativas.....	Pág. 13
Crisis paranormativas.....	Pág. 14
Apgar familiar.....	Pág. 15
Morbilidad.....	Pág. 17
Morbilidad nacional.....	Pág. 18
Principales causas de atención en el consultorio · 10 del hospital general	
Del ISSSTE.....	Pág. 19
Hipertensión arterial.....	Pág. 20
Faringitis.....	Pág. 24
Diabetes mellitas.....	Pág. 25
Parasitosis.....	Pág. 30
Amigdalitis.....	Pág. 33
Distimias.....	Pág. 36
Cervicovaginitis.....	Pág. 40
Infección de vías urinarias.....	Pág. 41
Hipertrofia prostática.....	Pág. 44
Onicomycosis.....	Pág. 46
Dislipidemias.....	Pág. 48
Migraña.....	Pág. 50
Osteoporosis.....	Pág. 52
Lumbalgia.....	Pág. 59
Planteamiento del problema.....	Pág. 64
El mosamef y el medico familiar.....	Pág. 66
Modelo conceptual.....	Pág. 67
Justificación.....	Pág. 68
Objetivos.....	Pág. 68
Metodología.....	Pág. 68
Criterios de selección.....	Pág. 69
Definición de variables.....	Pág. 72
Clasificación de las familias en base al parentesco.....	Pág. 73
Procedimientos para recabar la información.....	Pág. 75
Resultados.....	Pág. 76
Tablas y graficas .....	Pág. 79 -98
Conclusiones.....	Pág. 99
Discusión.....	Pág. 102
Prevención.....	Pág. 103
Bibliografía.....	Pág. 105
Anexos.....	Pág. 107-112

## MARCO TEÓRICO

La importancia de la medicina familiar se basa en las responsabilidades básicas, organización social y atención, estas funciones se describen en relación a los miembros de la familia. La familia Será tan sólida como los lazos sociales que la conservan unida.

La familia es dinámica cambia con el tiempo hay un ciclo de vida para la familia, lo mismo que para los individuos. Funciona de manera distinta dependiendo de la fase en que se encuentre, ya se matrimonio, expansión dispersión, independencia o retiro y muerte.

Las preocupaciones actuales se basan en la familia desorganizada la familia incompleta, la partida deseada o no deseada de un esposo la familia vacía y la familia en crisis interna sin embargo los individuos y la sociedad, varían entre una cultura y otra; así ocurre en la familia media de los Estados Unidos de Norteamérica. <sup>1</sup>

### ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA FAMILIA

Simultáneamente con su evolución histórica, la familia ha experimentado las transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá. Según Minuchin, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes, cuanto mayor flexibilidad y adaptación requiere la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz de desarrollo psicosocial.

Para el Papa León XIII (1818-1903), “la familia es una sociedad de extensión limitada, pero con toda, una verdadera sociedad, anterior a cualquier estado o nación, con sus propios derechos y deberes y totalmente independiente del estado”. la OMS, comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio; en tanto que el diccionario de la lengua española dice que “La familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes”<sup>2</sup>

La palabra familia (etimológicamente de origen latino) es actualmente una expresión universalmente aceptada. Se utiliza para cubrir lo que de diversas maneras se describe como la familia nuclear, la familia elemental o biológica. Se ha postulado a la familia como una de las categorías básicas de los estudios históricos, demográficos y socioeconómicos.<sup>3</sup>

## **Elementos demográficos**

En un amplio reporte realizado por el Instituto Nacional de estadística Geografía e Informática de México se establece que en la familia:

- reproducen, en cierta medida y en pequeña escala, distintas normas y Se comportamientos sociales
- Se observan las pautas de reproducción humana.
- Se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos.
- Se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, con relaciones de poder y dominación entre generaciones y géneros, entre otros aspectos.

Actualmente, las funciones familiares se han visto modificadas en mayor o menor medida en un periodo relativamente corto, lo cual esta relacionado con:

- La evolución demográfica
- Las transformaciones en los procesos de reproducción y organización de la sociedad.
- El desarrollo del sector de los servicios.
- El avancé tecnológico la urbanización y la modificación de las relaciones en las esferas de lo público y lo privado.
- La institucionalización de una serie de actividades que se desempeñaban al interior de las familias<sup>4</sup>

Los sociólogos distinguen entre los siguientes conceptos:

### **Matrimonio:**

Organización institucional del matrimonio entre varones y mujeres.

### **Núcleo familiar:**

Marido, mujer, y niños naturales, adoptados o de ambos tipos.

### **Familia de orientación:**

la familia en la que nace una persona

### **Familia extensa:**

Familia nuclear y otras personas relacionadas, más a menudo la familia de orientación  
Los objetivos básicos de la familia se resumen en la mediación:

Adoptar las esperanzas y las obligaciones básicas de la sociedad, y moldearlas para llenar las necesidades e intereses de sus individuos.

Cada miembro de la familia tiene necesidades físicas personales y sociales. La familia ha puesto sobre cada uno de sus miembros ciertas esperanzas, obligaciones y demandas. La familia debe mediar las necesidades y las demandas de cada uno de sus miembros. Es el agente de contacto entre el individuo y la sociedad. El censo de Estados Unidos de Norteamérica define a la familia como “grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas entre si por sangre matrimonio y adopción” se usa la misma definición básica para la U.S National Health Survey.<sup>5</sup>

## Clasificación de las familias

Con los propósitos de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales:

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

---

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 más
Reconstruida.	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	padre o madre con hijos, más personas con parentesco
Extendida	
Monoparental	
Extendida compuesta	padre o madre con hijos, más otras personas con o sin Parentesco
No parental	padre y madre con hijos, más otras personas con o sin Parentesco .familiares con vínculo de parentesco que o realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (vgr: tíos, sobrinos, abuelos, nietos, Primos o hermanos, etc

## Sin parentesco características

---

Monoparental	padre o madre con hijos más otras personas sin
Extendida	parentesco sin vínculo de parentesco que realizan
Sin parentesco	funciones o roles familiares, por vgr; amigos, estu—
Grupos	diantes, religiosos, personas que viven en hospicios
Similares a familias	o asilos, etc.

<b>Presencia física en el hogar</b>	<b>características</b>
Núcleo integrado	presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	no hay persona física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	hijos casados o en unión libre que viven en la Casa de alguno de los padres
Extensa descendente	padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
Extensa colateral	núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos abuelos etc )

<b>Tipo</b>	<b>características</b>
Persona que vive sola	sin familiar alguno independiente de su estado civil o etapa del ciclo vital
Matrimonios o parejas De homosexuales	pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos
Matrimonios de parejas De homosexuales	pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos
Con hijos adoptivos	
Familia comunal	unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricción dentro del grupo
Familia comunal Extendida	conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos que viven comunitariamente compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.
Poligamia	Incluye la poliandria y la poliginia

## **Estructura Familiar descrita por Irigoyen**

- Familia nuclear: Modelo de la familia actual, formada por padre madre e hijos.
- Familia extensa: formada por padre, madre, hijos y otros miembros de la familia que compartan lazos consanguíneos de adopción o afinidad.
- La familia extensa compuesta: además de los que incluyen la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres.<sup>7</sup>

## **FUNCIONES DE LA FAMILIA**

- 1.-adaptación social
- 2.-cuidado
- 3.- afecto
- 4.- reproducción
- 5.-otorgamiento de estado

### **Adaptación social**

La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar al lactante durante los años, en un individuo social capaz de participar por completo en la sociedad.

La madre tiene la responsabilidad primaria de adaptar socialmente al pequeño a través de los años preescolares, y los hermanos y el padre tienen papeles de sostén durante este tiempo.

### **Atención**

Atención significa llenar las necesidades físicas y sanitarias básicas de los miembros de la familia. Las probabilidades de buena salud y vida prolongada se relacionan de manera directa con el estado socioeconómico de la familia.

### **Afecto**

La familia debe de llenar las necesidades afectivas de sus miembros, por que las respuestas afectivas de un individuo a otro proporcionan las recompensas de la vida familiar, uno de los paradigmas usados con más amplitud es el de Abraham H. Maslow que distingue entre cinco tipos de necesidades.

1. necesidades fisiológicas: hambre, sed, sexo, actividad física.
2. necesidades de seguridad : seguridad y protección
3. necesidades de pertenencia y amor: respuesta, afecto, y amor filial
4. necesidades de respeto: deseo de que toda la familia tenga un concepto propio estable y positivo y el respeto a los de más.
5. auto realización : culminación de las otras necesidades

## **REPRODUCCIÓN:**

Una de las funciones de la familia consiste en reproducirse y producir reemplazos para la sociedad aunque cada vez esta más popularizada la vasectomía, los métodos actuales eficaces del control de la natalidad ponen la mayor parte de la responsabilidad en la mujer, es ella la afectada de manera mas directa por el embarazo desde los puntos de vista social, psicológico y físico.

## **ESTADO:**

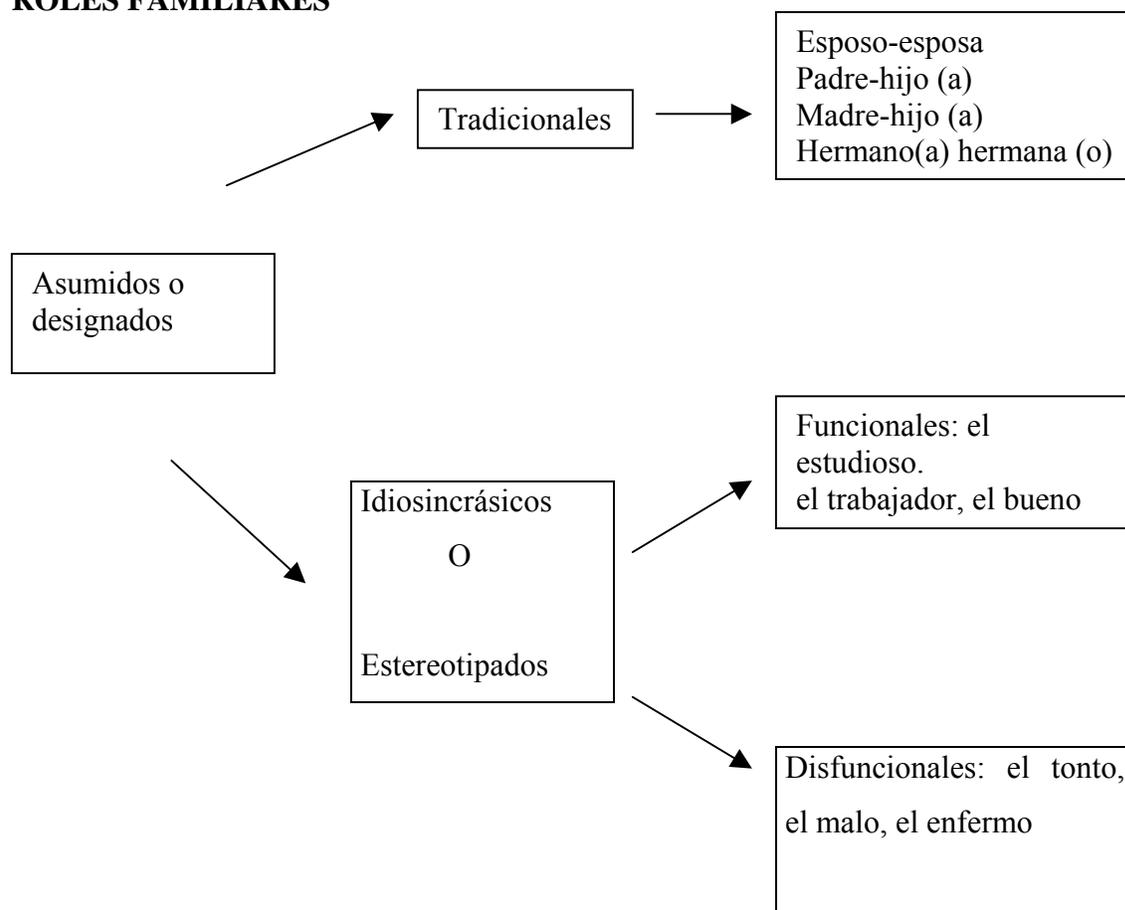
Los niños garantizan la inmortalidad o perpetuidad social de nombre y tradiciones de la familia. El otorgamiento de un estado en los niños es el establecimiento de derechos y tradiciones.<sup>8</sup>

## **ROLES FAMILIARES:**

Desde 1928, Burges sugirió que la familia podía ser estudiada como una unidad de personas de interacción, ocupando cada una de ellas dentro de la familia una posición definida por un determinado numero de roles. Los roles vitales de marido, esposa, madre, e hijo, adquieren un significado propio solo de una estructura familiar y una cultura especifica. De este modo, la familia moldea la personalidad de sus integrantes con relación a las funciones que tienen que cumplir en su seno, y ellos, a su vez tratan de conciliar su condicionamiento inicial con las exigencias del rol que se les imparte. La manera en que la familia asigna dentro de ella los diferentes roles está estrechamente relacionado con su estilo de vida. Los roles familiares se refieren a la forma de actuación, expectativas y normas que un individuo tiene ante una situación familiar especifica en la que están involucrados otras personas u objetos.

Los roles pueden ser múltiples y simultáneos, así como funcionales y disfuncionales.<sup>9</sup>

## ROLES FAMILIARES



## **CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA:**

Existen cinco fases de dicho ciclo:

1. fase de matrimonio
2. fase de expansión
3. fase de dispersión
4. fase de independencia
5. fase de retiro y muerte

### **Fase de matrimonio**

Cuando dos personas están unidas por un lazo, las preocupaciones iniciales consisten en prepararse para un nuevo tipo de vida, y se combinan los recursos de ambas personas.

### **Fase de expansión**

La práctica del médico se dedica a las familias en esta fase, educación prenatal, parto, atención postnatal, visitas de bienestar al lactante, reconocimiento temprano y manipulación adecuada de síntomas, inmunizaciones, asesoría de desarrollo infantil Planeación familiar e interacción familiar son sus preocupaciones principales.

### **Fase de dispersión:**

En la fase de dispersión los padres tienen un trabajo triple para ayudar a los hijos a que se adapten socialmente, a que desarrollen la autonomía, y a que se satisfagan sus propias necesidades. Al mismo tiempo los padres deben de satisfacer las propias

### **Fase de independencia:**

Conforme se dispersan los hijos, los padres tienen que aprender a volverse independientes de nuevo. Los nuevos adultos pueden tener la responsabilidad de cuidar a sus padres durante este tiempo.

### **Fase de retiro y muerte**

Hacer planes para el final de la vida familiar es tan difícil como hacerlos para su iniciación, y en general se adopta este trabajo con mucho menos entusiasmo<sup>10</sup>

## **Dinámica familiar**

Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que está atravesando dicha familia.

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por los cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en el que está incluido. Los eventos críticos pueden asociarse con problemas interpersonales o marcados conflictos internos y son de dos tipos:<sup>11</sup>

- crisis normativas
- crisis paranormativas

Las crisis normativas están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia y son definidas como situaciones planteadas, esperadas, o que forman parte de la evolución de la vida familiar. Se refiere a las transiciones y cambios que obligadamente se suscitan dentro de la familia.

Las crisis paranormativas son experiencias adversas o inesperadas.

Incluyen eventos provenientes del exterior, que aunque frecuentes, generalmente resultan impredecibles para la familia.

## **CRISIS NORMATIVAS**

### **1.- Etapa constitutiva**

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

### **2.-Etapa procreativa**

Diferentes expectativas sobre el embarazo; nacimiento del primer hijo; dificultad para asumir el papel parental; ingreso y adaptación escolar de los hijos, hijo único; familia numerosa; sobreprotección o rechazo a los hijos; crecimiento y desarrollo de los hijos; etc.

### **3.-Etapa de dispersión**

Separación de los hijos por causas escolares y/o laborales, independencia y matrimonio de los hijos etc.

### **4.-Etapa final**

Padres nuevamente solos, síndrome del nido vacío, jubilación o retiro, climaterio, muerte de uno de los conyugues, viudez, etc.

## **CRISIS PARANORMATIVAS:**

### **1.-Factores ambientales**

Abandono o huída del hogar, relaciones sexuales prematrimoniales, embarazo prematrimonial no deseado, matrimonio no planeado, experiencias sexuales traumáticas, conflictos conyugales, rivalidad entre hermanos, problemas con la familia por adopción o por la llegada de un padrastro, hermanastro o miembros de la familia extensa. Suspensión de la escuela.

### **2.-Enfermedades o accidentes**

Abortos provocados o espontáneos, complicaciones del embarazo y parto, enfermedades, venéreas, traumatismos y lesiones, pérdida de funciones corporales (amputaciones), enfermedades, esterilidad, toxicomanías, suicidio.

### **3.-Factores económicos**

Cambios bruscos en el status socioeconómico, problemas socioeconómicos graves.

### **4.-Factores laborales**

Cambios de puesto u horario en el trabajo, huelga, despidos, desempleo prolongado.

### **5.-Factores legales por conductas delictivas**

Detención, juicio, actividades criminales, pérdida de la libertad

### **6.-Situaciones ambientales**

Emigración, cambios de residencia, desastres naturales (terremotos) o provocados (guerras).

Tanto los eventos críticos normativos como los paranormativos pueden ser instrumentales, es decir, surgen de los aspectos dinámicos y mecánicos de la vida diaria; o afectivos, aquellos que amenazan las situaciones emocionales de la vida familiar. Tales características instrumentales o afectivas no se muestran aisladas sino que con frecuencia interactúan y se potencian entre sí. Habitualmente se niegan, no se desea reconocer o se proyectan evadiendo responsabilidades; o bien, se malinterpretan, adaptan o adecuan a otras condiciones de la vida familiar, razón por la cual los conflictos tienden a perdurar y a exacerbarse frecuentemente.

### **Identificación de eventos críticos**

- ¿Qué problemas o conflictos identifica la familia y quien lo hace?
- ¿A quien se lo comunican?
- ¿Qué alternativas de solución surgen?
- ¿Son adecuadas?
- ¿Quién toma las decisiones?
- ¿Cómo se ejecutan?
- ¿Quién lo hace?
- ¿Qué resultados obtienen?
- ¿con que recursos cuenta la familia para afrontar los problemas?
- Que flexibilidad tiene la familia para recibir influencias del medio externo

Ante la presencia de estos eventos críticos, al estudiar a una familia se deben explorar cuidadosamente la forma en que el grupo los identifica aborda, así como el nivel del conflicto alcanzado, los cambios posteriores ante tales situaciones y el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja y/o el resto de la familia

La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de los problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos.<sup>11</sup>

### **APGAR FAMILIAR:**

Es un cuestionario auto administrado que consta únicamente de 5 preguntas cerradas y a sido diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la función familiar

Cada pregunta se puntúa sobre una escala de Libert, dando un valor de 0-2, obteniéndose al final un índice entre 0-10. Sus autores proponen clasificar a las familias en normofuncionales (7-10 puntos) moderadamente disfuncionales de (0-3 puntos) además sugieren que las diferencias en las puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas ofrece una indicación de la función que se encuentra alterada en la familia del paciente

El apgar familiar determina el grado de satisfacción que percibe el encuestador con respecto a la función familiar.

Hasta ahora el apgar familiar se ha utilizado mas como una técnica de investigación que como un instrumento de uno en la clónica 12.

## CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
a) ¿esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene alguna problema?	_____	_____	_____
B) ¿discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?	_____	_____	_____
c) ¿las decisiones importantes se toman en Conjunto?	_____	_____	_____
d) ¿esta satisfecho con el tiempo que usted y su familia permanecen juntos?	_____	_____	_____
e) ¿siente que su familia le quiere?	_____	_____	_____

## MORBILIDAD

Veinte principales causas de enfermedades en el estado de Veracruz

Infecciones respiratorias agudas	109,325
Infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas	30,230
Infección vías urinarias	16,334
Úlceras gastritis ,duodenitis	11,825
Amebiasis intestinas	3509
Gingivitis y enfermedad periodontal	742
Candidiasis urogenital	392
Otras helmintiasis	1167
Ascariasis	5,513
Otitis media aguda	4,111
Tricomoniasis urogenital	387
Hipertensión Arterial	943
Asma y estado asmático	2,668
Diabetes Mellitas tipo 2	615
Varicela	1,088
Desnutrición Leve	133
Conjuntivitis	2,159
Paratifoidea y otras salmonelosis	940
Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	3,457
Mordeduras de perro	86

(Fuente dirección general de epidemiología 2005)

**MORBILIDAD** (POR 100 MIL HABITANTES)

Morbilidad Nacional	2000	2001	2002	2003	2004
Infecciones de vías respiratorias agudas	29 427.3	27 980.5	28 874.3	25 948.9	24 581.3
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas.	5 203.3	5 283.3	5 250.2	4 684.0	4 535.5
Infecciones de vías urinarias	2 967.1	3 240.5	3 276.0	3 154.2	3 228.8
Úlceras gástricas y duodenitis	1 284.1	1 393.5	1 413.6	1 281.7	1 365.7
Amebiasis intestinal	1 353.4	1 237.8	1 124.8	972.6	782.2
Otitis media aguda	614.6	643.2	693.9	695.6	675.3
Hipertensión arterial	401.4	407.8	418.8	478.2	529.8
Otras helmintiasis	735.2	646.5	580.6	524.4	498.0
Diabetes mellitus no insulino dependiente tipo 2	287.2	291.3	308.6	365.0	384.0
Varicela	377.1	235.5	282.7	307.0	365.8
Gingivitis y enfermedad periodontal	ND	ND	ND	276.0	350.0
Candidiasis urogenital	302.5	325.8	354.8	364.3	330.9
Asma y estado asmático	261.0	275.2	274.6	289.1	289.5
Intoxicación por picadura de alacrán	ND	221.7	231.7	233.4	218.5
Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	ND	ND	ND	573.9	201.7

Fuente S:S:A suive dirección general de epidemiología

**PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION EN EL CONSULTORIO #10 DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE**

Hipertensión Arterial	309
Faringitis	134
Diabetes	97
Parasitosis	38
Amigdalitis	37
Distimias	36
Cervicovaginitis	30
Infección Vías Urinarias	26
Hipertrofia Prostática	18
Onicomycosis	18
Dislipidemias	15
Migraña	14
Osteoporosis	13
Lumbalgias	13
Climaterio	<b>6</b>

(Fuente informe diario del medico Sm1-10)

## **HIPERTENSION ARTERIAL:**

### **DEFINICION**

La hipertensión arterial sistémica es un padecimiento multifactorial, caracterizado por un aumento sostenido de la presión arterial (sistólica, diastolita o ambas) Mayor a 140/90 mmhg. en personas mayores de 18 años.

Se estableció la siguiente clasificación en los consensos nacionales e internacionales:

### **PRESION ARTERIAL:**

Optima	<120/80	mmHg
Normal	120-129/80-54	mmHg
Alta	130-139/85-89	mmHg

### **HIPERTENSION ARTERIAL:**

Etapas I:	140-159/90-99	mmHg
Etapas II:	160-179/100-109	mmHg
Etapas III:	>180/ >110	mmHg

### **ETIOLOGIA:**

La Hipertensión Arterial es un padecimiento multifactorial. Puede ser primaria, idiopática y/o esencial, y secundaria cuando su origen deriva de alteraciones de algunos Órganos como son el corazón, riñón, hígado, etc.

### **FRECUENCIA:**

La hipertensión arterial afecta aproximadamente de 20 a 25 % de la población mayor de 25 años de edad de raza blanca y 30 % de la población de raza negra, en México el 29.6 % de la población de 20 a 69 años de edad la padece, de esta totalidad el 90 % sufre la denominada hipertensión arterial sistemática esencial, primaria o ideopatica.

