



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIAL DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

Clínica de Medicina Familiar "Villa Álvaro Obregón"

*Características de las familias que acuden al consultorio No 11 de la Clínica de
Medicina Familiar "Villa Álvaro Obregón" y las principales causas de consulta*

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. GABRIELA DELGADILLO VELARDE

MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Características de las familias que acuden al consultorio No. 11 de la Clínica de Medicina Familiar “Villa Álvaro Obregón” y las principales causas de consulta

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. GABRIELA DELGADILLO VELARDE

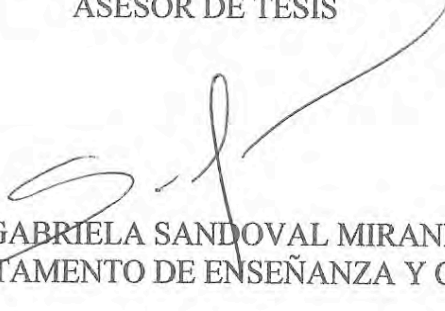
AUTORIZACIONES:



DR. JOSÉ LUIS SIL GRANADOS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL ISSSTE



DRA. ANA MARÍA NAVARRO GARCÍA
ASESOR DE TESIS



LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN

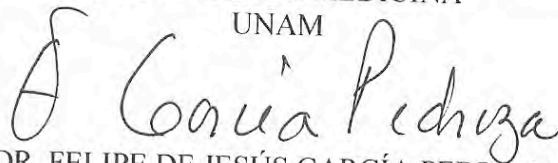
Características de las familias que acuden al consultorio 11 de la Clínica de Medicina Familiar "Villa Álvaro Obregón" y las principales causas de consulta

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

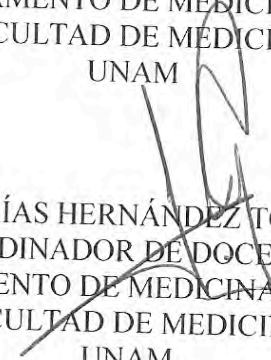
GABRIELA DELGADILLO VELARDE



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

ÍNDICE

1	MARCO TEÓRICO	2
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	45
3	JUSTIFICACIÓN	49
4	OBJETIVOS	51
5	METODOLOGÍA	52
6	RESULTADOS	62
7	DISCUSIÓN	77
8	CONCLUSIONES	114
	REFERENCIAS	117
	ANEXOS	121

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El siglo XIX fue la era del Médico General, tanto en Europa como en Norteamérica. Los profesionales de la medicina eran en su mayoría médicos generales. Hasta este momento en la segunda mitad del siglo XIX había solo curadores como eran los cirujanos-barberos, los boticarios, pero empezó a formarse la medicina moderna al incorporarse los conocimientos de las ciencias naturales y comenzarse a superar la práctica empírica basada en la observación. Surgió un pequeño número de médicos salidos de las Universidades dando como resultado al Médico General.

En la primera mitad del siglo XX surgen las principales especialidades médicas, concentradas cada vez más en los grandes hospitales.

El prestigio cada vez mayor de los especialistas y la valoración de las habilidades técnicas por encima de los cuidados personales, convirtieron a la medicina general en una carrera impopular, llevándola a su casi desaparición. Los médicos generales “de cabecera”, quedaron relegados a profesionales de segunda clase. La especialización produjo la fragmentación de la atención al individuo y la despersonalización. En la enseñanza de la medicina no incluían la medicina familiar y comunitaria.¹

En 1960 la mayoría de los médicos eran especialistas y aumentó la atención la atención sanitaria prestada en el hospital. Los médicos no sólo disponían de nuevos tratamientos sino que, por primera vez, existía una tecnología que permitía prevenir enfermedades.

El estímulo para transformar el sistema de asistencia sanitaria ha tenido su origen en los problemas aparecidos en tres órdenes: costo, calidad y accesibilidad.²

A mediados de la década de los sesenta, se comenzó a sentir la necesidad de un nuevo médico general entrenado y orientado hacia aquello que, precisamente, las especialidades no pueden ni deben hacer, es decir, la atención integral y continuada de las personas. Esto sucedió en países como Gran Bretaña, Canadá, Australia y Estados Unidos.³

En México, por el año de 1953, la atención de la medicina general se encontraba en una etapa de pobre organización. Los médicos tenían poco conocimiento de los problemas de sus pacientes y se abusaba de la visita domiciliaria. Ante esta situación,

un grupo de médicos del IMSS planteó la posibilidad de estructurar el sistema de atención médica e inició un ensayo dirigido a valorar su propuesta, la cual delimitaba las características de las acciones que este profesional (médico de familia) debía desarrollar; sobresaliendo el hecho de que atendería núcleos de población bien determinados y que trabajaría en equipos de médicos.⁴

Ante lo antes mencionado, muchos países han llegado a la decisión de cambiar sus sistemas de salud, dándole la importancia que se merece a la atención primaria.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

Los inicios de la APS surgieron ante la inquietud de la OMS <l detectar un panorama de desigualdades y deficiencias en la salud y bienestar a nivel mundial, por lo que decidió fomentar la APS, convocando una conferencia mundial sobre el tema.