### **DETECCION:**

El objetivo de la detección es identificar a los individuos que son portadores de hipertensión arterial sistémica no diagnosticada o presión general normal alta.

Esta actividad debe llevarse a cabo en una forma rutinaria en todos los pacientes que acuden a consulta externa media; independientemente del motivo de la misma

## **PREVENCIÓN**

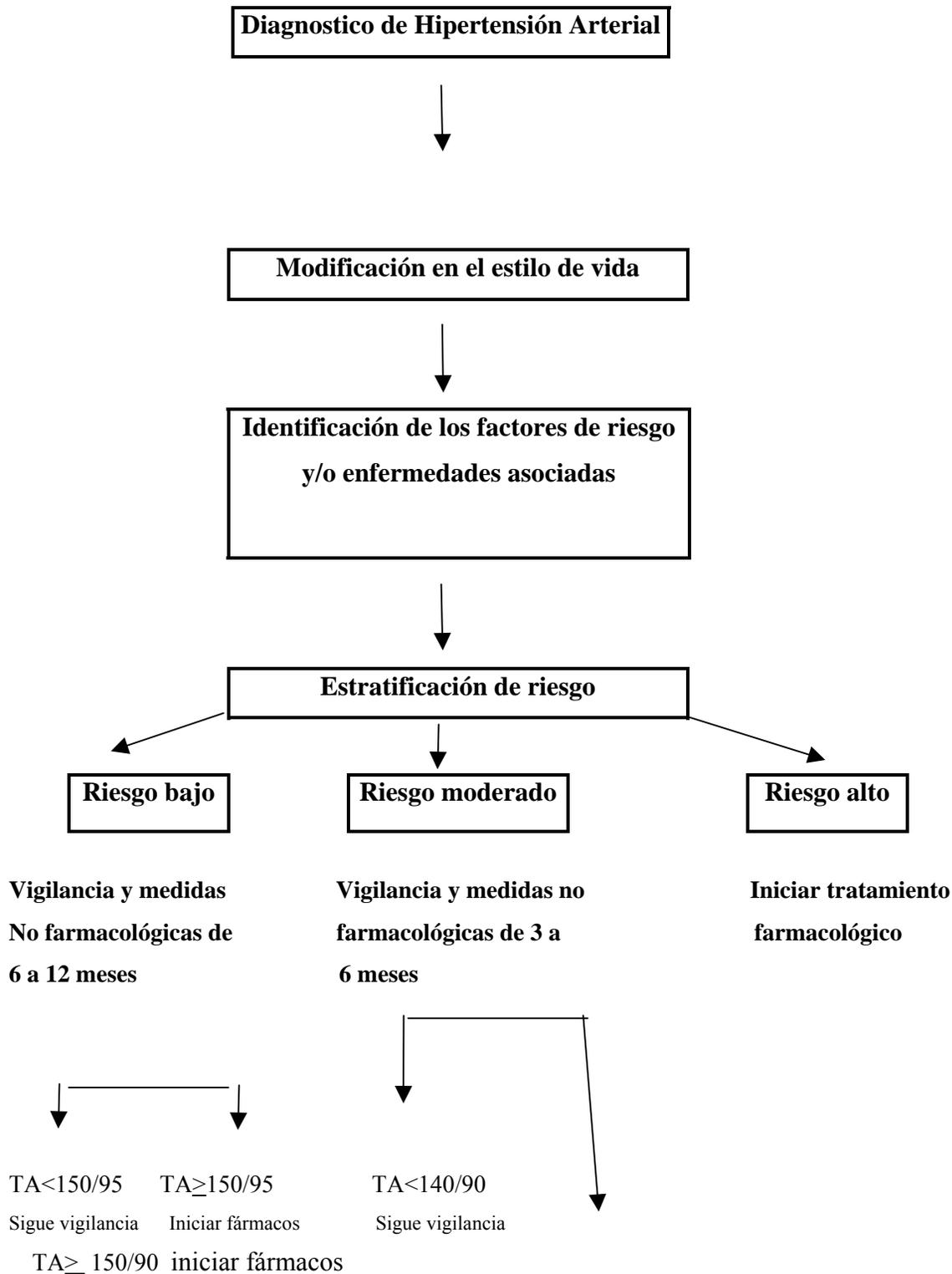
Existen dolidas evidencias que señalan que las modificaciones en el estilo de vida tiene un efecto saludable sobre los niveles de presión arterial en sujetos normo e hipertensos. Estas modificaciones deben ser permanentes para que puedan expresar todo su beneficio potencial.

- Reducción del peso corporal
- disminución de la ingesta de sodio
- restricción de la ingesta de alcohol
- actividad física aeróbica en forma general
- supresión del tabaquismo
- mantener una ingesta adecuada de calcio magnesio y potasio
- reducir la ingesta de grasas saturadas y colesterol. e incrementar la ingesta de frutas, vegetales, y consumir de preferencia grasas polinsaturadas, alimentos ricos en fibra
- reducir la ingesta de café te y refrescos de cola.
- manejo del estrés.

## **FACTORES DE RIESGO.**

- tabaquismo
- dislipidemia
- diabetes mellitus
- edad mayor de 60 años
- sexo (hombres), (mujeres post menopausicas)
- historia familiar de enfermedad cardiovascular.

# LINEAMIENTOS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL



## TRATAMIENTO

El manejo de los tratamientos antihipertensivos, debe ser regulado desde el inicio del tratamiento y valorará con los resultados con cita regular, una vez conseguido el control, la cita puede ser cada 1 o 2 meses proporcionando las dosis necesarias para ese lapso.

Diuréticos. No se le incorpora un diurético al tratamiento el control de la hipertensión puede ser inferior al óptimo, es incorrecto clasificar la hipertensión la hipertensión de resistente sino se ha incluido uno en el régimen multifarmaco.

Hidroclorotizadas: dosis de 12.5 -25 mg/día, iniciar 25mg en una toma.

Furosemide: dosis de 20 a 240mg/día, iniciar 20mg en una o dos tomas. Es el tratamiento de elección en pacientes con deterioro de la función renal, urgencias hipertensivas y pacientes con retención de líquidos resistentes a las tiazidas.

Efectos secundarios: tenemos depleción de volumen, hiperurisemia, hipotasemia, a dosis mas elevada puede ser ototóxico, sobre todo en pacientes nefropatas, contraindicados en el caso de la anuria, depleción de electrolitos, coma hepático, y mujeres con probabilidad de embarazo.

Espironolactona: dosis de 25 a 50mg/día, iniciar 50mg en una o dos tomas.

Inhibidor competitivo de la aldosterona.

Metoprolol. Dosis de 50 a 100mg/día, iniciar 50mg en una o dos tomas. Dosis bajas puede administrarse con afección broncoespasmicas, diabetes y vasculopatía periférica, comparados con los no cardioselectivos, quizás tenga un efecto menos adverso sobre los niveles de colesterol.

Propranolol: de 40 a 160mg/día, iniciar 40mg/día en una o dos tomas.

Felodipino: dosis de 5 a 10mg/día, iniciar 5mg/día en una toma.

Bloqueadores de angiotensina II:

Losartan: dosis de 25 a 100mg en una o dos tomas.<sup>17</sup>

## **FARINGITIS**

### **DEFINICIÓN.**

Constituye una infección aguda del tracto respiratorio, superior importante por su frecuencia, que compromete a la faringe.

### **ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA:**

El 90% incluye etiología viral y solo el 10% o menos etiología bacteriana primaria, incluye casi 200 de virus de las siguientes familias: influenza, para influenza, adenovirus, herpes simple, coxsackie.

En tanto los agentes bacterianos son: streptococcus pyogenes (streptococcus beta hemolítico), haemophilus influenzae, estafilococcus aerus, corinebacterium diphtheriae.

### **EPIDEMIOLOGÍA.**

El huésped, el reservorio, la fuente y el portador es el humano, el mecanismo de transmisión es el contacto directo (vía aérea y auto inoculación nasal o conjuntival) el periodo de incubación es variable desacuerdo al agente etiológico de 1 – 14 días, con mas frecuencia de 48 a 72 hrs. ocupa el segundo lugar de incidencia en la consulta de primer nivel en el ISSSTE.

### **PREVENCIÓN PRIMARIA**

Evitar o disminuir el hacinamiento y dar tratamiento adecuado a los casos clínicos medidas higienitas y protección de las personas ya con infección.

### **DETECCIÓN.**

Fiebre de intensidad variable, síntomas generales como mialgias, artralgias, anorexia, cefalea, dolor faringeo, que puede ser tan intenso que dificulte e impida la deglución, en ocasiones se acompaña de tos seca, que evoluciona a tos productiva.

El diagnostico, es clónico, idealmente se debe hacer cultivo faringeo en los casos rebeldes del tratamiento.

## **TRATAMIENTO.**

Tratamiento general.

Reposo, aporte de líquidos y calorías, control de fiebre, mantener permeable las vías aéreas.

Tratamiento específico.

(Aplicar criterio en función de la etiología)

Analgésicos:

Paracetamol tabletas 500mgs/6 hrs por 2 o 3 Díaz.

Naproxeno: 250 a 500mg dos a tres veces al día, por 2 o tres días.

Antibióticos:

Penicilina procainica 800 000UI/12hrs por 7 días

Eritromicina 500mgs /12hrs por 7 días.

Amoxicilina 250 a 500 mg/8hrs durante 7 días.

Mucolíticos.

Ambroxol 1 cucharada/8hrs de tres a cuatro días.

Antitusivos:

Dextrometorfan 1 cucharada/4hrs de tres a cuatro días.<sup>18</sup>

## **DIABETES MELLITUS.**

### **DEFINICIÓN.**

Es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia (aumento de los niveles de glucosa en sangre), resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o ambos. Se trata de una compleja enfermedad en la que coexiste un trastorno global del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas. Es multifactorial por la existencia de múltiples factores implicados en su patogénesis.

### **EPIDEMIOLOGIA.**

De acuerdo a la encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles el 8.2% de la población de 20 a 69 años padece diabetes mellitus II. De ellos solo tienen el conocimiento el 68.5% y el 31% fue hallazgo de la encuesta.

La diabetes mellitus 2 forma parte del grupo de las enfermedades metabólicas caracterizada por resistencia a la insulina.

Factores predisponentes:

1. Antecedente familiar de diabetes mellitus 2 obesidad, hipertensión arterial, hiperlipidemia.
2. obesidad más del 20%.
3. raza (México americanos, mexicanos)
4. edad mas de 45 años
5. hipertensión arterial.
6. hiperlipidemia
7. antecedentes de diabetes gestacional o al nacimiento de niños con más de 4.5kgs.

### **CLASIFICACION.**

Se clasifica en 4 tipos:

- a) Diabetes Mellitus tipo 1
- b) Diabetes Mellitus tipo 2
- c) Otros tipos de Diabetes Mellitus
- d) Diabetes gestacional

## **PREVENCIÓN**

- Lograr cambios en el estilo de vida, énfasis en selección de grupos de riesgo: escolares jóvenes, adultos jóvenes y adultos mayores.
- revertir factores de riesgo
  - Educar para la salud.
  - correcta nutrición
  - condicionamiento físico
  - reducción ponderal
  - prueba de selección o tamizaje
- Diagnostico de síndrome metabólico y tener a este como el promotor de enfermedades metabólicas de alto riesgo, alta morbi y mortalidad, de alto impacto social, económico y laboral
- lo anterior se debe realizar, así como la prueba de selección de tamizajes en unidades de 1er y 2do nivel de atención.

## **TRATAMIENTO**

Los principios generales en que se basa el tratamiento de la Diabetes Mellitus pretenden un balance entre la ingesta de calorías y el gasto energético, así como el mantenimiento de una adecuada concentración de insulina circulante que asegure la eficaz utilización de la energía y evite en lo posible la presencia de hiper o hipoglucemia.

Clásicamente se han considerado tres pilares en el tratamiento de la Diabetes:

- Dieta
- Ejercicio
- (Insulina o Hipoglucemiantes orales).

Los Fármacos orales son medicamentos de utilidad sólo para tratar la DM2. Realmente el mejor hipoglucemiante que se conoce es el binomio Dieta-Ejercicio, de modo que el lugar de los fármacos debe ser siempre secundario. Solo aquellos pacientes que no respondan adecuadamente a un régimen dietético y de actividad física deberán ser tratados con estos fármacos.

Existen 4 grandes grupos de fármacos orales:

- las sulfonilureas
- las biguanidas
- los inhibidores de las alfa-glucosidasas
- las meglitinidas

## Sulfonilureas

Tienen un efecto hipoglucemiante agudo actuando sobre la célula beta del páncreas en un estímulo de la secreción de insulina, y un efecto hipoglucemiante crónico que se debe a la potenciación de la acción de la insulina, a través de un aumento del número de receptores para la insulina o de su unión a ellos en los tejidos sensibles a la misma. Este último efecto está en controversia, y se habla de que se debe más bien a un control del efecto tóxico de la hiperglucemia.

## Sulfonilureas

Compuesto	Nombre comercial	Presentación mg/comp (envase)	Dosis inicial (mg/día)	Máximo (mg/día)	Duración (horas)
Tolbutamida <sup>2,3</sup>	Rastinon	500 (20 Tab) 500 (40 Tab)	1000	3000	4 - 8
Glibenclamida <sup>1</sup>	Daonil	5 (30 y 100 comp)	2.5 - 5	15	10 - 16
	Euglucon 5	5 (30 y 100 comp)	2.5 - 5	15	10 - 16
	Norglicen 5	5 (100 comp)	2.5 - 5	15	10 - 16
	Glucolon	5 (30 y 100 comp)	2.5 - 5	15	10 - 16

## Biguanidas.

Consiguen su efecto antihyperglucemiante a través de acciones extrapancreáticas, sobre todo por disminución de la liberación hepática de glucosa, junto a otras aún no bien conocidas (anorexígena, disminución de absorción intestinal de glucosa, aumento nº de receptores de insulina, potenciación acción de la insulina.) La magnitud del descenso de la glucemia es similar al de las sulfonilureas, tanto en presencia como en ausencia de obesidad. Además, tienen efectos favorables sobre los lípidos (reducción de triglicéridos, LDL y colesterol total) y no producen aumento de peso (incluso pueden producir pérdida de peso), ni hiperinsulinemia ni hipoglucemia.

Dada su capacidad para reducir la glucemia sin producir incremento de peso, y su acción beneficiosa sobre los lípidos plasmáticos, la metformina es el fármaco de elección para pacientes obesos o dislipémicos con DM2, mientras no existan contraindicaciones. Entre sus efectos tóxicos se encuentran la facilitación de la acidosis láctica, sobre todo con fenformina y butformina, y en pacientes con insuficiencia renal o alcohólicos

<b>Compuesto</b>	Nombre comercial	Presentación (mg/comp)	Dosis inicial (mg/día)	Máximo (mg/día)	Duración (horas)
<b>Metformina</b>	Dianben 850 **	850 (50 cmp)	850	2550	12

Criterios de insulinización:

- Pacientes con DM1 sin reserva funcional de la célula beta
- Aquellos pacientes con DM2 que presenten alguno de los siguientes criterios:
- Descompensaciones hiperglucémicas agudas
- Diabetes mal controlada, estando realizando correctamente la dieta y el tratamiento con hipoglucemiantes orales durante al menos 3 meses, en ausencia de obesidad.
- Contraindicaciones para el uso de hipoglucemiantes orales
- Embarazo
- De forma transitoria en situaciones de stress, infecciones, tratamientos con corticoides, problemas para la alimentación oral...
- Algunos autores recomiendan insulinizar cuando el tiempo de evolución de la diabetes es superior a 10 años y en presencia de complicaciones micro o macroangiopáticas. Habrá que considerar factores como el nivel socio-cultural, calidad de vida y objetivos individuales ante el paciente.

Elección de la Dosis de insulina: Los requerimientos de insulina son muy variables, dependiendo del tipo de Diabetes, tiempo de evolución, grado de insulina resistencia... El criterio más común es el de “tanteo y ajuste progresivo”. En general:

- DM1: 0.4-0.6 UI/Kg de peso/día, se repartirán en 60 % antes del desayuno y 40 % antes de la cena. Por término medio, para un individuo sobre unos 70 Kg de peso, comenzaremos con 30 UI/día (20 antes del desayuno y 10 antes de la cena).
- DM2: 0.2-0.3 UI/kg. Repartir 60 % antes del desayuno y 40% antes de la cena. .<sup>19</sup>

## **PARASITOSIS**

### **DEFINICIÓN.**

Las parasitosis intestinales son infecciones producidas por parásitos cuyo hábitat natural es el aparato digestivo del hombre. Todos los protozoos intestinales patógenos tienen una distribución mundial, al igual que la mayoría de los helmintos, aunque por las deficientes condiciones higiénico-sanitarias se han asociado siempre a países tropicales o en vías de desarrollo.

### **CLASIFICACION**

Para simplificar la clasificación, podemos dividirlos en dos grandes grupos: protozoos y helmintos.

Los protozoos que infectan al ser humano se dividen a su vez en 4 phylum: Sarcodyna (incluye todas las amebas), Ciliophora (protozoos ciliados), Sporozoa (coccidios) y Mastogophora (protozoos flagelados). Existen dos organismos que siguen generando dudas a la hora de clasificarlos: Blastocystis hominis y Microsporidium.

Los helmintos incluyen parásitos trematodos, cestodos y nematodos. Todos ellos se reproducen a través de huevos, por lo que su diagnóstico se basará tanto en la visualización de larvas como de huevos.

#### **Áscaris lumbricoides**

Medio de transmisión: ingesta de alimentos o agua contaminados. Ciclo vital: ingesta de huevo, a través de pared duodenal pasa a sistema circulatorio derecho hasta llegar a pulmón. Las larvas maduran en los alvéolos, ascienden hasta glotis donde pasan a tubo digestivo o son expulsadas directamente al toser. Los adultos viven en intestino delgado.

Clínica: Los síntomas intestinales los produce el gusano adulto, reviste especial gravedad la oclusión intestinal (por ovillos de parásitos), las lesiones hepática o vesicular (por migración del adulto por conducto biliar), peritonitis (por perforación intestinal) y necrosis pancreática (por obstrucción de la ampolla de Vater).

La clínica respiratoria depende del grado de hipersensibilidad y en ella es frecuente la eosinofilia. El síndrome de Löffler se produce por la migración de larvas al pulmón y se caracteriza por tos, fiebre, eosinofilia e infiltrados pulmonares. Éstos son típicamente difusos, migratorios y transitorios.

La fiebre, corticoides, ciertos antiparasitarios y algunos anestésicos favorecen la migración de adultos hacia conducto biliar o localizaciones extraintestinales (incluida piel y fosas nasales).

Es importante saber que desde la infestación hasta la aparición de huevos hay un periodo de más de dos meses, en los que no se podrá hacer el diagnóstico por muestra de heces. Tratamiento de elección: Mebendazol 100 mg/ 12 horas/ 3 días ó 500 mg/ 1 día. Tratamiento alternativo: Albendazol 400mg/ 1 día o Ivermectina 12 mg/ 1 día o Pamoato de pirantel 11 mg/ kg/ 1 día.

Comentarios: Control en 2-4 semanas

### **Entamoeba histolytica**

Medio de transmisión: ingesta de agua o alimentos contaminados y prácticas sexuales oro-anales.

Ciclo vital: tras ingesta, el quiste libera al trofozoito que invade el intestino grueso, se multiplica y produce una necrosis local de la pared, por donde algunos trofozoitos pasan a localizaciones extraintestinales.

Clínica: existen casos asintomático, se cree que la mayoría de ellos corresponden a *E. dispar* indistinguible morfológicamente de la *E. histolytica*. Cuando produce clínica ésta suele incluir: abdominalgia intensa, diarreas con sangre y moco, úlceras de mucosa e incluso peritonitis por perforación de la misma, granulomas amebianos o colitis fulminantes. La forma extraintestinal más común es el absceso hepático (con supuración achocolatada, fiebre, malestar general, pérdida de peso y en ocasiones hepatomegalia), otras formas son la neumonía o pleuritis amebiana, la anemia, amebiasis genitourinaria, cutánea o cerebral.

Tratamiento de elección: Iodoquinol 650 mg/ 12 horas/ 20 días

- enfermedad moderada Metronidazol 500-750 mg/ 12 horas/ 10 días
- enfermedad invasiva Metronidazol 750 mg/ 12 horas/ 7 días
- Tratamiento alternativo: Paramomicina 25-35 mg/ Kg en 3 dosis/ 7 días o furoato de diloxanida 500 mg/ 12 horas/ 10 días

Comentarios: Control 2 a 4 semanas postratamiento. Para evitar riesgo diseminación primero dar metronidazol y luego paramomicina.

### **Giardia lamblia**

Medio de transmisión: ingesta de alimentos o agua contaminados o relaciones sexuales oro-anales.

Ciclo vital: tras ingesta, el quiste se rompe en duodeno y yeyuno donde se multiplica.

Clínica: Casi la mitad de los infestados son portadores asintomáticos, mientras que la otra mitad presenta febrícula, escalofríos, diarreas explosivas acuosas y fétidas, que se acompañan de abdominalgia, abundantes gases y esteatorrea, generalmente sin sangre en heces. Puede derivar en un síndrome crónico o en un síndrome de malabsorción o deshidratación importante.

Tratamiento de elección: Metronidazol 250-500 mg/ 8 horas/ 7 días; Tinidazol 2 g una dosis

Comentarios: Control 2 a 4 semanas postratamiento.

### **Trichuris trichiura**

Medio de transmisión: ingesta de alimentos o agua contaminados.

Ciclo vital: ingesta de huevo fértil, eclosión en intestino delgado, migración a mucosa de intestino grueso donde maduran, y localización definitiva del adulto en mucosa del ciego, donde se anclan.

Clínica: asintomático, síntomas abdominales inespecíficos, prolapso rectal en niños, anemia, eosinofilia, pérdida de peso, diarreas mucopurulentas, apendicitis o sobreinfecciones bacterianas de la mucosa.

Tratamiento de elección: Mebendazol 100 mg/ 12 horas/ 3 días ó 500 en dosis única  
Tratamiento alternativo: Albendazol 400 mg dosis única (3 dosis si infestación masiva).  
Ivermectina 12 mg/ día

Comentarios: Control en 2-4 semanas. Cada parásito tiene un tratamiento específico.<sup>20</sup>

## **AMIGDALITIS.**

### **DEFINICION.**

La amigdalitis es una inflamación de las amígdalas generalmente causada por una infección estreptocócica o, con menos frecuencia, por una infección vírica.

### **ETIOLOGIA.**

Las amigdalitis agudas se clasifican desde el punto de vista etiológico en dos grandes grupos:

- Amigdalitis víricas, que suponen entre el 80-90% de los procesos.
- Amigdalitis bacterianas que suponen entre el 10-20% de los procesos.

A su vez cada uno de estos dos grupos etiológicos puede dividirse en amigdalitis inespecíficas y específicas. Las formas inespecíficas son aquellas que presentan un aspecto clínico común, independientemente del germen productor. En las específicas el aspecto clínico peculiar facilita el conocimiento del agente causal.

<b>GÉRMENES PRODUCTORES DE FARÍNGOAMIGDALITIS</b>	
<b>Bacterias</b>	<b>Micoplasmas:</b>
<b>Aerobias:</b>	- Mycoplasma pneumoniae
- Streptococcus grupos A,B,C y G	- Mycoplasma hominis
- Hemophilus influenzae	
- Estafilococo aureus	<b>Virus</b>
- Moraxella catarrhalis	- Adenovirus
- Hemophilus parainfluenzae	- Rhinovirus
- Neisseria gonorrhoeae	- Herpes simplex virus 1 y 2
- Neisseria meningitidis	- Virus parainfluenza
- Treponema pallidum	- Coxsackie A
- Mycobacterium sp	- Virus influenza A y B
	- Virus de Epstein-Barr
<b>Anaerobias:</b>	- Cytomegalovirus
- Prevotella intermedia	- VIH
- Prevotella melanogénica	
- Bacterioides	<b>Chlamydias:</b>
- Fusobacterium	- Chlamydia pneumoniae
- Veillonella	- C psittaci
<b>Peptostreptococos</b>	<b>Hongos:</b>
	- Candida sp

## **FACTORES PREDISPONENTES.**

Edad: es frecuente su aparición en niños y adolescentes, la edad de mayor incidencia es entre los 4-5 años, existiendo una predisposición durante toda la edad escolar desde los 6 a los 12 años, siendo rara en las personas de edad avanzada.

Su incidencia es mayor en sectores sociales más desfavorecidos como respuesta a una dieta, vivienda y condiciones ambientales generales de pobreza. Igualmente, las comunidades cerradas de convivencia o hacinamiento como guarderías, colegios, cuarteles, etc. constituyen situaciones favorecedoras.

Estacionalmente, el invierno y el comienzo de la primavera son las épocas del año más propicias, pudiendo aparecer en cualquier época del año. Durante el invierno es posible detectar más portadores sanos de estreptococo beta-hemolítico A que en otras estaciones.

Existen ciertos estados que predisponen a contraer esta afección y que en sentido amplio dependen de nuestra forma de vida: fatiga, situaciones debilitantes, exposiciones a temperaturas extremas, infecciones víricas preexistentes de vías respiratorias altas, tabaco, alcohol, contaminación del aire, sepsis oral, rinorrea posterior crónica, etc. Localmente, la mala respiración nasal que obliga a la respiración oral reseca las mucosas, aumentando la predisposición a estas infecciones. Además de los factores externos existe una susceptibilidad individual demostrada a padecer estos procesos infecciosos, pero no documentada científicamente.

## **TRATAMIENTO.**

Tratamiento general.

Reposo, aporte de líquidos y calorías, control de fiebre, mantener permeable las vías aéreas.

Tratamiento específico.

(Aplicar criterio en función de la etiología)

Analgésicos:

Paracetamol tabletas 500mgs/6 hrs. por 2 o 3 días.

Naproxeno: 250 a 500mg dos a tres veces al día, por 2 o tres días.

Antibióticos:

Penicilina procainica 800 000UI/ c/12hrs por 7 días

Eritromicina 500mgs /12hrs por 7 días.

Amoxicilina 250 a 500 mg/8hrs durante 7 días.

Mucolíticos.

Ambroxol 1 cucharada/8hrs de tres a cuatro días.

Antitusivos:

Dextrometofan 1 cucharada/4hrs de tres a cuatro días. .<sup>21</sup>

## **DISTIMIAS.**

### **DEFINICIÓN.**

La distimia, también llamada trastorno distímico, se define como un tipo de trastorno afectivo o del estado de ánimo que a menudo se parece a una forma de depresión grave (clínica) menos severa, pero más crónica. Sin embargo, las personas que tienen distimia también pueden experimentar a veces episodios de depresión grave.

### **PREVALENCIA.**

La distimia afecta a las mujeres con el doble de frecuencia que a los hombres. El trastorno distímico afecta aproximadamente al 5,4 por ciento de los adultos estadounidenses de 18 años de edad o mayores; es decir, a 10,9 millones de personas. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health), cada año alrededor del 40 por ciento de los adultos que tienen un trastorno distímico también cumplen los criterios de depresión grave o trastorno bipolar.

### **¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA DISTIMIA?**

Como se ha comprobado que a menudo la depresión coexiste con otras condiciones médicas, como cardiopatía, cáncer o diabetes, y también con otros trastornos psiquiátricos como el abuso de drogas y la ansiedad, el diagnóstico y tratamiento en las etapas iniciales son cruciales para la recuperación. A menudo el diagnóstico se hace después de un examen psiquiátrico minucioso y una historia médica realizados por un psiquiatra u otro profesional de la salud mental.

### **TRATAMIENTO DE LA DISTIMIA:**

El tratamiento específico de la distimia será determinado por su médico basándose en lo siguiente:

Su edad, su estado general de salud y su historia médica.

Qué tan avanzada está la condición.

Su tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.

Sus expectativas para la trayectoria de la condición.

Su opinión o preferencia.

El tratamiento puede incluir cualquiera de los siguientes elementos o una combinación de ellos:

Medicamentos antidepresivos (especialmente cuando se administran en combinación con la psicoterapia, resultan muy eficaces para el tratamiento de la depresión).

Psicoterapia (en la mayoría de los casos, terapia cognitivo-conductista o interpersonal orientada a modificar la visión distorsionada que tiene el individuo de sí mismo y de su entorno, con énfasis en las relaciones complicadas y la identificación de los factores de estrés en el entorno para aprender a evitarlos).

Terapia electro convulsiva (su sigla en inglés es ECT).

Dado que los episodios de distimia suelen persistir por más de cinco años, puede ser necesario el tratamiento a largo plazo de este trastorno.

Estados de ánimo. distimias

Se denomina estado de ánimo o humor al ánimo profundo que prevalece sobre el resto de la vida afectiva del sujeto de forma duradera (más de una o dos semanas) y que pueden seguir un patrón cíclico. A diferencia de las emociones, no se asocia a síntomas neurovegetativos sino a otros síntomas somáticos como las alteraciones en el apetito, el sueño, el impulso sexual o los ritmos biológicos.

Se denomina distimia a las acentuaciones del ánimo en una dirección determinada que suelen ser transitorias y que destacan por su intensidad anormal.

Las distimias más representativas en la clínica psiquiátrica son las siguientes:

Distimia maníaca

En ella hay una exaltación de la vitalidad acompañada de sentimientos de regocijo, bienestar y euforia. También hay sensaciones de gran capacidad y falta de fatiga así como hiperactividad, desinhibición y pensamiento acelerado. A veces adopta formas irritables llegando incluso a ser agresivas (en este caso recibe el nombre de manía iracunda) y puede dar lugar a formaciones delirantes.

Distimia depresiva

Se trata de un sentimiento de tristeza, desesperanza e infelicidad, o bien sensaciones de pobreza afectiva, desolación emocional, vacío interior y falta de interés. El sujeto siente un apagamiento o disminución de su energía y capacidades. En casos más graves el sentimiento profundo de tristeza es vivido como una anestesia afectiva, en la que el sujeto se queja de su imposibilidad de sentir las cosas, de que lo que ocurre a su alrededor no tiene resonancia afectiva alguna en él.

La distimia maníaca y la depresiva pueden presentarse de manera alternante en un sujeto formando la sintomatología básica de las psicosis maníaco-depresivas.

Conviene aquí distinguir la distimia triste reactiva de la distimia triste vital. En la primera existe una relación temporal entre su aparición y la presentación previa de un acontecimiento traumatizante, con el que sigue una evolución paralela, y que se constituye en el contenido fundamental de la vivencia de tristeza. Se trata de una distimia que cumple los requisitos de una reacción vivencial anormal. La distimia triste vital (o endógena) se caracteriza por ser un sentimiento a la vez vital y sensorial, que aparece de una forma autónoma y no obedece por tanto a los requisitos que prejuzgan la reacción vivencial.

Distimia de angustia o de ansiedad

Esta situación distímica es vivenciada como una amenaza de disolución del yo, y se presenta como un temor a morir, a enloquecer, o en su forma más general, como un temor ante la nada.

Existe una angustia denominada existencial inherente a la propia existencia del individuo, del hecho mismo de vivir y controlable por éste. La angustia es patológica cuando es desencadenada por conflictos intrapsíquicos o cuando se da una respuesta exagerada a un estímulo mínimo.

Aun cuando la angustia y la ansiedad se equiparan en muchas ocasiones, es posible identificar en ellas cualidades diferenciales. La angustia es vivida a nivel más visceral, concretándose en manifestaciones corporales del tipo de la opresión precordial o epigástrica, taquicardia y palpitaciones. La ansiedad se manifiesta más frecuentemente a nivel de síntomas respiratorios, como la sensación de falta de aire, o la dificultad para respirar. La angustia es experimentada como una sensación de inmovilización expectante, mientras que la ansiedad se experimenta más como sensación de inquietud. Por último, en la angustia la vivencia de temor a la locura o la disolución del yo es lo habitual, mientras que en la ansiedad la vivencia psíquica se caracteriza por un temor indeterminado.

#### Distimia de miedo

Se caracteriza por un estado afectivo intenso causado por la conciencia de un peligro que el paciente vive como una situación de inseguridad, la cual conlleva una inclinación a la fuga, la defensa o la inhibición.

En el terror, en cambio, la sensación de amenaza es menos fuerte que en el miedo porque el objeto que lo desencadena aparece menos estructurado. Las situaciones de pánico distintamente se caracterizan por un descontrol que acompaña la conducta y la facilidad con que se comunican a los demás.

La fobia es un miedo patológico e irracional a objetos, fenómenos o situaciones que no representan un peligro real para el sujeto. Este miedo puede ser controlado mediante las llamadas “maniobras de evitación”, por las que, como su nombre indica el paciente evita el contacto con el objeto fóbigeno.

Hay varias clases de fobias, pero las más frecuentes son la agorafobia y la claustrofobia que son respectivamente temor a los espacios abiertos y a los espacios reducidos.<sup>22</sup>

## CERVICOVAGINITIS

### DEFINICION.

Infección del tracto genital femenino ocasionada por diversos agentes patógenos, caracterizada por secreción anormal, prurito normal, no pone en peligro la vida, es difícil de suprimir y tiene tendencia a la recidiva.

ETIOLOGIA	EPIDEMIOLOGIA	TRANSMISION	CUADRO CLINICO	TRATAMIENTO
TRICOMONAS	De 16 y 35 años con una frecuencia de 20 a 25% de los casos.	Contacto sexual	Leucorrea amarilla-verdosa, mal olor, prurito, dolor vaginal, disuria y dispareumia.	Local. Metronidazol óvulos vaginales de 500mg 2 diarios por 2 semanas. Sistémico. tabletas de 500ms de a 750mgs, cada 8 horas por 7 o 10 días.(Tratamiento de pareja)
CANDIDA ALBICANS	Entre los 16 y 30 de años de edad, pacientes diabéticos, de hipoparatoroidismo, embarazadas, usuarias de hormonales orales	Generalmente es consecuencia de una proliferación de candida endógena	Secreción de aspecto acuoso, líquido o purulento, espeso, flujo blanco espeso y grumoso, sin mal olor, prurito vulvar y vaginal intenso, eritema dispareumia y disuria.	Topico. crema o tabletas vaginalers, durante 2 semanas de tratamiento. Nistatina 2 veces al día. Nitrofurazona 2 veces al día. Ketoconazol 200 mg/día hasta por 6 meses en caso de recurrencia, vigilando riesgo de hepatotoxicidad.
GARDERELLA VAGINALIS	Infecciones locales posteriores a procedimientos como biopsia endometrial, histerectomía, colocacion de DIU	Se asocia con la actividad sexual y con el número de parejas sexuales.	Secreciones fetidas color grisaseoso espumoso adherente a la pared vaginal, prurito leve y dispareumia poco	Oral. Metronidazol de 500 a 700mgs 4 veces al día por 7 a 10 días, o 2 grs via oral dosis unica. Ketoconazol

	y enfermedad inflamatoria pelvica, postaborto,		frecuente.	200mg/12hrs Ampicilina 500mg/12 por 7 dias. Local Nitrofurazona óvulos cada/12 hrs. (tratamiento de pareja)
HERPES GENITAL TIPO 2	Se realciona con la frecuencia de carcinoma cervical tardio	Transmisión sexual	Fiebre, malestar general, leucorrea, dolor genital local, disuria, y a veces sangrado vaginal, es comun linfadenopatia inguinal y vaginal dolorosa y disuria	Sintomatico. Idixudirina topica cada hora durante el primer dia y después cada 4 hrs-

## **INFECCION DE VIAS URINARIAS**

### **DEFINICION.**

Las infecciones del tracto urinario se definen como un grupo de condiciones que tienen en común la presencia de un número significativo de bacterias en la orina. Las infecciones agudas de las vías urinarias se pueden subdividir en dos grandes categorías anatómicas: la infección de las vías superiores (uretritis, cistitis y prostatitis) y la infección de las vías inferiores (pielonefritis aguda, absceso renal y perinéfrico).

### **EPIDEMIOLOGIA.**

En general la infección de vías urinarias ocurre con más frecuencia en mujeres que en hombres excepto en los extremos de la vida, donde la incidencia es mayor en los varones.

del 50 al 80% de las mujeres de la población general adquieren una IVU durante su vida, la mayoría no complicada lo anterior guarda una relación importante con la vida sexual activa. la incidencia en varones jóvenes es muy baja sin embargo padece que puede ocurrir en los varones que tienen coito anal sin protección con una mujer o con un hombre.

así mismo la falta de circuncisión se asocia con mayor incidencia de colonización por *Escherichia coli* en el glande y el prepucio, facilitando esto la migración subsiguiente de la *E. coli* a las vías urinarias. la incidencia de bacteriuria asintomático de las mujeres embarazadas del 4 al 10%, lo cual es al menos del doble de las mujeres de la misma edad no embarazadas, si no reciben tratamiento el 25% de las mujeres embarazadas con bacteriuria desarrollarán pielonefritis aguda más tarde en el embarazo, es también muy importante la susceptibilidad de los diabéticos a las infecciones del aparato urinario. la bacteriuria asintomático y las infecciones de vías urinarias es de 2<sup>a</sup> 3 veces mayor en mujeres diabéticas.

También predispone a estas infecciones la presencia de entidades clínicas que condicionen obstrucción al flujo urinario o vaciamiento urinario.

### **ETIOLOGIA.**

La IVU generalmente es monobacteriana. el germen más frecuente es *Escherichia coli* (85%), seguido por *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus agalactiae* (en mujer gestante, anciano y diabético) con menos frecuencia es causada por otras enterobacterias, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus spp.* o gérmenes no bacterianos como especies de *Chlamydia* y *Mycoplasma*. *Staphylococcus saprophyticus* es un agente relativamente frecuente de IVU baja en la mujer con vida sexual activa. *Staphylococcus aureus* puede observarse en pacientes con sonda vesical o en IVU hematogena. *Staphylococcus epidermidis* se considera como un contaminante de la piel y raramente causa IVU.

## CUADRO CLINICO

- hipertermia mayor de 38.5°
- escalofrío
- cefalea
- ataque al estado general
- puede presenta nauseas, vomito y evacuaciones disminuidas de consistencia
- dolor en uno o ambos flancos con irradiación a fosa iliaca y dorso.

## PREVENCION.

- incrementar ingesta de liquidas
- higiene perianal adecuada
- vaciamiento vesical adecuado
- control higiénico dietético.

## TRATAMIENTO.

Antibióticos: En la infección urinaria aguda no complicada, el tratamiento se realiza con:

FÁRMACO	DOSIS	VÍA	DÍAS
Trimetoprim-Sulfametoxazol	8-40 mg/kg/día	Oral	15
Ampicilina	100-200 mg/kg/día	Oral	15
Amoxicilina	50-100 mg/kg/día	Oral	15
Amikacina	15 mg/kg/día	IM	7
Gentamicina	5-7 mg/kg/día	IM ó IV	7
Nitrofurantoina	5-7 mg/kg/día	Oral	15-21
Ácido nalidíxico	30-50 mg/kg/día	Oral	15-21

Cuando el germen ha sido identificado debe de darse el antibiótico específico, por lo cual tenemos que:

GERMEN	FÁRMACO	DOSIS	VÍA	DIAS
Pseudomona, Proteus, Enterobacter, E.. Coli	Carbencilina	400-600 mg/kg/dia	IV	10-15
Estafilococo	Dicloxacilina o Eritromicina	100-200 mg/kg/dia 30-50 mg/kg/dia	Oral, IM, IV Oral	10-15 10
Gram- y Gram+	Cefotaxima o Ceftiyriaxona	100-200 mg/kg/dia 100-200 mg/kg/dia	IV	10 10
Pseudomona y Gram -	Ceftazidima	100-200 mg/kg/dia	IV	10
Gram+, Gram-, Pseudomona, anaerobios	Imipenem	50-100 mg/kg/dia	IV	10

Para las infecciones recurrentes o con malformaciones es conveniente erradicar las recidivas, para lo cual se han empleado los siguientes esquemas: <sup>24</sup>

FÁRMACO	DOSIS
Trimetoprim-Sulfametoxazol	1-10 mg/kg/día
Nitrofurantoina	1-2 mg/kg/día
Aplicar por periodos de 6-12 meses hasta desaparecer la recidiva	

## **HIPERTROFIA PROSTATICA**

### **DEFINICIÓN.**

La próstata es una glándula reproductiva masculina que produce el líquido que transporta los espermatozoides durante la eyaculación. Dicha glándula rodea la uretra, el tubo a través del cual la orina sale del cuerpo.

Un agrandamiento de la próstata significa que la glándula ha crecido y le sucede a casi todos los hombres cuando van envejeciendo. A medida que la glándula crece, puede oprimir la uretra y ocasionar problemas urinarios y vesicales.

Al agrandamiento de la próstata generalmente se le llama hipertrofia o hiperplasia prostática benigna (HPB). No es un cáncer y no aumenta el riesgo de cáncer de próstata.

### **CUADRO CLINICO.**

Menos de la mitad de los hombres con HPB tienen síntomas de la enfermedad, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes:

- Dificultad para comenzar a orinar
- Flujo de orina débil
- Goteo posmiccional
- Hacer fuerza al orinar
- Urgencia urinaria fuerte y repentina
- Vaciado incompleto de la vejiga
- Necesidad de orinar 2 o más veces por noche
- Retención de orina (incapacidad total para orinar)
- Incontinencia
- Micción dolorosa u orina sanguinolenta (esto puede indicar una infección)

## **TRATAMIENTO.**

### MEDICAMENTOS

- La finasterida disminuye los niveles de la hormona producida por la próstata, reduce el tamaño de la glándula prostática, aumenta el flujo de orina y disminuye los síntomas de la HPB. Pueden ser necesarios entre 3 y 6 meses de tratamiento para que se produzca una mejoría significativa de los síntomas. Entre los efectos secundarios potenciales relacionados con el uso de finasterida están la disminución del impulso sexual y la impotencia.
- Bloqueadores Alfa 1: (doxazosina, prazosina, tamsulosina y terazosina) son una clase de medicamentos también utilizados en el tratamiento de la presión sanguínea alta. Estos medicamentos relajan los músculos del cuello de la vejiga, permitiendo una micción más fácil. Dos terceras partes de las personas tratadas con bloqueadores alfa 1 manifiestan una mejoría de los síntomas.
- También se pueden prescribir antibióticos para el tratamiento de la prostatitis crónica (inflamación de la próstata), la cual puede acompañar a la HPB. Algunos hombres notan un alivio en los síntomas de HPB después de un tratamiento con antibióticos.

### CIRUGÍA:

La cirugía de próstata se puede aconsejar generalmente en caso de presentarse los siguientes síntomas:

- Incontinencia
- Sangre en la orina recurrente
- Retención urinaria
- Infecciones urinarias recurrentes

La elección del tipo de procedimiento quirúrgico generalmente se basa en la gravedad de los síntomas y el tamaño y forma de la glándula prostática.

- La resección transuretral de la próstata (TURP) es el tratamiento quirúrgico más común para la HPB. La RTUP se realiza insertando un endoscopio a través del pene y se extirpa la próstata parte por parte.
- La incisión transuretral de la próstata (TUIP) es similar a la TURP, pero usualmente se realiza en hombres que tienen una próstata relativamente pequeña. Este procedimiento se realiza frecuentemente de manera ambulatoria y no requiere hospitalización. Como en la TURP, se inserta un endoscopio a través del pene hasta llegar a la próstata. Luego, en vez de extraer la próstata, se practica una pequeña incisión en el tejido prostático para agrandar la abertura de salida de la uretra y la vejiga.

Prostatectomía abierta: suele realizarse bajo anestesia general o epidural. Se hace una incisión a través del área abdominal o perineal (es decir, a través del piso pélvico incluyendo la región desde el escroto hasta el ano) y luego se extirpa la próstata. Este es un procedimiento prolongado que usualmente requiere una hospitalización de 5 a 10 días. . .<sup>25</sup>

## ONICOMICOSIS

La tinea unguium es la infección del aparato ungueal por dermatofitos, principalmente *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes* y *Epidermophyton floccosum*. Es muy rara en niños. Puede estar asociada a tinea manuum o tinea pedis. El contagio es más frecuente en ambientes húmedos, sobre todo piscinas, vestuarios y duchas.

### Manifestaciones clínicas

La enfermedad suele originarse en el borde distal de la lámina y al principio es más evidente en los bordes laterales o en la zona distal de la uña. El curso es lento e insidioso afectándose más las uñas de los pies que las de las manos. Las uñas primero son blanco mate o plateadas y más tarde amarillentas o marrones. La lesión puede ir progresando y la lámina se vuelve engrosada, hiperqueratósica, deformada y friable, por acúmulo de queratina subungueal, incluso puede perderse la lámina ungueal. Se describen diferentes formas clínicas:

- **onicomicosis subungueal distal** en la que la infección fúngica se inicia en la parte distal de la lámina y se va extendiendo progresivamente en sentido proximal pudiendo llegar a afectar a toda la lámina,
- **onicomicosis blanca superficial** que solo afecta superficialmente la lámina ungueal,
- **onicomicosis subungueal proximal** cuando la infección ocurre entre la lámina y el lecho ungueal iniciándose por la zona proximal.

## TRATAMIENTO GENERAL DE LAS DERMATOFITOSIS.

Los tratamientos pueden ser tópicos o sistémicos. En la mayoría de casos el tratamiento de elección es el tópico, generalmente con derivados imidazólicos como el clotrimazol, en dos aplicaciones diarias durante 1 a 4 semanas. El empleo del tratamiento sistémico suele estar restringido en pediatría y tiene efectos secundarios.

Los casos de tinea corporis, tinea cruris y tinea pedis se tratan de primera elección con tratamiento tópico. El tratamiento sistémico asociado con el tópico se reserva para las formas múltiples, extensas, muy crónicas o rebeldes, así como en las tineas de incógnito.

Las tineas del cuero cabelludo siempre requieren tratamiento sistémico, que suele acompañarse de tratamiento tópico con antifúngicos imidazólico como el clotrimazol, y antisépticos, depilación y descostrado y si se precisa antibióticos sistémicos para la sobreinfección bacteriana.

Para el tratamiento sistémico se dispone de: griseofulvina a dosis de 10-20 mg/kg/día distribuidos en 2 ó 3 dosis durante 1-3 meses, sus principales efectos secundarios son la fotosensibilidad y la hepatotoxicidad y está contraindicada en los pacientes con porfiria; ketoconazol a dosis de 2 mg/kg/día, es hepatotóxico; terbinafina a dosis de 5 mg/kg/día durante 4-6 semanas, de uso restringido en pediatría, aunque está aceptada su indicación en las tineas del cuero cabelludo; itraconazol durante 1-3 meses, de uso restringido en pediatría; y fluconazol a dosis de 3-5 mg/kg/día durante 2-4 semanas.<sup>26</sup>

## **DISLIPIDEMIAS**

### **DEFINICIÓN**

Alteración en los niveles de lípidos por elevación o bien por disminución. La importancia clínica de las hiperlipoproteinemias deriva principalmente de la acción de las lipoproteínas en la aterogénesis, sin embargo, el riesgo de pancreatitis aguda relacionado con hipertrigliceridemia grave, es una indicación adicional para la intervención. La caracterización de la hiperlipoproteinemia es importante para la selección del tratamiento adecuado.