La Conferencia Internacional sobre APS (1978) convocada por la OMS, en Alma-ATA (Kazajstán) marcó la historia del pensamiento sanitario mundial, en la que se estableció una meta, resumida en la expresión “Salud para Todos en el 2000” (SPT,2000).¹

La conferencia de la OMS-UNICEF de Alma –Ata definió la Atención Primaria de la Salud (APS) como la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La Atención Primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.⁵

En un contexto internacional, APS significa un acercamiento a la provisión de servicios de salud, que enfatiza la promoción de salud a través de la colaboración entre profesionales sanitarios y de otros sectores, y la comunidad, como también un

sistema de asistencia curativa y tratamiento basado en encontrar las necesidades de salud de la mayoría de la población a la que sirve.

Los 3 pilares de la APS son: participación comunitaria intersectorial y equidad.

La APS tiene 4 facetas diferentes:

1- Es un conjunto de actividades:

- Educación sanitaria
- Nutrición adecuada
- Provisión de alimentos
- Agua potable
- Saneamiento básico
- Atención materno-infantil
- Inmunización
- Prevención y control de enfermedades endémicas
- Tratamiento básico de los problemas de salud
- Abastecimiento de fármacos

2- Es un nivel de atención- primer contacto de la población con los cuidados sanitarios profesionales.

3- Es una estrategia- debe ser accesible, atenta a las necesidades de la población integrada funcionalmente, basada en la participación comunitaria, coste-eficaz y caracterizada por la colaboración de sectores sociales.

4- Es una filosofía- justicia social, igualdad, solidaridad internacional, autorresponsabilidad y aceptación de un sentido amplio del concepto de salud.¹

Elementos conceptuales de la APS:

- Integral: interacción de las esferas física, mental y social.
- Integrada: interacción de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.
- Continuada y permanente: a lo largo de la vida, en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia.
- Activa

- Accesible
- Trabajo en equipo: basada en el mismo
- Comunitaria y participativa: participación activa de la comunidad en todas sus fases.
- Programada y evaluable: basada en programas con objetos, metas.....
- Docente e investigadora.⁵

MEDICINA FAMILIAR

CONCEPTO

La definición de Medicina Familiar de la AAFF es compatible con la de la Asociación Médica Americana es:

La Medicina Familiar es la especialidad que se construye sobre un núcleo de conocimiento derivado de otras disciplinas- que proviene principalmente de la medicina interna, la pediatría, la cirugía, la gineco-obstetricia y la psiquiatría y que establece una unidad coherente, combinando las ciencias de la conducta con las tradicionales ciencias biológicas y clínicas. El núcleo de conocimiento abarcado por la medicina familiar prepara al médico para un papel único en el manejo de los pacientes, la solución de problemas, el consejo, y en la coordinación total de la atención para la salud.

Se acepta ampliamente que la Medicina Familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo, a la familia y comunidad.⁶

Ante la rápida expansión del conocimiento, a partir de la tercera década de este siglo se generó una tendencia al desarrollo de las especialidades y subespecialidades médicas. Esta situación, si bien tuvo su fase positiva, también ocasionó inconvenientes para la prestación de los servicios de salud.

Existen elementos que pueden explicar el porqué del resurgimiento de la medicina familiar en diversas latitudes, incluyendo nuestro país. Entre otros pueden citarse:

- La necesidad de establecer equilibrio entre la especialización y el “generalismo”.

- La existencia de cambios en el patrón de la morbilidad, con el aumento de la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas, que se hacen necesarios, tratamientos que demandan continuidad en la atención.
- Las transformaciones y desarrollos en los esquemas asistenciales que demandan tipos específicos de personal.
- La necesidad sentida y expresada por algunos sectores de la sociedad que consideran oportuno contar nuevamente con este médico de familia o de “cabecera”.
- La demanda presentada por las instituciones del Sector Salud de contar con personal que se hiciera cargo de la atención primaria continua e integral de la población.
- La percepción expresada por algunos grupos médicos de lo delicado que es no disponer de generalistas solidamente formados.
- Las distintas experiencias nacionales e internacionales en medicina general o familiar.