La aterosclerosis es la principal causa de muerte en el mundo occidental y en nuestro país la cardiopatía isquémica es un problema de salud pública en donde la mayoría de los casos es debida a la aterosclerosis, síndrome causado por un daño crónico al endotelio. El manejo de las dislipidemias es una de las alternativas más empleadas para disminuir la incidencia de la cardiopatía isquémica; sin embargo, sus indicaciones y la intensidad del tratamiento son hasta la fecha motivo de controversia.

Los datos epidemiológicos de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas realizada en 1993 a nivel nacional y en donde se encontró hipercolesterolemia en el 8.8% y dislipidemias en general hasta en la tercera parte de la población estudiada que fue mayor de 18 años.

La clasificación en base a dos parámetros: por genotipo y por fenotipo. En forma general podemos mencionar que las dislipidemias se dividen en primera instancia en origen primario y secundario a otro padecimiento.

### **DISLIPIDEMIAS SECUNDARIAS**

- a. **HIPERCOLESTEROLEMIA:** Hipotiroidismo, Hepatopatía obstructiva, Síndrome nefrótico, Anorexia nerviosa, Porfiria aguda intermitente, Fármacos: Gestágenos, Ciclosporina, Tiazidas.
- b. **HIPERTRIGLICERIDEMIA:** Obesidad, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal Crónica, Lipodistrofia, Glucogenosis, Alcohol, Derivación Ileal, Estrés, Sepsis, Embarazo, Fármacos: Estrógenos, Isotretionina, Betabloqueadores, Glucocorticoides, Resinas Secuestradoras De Ácidos Biliares, Tiazidas, Hepatitis Aguda, Lupus Eritematoso Sistémico, Gamopatías Monoclonales: Mieloma Múltiple, Linfomas.

## TRATAMIENTO DE DISLIPIDEMIAS

Es en primer lugar con manejo dietético, en donde se realizan cambios encaminados a la reducción del colesterol de la alimentación y reducción de la ingesta de ácidos grasos saturados con incremento en aceites poliinsaturados. El manejo farmacológico incluye la utilización principalmente de dos grupos de medicamentos:

Estatinas, inhibidores de la HMG-CoA reductasa (pravastatina, lovastatina, simvastatina, atorvastatina y fluvastatina): Este grupo de medicamentos limita la tasa de producción de síntesis de colesterol, aumenta la actividad de los receptores de LDL y los niveles de LDL disminuyen en un 25-30%, con una reducción moderada de los triglicéridos y un incremento en los niveles de HDL.

Fibratos (bezafibrato, clofibrato, gemfibrozil, fenofibrato, etofibrato). Estos compuestos incrementan los niveles de lipoproteína lipasa, reduce la síntesis hepática de ApoB y VLDL, e incrementan la actividad de los receptores de LDL, lo que produce disminución en los niveles de los triglicéridos.<sup>27</sup>

### Migraña

**Definición** Es un dolor de cabeza pulsátil e intenso que la mayoría de las veces afecta un lado de la cabeza. El dolor empieza repentinamente y puede estar precedido o acompañado de síntomas visuales, neurológicos o gastrointestinales.

**Fisiopatología.** La migraña se manifiesta cuando las arterias que irrigan el cerebro se constriñen, lo que origina la aparición de la señal de alarma durante la cual se puede prevenir el dolor con un medicamento, posteriormente se presenta dilatación arterial lo que activa los receptores de dolor.

**Presentación clínica.** Los episodios de migraña se caracterizan tanto en niños como en adultos por cefalea pulsátil, unilateral de intensidad moderada a severa y asociada con náuseas vómitos, fotofobias y fonofobias.

**Criterios diagnósticos.** De acuerdo con la sociedad internacional de cefaleas la migraña se caracteriza por:

1. Al menos cinco episodios que cumplan con las siguientes características:
  - Episodio de cefalea que dura entre cuatro y 72 horas (sin tratamiento o tratamiento insuficiente).
  - Cefalea acompañada de por lo menos dos de las siguientes características: localización unilateral, calidad pulsátil, intensidad de moderada a severa (impide la actividad física), agravamiento con la actividad física.
  - Cefalea acompañada de al menos una de las siguientes características: náuseas y vómitos o ambas, fotofobia y fonofobia.

2. La existencia de al menos uno de los siguientes factores:
- Los antecedentes y el examen físico y neurológico no sugieren la existencia de una patología orgánica.
  - Los antecedentes y el examen físico y neurológico sugieren la existencia de una patología orgánica, pero ésta no ha sido adecuadamente documentada.
  - La patología orgánica existe pero los ataques de migraña no están asociados a ella.

**Clasificación.** a) Migraña sin aura: es aquella que no se acompaña de síntomas premonitorios; b) migraña con aura: cumple los criterios anteriores y además, presenta aura; ésta se define como los síntomas del sistema nervioso (habitualmente visuales) que preceden a la migraña y que suelen ir seguidos de la cefalea en el plazo de una hora; pueden ser alteraciones visuales como luces destellantes, manchas brillantes, visión borrosa o puntos ciegos. El aura puede estar constituida también por síntomas auditivos, sensitivos o motores; c) migraña en racimos: es un tipo de dolor demasiado fuerte. Durante las crisis más agudas la intensidad del dolor es insoportable; debe su nombre a que aparece en racimos o grupos: una serie dura semanas o meses. Las crisis se producen desde ocho veces al día hasta una vez cada dos días. No obstante, los pacientes con esta cefalea tienen periodos de remisión que pueden durar meses o años. La edad de aparición típica oscila entre los 20 y 40 años, y se desconoce la causa; la mayoría de los afectados son varones. Estos son algunos síntomas típicos de la cefalea en racimos: dolor unilateral intenso, de 15 minutos a tres horas de duración en cada crisis, dolor habitualmente alrededor del ojo y/o región temporal, que puede irradiarse a otras zonas de la cabeza, edema de los párpados, lagrimeo, sudoración facial y congestión nasal.

**Desencadenantes.** Son diferentes en cada persona, puede existir un solo factor que cause la migraña en un paciente, o quizá sea una combinación de varias cosas.

- Ambientales: luz brillante, sonidos intensos y cambios meteorológicos.
- Conductuales: falta o exceso de sueño, omisión de una comida, estrés.
- Alimenticios: chocolate, queso, cafeína, cítricos, bebidas alcohólicas, conservadores como el glutamato monosódico.

## TRATAMIENTO

Los agonistas 5-HT<sub>1b/d</sub> (triptanes) son los fármacos de primera elección en el tratamiento de las crisis de migraña moderadas a intensas. Su eficacia no depende del momento de administración, ya que son efectivos aunque se administren de forma tardía. No se deben usar de forma concomitante con preparados ergóticos y están contraindicados en pacientes con cardiopatía isquémica e hipertensión arterial no controlada. Sumatriptán Vía Oral (VO): dosis inicial 50-100 mg que se puede repetir a las dos horas en caso de recurrencia hasta un máximo de 300 mg/día; Zolmitriptán: de 2.5-5 mg no sobrepasar de 10 mg en 24 horas, Naratriptán: de 2.5-5 mg no sobrepasar de 5 mg en 24 horas; Rizatriptán: dosis de 10 mg VO, sin exceder de 20 mg al día; y Almotriptán: dosis de 12.5 mg, sin excederse de

25 miligramos.<sup>27</sup>

## OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es una enfermedad en la que existe una disminución generalizada y progresiva de la densidad ósea (masa ósea por unidad de volumen), que produce debilidad esquelética, aunque la proporción entre elementos orgánicos y minerales permanece inalterada. Se trata de una disminución cuantitativa del hueso sin alteraciones cualitativas del mismo. El hueso se vuelve más poroso, aumentando el número y la amplitud de las cavidades o celdillas que existen en su interior. De esta manera, los huesos se vuelven más delgados y frágiles, y resisten peor los golpes, rompiéndose con facilidad. Son precisamente las fracturas las que originan los síntomas de esta enfermedad y condicionan su importancia y repercusión socio sanitaria. **Osteoporosis primaria.** Formas comunes de osteoporosis de causa desconocida no asociada a otras enfermedades.

Osteoporosis idiopática (juvenil y adulta). Es poco frecuente y se da en niños y adultos jóvenes de ambos sexos con función gonadal normal. La forma juvenil aparece a los 8-14 años. Debuta con dolor óseo de aparición repentina y de fracturas con mínimos traumatismos. Es una enfermedad autolimitada, remitiendo en el plazo de 4-5 años. La forma del adulto joven se da en varones jóvenes y mujeres premenopáusicas. Muchas veces aparece en el embarazo o poco tiempo después del embarazo. Hay una disminución de la DMO del hueso trabecular que puede permanecer baja durante muchos años. El tratamiento con estrógenos no es efectivo en este tipo de osteoporosis. La evolución es incierta. Hay episodios recidivantes.

**Osteoporosis posmenopáusica** (Tipo I de Riggs). Esta relacionada con la pérdida de función gonadal. Predomina en mujeres entre 50 y 75 años, en una proporción de 6:1, pero también se da en hombres en casos de bajada de los niveles de testosterona sérica por cualquier motivo. La pérdida de estrógenos provoca una elevación de interleucina-6 y otras citoninas en suero que provocan la activación de los precursores de los osteoclastos en el tejido esponjoso (trabecular) que producen un incremento de la resorción ósea. Las fracturas predominantes en este tipo de osteoporosis son las que se producen en el hueso trabecular: fractura de la parte distal del radio (Colles) y aplastamiento vertebral. En la osteoporosis posmenopáusica la resorción ósea está aumentada.

**Osteoporosis senil** (Tipo II de Riggs). El envejecimiento provoca un descenso gradual en el número y actividad de los osteoblastos. Los pacientes son mayores de 60 años y predominan las mujeres también en una proporción de 2:1. En este tipo se ve afectado el hueso trabecular y el cortical, provocando fracturas vertebrales, del cuello de fémur, de la parte proximal del húmero, parte proximal de la tibia y en la pelvis. En la osteoporosis senil está disminuida la actividad formadora de hueso.

**Osteoporosis secundaria.** Enfermedades o alteraciones en las cuales la osteoporosis es una manifestación común o de patogenia parcialmente entendida. Suponen menos del 5% de todos los casos de osteoporosis. La importancia de identificarlas adecuadamente radica en que esto nos permite llevar a cabo un tratamiento etiológico. Además, hay que tenerlas en cuenta como factores de riesgo de la osteoporosis.

**Osteoporosis primaria.** Formas comunes de osteoporosis de causa desconocida no asociada a otras enfermedades.

Osteoporosis idiopática (juvenil y adulta). Es poco frecuente y se da en niños y adultos jóvenes de ambos sexos con función gonadal normal. La forma juvenil aparece a los 8-14 años. Debuta con dolor óseo de aparición repentina y de fracturas con mínimos traumatismos. Es una enfermedad autolimitada, remitiendo en el plazo de 4-5 años. La forma del adulto joven se da en varones jóvenes y mujeres premenopáusicas. Muchas veces aparece en el embarazo o poco tiempo después del embarazo. Hay una disminución de la DMO del hueso trabecular que puede permanecer baja durante muchos años. El tratamiento con estrógenos no es efectivo en este tipo de osteoporosis. La evolución es incierta. Hay episodios recidivantes

**Osteoporosis posmenopáusica** (Tipo I de Riggs). Esta relacionada con la pérdida de función gonadal. Predomina en mujeres entre 50 y 75 años, en una proporción de 6:1, pero también se da en hombres en casos de bajada de los niveles de testosterona sérica por cualquier motivo. La pérdida de estrógenos provoca una elevación de interleucina-6 y otras citoninas en suero que provocan la activación de los precursores de los osteoclastos en el tejido esponjoso (trabecular) que producen un incremento de la resorción ósea. Las fracturas predominantes en este tipo de osteoporosis son las que se producen en el hueso trabecular: fractura de la parte distal del radio (Colles) y aplastamiento vertebral. En la osteoporosis posmenopáusica la resorción ósea está aumentada

**Osteoporosis senil** (Tipo II de Riggs). El envejecimiento provoca un descenso gradual en el número y actividad de los osteoblastos. Los pacientes son mayores de 60 años y predominan las mujeres también en una proporción de 2:1. En este tipo se ve afectado el hueso trabecular y el cortical, provocando fracturas vertebrales, del cuello de fémur, de la parte proximal del húmero, parte proximal de la tibia y en la pelvis. En la osteoporosis senil está disminuida la actividad formadora de hueso.

**Osteoporosis secundaria.** Enfermedades o alteraciones en las cuales la osteoporosis es una manifestación común o de patogenia parcialmente entendida. Suponen menos del 5% de todos los casos de osteoporosis. La importancia de identificarlas adecuadamente radica en que esto nos permite llevar a cabo un tratamiento etiológico. Además, hay que tenerlas en cuenta como factores de riesgo de la osteoporosis.

## **Factores de riesgo de la osteoporosis**

### **1. Factores genéticos o constitucionales. no modificables**

Edad, sexo femenino, raza blanca, antecedentes personales de fracturas por fragilidad ósea, antecedentes familiares de osteoporosis o de fracturas

## **2. Estilo de vida y nutrición**

Ingesta reducida de calcio durante toda la vida, déficit de vitamina d por problemas nutricionales o de malabsorción, falta de sol.

Exceso de:

Tabaco, alcohol, cafeína, Proteínas excesivas por dietas no equilibradas, fosfatos IMC baja:  $<19 \text{ Kg/m}^2$ , inmovilizaciones prolongadas Sedentarismo

### **Déficit de hormonas sexuales**

Menarquía tardía (a los 15 años o mayor), Amenorrea de más de un año, menopausia antes de los 45 años: quirúrgica o no quirúrgica, Nulípara de causa hormonal, no lactancia o lactancia superior a 6 meses, hipogonadismo, déficit de estrógenos antes de la menopausia (anovulación por anorexia nerviosa, ejercicio excesivo, estrés mental, etc.)

## **DIAGNÓSTICO**

### **1. Antecedentes personales:**

Enfermedades que pueden provocar osteoporosis, primariamente, secundariamente o por el tratamiento, también interesan los fármacos que aunque no provoquen osteoporosis pueden aumentar el riesgo de caídas.

Hábitos alimentarios, en especial la ingesta de productos lácteos, tiempo de exposición solar, actividad física, hábitos tóxicos como la ingesta excesiva de alcohol, tabaco.

Historia ginecológica, menarquia, menopausia.

Antecedentes familiares de fractura osteoporótica.

La osteoporosis, por sí misma, es asintomática, si no ha existido fractura. En el caso de que exista fractura interesa saber si es de baja o alta energía.

## **2. Exploración física:**

Peso y talla. Importantísimo por su relación entre el peso y la densidad mineral ósea (DMO). La disminución de la talla puede ser debida, a la aparición de nuevas fracturas vertebrales o al aumento de las anteriores.

Hay que hacer una inspección global, valorando la actitud, la capacidad de movimiento, los puntos dolorosos, la cantidad de dolor, etc.

## **3. Laboratorio:**

No se puede hacer el diagnóstico bioquímico ya que ninguna prueba sirve, pero algunas pueden ser útiles para descartar otras enfermedades. Para el análisis básico de un paciente con osteoporosis o sospecha hay que solicitar en sangre: Hemograma y VSG, glucemia, creatinina, transaminasas, calcio, fósforo, fosfatasas alcalinas, proteinograma, TSH, 25(OH)D3 si se sospecha su déficit y si está disminuido solicitar la PTH; y en orina: Calciuria de 24 horas y/o calcio/creatinina en orina matutina.

En caso de existir fractura también se solicitará las pruebas necesarias para descartar otras enfermedades que pueden cursar también con fractura vertebral, como neoplasias metastásicas o primitivas, mieloma, espondilitis y otras.

El grado de recambio óseo se puede analizar mediante determinaciones bioquímicas, que incluyen marcadores de formación como las fosfatasas alcalinas total y ósea, la osteocalcina y el propéptido aminoterminal del procolágeno 1 (P1NP) y marcadores de resorción que incluyen la hidroxiprolina, piridinolinas y los telopéptidos carboxi y aminoterminales del colágeno 1 (CTx y NTx). Los marcadores de desarrollo más reciente superan en sensibilidad y especificidad a los marcadores clásicos, fosfatasa alcalina total e hidroxiprolina. Los marcadores óseos no son útiles para el diagnóstico y teniendo en cuenta la evidencia actual no se recomienda su determinación sistemática en la evaluación del paciente con osteoporosis. Sin

embargo, su medición puede ser útil para predecir el ritmo de pérdida de masa ósea y el riesgo de fractura, y en particular para valorar, de forma precoz, la respuesta a un tratamiento tanto antirresortivo como osteoformador. Para su correcta interpretación hay que tener en cuenta su gran variabilidad biológica y recordar que su producción tiene un ritmo circadiano y, por ello, es necesario fijar un horario adecuado para la obtención de las muestras.

#### **4. Estudio radiográfico**

Es una técnica útil para el diagnóstico de fracturas, pero es poco sensible para el diagnóstico de osteoporosis, debido al amplio margen de error en su interpretación, ya que requiere una pérdida de masa ósea mayor del 30% para mostrar signos radiológicos. Además esta influenciada por una gran cantidad de variables como son la técnica radiológica, el voltaje, la distancia foco-placa, el peso del enfermo, etc.

Los signos radiográficos que se aprecian en una osteoporosis son mayor transparencia, aumento de la medular y adelgazamiento cortical.

Las radiografías de columna no deben hacerse rutinariamente para el diagnóstico de osteoporosis. Cuando se detecta una disminución de la DMO en una paciente, aun estando asintomática, está indicada una radiografía de columna para descartar fractura vertebral, ya que en caso positivo cambia las perspectivas en cuanto al pronóstico y el tratamiento.

#### **5. Densitometría**

La densitometría ósea mide la densidad de los huesos de una persona. Cuando menor sea la densidad de un hueso, mayor será el riesgo de fracturas. Junto con la historia médica del paciente, ayuda a evaluar las probabilidades de sufrir fracturas y la necesidad de tratamiento preventivo. Además, tiene la ventaja de ser indolora y exponer al paciente a una cantidad muy pequeña de radiación.

La densitometría ósea mide la densidad de los huesos de una persona. Cuando menor sea la densidad de un hueso, mayor será el riesgo de fracturas. Junto con la historia médica del paciente, ayuda a evaluar las probabilidades de sufrir fracturas y la necesidad de tratamiento

preventivo. Además, tiene la ventaja de ser indolora y exponer al paciente a una cantidad muy pequeña de radiación.

Aunque una osteoporosis es mucho más que un valor de una densitometría ósea, hoy por hoy, el diagnóstico de certeza de la osteoporosis se fundamenta en la evaluación de la masa ósea mediante densitometría ósea (DEXA). Esta evaluación permite cuantificar el tejido óseo a fin de poder utilizarlo como criterio de:

- diagnóstico (de acuerdo a las categorías diagnósticas de la osteoporosis que estableció la OMS en 1994);
- como valor predictivo objetivo sobre el riesgo de fractura;
- como mejor método para determinar la velocidad de la pérdida ósea y
- como punto de referencia en el control evolutivo de la enfermedad.

El beneficio potencial de saber la DMO es el de proveer información para identificar individuos con riesgo de fracturas, especialmente fractura de cadera. Está bien establecido que existen otros factores además de la densidad mineral ósea que determinan el riesgo de una fractura de cadera en el futuro: la agudeza visual, la predisposición a caídas, la capacidad de protegerse a sí mismo ante una caída, la estructura geométrica de los huesos y la calidad ósea (Cummings & Black, 1986; Cummings y col., 1990; Melton y col., 1990; Kaltenborn, 1992). PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

Los tratamientos para la osteoporosis se centran en:

- retardar o detener el proceso de desmineralización,
- prevención de las fracturas óseas, minimizando los riesgos de caídas y
- control del dolor asociado con la enfermedad

Debido a que el hueso perdido no puede reemplazarse, el tratamiento para la osteoporosis se enfoca en la prevención de pérdidas adicionales de hueso.

Mientras la terapia de alimentación y ejercicio frecuentemente son los componentes claves de un plan de tratamiento para la osteoporosis, hay otros tratamientos también.

## **CALCIO:**

Durante los años de crecimiento, al cuerpo le hace falta calcio para construir huesos fuertes y para crear un abastecimiento de calcio en reserva. Lo primero que hay que hacer para prevenir la osteoporosis es tomar una cantidad de calcio suficiente para alcanzar un buen pico de masa ósea, al llegar a la época de la madurez esquelética (30-35 años), ya que a partir de este momento deberemos vivir de las rentas de ese capital acumulado. Por eso, se recomienda, durante la adolescencia y la juventud, tomar una cantidad adecuada de calcio con los alimentos.

Después de la menopausia, la disminución brusca en la producción de hormonas (estrógenos) por el ovario puede acelerar la destrucción de los huesos, con la alteración consiguiente del metabolismo del calcio.

“La dieta insuficiente en fósforo, frecuente en ancianos que toman antiácidos, puede afectar el proceso de mineralización ósea. La adecuada administración de productos lácteos compensa esta deficiencia”. La osteoporosis senil implica un estado hipocalcémico “debido a una disminución de la absorción intestinal del calcio y un aumento de su excreción urinaria con la estimulación paratiroidea (PTH) consecuente”. Existe por ello, hoy día, un acuerdo universal en virtud del cual se recomienda a la mujer, a estas edades, que incremente en su dieta la ingestión de calcio.

En resumen: cualquiera que sea su edad o condición de salud, se necesita calcio para mantener los huesos saludables. El calcio continúa siendo un alimento esencial después del crecimiento porque el cuerpo pierde calcio todos los días. Aunque el calcio no puede prevenir la pérdida gradual de hueso después de la menopausia, continúa jugando un papel esencial en mantener la calidad ósea. Aún cuando se tenga ya la menopausia o ya se tenga la osteoporosis, el aumento en el consumo de calcio y vitamina D puede disminuir el riesgo de fractura. El aumento de consumo de calcio retrasa la osteoporosis. .<sup>28</sup>

LUMBALGIA

## **DEFINICION.**

Dolor de espalda es el dolor de la parte posterior del tronco, del occipucio al sacro. También se incluyen en este concepto los procesos dolorosos localizados en aquellas zonas cuya inervación corresponde a las raíces o nervios raquídeos (lumbociatalgia, cervicobraquialgia). De todos los dolores de espalda, el porcentaje más importante (un 70%) corresponde a la zona lumbar. Es la región de la columna sometida a mayor sobrecarga. Le sigue en frecuencia el dolor cervical por ser esta zona la de mayor rango de movimiento. La menor movilidad de la columna dorsal frente a la cervical o lumbar justifica la menor incidencia de la patología mecánica en este segmento.

Lumbalgia y lumbociatalgia son síntomas, no enfermedades. Como síntomas son la manifestación clínica de diversas patologías con pronósticos muy distintos y algunos de gravedad.

- Según las características del dolor se puede clasificar en:
- Agudo / crónico. Lumbalgia aguda es la que cura en seis semanas. Crónica la que se prolonga más de tres meses. Cuando la duración del cuadro doloroso se sitúa entre las seis semanas y los tres meses podríamos hablar de lumbalgia subaguda. Si las crisis de lumbalgia son frecuentes, más de tres en un año, se puede considerar que el proceso se cronifica.
- Localizado / Irradiado. Localizado en la zona lumbar baja, lumbalgia, e irradiado, lumbociatalgia o ciatalgia, cuando el dolor se proyecta desde la zona lumbar a las extremidades inferiores siguiendo un patrón anatómico de distribución (dermatoma o esclerotoma), llegando por la cara anteroexterna del muslo hasta la rodilla o hasta los dedos de los pies. El dolor puede irradiarse de una manera más imprecisa (pseudociatalgia) hacia los glúteos, muslo y pierna por la cara posterior o hacia la cara lateral del abdomen e ingle.
- La irradiación puede ser unilateral o bilateral.
- Irritativo / Deficitario. El dolor puede manifestarse con más o menos intensidad pero sin presentar alteraciones sensitivas o motoras: irritativo versus deficitario, valorando déficit sensitivo y motor.
- Mecánico/ Radicular/ Claudicante / Inespecífico, según sus cualidades y los factores que lo agravan o lo alivian. El dolor mecánico se relaciona con el movimiento y mejora con el reposo, no existe dolor nocturno espontáneo. El radicular tiene

características neuropáticas. El claudicante aparece al rato de caminar y se acompaña o predomina la pérdida de fuerza

### **Generalidades ✕ Diagnóstico etiológico**

Por la clínica deducimos de donde procede el dolor pero no sabemos la causa que lo produce, no tenemos un diagnóstico etiológico.

La **causa mecánico degenerativa** es la etiología más frecuente, Su prevalencia es de un 97% de todos los dolores lumbares. En este grupo de etiología mecánica la espondiloartrosis tiene una prevalencia de un 10%, la estenosis espinal un 3%, la espondilolistesis un 2%, la hernia discal un 4% y porcentajes inferiores al 1%, las fracturas por traumatismos y la patología congénita (Deyo, 2001). Un 70% se clasifica como dolor lumbar idiopático o inespecífico, con intolerancia a la actividad, en el que factores sociológicos, laborales y psicológicos participan en el mantenimiento, gravedad y cronificación del problema, por lo que en estos pacientes hay que evaluar además factores no médicos.

En el **dolor de espalda no mecánico** encontraremos clínica de la enfermedad causal cuyo origen puede estar en la columna o fuera de ella (abdomen, pelvis, espacio extraperitoneal). El dolor no estará relacionado con el movimiento, ni calmará con el reposo.

### **Tratamiento Conservador**

Siguen siendo válidas las directrices dadas por los expertos reunidos en Quebec (Spitzer, 1987) (Tabla 1). En relación al **reposo** hay evidencia nivel 1 de que el reposo prolongado no es efectivo (Wilkinson 1995, Malmivaara 1995). Se aconsejan períodos de reposo entre dos días y una semana permitiendo, si se toleran, las actividades de higiene y alimentación fuera de la cama. El reposo en cama prolongado es contraproducente (Rosomoff 1999) por producir atrofia muscular, pérdida de masa mineral, tromboembolismo y según la edad, descompensación cardiopulmonar.

La **medicación analgésica y coadyuvante** es, junto con el reposo, el tratamiento prescrito con mayor frecuencia. Su objetivo es tratar el dolor, la inflamación y el espasmo muscular. Los AINES son más efectivos que el placebo en pacientes con dolor lumbar agudo de tipo articular, pero no en el radicular. Existe moderada evidencia de que sean efectivos en el dolor lumbar crónico y fuerte evidencia (nivel 1) de que todos los tipos de AINES son igual de efectivos (Tulder 1997, Tulder 2000). Hay que tener en cuenta los efectos secundarios,

principalmente a nivel gastrointestinal y renal, la edad del paciente y la duración del tratamiento. La elección del AINE debe individualizarse en función de su eficacia, seguridad y costo. Los derivados del ácido propiónico se asocian a una menor incidencia de alteraciones gastrointestinales (ibuprofeno, dosis de 400- 800 mg cada 4-6 horas; ketoprofeno, 50 mg/6h). Existe variabilidad en la respuesta individual de los pacientes sin que se conozcan las razones (Florez 1993, Bosch 2002). Hay que tener en cuenta la farmacocinética del principio activo y la forma galénica empleada. Las formas retard mejoran el cumplimiento al permitir la toma una o dos veces al día. La cubierta entérica y los supositorios disminuyen la irritación directa sobre la mucosa gastrointestinal, pero no hay que olvidar que el principal daño gastrointestinal se produce por vía sistémica. Las formas dispersables son útiles para las personas con dificultades al tragar. Las formas flas son de efecto más rápido por alcanzar antes los niveles plasmáticos al saltarse el primer paso hepático.

Los inhibidores específicos de la COX -2 ofrecen la perspectiva de una mejor tolerancia y seguridad digestiva (Montero 2000). Hay que tener en cuenta que la COX- 2 está presente de forma constitutiva a nivel renal, por lo que puede aumentar la toxicidad a este nivel.. Las complicaciones cardiovasculares que han presentado el tratamiento crónico con inhibidores selectivos de la COX-2 obligan a hacer un balance entre riesgo cardiovascular y beneficio digestivo, principalmente en pacientes hipertensos y cardiópatas.

No hay estudios que avalen el uso de corticoides por vía oral o intramuscular.

El **paracetamol** no tiene efectos antiinflamatorios, pero es un analgésico seguro para casos de dolor leve-moderado. Debe usarse a dosis correctas (de 500 mg a 1 gr/6 horas) y se utiliza tanto en el dolor agudo como crónico, sólo o en combinación con codeína (30 mg/6horas).

Los **relajantes musculares** están indicados en casos agudos y por períodos cortos (Tulder 1997), siendo igual la efectividad de los distintos tipos de relajantes. Su uso en casos crónicos conlleva la aparición de efectos secundarios (somnolencia, sedación) sin aportar ningún beneficio. Sólo hay un estudio controlado (Arbus 1990) que demuestra que el tetrazepam obtiene mejores resultados en casos de dolor lumbar crónico. Los **antidepresivos** se utilizan como coadyuvantes en el tratamiento del dolor por su efecto bloqueante sobre la recaptación de la noradrenalina y serotonina. No hay evidencia científica suficiente para indicarlos en los casos de dolor lumbar crónico (Tulder 1997). Muchos estudios no son lo suficientemente

válidos, ya que debido a los efectos colaterales existe un porcentaje importante de abandono del tratamiento. Estarían indicados en el dolor neuropático (radicular), potenciando el efecto de otros analgésicos y mejorando el insomnio (Atkinson 1999).<sup>29</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La medicina familiar surgió como especialidad a finales de la década de los años sesenta, por el creciente descontento que existía frente a la filosofía biomédica, y el sistema de asistencia sanitaria que estaba dominado por los médicos especialistas, que veían a los pacientes como un conjunto de órganos.

Como disciplina académica, la medicina de familia ha proporcionado una ampliación del concepto de salud y un avance del conocimiento médico en diversas áreas. En lo que se refiere al paciente la medicina familiar ha reconocido la importancia de la relación entre el paciente y el médico, y sus efectos en la evolución y la satisfacción del paciente, de igual modo el médico de familia ha aumentado nuestros conocimientos sobre la dinámica familiar. Y la manera de tratar a los individuos en el contexto de sus familias <sup>12</sup>

La conducta de cualquier ser vivo solo puede comprenderse situándola al ambiente que le rodea y condiciona. O en el caso del ser humano este contexto comprende, además de los factores físicos y ambientales que comparte con todos los seres vivos.

Esta dimensión social del ser humano hace que cualquiera de sus actos y relaciones su conducta física y mental, abierta u oculta, incluida conducta de enfermar o sanar, este encuadra en un marco de referencia que le otorga significados llamados cultura

La medicina familiar juega un papel de suma importancia en el reconocimiento precoz de las enfermedades, en su manejo integral, en la prevención de posibles complicaciones, y sobre todo, en el mantenimiento de la salud y la protección oportuna de los riesgos.

El concepto de medicina familiar no está todavía totalmente desarrollado y es necesario consolidarlo. Se requiere una mayor vinculación teórico-práctica en la formación y capacitación de los médicos familiares, proyectándolo hacia la sociedad, reforzar los cuerpos directivos en Medicina Familiar, y en coordinación con otras instituciones de educación y de salud, promover el abordaje de la medicina familiar desde el nivel académico de pregrado.

La medicina familiar existe en México y en otros países con distinta organización social, diferente filosofía y diversidad de recursos y en todos ellos es evidente la capacidad que en su estudio y práctica adquiere el médico familiar para la aprensión integral, familiar y comunitaria del proceso salud-enfermedad. <sup>13</sup>

La medicina familiar reclama así del profesionalismo su disposición para desempeñar un servicio con calidad y eficiencia, al realizar tareas educativas y de investigación bajo la observancia de actitudes morales como el respeto, tolerancia, comprensión y responsabilidad moral, que se sustentan en los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, así como la vida digna, la salud, la libertad con responsabilidad y la equidad.

El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad; con formación de profesionales de la Medicina Familiar; con el desarrollo del conocimiento propio de esta especialidad, así como con sus colegas y demás profesionales de la atención a la salud, en el marco de un auténtico humanismo.<sup>14</sup>

El esquema actual de atención médica familiar a favorecido insatisfacción tanto el médico como en los pacientes ya que no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud, y debido al desconocimiento o a la información insuficiente de las características biopsicosociales y los recursos que puedan ser incorporados para mejorar el nivel de salud de las familias.

Es necesario el uso racionalizado de los recursos para mejorar la atención en los consultorios de medicina familiar, desde el tiempo de espera, agilización del uso del archivo clínico, derivaciones justificadas al segundo y tercer nivel y en general una atención médica de mayor calidad que le permita promover y mantener la salud de las familias.

Para lograr estos propósitos el médico familiar debería conocer con detalle la estructura de las familias que están bajo su cuidado, las características de la pirámide poblacional que conforman, las patologías más frecuentes; tratadas la demanda de servicios que existe en su consultorio, para desarrollar una eficaz labor, lo que a través del tiempo tendría un impacto positivo en la salud familiar, del consultorio de medicina familiar y del sistema de salud del país.<sup>15</sup>

### **El MOSAMEF y el médico familiar**

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

Es indiscutible que contar con una población cautiva, atender todo tipo de episodios de salud y de enfermedad, atender indistintamente a todos los integrantes de la familia, contar con la posibilidad de desarrollar indicadores de riesgo y estimar probabilidades de ocurrencia de eventos, dan grandes ventajas al practicante de la medicina familiar.<sup>16</sup>

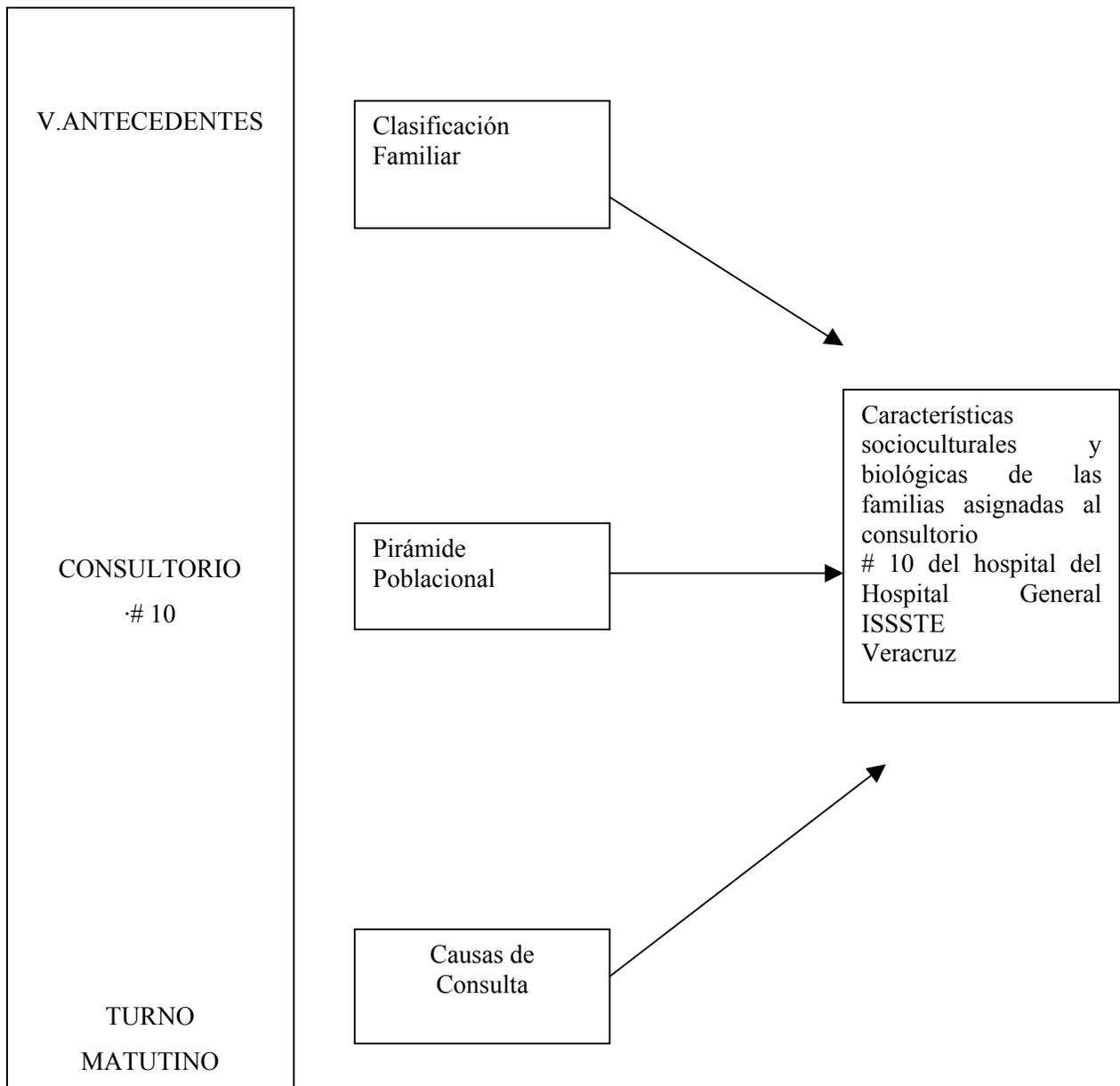
Por lo anterior en este trabajo se pretende conocer ¿Cuáles son las causas más frecuentes de consulta de la población asignada al consultorio # 10, del Hospital General del ISSSTE del Puerto de Veracruz Ver. ¿Cuáles son las características socioeconómicas de las familias asignadas a este consultorio?

## MODELO CONCEPTUAL

Este modelo se llevará a cabo tomando en cuenta las diferentes variables a estudiar como son las familias asignadas al consultorio # 10 Del turno matutino del Hospital del ISSSTE del Puerto de Veracruz tomando en cuenta para este trabajo la clasificación familiar, pirámide poblacional, y morbilidad comprendido en el período de enero a junio del 2006, para poder determinar las características biológicas y socioeconómicas de este grupo.

VARIABLES DEPENDIENTE

VARIABLES INDEPENDIENTES



## **JUSTIFICACION**

Uno de los beneficios de este trabajo es el de dar una mejor atención de calidad y calidez tomando en cuenta al núcleo familiar desde el punto de vista socioeconómico y cultural así como el tipo de familia con la cual trabajaremos ya que de esta manera se podrá ayudar a la familia tanto en forma preventiva como curativa de cada uno de los miembros y podremos valorar la repercusión de ciertas enfermedades en el núcleo familiar.

La familia juega un papel importante en el reconocimiento precoz de la enfermedad, en su manejo integral, en la prevención, y sobre todo en el mantenimiento y la protección oportuna de la salud

## **OBJETIVOS**

\*. General:

Conocer las características biológicas y sociales y económicas de las familias asignadas al consultorio # 1° del hospital general ISSSTE, Veracruz, Ver., Turno matutino.

\*. Específicos:

Establecer la pirámide poblacional del consultorio # 10.

Identificar las veinte principales causas de consulta de la población asignada a

Este consultorio

Clasificar las familias asignadas a este consultorio

## **METODOLOGÍA:**

### **Tipo de estudio**

- De acuerdo con la clasificación de Méndez y cols. ( ) Este estudio se clasifica de la siguiente manera:
- OBSERVACIONAL
- DESCRIPTIVO
- AMBISPECTIVO (retrospectivo)
- \* TRANSVERSAL

### **Población, lugar y tiempo:**

Para la pirámide poblacional se utilizará las tarjetas vd1 de vigencia de derechos de la unidad... (ANEXO 2 )

Para determinar las principales causas de consulta se utilizarán formatos SM1-10 (informe diario de labores del médico) (ANEXO 1)

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

Se estudiarán las familias asignadas al consultorio número 10 del turno matutino del Hospital General del ISSSTE del Puerto de Veracruz Ver, comprendido en el periodo de enero a septiembre del 2006.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **C. DE INCLUSION:**

Tarjetas VD1 de los pacientes adscritos al consultorio # 10 del Hospital ISSSTE Veracruz

Hojas de registro diario del médico, pertenecientes al consultorio # 10 de la clínica “HOSPITAL”, del ISSSTE, turno matutino.

Tarjetas vd1 de los pacientes adscritos al consultorio # 10 de la clínica del “HOSPITAL”, del ISSSTE.

Familias: las adscritas al consultorio # 10 de la clínica Hospital, del ISSSTE, turno matutino.

### **C. EXCLUSIÓN:**

Hojas de registro diario del médico, pertenecientes a un consultorio o turno diferentes.

Tarjetas vd1 pertenecientes a pacientes de consultorios diferentes al consultorio 10

Familias adscritas a otro consultorio.

#### **ELIMINACIÓN**

Hojas de registro diario del médico ilegibles.

Tarjetas VD1 con datos incompletos.

Familias con encuestas incompletas

### **TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Tipo de la muestra: se empleará un muestreo no aleatorio, secuencial y por cuotas.

Secuencial: se incluirán todos los formatos SM1-10 existentes de enero a junio de 2006.

Por cuotas: se encuestará a un total de 50 familias adscritas al consultorio 10...

Para la pirámide poblacional no se utilizará muestreo ya que se incluirán todas a tarjetas vd1 de los pacientes adscritos a la clínica hospital del ISSSTE Veracruz.

## VARIABLES A ESTUDIAR:

VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
Estado civil	Casados concubinato Otro	Nominal
Años de unión conyugal,	Tiempo de unión expresada en años	Intercalar
Escolaridad de los integrantes de la familia	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Postgrado	Ordinal
Edad del padre	Edad del padre expresada en años	Intercalar
Edad de la madre	Edad de la madre expresada en años	Intervalar.
Clasificación de la FAM con base en el parentesco	Nuclear Nuclear simple Nuclear numerosa Reconstruida binuclear Etc	Nominal
Clasificación de la familia con parentesco	Monoparental extendida con parentesco Monoparental extendida compuesta Extensa Extensa compuesta No parental	Nominal
Clasificación de la familia sin parentesco	Monoparental extendida sin parentesco Grupos similares o familias	

Presencia física en el hogar	Núcleo integrado Núcleo no integrado Extensa ascendente Extensa descendente Extensa colateral	
tipo	Persona que vive sola Matrimonio o parejas de homosexuales Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos Familia grupal	
Pirámide poblacional por grupos de edad	Menores de 1 año De 1 a 4 años De 5 a 9 De 10 a 14tc, etc,	
Pirámide poblacional por sexo	Masculino Femenino	Nominal
Principales causas de consulta	Diagnósticos anotados en el formato sm1-10	Nominal

## **DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES**

**Estado civil.**-condición de soltería, matrimonio, viudez, de un individuo

**Casados.**- persona que ha contraído matrimonio

**Matrimonio.**- unión de hombre y mujer concertada mediante determinados ritos o formalidades

**Concubinato.**- (del latín concubiñatus) unión marital de un hombre con una mujer sin estar casados

**Conyugal.**- (del lat.coniugalis).perteneiente o relativo a los cónyuges

**Escolaridad.**- conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

**Primaria.**-primera etapa del sistema educativo de un país

**Secundaria.**-la intermedia entre la primaria y la superior

**Preparatoria.**-escuela en la que se realizan los estudios de segunda enseñanza antes de empezar los estudios universitarios.

**Licenciatura.**-estudios que se han obtenido en una facultad, el grado que la habilita para ejercerla

**Postgrado.**-ciclos de estudio de especialización posterior a la graduación o licenciatura.

**Edad.**-tiempo que a vivido una persona, cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.

**Padre.**- ( del latín pater, - tris) cabeza de una descendencia familia o pueblo

**Madre.**-(del latín mater,- tris) hembra que ha parido

**Familia.**- del latín familia grupo de personas emparentadas entre si y que viven junta

## Clasificación de las familias con base al parentesco

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 más
Reconstruida (binuclear)	padre y madre, en donde alguno o ambos Sido divorciados o viudos y tienen hijos en Su unión anterior.
Monoparental	padre o madre con hijos
Monoparental extensa parentesco	padre o madre con hijo, más otras personas
Monoparental extensa Compuesta	padre o madre con hijos más otras personas con parentesco
Extensa	padre y madre con hijos mas otras personas con parentesco
Extensa compuesta	padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco
No parental	familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de la familia presencia de los padres (tíos, sobrinos abuelos y nietos, primos y hermanos etc. Sin parentesco
Monoparental extensa sin parentesco	padre o madre con hijos, mas otras pers- onas sin parentesco
grupos similares a familias	personas sin vinculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejem: grupos de amigos, estudiantes, Religiosos, personas que viven em hospi- Cios o asilos etcetera

<b>Presencia física en el hogar</b>	<b>características</b>
Grupo 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 union libre que vive 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 vive en casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos etc)

<b>Tipo</b>	<b>característicos</b>
Persona que vive sola de su estado civil o etapa del ciclo vital	sin familia alguna independientemente
matrimonios o parejas de homosexuales	pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos
Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos	pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.o unión matrimonial de varios hombres
Familia grupal	Con varias mujeres, que cohabitan Indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.
Familia comunal	conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente ,compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.
Poligamia	incluye la poliandria y la poliginia

## **PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN:**

Para la pirámide poblacional se revisaron todas las tarjetas vd1 de los pacientes asignados al consultorio #10.

Para las principales causas de consulta se revisaron todos los formatos sm1-10, existentes de enero a junio de 2006., del consultorio 10.

Para determinar las características familiares se encuestaron 50 familias adscritas al consultorio 10, aplicando la cédula básica de identificación familiar, durante la consulta médica del paciente.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

De acuerdo a la declaración de Helsinki, al comunicado de la Secretaría de Salud de nuestro país la investigación en seres humanos, debe ser realizada por investigadores calificados y experimentados de conformidad con un protocolo que señale claramente lo siguiente, de acuerdo con la declaración de Helsinki Finlandia, junio de 1964

- A.-el objetivo de la investigación
- B.-razones para proponer que se haga en seres humanos
- C.- la naturaleza y el grado de cualquier riesgo conocido que pueda afectar a los participantes
- D.-la procedencia de las personas a quienes se recurrirá para la investigación
- E.- medios propuestos para asegurar que el consentimiento sea voluntario e informado.

Toda investigación debe basarse en cuatro principios

- A.-Autonomía (respeto a la persona)
- B.-beneficencia (búsqueda del bien)
- C.- no hacer daño
- D.-justicia distributiva

Esta investigación no implica riesgo físico o psicológico para los pacientes investigados, por lo que solo se solicitará su consentimiento verbal para participar en el estudio

## RESULTADOS

Se realizó un estudio a 50 familias del consultorio # 10 de la clínica hospital del ISSSTE de Veracruz, encontrándose que en los usuarios de este consultorio predomina el sexo femenino haciendo un total de 46 del sexo femenino y 4 del sexo masculino

Con relación al estado civil de las 50 familias estudiadas 31 son casadas, nueve viven en unión libre, de los 10 restantes son viudos.

Con respecto a los años de unión conyugal nueve de estas familias tienen entre los 16 - 20 años de unión conyugal, 7 de ellas se encuentran entre los 6-10 años, 6 corresponden entre los 11-15 años, un igual número está entre los 36-40 años de unión, de los diez restantes 5 familias están entre los 26-30 años de unión conyugal y entre los 31-35 años de unión conyugal

La edad del padre se observa que el mayor número prevalece entre los 51-55 años, seis de ellos fluctúan entre los 50-60 años, le sigue un grupo igual entre los 61-65 años, cinco más tienen entre los 41-45 años, 3 entre los 36-40 y 2 entre los 31-35 años la edad mínima es de 31 y la edad máxima es de 70 años

Edad de la madre se encontró dos grupos de edades en la misma proporción de 11 mujeres por cada grupo de edad entre los 40-45 años y entre los 51-55 años de edad, 6 se encuentran entre los 31-35 años. Otros dos grupos de 5 c/uno lo conforman mujeres de la siguiente edad 56-60 y 61-65, y 3 tienen de 66-70 años, y 2 de 36-40 años de edad, la edad mínima es de 31 y la máxima de 70.

La ocupación de los padres de familia de las 50 familias estudiadas 30 de ellos se desempeña como empleados, cinco son profesionistas, cuatro son maestros y siete se encuentran en la etapa de jubilación.

En cuanto a la ocupación de la madre el mayor número lo ocupan las amas de casa encontrándose en este grupo a un número de 29 mujeres, 11 se desempeñan como empleadas 5 cuentan con una carrera técnica, 4 son maestras y 1 se dedica al comercio.

Tomando en cuenta la escolaridad de los padres de las 50 familias estudiadas 18 de ellos estudiaron primaria, 13 tienen el nivel de secundaria, 11 cuentan con una licenciatura, y 6 alcanzaron el nivel de bachillerato

La escolaridad de las madre 19 de ellas cuenta con el primer nivel de

La escolaridad de las madre 19 de ellas cuenta con el primer nivel de estudios, 12 cuentan con el nivel de secundaria, y otro grupo igual tiene estudios de licenciatura y por último un número de 7 cuentan con estudios de bachillerato.

Con base al número de hijos de las 50 familias encuestadas, en el rango de hasta 10 años de edad solo se captaron nueve, entre los 11-19 años de edad se encontraron 15, y en el grupo de 20 años a más se capturaron 32 correspondiendo estos al mayor número por rango de edad.

Los resultados que se obtuvieron de las familias encuestadas en relación al parentesco son los siguientes: el mayor número corresponde a las nucleares simples conformado por un número de 20, en las extensas se capturaron 9, de las nucleares se encontraron 7, nuclear numerosa 3, reconstruida (binuclear) 3, y por último extensa compuesta 1.

En las familias sin parentesco ninguna.

Conforme a la presencia física el mayor número lo ocupan las familias con núcleo integrado, 16 con núcleo no integrado, 3 extensa descendente, 2 extensa ascendente.

Por su estilo de vida por cambios sociales se capturaron 2 personas que viven solas.

En base a los medios de subsistencia 45 familias dependen de servios, 3 agrícolas pecuarias, y por ultimo 2 su medio de subsistencia es comercial.

En base al nivel económico 26 familias corresponden al primer nivel, 17 no se les considera pobres, 4 al segundo nivel, y 3 al tercer nivel.

Conforme a la etapa del ciclo vital predominan las familias en expansión con un numero de 15, da las familias en etapa de dispersión se encontraron 14, en la etapa de independencia esta formado por 13, en retiro y muerte 4, y por ultimo 3 en la etapa de matrimonió

## TABLAS Y GRAFICAS

**POBLACION DE DERECHOABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE  
VERACRUZ, VER.**

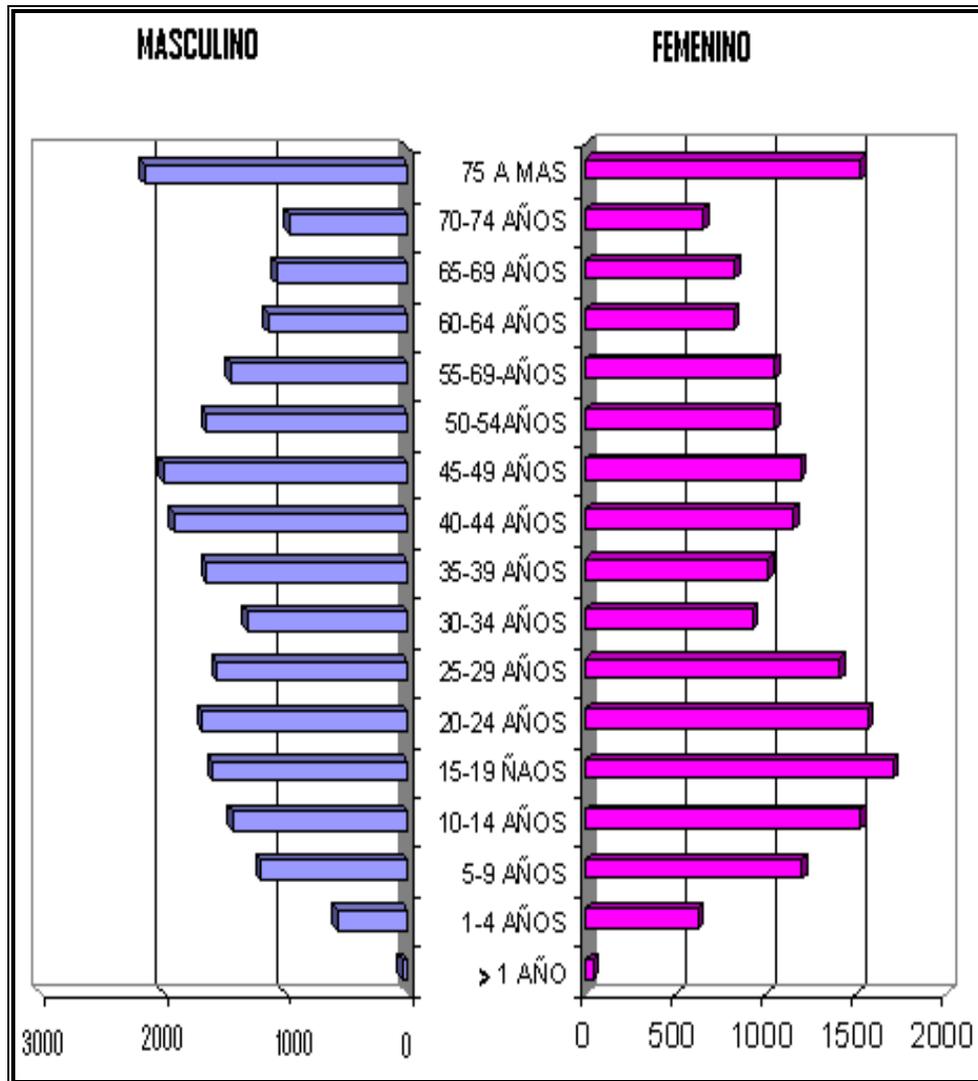
**TABLA N° 1**

GRUPO DE EDADES	FEMENINOS	%	MASCULINOS	%
MENORES DE 1 AÑO	44	0.11	44	0.11
1-4 AÑOS	619	1.48	576	1.38
5-9 AÑOS	1199	2.87	1200	2.87
10-14 AÑOS	1525	3.65	1433	3.43
15-19 AÑOS	1704	4.08	1591	3.81
20-24 AÑOS	1565	3.74	1687	4.03
25-29 AÑOS	1407	3.37	1567	3.75
30-34 AÑOS	929	2.22	1321	3.16
35-39 AÑOS	1011	2.42	1647	3.94
40-44 AÑOS	1152	2.76	1912	4.57
45-49 AÑOS	1192	2.85	2002	4.79
50-54 AÑOS	1045	2.50	1648	3.94
55-69 AÑOS	1049	2.51	1456	3.48
60-64 AÑOS	822	1.97	1138	2.72
65-69 AÑOS	829	1.98	1077	2.58
70-74 AÑOS	655	1.57	973	2.33
75 A MAS	1528	3.65	2164	5.18
TOTAL	18275	43.75	23436	56.19

FUENTE : DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS ISSSTE

**POBLACION DE DERECHOABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL ISSSTE  
VERACRUZ, VER.**

**GRAFICA N° 1**



FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS DEL ISSSTE.

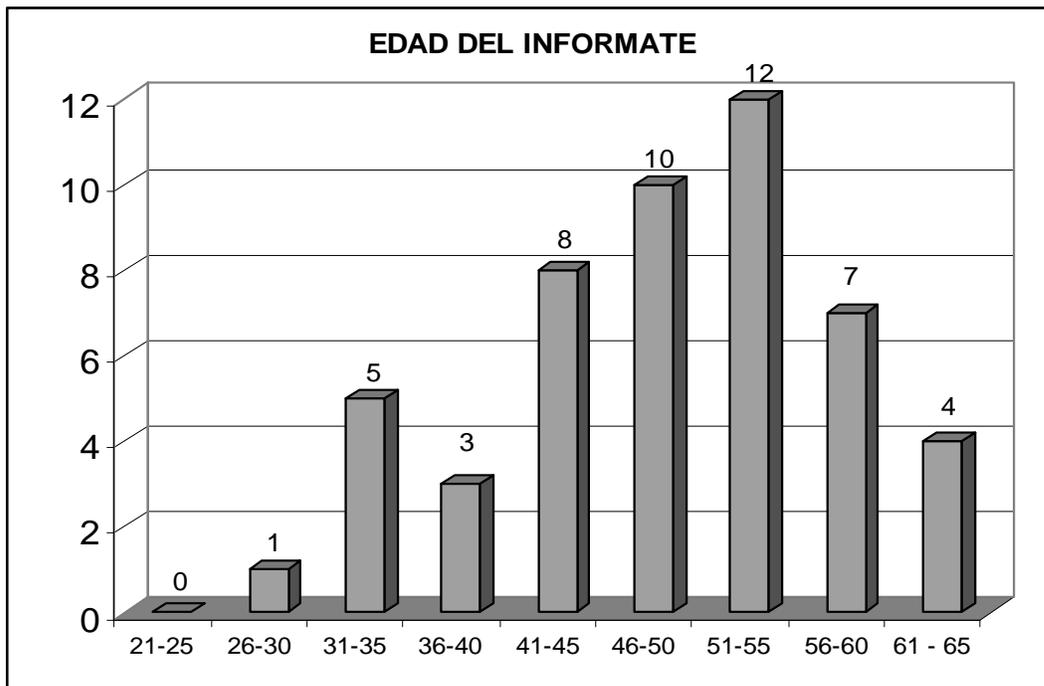
**EDAD DEL INFORMANTE DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO #  
10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE  
VERACRUZ VER.**

**TABLA N° 2**

EDAD DEL INFORMANTE		
EDAD	TOTAL	%
21-25	0	0
26-30	1	2
31-35	5	10
36-40	3	6
41-45	8	16
46-50	10	20
51-55	12	24
56-60	7	14
61 - 65	4	8
TOTAL	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

**GRAFICA N° 2**



FUENTE

: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

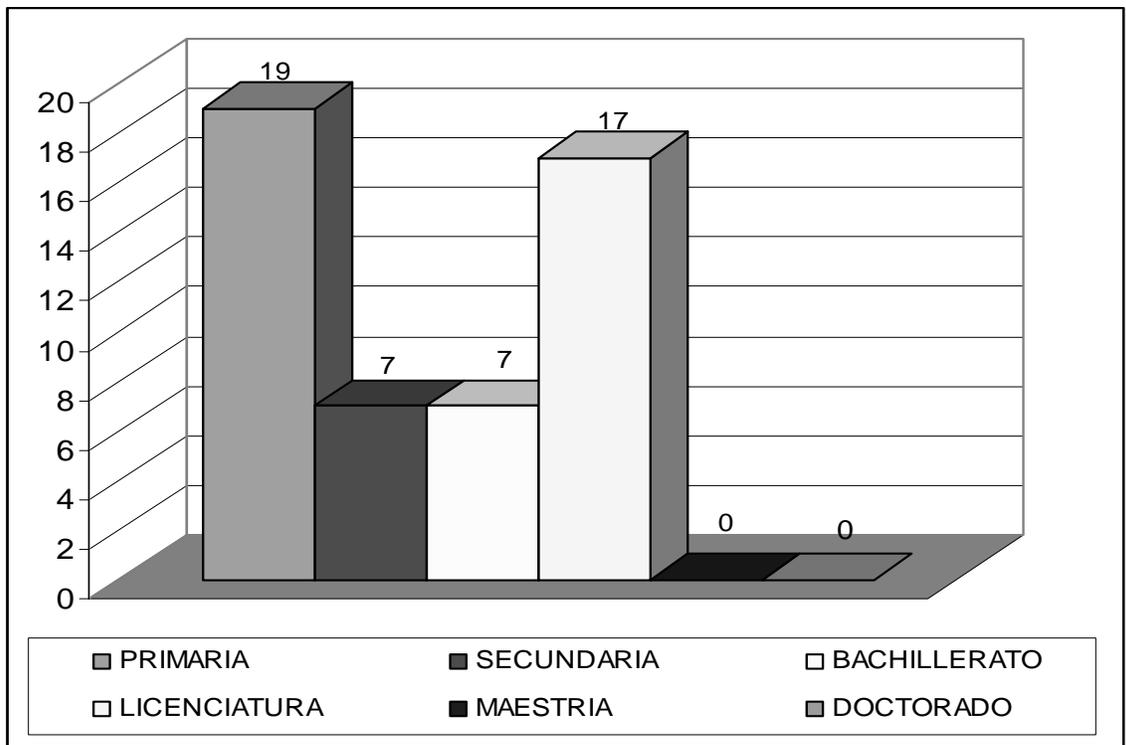
**ESCOLARIDAD DEL INFORMANTE DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL  
CONSULTORIO # 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL  
ISSSTE DE VERACRUZ VER**

TABLA N° 3

ESCOLARIDAD DEL INFORMANTE		
ESCOLARIDAD	TOTAL	%
PRIMARIA	19	38
SECUNDARIA	7	14
BACHILLERATO	7	14
LICENCIATURA	17	34
MAESTRIA	0	0
DOCTORADO	0	0
TOTAL	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 3



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

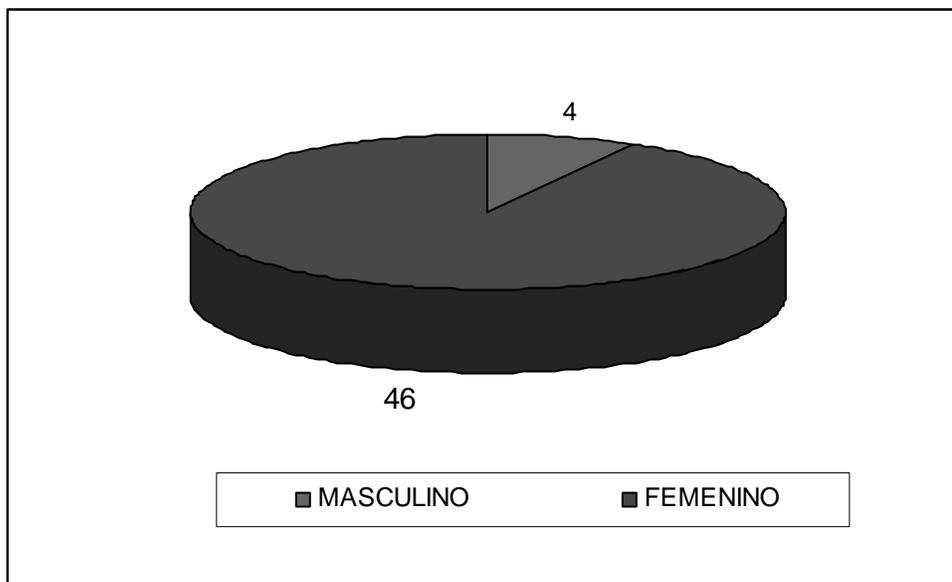
**SEXO DEL INFORMANTE DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO #  
10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE  
VERACRUZ VER**

TABLA N° 4

SEXO	TOTAL	%
MASCULINO	4	8
FEMENINO	46	92
TOTAL	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 4



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

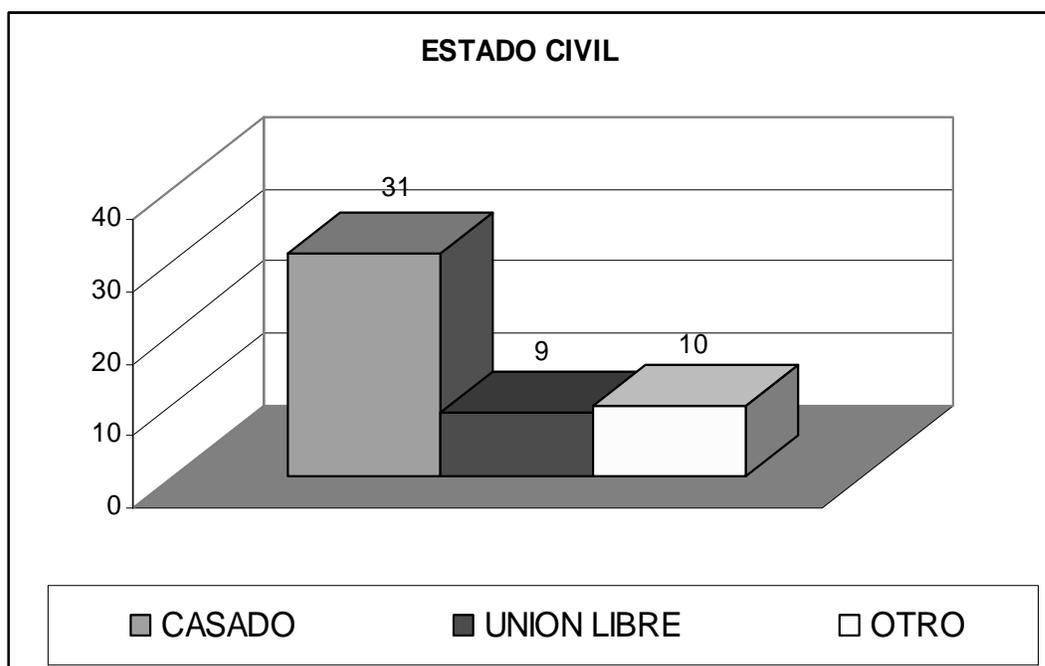
**ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER**

**TABLA N° 5**

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES		
ESTADO CIVIL	TOTAL	%
CASADO	31	62
UNION LIBRE	9	18
OTRO	10	20
TOTAL	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

**GRAFICA N° 5**



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

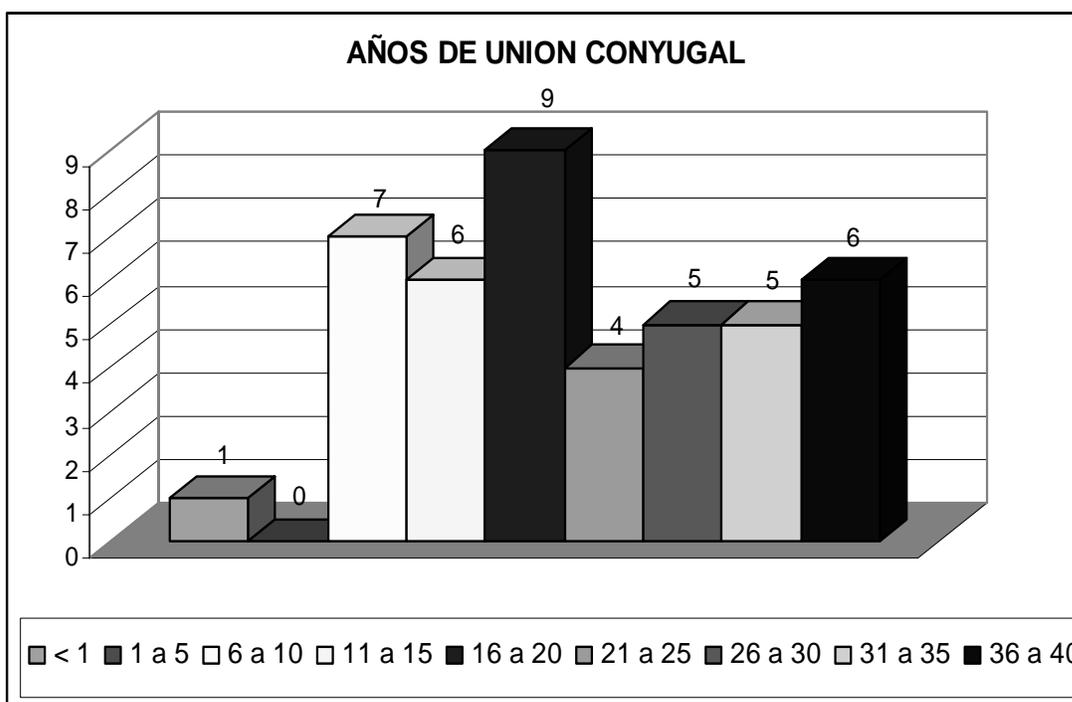
**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER**

**TABLA N° 6**

AÑOS DE UNION CONYUGAL		
AÑOS DE UNION	TOTAL	%
< 1	1	2.33
1 a 5	0	0.00
6 a 10	7	16.28
11 a 15	6	13.95
16 a 20	9	20.93
21 a 25	4	9.30
26 a 30	5	11.63
31 a 35	5	11.63
36 a 40	6	13.95
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

**GRAFICA N° 6**



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

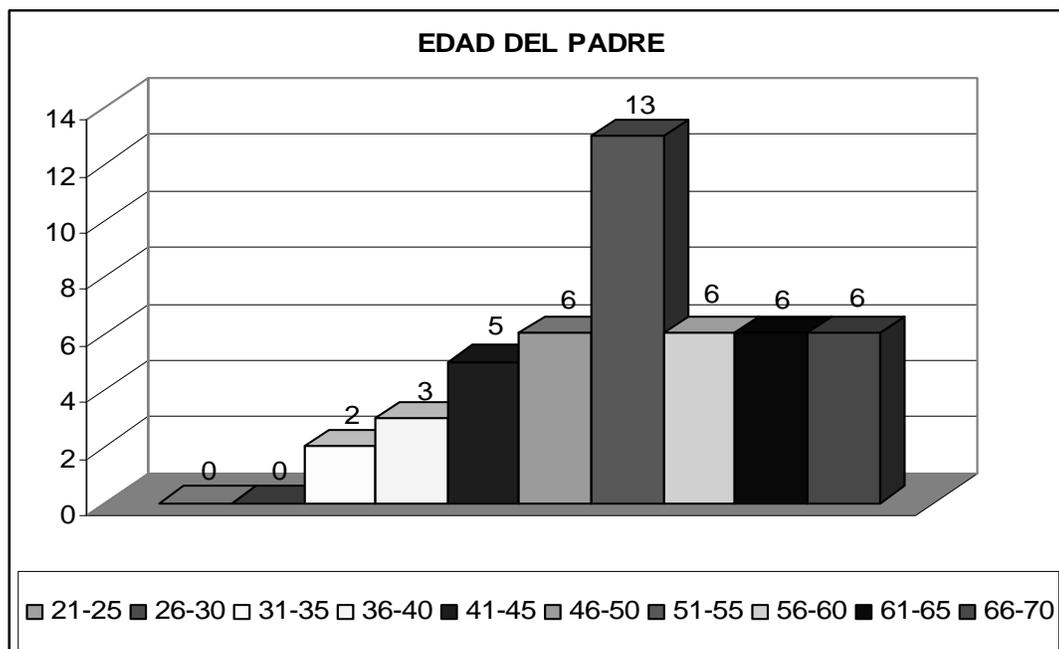
EDAD DEL PADRE DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER

TABLA N° 7

EDAD DEL PADRE		
EDAD	TOTAL	%
21-25	0	0.00
26-30	0	0.00
31-35	2	4.26
36-40	3	6.38
41-45	5	10.64
46-50	6	12.77
51-55	13	27.66
56-60	6	12.77
61-65	6	12.77
66-70	6	12.77
TOTAL	47	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 7



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

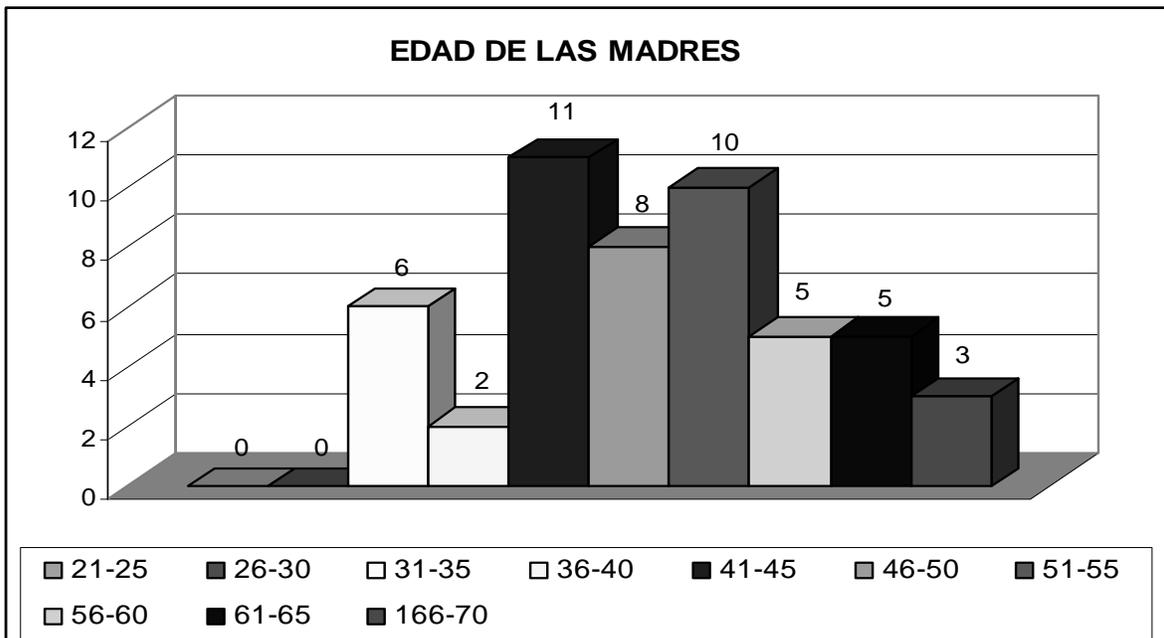
EDAD DE LA MADRE DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 10  
 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ  
 VER

TABLA N° 8

EDAD DE LA MADRE		
EDAD	TOTAL	%
21-25	0	0
26-30	0	0
31-35	6	12
36-40	2	4
41-45	11	22
46-50	8	16
51-55	10	20
56-60	5	10
61-65	5	10
166-70	3	6
TOTAL	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 8



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

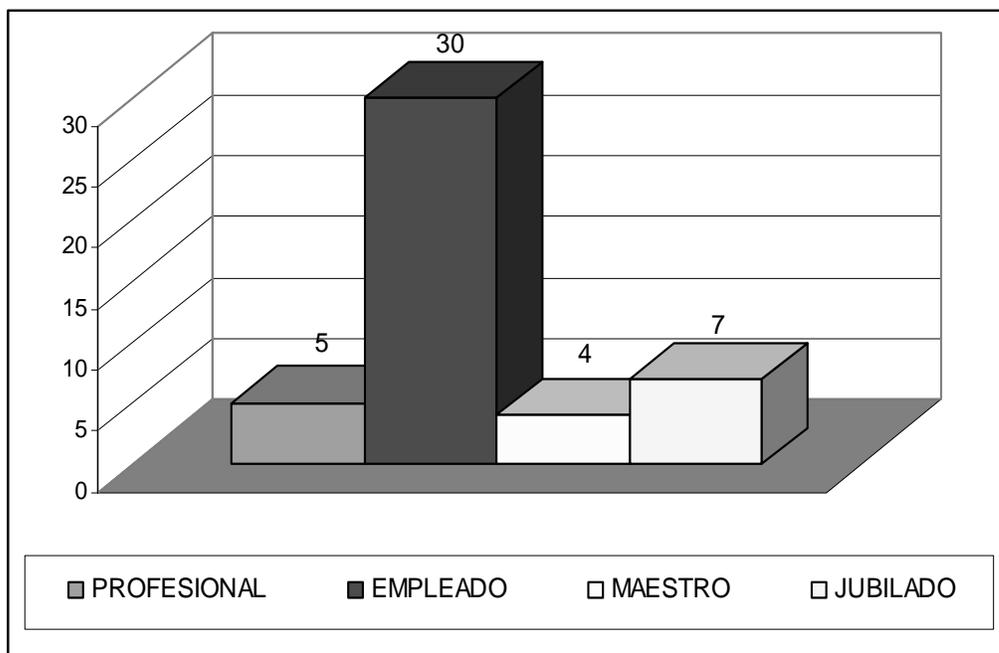
OCUPACION DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER

TABLA N° 9

OCUPACION DE LOS PADRES		
OCUPACION	TOTAL	%
PROFESIONAL	5	10.64
EMPLEADO	30	63.83
MAESTRO	4	8.51
JUBILADO	7	17.02
TOTAL	47	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 9



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

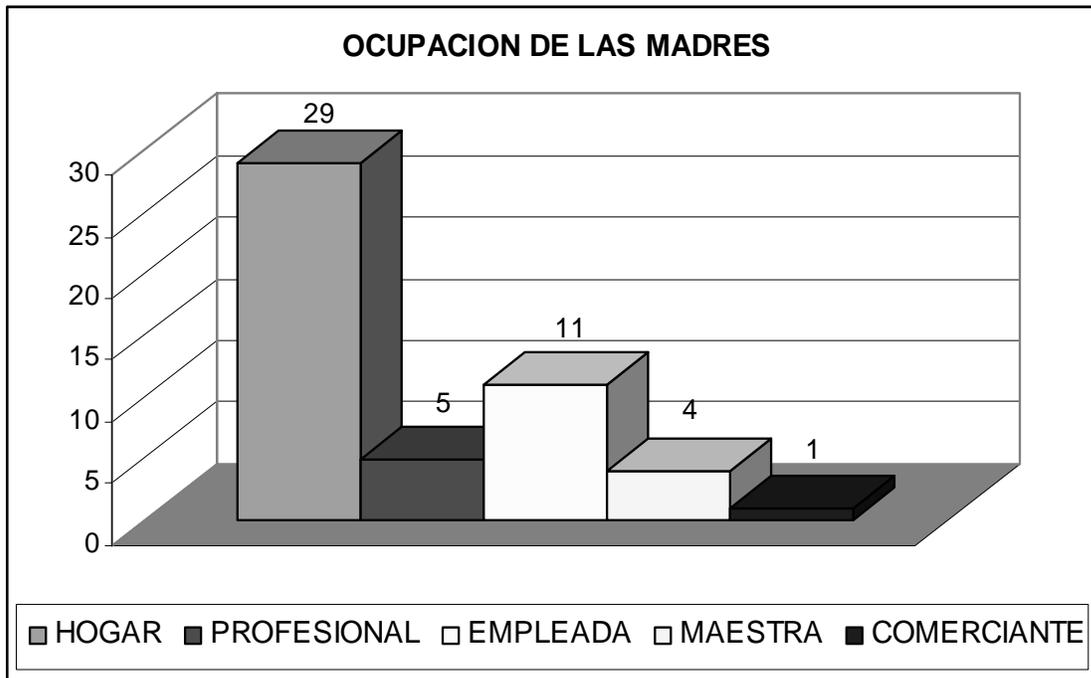
OCUPACION DE LAS MADRES DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO  
# 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE  
VERACRUZ VER

TABLA N° 10

OCUPACION DE LAS MADRES		
OCUAPCION	TOTAL	%
HOGAR	29	58
PROFESIONAL	5	10
EMPLEADA	11	22
MAESTRA	4	8
COMERCIANTE	1	2
TOTAL	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

GRAFICA N° 10



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

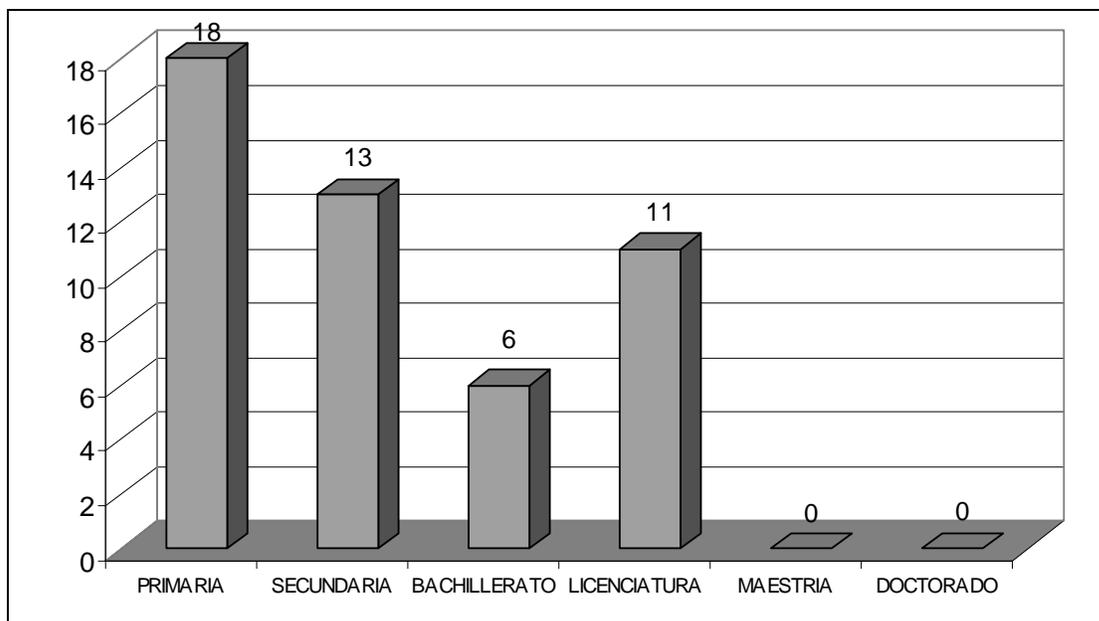
ESCOLARIDAD DEL PADRE DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER

**TABLA N° 11**

ESCOLARIDAD	TOTAL	%
PRIMARIA	18	37.50
SECUNDARIA	13	27.08
BACHILLERATO	6	12.50
LICENCIATURA	11	22.92
MAESTRIA	0	0.00
DOCTORADO	0	0.00
TOTAL	48	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

**GRAFICA N° 11**



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

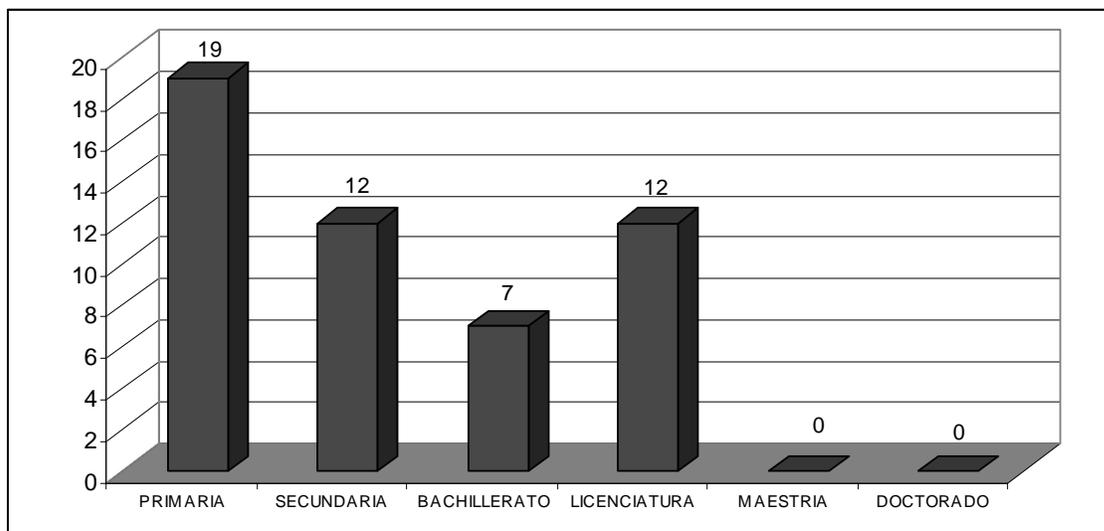
ESCOLARIDAD DE LA MADRE DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL  
CONSULTORIO # 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL  
DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER

**TABLA N° 12**

ESCOLARIDAD	TOTAL	%
PRIMARIA	19	38
SECUNDARIA	12	24
BACHILLERATO	7	14
LICENCIATURA	12	24
MAESTRIA	0	0
DOCTORADO	0	0
TOTAL	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

**GRAFICA N° 12**



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 10 DEL  
TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER

**TABLA N° 13**

EDAD DE LOS HIJOS	N° FAMILIAS	N° FAMILIAS	N° FAMILIAS	N° FAMILIAS	N° FAMILIAS
	1 HIJO	2 HIJOS	3 HIJOS	4 HIJOS	5 HIJOS
- 10 AÑOS	16	5	0	0	0
11 A 19 AÑOS	12	11	1	0	0
+ 20AÑOS	6	6	4	2	1
TOTAL	34	22	5	2	1

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

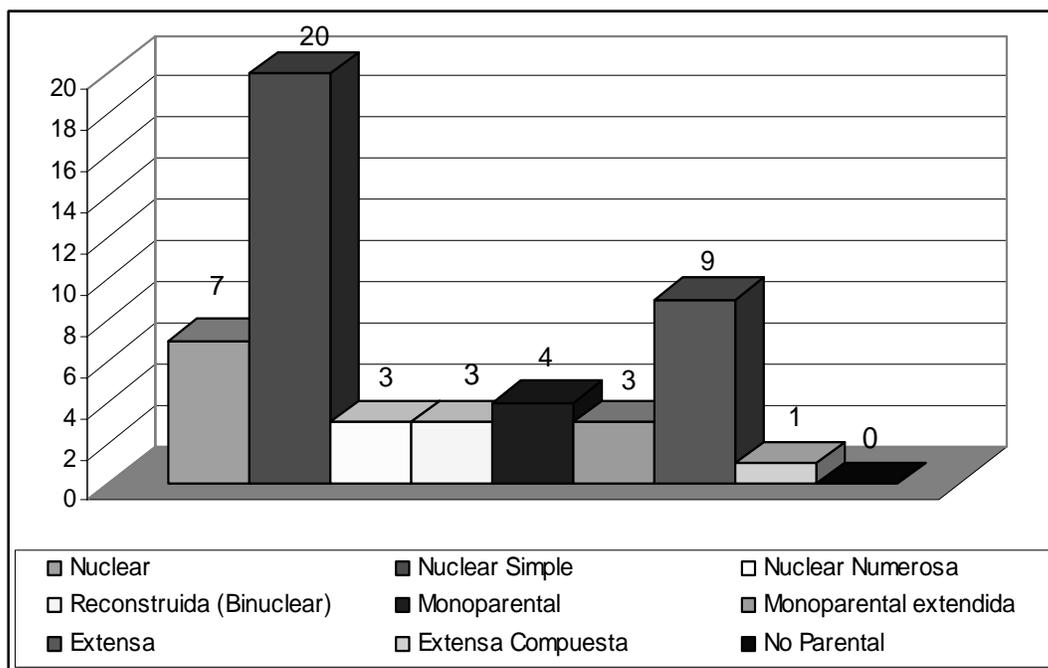
CLASIFICACION CON BASE AL PARENTESCO DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER

**TABLA N° 14**

PARENTESCO	TOTAL	%
Nuclear	7	14
Nuclear Simple	20	40
Nuclear Numerosa	3	6
Reconstruida (Binuclear)	3	6
Monoparental	4	8
Monoparental extendida	3	6
Extensa	9	18
Extensa Compuesta	1	2
No Parental	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

**GRAFICA N° 13**



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

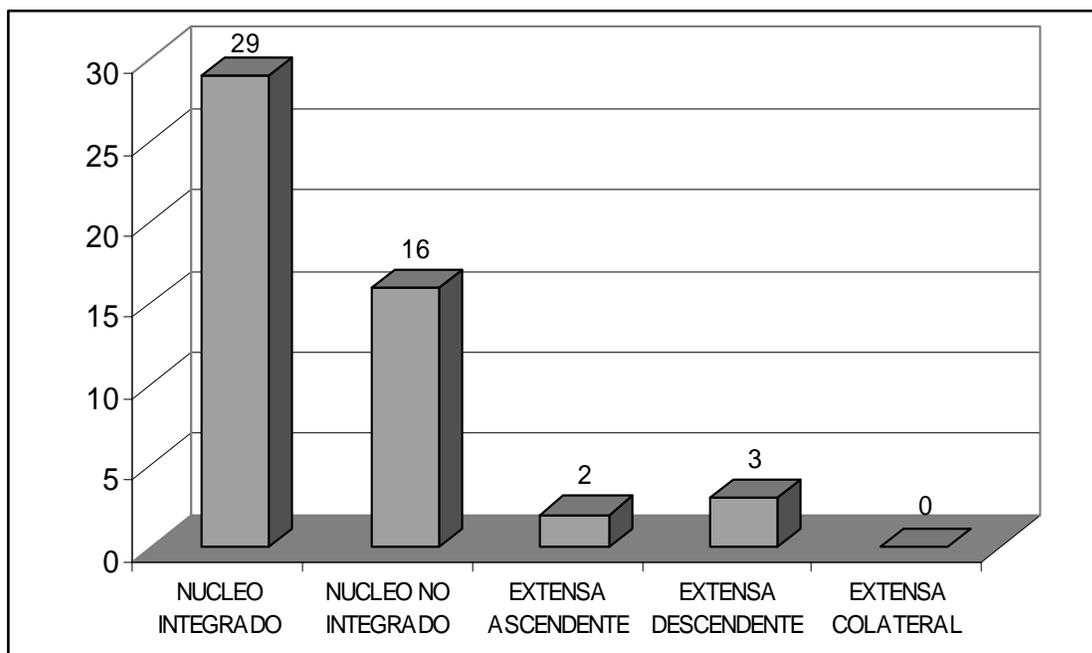
CLASIFICACION CON BASE A LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER

**TABLA N° 15**

PRESENCIA FISICA	TOTAL	%
NUCLEO INTEGRADO	29	58
NUCLEO NO INTEGRADO	16	32
EXTENSA ASCENDENTE	2	4
EXTENSA DESCENDENTE	3	6
EXTENSA COLATERAL	0	0
TOTAL	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

**GRAFICA N °14**



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

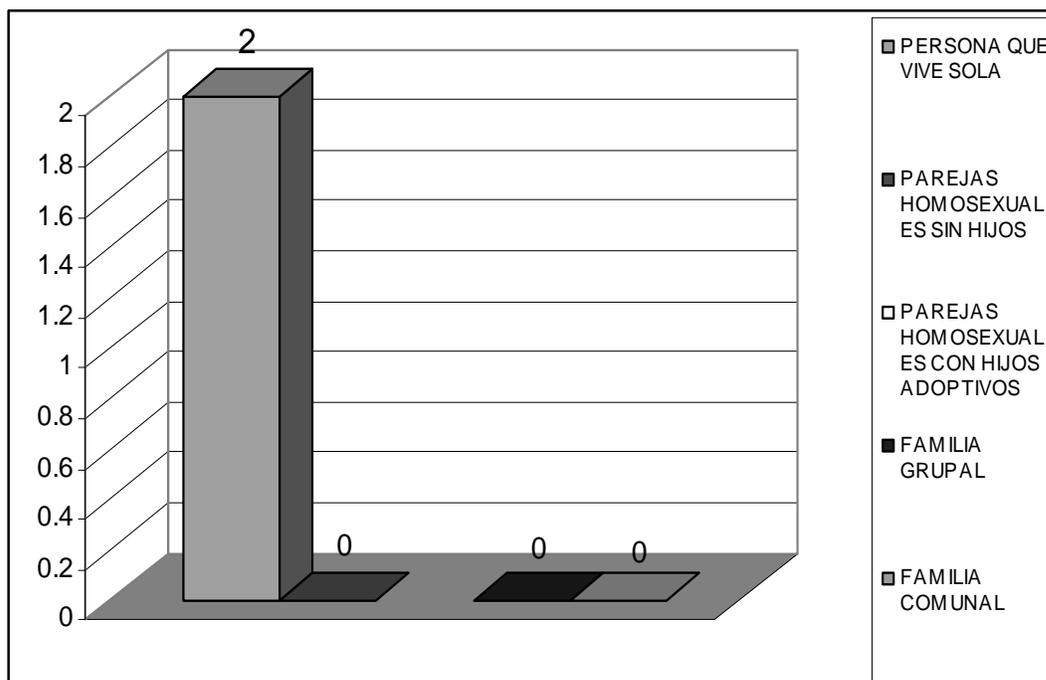
CLASIFICACION DE ESTILO DE VIDA POR CAMBIOS SOCIALES DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER

**TABLA N° 16**

ESTILO DE VIDA	TOTAL	%
PERSONA QUE VIVE SOLA	2	100
PAREJAS HOMOSEXUALES SIN HIJOS	0	0
PAREJAS HOMOSEXUALES CON HIJOS ADOPTIVOS	0	0
FAMILIA GRUPAL	0	0
FAMILIA COMUNAL	0	0
TOTAL	0	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

**GRAFICA N° 16**



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

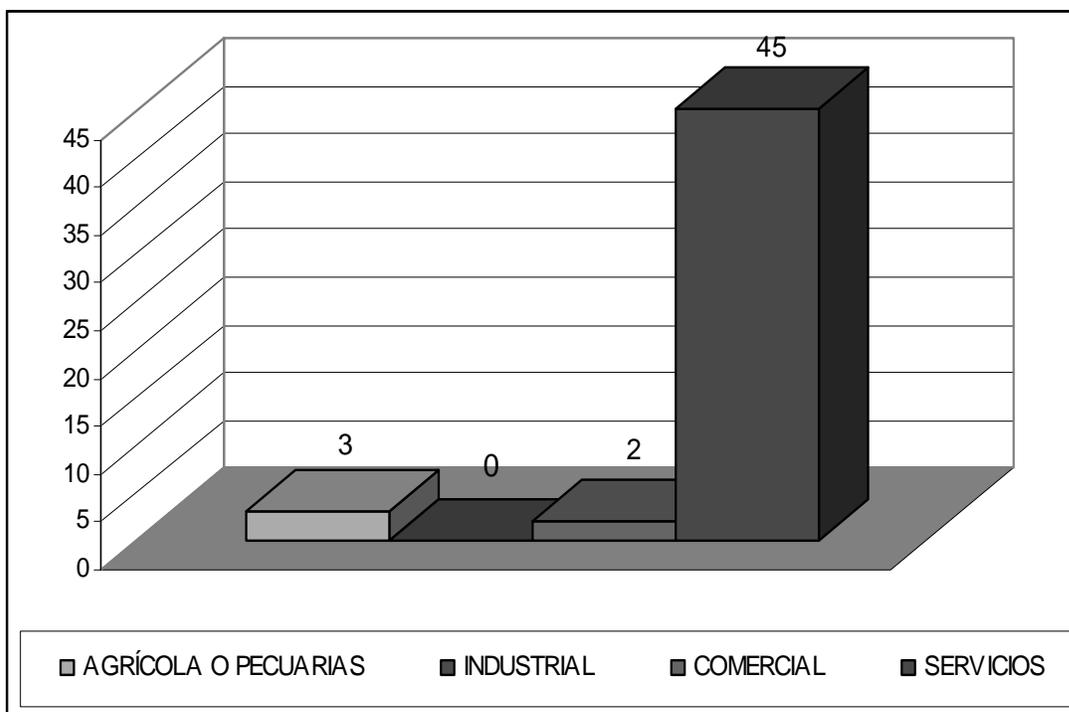
**CLASIFICACION CON BASE A LOS MEDIOS DE SUBSISTENCIA DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER**

**TABLA N° 17**

MEDIOS DE SUBSISTENCIA	TOTAL	%
AGRÍCOLA O PECUARIAS	3	6
INDUSTRIAL	0	0
COMERCIAL	2	4
SERVICIOS	45	90
TOTAL	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

**GRAFICA N °17**



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

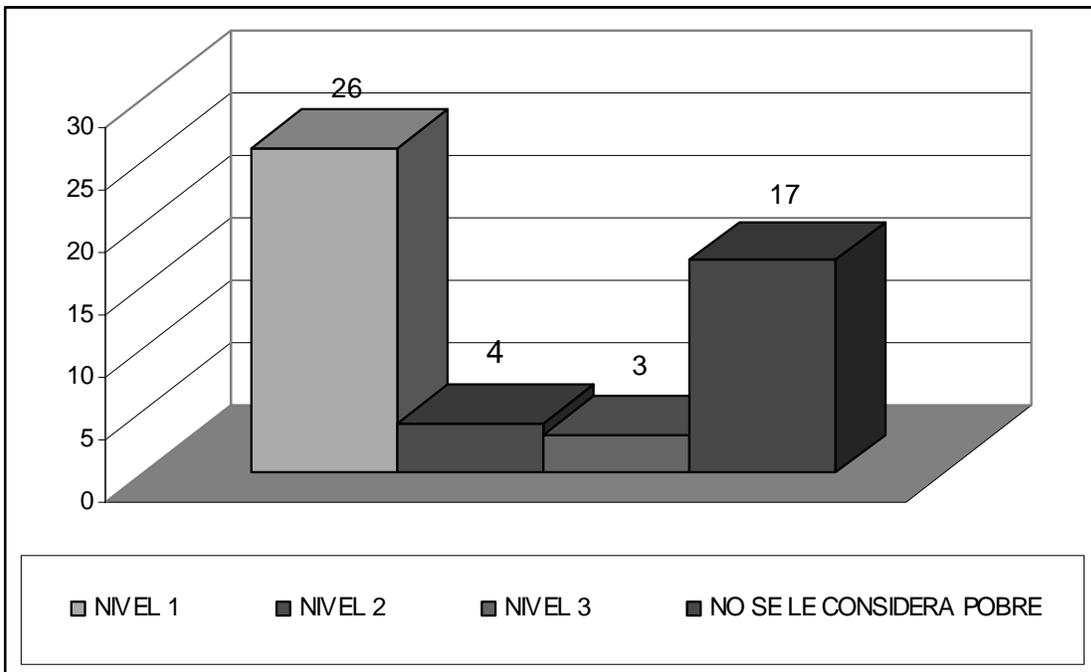
**CLASIFICACION CON BASE A SU NIVEL ECONOMICO DE LAS FAMILIAS  
ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL  
GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER**

**TABLA N° 18**

NIVEL ECONOMICO	TOTAL	%
NIVEL 1	26	52
NIVEL 2	4	8
NIVEL 3	3	6
NO SE LE CONSIDERA POBRE	17	34
TOTAL	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

**GRAFICA N °19**



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

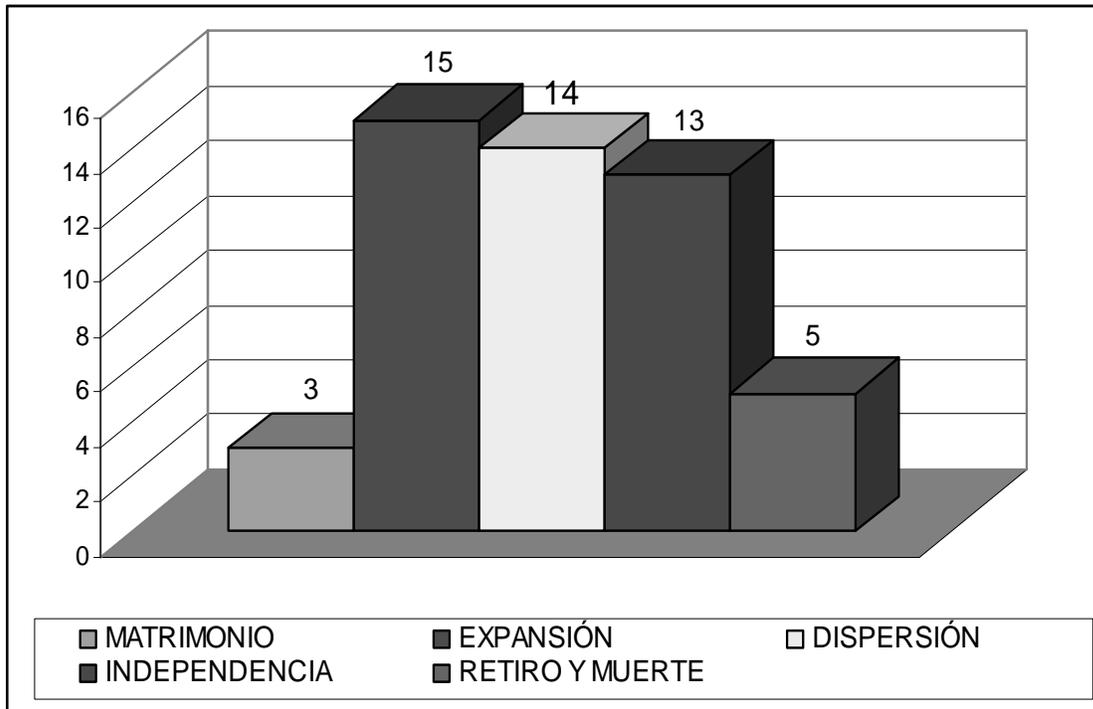
ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR, DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS AL CONSULTORIO # 10 DEL TURNO MATUTINO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER

**TABLA N° 19**

CICLO VITAL	TOTAL	%
MATRIMONIO	3	6
EXPANSIÓN	15	30
DISPERSIÓN	14	28
INDEPENDENCIA	13	26
RETIRO Y MUERTE	5	10
TOTAL	50	100

FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

**GRAFICA N °19**



FUENTE: CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

## **CONCLUSIONES:**

Conforme a los resultados encontrados cabe mencionar la prevalencia del sexo femenino en este estudio, no coincide así con la pirámide poblacional del Hospital General del ISSSTE Ver.

Con lo que respecta al sexo masculino su mayor proporción se encontró entre los 51 y 55 años de edad, mientras que en la mujer se observó dos grupos de edades en igual cantidad las cuales fluctúan entre los 41-45 años de edad y los 51 -55 años de edad, comparativamente con la pirámide poblacional se observa que las edades que alcanzan los niveles altos en el sexo femenino es de 15-19 años, y para el sexo masculino es de 75 años a más.

Estos datos son de relevancia ya que la población derechohabiente que asiste a este consultorio esta conformada por adultos en la segunda década de la vida.

Es conveniente fomentar la detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas en la población derechohabiente en la segunda y tercera década de la vida siendo esta la más vulnerable. Reforzar la asistencia a los clubes de diabéticos e hipertensos, siendo la hipertensión arterial la primera causa de consulta. así como a los programas de atención al adulto mayor conjuntamente con el departamento de trabajo social y el departamento de nutrición y dietética y el departamento de medicina preventiva ayudando de esta manera a que los pacientes tengan una mejor calidad de vida .

En este estudio se encontró conforme al estado civil que el índice más alto corresponde a los casados.

Con respecto a los años de unión conyugal predomina entre los 16 y 20 años de unión conyugal seguida por dos grupos en la misma proporción los cuales fluctúan entre los 26-30, y los de 31 a 45 años de unión.

En la edad de los padres el mayor número se ubicó tanto para el padre como para la madre entre los 51-55 años de edad en una proporción similar, encontrando otro grupo igual en las mujeres el cual fluctúa entre los 41-45 años de edad.

Esto establece que la mayor parte de los usuarios de este consultorio se encuentran en la etapa de madurez por lo que se debe hacer énfasis en dar mayor difusión de los programas ya existentes de las enfermedades crónicas degenerativas.

En lo que se refiere al rubro de la ocupación de los padres encontramos que el nivel más alto se da en los padres empleados y en las madres a las que se dedican al hogar. Siendo esto concordante con el nivel de estudio de los padres

Haciendo referencia al nivel de estudio del padre, el grado de primaria es el que se encuentra en un porcentaje alto encontrándose el nivel profesional en un nivel más bajo siendo en la misma proporción en las madres .esto nos permite ver que el nivel de estudios encontrados son significativos para un buen desarrollo en la salud familiar.

En cuanto a la cantidad de hijos por edades se observa un número significativamente alto en el grupo que tienen de 20 años a más, teniendo un porcentaje menor de adolescentes y niños

Con base en el parentesco se pudo observar que las familias nucleares conforman un número bastante alto por lo que hoy en día es el tipo de familia predominante.

En estas familias su mayor fuente de ingresos para su subsistencia es a base de los servicios prestados, equivalente a más de dos o tres salarios mínimos.

Con base en su nivel económico las familias estudiadas se encuentran en mayor proporción en el nivel uno, y en menor porcentaje lo ocupan las familias que tienen un status que no se les considera pobres.

Las familias estudiadas de acuerdo a la etapa del ciclo vital familiar se encontraron en expansión en un nivel más alto que las de dispersión continuando con la etapa de independencia, y por último retiro y muerte así como matrimonio.

Entre las 10 principales causas de consulta no se encontró que la hipertensión arterial esencial ocupan el primer lugar de consulta. El segundo lugar lo ocupan las enfermedades de vías respiratorias altas como las faringitis, en tercer lugar se encuentra la diabetes mellitus encontrándose estas dentro de las primeras causas de consulta y continuando progresivamente están la parasitosis, amigdalitis, distimias, cervicovaginitis, infecciones de vías urinarias bajas, hipertrofia prostática y dislipidemias comparativamente con la morbilidad que reporta el SSAVER. Reportadas en la semana de ( 18 al 24 de junio del 2006 ) la infecciones de vías respiratorias son las que ocupan el primer lugar como causa de atención medica y de ahí les sigue las enfermedades diarreicas continuando progresivamente con las infecciones de vías urinarias, úlceras gastritis y duodenitis, candidiasis, urogenital, gingivitis y enfermedad periodontal, ascariasis, otras helmintiasis, otitis media aguda, tricomoniasis urogenital.

## **DISCUSIÓN:**

Como producto de este estudio se logró cumplir con la meta establecida que fue la de conocer las características de la población asignada al consultorio 10 de esta unidad del ISSSTE de Veracruz; Veracruz.

Para poder conocer la población derechohabiente por grupos etáreos y determinar que grupos de pacientes asisten al consultorio · 10 de las familias estudiadas se elaboro una grafica poblacional donde encontramos que la mayor asistencia de paciente son aquellos que se encuentran en la segunda y tercera década de la vida.

En cuanto a las familias en su mayoría son nucleares simples, integradas, las cuales sus medios de subsistencia es a través de los servicios, su nivel económico pobreza familiar nivel 1 (ingreso per. cápita suficiente para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación, y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.)

En este estudio las enfermedades más frecuentes la ocupan la Hipertensión Arterial, Faringitis y Diabetes Mellitus. De acuerdo a esto se desprende que el medico familiar debe de poner mas énfasis en los programas de prevención y control de las enfermedades crónico degenerativas así como de los procesos infecciosos

La finalidad del medico familiar es el enfoque hacia la familia y no solo a miembro de ella y asesorar a la familia sobre los servicios de salud y la prevención de enfermedades tanto crónico degenerativas como infecciosas

## **PREVENCION.**

Poner en conocimiento a las familias derechohabientes de cómo utilizar los servicios preventivos de salud y con que periodicidad para optimizar sus propósito

Poner más énfasis en los cuidados de las enfermedades crónico degenerativas así como en las infecciosas por medio de platicas y poniendo en conocimientos al paciente sobre las complicaciones posteriores que pudiera tener si no lleva un control adecuado, ya que esto involucra no solo al medico si no tan bien a la familiar y de esta manera la familia lleve acciones preventivas en general .

También se deben tomar medidas preventivas y poner al paciente en conocimiento de las complicaciones secundarias que pudiera tener si no lleva un control adecuado y dando a conocer los cuidados y hábitos que deben llevar a cabo. Sobre otras enfermedades como las parasitosis, infecciones de vías urinarias, hipertrofia prostática, cervicovaginitis, distimias, dislipidemias.

Promoción de atención para salud y control de niño sano e indicar la importancia del esquema de vacunación

Dar conocer a las mujeres en edad fértil los métodos anticonceptivos adecuados de acuerdo a la edad y con conocimiento informado.

Enseñar a las mujeres en etapa del climaterio a reconocer los síntomas propios de esta etapa de su vida ya que es frecuente que en muchas ocasiones se llegue a confundir con otra patología siendo esto la causa de múltiples tratamientos sin llegar a un control adecuado, debido a esto el hospital de ISSSTE de Veracruz a formado una clínica de climaterio y menopausia conjunta con el departamento de dietologia, ginecología, y ortopedia para mejorar la calidad de vida del paciente.

Promover la detección oportuna en cáncer cervicouterino y mamario solicitando a las mujeres en edad reproductiva en adelante se efectúen periódicamente el papanicolaou y exploración de mamas.

Así como a las mujeres embarazadas educarlas para que lleven control prenatal y asistan a las clínicas de lactancia materna

De acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentren nuestras familias es importante saber si cursan con algún trastorno emocional ya que si algún miembro de la familia tiene este tipo de trastornos va a repercutir en una forma indirecta con el resto de la familia.

Educar a nuestras familias sobre las medidas preventivas cuantas veces sea necesario hacer concientizar a los derechohabientes en la atención primaria para la salud y hacer uso de las medidas preventivas.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- Howard. f Conn. Robert .E Raquel, Thomas. W. Johnson estructura y función de la familia .1er.ed: Interamericana .S.A. de C.V; 1974 Cap. 1 : 2
1. Huerta González. La familia como unidad de estudio. estudio de la salud familiar en: Farfán S.G. programa de actualización continua en Medicina Familiar. México Intersistemas; 1999:
  2. Irigoyen Coria. A. 3 er. ed. Fundamentos de Medicina Familiar. ; 2006 (1) :15
  - 3.. Irigoyen Coria. A. 3 er. ed. Fundamentos Medicina Familiar Mexicana. 2006 (2) : 37
  4. Howard. f Conn. Robert .E Raquel, Thomas. W. Johnson estructura y función de la familia .1er.ed: Interamericana .S.A. de C.V; 1974 Cap. 1 : 3
  5. Archivos de Medicina Familiar.; 7 Supl.1. 2005. :s16-s17
  6. Irigoyen Coria. A. 3ª ed. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. 2006:50
  7. Howard. f Conn. Robert .E Raquel, Thomas. W. Johnson estructura y función de la familia .1er.ed: Interamericana .S.A. de C.V; 1974:5 – 8.
  8. Huerta Gonzáles. J. L. Familia en el proceso salud enfermedad, primera ed. Alfa. 2005. Cap 2 : 16-17
  - 9.De la Revilla. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona, España. Ed. dayana. 1994 : 91 -100.
  10. Huerta Gonzáles. La familia como unidad de estudio. estudio de la salud familiar en: Farfan S. G. programa de actualización continua en Medicina Familiar. México Intersistemas; 1999:26 – 27.
  11. Huerta Gonzáles. La familia como unidad de estudio. estudio de la salud familiar en: Farfan S. G. programa de actualización continua en Medicina Familiar. México Intersistemas; 1999 :58-59
  12. Huerta Gonzáles. La familia como unidad de estudio. estudio de la salud familiar en: Farfán S. G. programa de actualización continua en Medicina Familiar. México Intersistemas; 1999 :76- 77
  13. Revista medica del IMSS (México) ;31 ( )1:1993 : 14-15
  14. Archivos de Medicina Familiar.; 7 Supl.1. 2005. : 21-23.
  15. Irigoyen Coria Mosamef 1ra ed.editorial.med.fam. mex 2000:34-35
  16. Irigoyen Coria Mosamef 1ra ed.editorial. med.fam .mex 2000:15

## Base de datos en Internet

17. [http://es.wikipedia.org/wiki/](http://es.wikipedia.org/wiki/diabetes_Mellitus) diabetes Mellitus
18. [www.cica.es/samfycguial .htm](http://www.cica.es/samfycguial.htm)
19. [www.fisterra.com/guias 2/parasitosis.asp](http://www.fisterra.com/guias_2/parasitosis.asp)
20. fisterra.com atención primaria en la red.guis clinicas 2005;5(44) autores Beatriz Lopez Alonso, Antonio Beltran Rosel.
21. [www.otorrioweb.com /org\\_izquio/temas/\\_3.htm](http://www.otorrioweb.com/org_izquio/temas/_3.htm)
22. [//personales.ya.com/lamental/distimia.htm.org](http://personales.ya.com/lamental/distimia.htm.org)
23. [www.imss.gob.mx/est/morbi/nac.](http://www.imss.gob.mx/est/morbi/nac)
24. <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
25. [www monografias.com/trabajo/distimia:12/sendme.shtml.](http://www.monografias.com/trabajo/distimia:12/sendme.shtml)
26. [http://salud.gob mx/servimed/v\\_endocrino\\_guias\\_3a.html](http://salud.gob.mx/servimed/v_endocrino_guias_3a.html)
27. [www.gob](http://www.gob.issste.com) issste.com dirección general de epidemiología issste:1005
28. Jesús Kumate, Onofre Muñoz. Manual de infectología clínica.. Decimosexta edición, 2001. Méndez Editores. Páginas 59-65.
29. Hipercolesterolemia, diagnóstico y tratamiento. E. Zorrilla. Interamericana-McGraw-Hill, 1995.
30. 2. Adams R. Principios de neurología. 6ª ed. México. Mc Graw Hill Interamericana. 2001; 154-170.



(ANEXO 1)

NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO	FIRMA	CLAVE	ESPECIALIDAD	HORARIO	UNIDAD	LOCALIDAD
PARA SUSTITUCIONES						
NOMBRE DEL MEDICO SUSTITUTO		FIRMA		CLAVE	CAUSA	

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE VALIDO LA VIGENCIA DE DERECHO**

CONSULTA	NOMBRE DEL PACIENTE	EXPEDIENTE	VIGENCIA DE DERECHO		TIPO DE DERECHO		EDAD Y SEXO LAB	FORANEO RX	SOLICITUD A			PASE A OTRA UNIDAD	SPICENCITI	NUM. DIAS	MOTIVO DE CONSULTA	DIAGNOSTICO	1. VEZ	SUBSECUENTE	
			SI	NO	M	F			INTERCO										
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			

(ANEXO 1)



INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

TARJETA DE ADSCRIPCIÓN Y VIGENCIA  
DE DERECHO

### DATOS DEL TRABAJADOR O PENSIONISTA

NOMBRE		RFC	CLINICA			
DOMICILIO						
CALLE			NUMERO EXT. E. INT			
COLONIA						
LOCALIDAD MUNICIPIO RNTIDAD		CODIGO POSTAL	CAMBIO DE CLINICA			

### HISTORIA LABORAL DEL TRABAJADOR

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA	REGISTRO	PAGADURIA	FECHA		RUBRICA	CONSERVA DERECHOS HASTA EL
			ALTA	BAJA		

(anexo 2)

DERECHOHABIENTES	PARENTESCO			CONSULTORIO			
		MES	AÑOS				
APELLIDOS Y NOMBRES				RUBRICA DE AUTORIZACION			

**CAMBIO DE DOMICILIO**


(anexo 3)



**FOLIO**

CEDULA BASICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

DATOS GENERALES DEL INFORMANTE

FAMILIA \_\_\_\_\_ NO EXPEDIENTE DEL

INFORMANTE \_\_\_\_\_

DATOS DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACION:

MADRE ( ) PADRE ( ) HIJO ( )

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO. M ( ) F ( ) ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

EDO. CIVIL DE LOS PADRES: CASADOS ( ) U. LIBRE ( ) OTRO ( )

OCUPACION DEL PADRE \_\_\_\_\_

OCUPACION DE LA MADRE \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD DEL PADRE \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD DE LA MADRE \_\_\_\_\_

NUMERO DE HIJOS (HASTA DE 10 AÑOS DE EDAD) \_\_\_\_\_

NUMERO DE HIJOS (DE 11-19 AÑOS DE EDAD) \_\_\_\_\_

NUMERO DE HIJOS ( DE 20 A MAS AÑOS DE EDAD) \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CLASIFICACION DE LA FAMILIA:**

MARQUE CON UNA (X)

A) PARENTESCO:

NUCLEAR ( )      NUCLEAR SIMPLE ( )      NUCLEAR NUMEROSA ( )  
RECONSTRUIDA BINUCLEAR ( )      MONOPARENTAL ( )  
MONOPARENTAL EXTENDIDA ( )      EXTENSA ( )      EXTENSA COMPUESTA ( )  
NO PARENTAL ( )

**SIN PARENTESCO:**

MONOPARENTAL EXTENDIDA SIN PARENTESCO ( )  
GRUPOS SIMILARES A LA FAMILIA ( )

**CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA:**

NUCLEO INTEGRADO ( )      NUCLEO NO INTEGRADO ( )  
EXTENSA ASCENDENTE ( )      EXTENSA DESCENDENTE ( )  
EXTENSA COLATERAL ( )

**ESTILOS DE VIDA ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES:**

PERSONAL QUE VIVE SOLA ( )      PAREJAS HOMOSEXUALES SIN HIJOS ( )  
PAREJAS HOMOSEXUALES CON HIJOS ADOPTIVOS ( )      FAMILIA GRUPAL ( )  
FAMILIA COMUNAL ( )      POLIGAMIA ( )

**CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA:**

AGRICOLA O PECUARIA ( )      INDUSTRIAL ( )      COMERCIAL ( )      SERVICIOS ( )

**CON BASE A SU NIVEL ECONOMICO; POBREZA FAMILIAR:**

NIVEL 1 ( )      NEVEL 2 ( )      NIVEL 3 ( )      NO SE LE CONSIDERA POBRE ( )

**ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR:**

MATRIMONIO ( )      EXPANSION ( )      DISPERSION ( )  
INDEPENDENCIA ( )      RETIRO Y MUERTE ( )

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