La medicina familiar tiene un sentido universal , y por tanto es aplicable a grupos o sociedades con diversos grados de desarrollo, también lo es que existen variaciones en la extensión, alcances, limitaciones y énfasis de la medicina familiar, mismos que se presentan en función directa de las características sociales, culturales, demográficas y políticas del núcleo bajo análisis, así como relacionadas con la organización de la atención médica y con las necesidades derivadas de estas formas organizativas.⁷

PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR

La práctica médica actual presenta una marcada desventaja entre el generalista y los subespecialistas. Esto provoca los siguientes problemas:

1. Costo excesivo
2. Escasa accesibilidad
3. Creciente inconformidad de la sociedad civil
4. Fomento de charlatanes

5. Insatisfacción tanto del paciente como del médico, en especial dentro de las instituciones de seguridad social.⁸

A mediados de la década de los sesenta, se comenzó a sentir la necesidad de un nuevo médico general, o sea un profesional entrenado y orientado hacia aquello que, las especialidades no pueden ni deben hacer, es decir, la atención integral y continuada de las personas.³

El perfil y las funciones del médico familiar dependerán de la organización del sistema de salud, la institución en la que desarrolle sus actividades y el sitio en el que ejerza su profesión. En nuestro país, el perfil y las funciones del médico familiar serán en esencia los mismos, con variaciones institucionales que son más de forma que de fondo.

EL PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR DE WONCA

Desde que fue reconocida la Medicina Familiar hasta la actualidad, se han propuesto varias definiciones de este nuevo médico general o médico de familia, de las cuales la que define la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) en 1997, es la más completa y vigente.

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

“El médico general/médico de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros especialistas, que limitan la necesidad de sus servicios en función de edad, sexo, y/o diagnóstico de los pacientes.

“El médico general/médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para

proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar atención integral y continuada a sus pacientes.”

“El médico general/médico de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente a través de servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.”

La actividad del médico de familia debe hacer énfasis en aspectos, como el trabajo en equipo, la docencia e investigación, o la garantía de calidad, que suelen estar siempre relacionados en mayor o menor grado, con la práctica del médico de familia. En este mismo marco, es necesario recalcar que las actividades como la atención comunitaria, y la docencia perderán o ganarán vigencia y validez del modelo del perfil profesional y del médico de familia dependiendo de que, en un futuro, se produzcan o no cambios en el actual modelo sanitario.

Se espera que el médico familiar asuma el protagonismo de un gran cambio en nuestra sanidad, según lo que se ha dado en llamar el modelo emergente, caracterizado por aspectos tan familiares para este profesional, como la concepción biopsicosocial del paciente, el equipo como protagonista en el medio de trabajo, la orientación comunitaria, la prevención de la enfermedad, la promoción de salud, la eficiencia, etc. Evidentemente para asumir este protagonismo, en este nuevo modelo sanitario es imprescindible que en el perfil profesional del médico de familia hagan funciones que complementen a las que venían realizando hace años los médicos generales en el modelo sanitario precedente.³

PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO FAMILIAR DEL IMSS

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

PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO FAMILIAR SSA/ISSSTE

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

En la mayoría de las ocasiones actuará como la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención médica.

Coordinará la utilización de los recursos para atención de los mismos y dará atención médica independientemente de la edad, sexo o el padecimiento del individuo.

La medicina que practique este profesional, estará encaminada al desarrollo de acciones de mantenimiento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento de padecimientos agudos-crónicos así como su rehabilitación.

En casos que así lo ameriten, ejercerá el juicio clínico necesario para solicitar interconsulta o referirlos a otros profesionales de la salud para investigaciones adicionales, instalación de tratamiento o evaluación de los resultados del mismo.

Desarrollará el hábito de autoenseñanza, revisará actualizará periódicamente su competencia profesional, participando en programas de educación médica continua, autoevaluación y auditoría médica. Será capaz de analizar, evaluar y desarrollar actividades de investigación.⁸

PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL PUEM DE LA UNAM

El perfil del médico familiar descrito por el Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM), comprende tres vertientes de logros educativos que se esperan como efectos del proceso de educación formal: la orientación humano-profesional (el ser), la formación intelectual (el saber) y el desempeño operativo del especialista médico (el saber hacer).⁴

A través de una práctica médica sustentada en una metodología educativa centrada en la solución de problemas, se propone lograr que el egresado sea un médico especialista altamente competente en su ámbito específico de acción para:

- Emplear con eficacia y eficiencia el conocimiento, los métodos y las técnicas de la atención médica apropiados a las circunstancias individuales y de grupo que afronta en su práctica profesional.
- Aplicar con sentido crítico los recursos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dentro de su ámbito especializado de acción.
- Seleccionar, analizar y valorar la literatura médica de su especialidad aplicándola con pertinencia a su quehacer cotidiano con el fin de sustentar, profundizar y ampliar sus acciones profesionales.
- Colaborar productivamente en grupos de trabajo interdisciplinario del ámbito de la salud procurando una visión integradora de su quehacer en relación con el trabajo de los demás profesionales del área.
- Participar en acciones de educación para la salud dirigidas a los pacientes y grupos sociales, así como en la difusión del conocimiento médico a sus pares y a las nuevas generaciones de profesionales de la salud.
- Interpretar el proceso de formación profesional del médico como fenómeno humano y social, tomando en consideración las condiciones institucionales en las que se realiza el ejercicio y la enseñanza de la medicina.
- Sustentar el ejercicio de su especialidad en los principios del humanismo considerando la integridad biopsíquica del individuo en su interacción constante con el entorno social.
- Procurar su educación permanente y superación profesional para su continuo perfeccionamiento y el empleo ético del conocimiento médico.

La forma en que el médico familiar se relaciona con y profundiza en el conocimiento existente acerca de los problemas de salud que afronta, es determinante en el desarrollo de su habilidad para solucionarlos.

El médico especialista en medicina familiar y comunitaria o en medicina general asume como objetivos básicos de su actividad la atención individual, integral e integrada, y la comunitaria, con el enfoque de prevención y de promoción de la salud, mientras que son pocos los que consideran a la familia como una unidad de atención.

EJES DE ACCION DEL MÉDICO FAMILIAR

El diagnóstico de salud familiar es una parte importante de las actividades que realiza el médico familiar. Este diagnóstico se fundamenta en los tres ejes de sustento de la medicina familiar: **la continuidad de la atención médica, la acción anticipatoria y el estudio de la familia.**⁹

La continuidad de la atención médica implica un esquema de seguimiento del proceso de salud-enfermedad en los integrantes de una familia y, por esta razón, el diagnóstico de salud familiar no puede obtenerse en una sola entrevista clínica. Como una consecuencia de la continuidad de la atención, se lleva a cabo un seguimiento de la evolución de las enfermedades que afectan a los individuos, las cuales necesariamente repercuten en el grupo familiar.

El entendimiento de este fenómeno dinámico permite identificar la necesidad de un diagnóstico integral, el cual requiere de una revisión y actualización frecuente que favorezca una visión tanto retrospectiva como prospectiva de la familia en un enfoque médico. Esto facilita además, la comprensión del segundo eje de sustento de la medicina familiar, es decir, la acción anticipatoria.

Las acciones anticipatorias se fundamentan en un enfoque de riesgo que contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos o del medio ambiente que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.

Para el estudio de la familia, hemos propuesto un enfoque que contempla dos aspectos, el estructural y el funcional. La estructura se puede observar con rapidez utilizando el familiograma, pero la funcionalidad requiere de un marco de referencia, de un modelo que permita entender y clasificar a las familias de acuerdo con la manera como se relacionan bajo un enfoque sistémico.

FAMILIA

Antecedentes Históricos

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a diferentes grupos sociales. La familia, el ambiente más importante en el que él ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, y según Ralph Linton, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie.

En el pasar de la historia, la familia ha mostrado una extraordinaria capacidad de resistencia, lo cual viene a contradecir aquellas teorías que de tiempo en tiempo predicen un inminente ocaso de la familia y el matrimonio

Con su evolución histórica, la familia ha experimentado 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. Cuanta mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial.

Aunque la familia es tan antigua como la especie humana, fue hasta la segunda mitad del siglo XIX en que se convirtió en objeto de estudio científico cuando Morgan, McLennan y Bachofen, entre otros, la consideraron como una institución social histórica cuya estructura y función son determinadas por el grado de desarrollo de la sociedad global.

En sus trabajos acerca de la familia, Morgan describió en etapas el curso completo del desarrollo social humano, desde un estado original de salvajismo y de total promiscuidad sexual, hasta la civilizada familia monogámica.

En 1861; Johann Jakob Bachofen, en su obra “Derecho Materno”, sostenía que las sociedades primitivas vivieron en promiscuidad sexual y que el parentesco se determinaba por línea materna debido al desconocimiento de que la fecundación ocurría por medio del contacto sexual y al hecho de que al ser varios los hombres que se relacionaban con la misma mujer, resultaba imposible saber quien era el padre.¹⁰

A McLennan se deben los datos sobre la exogamia y endogamia; poliandria y poligenia. Lewis H. Morgan enfatizó la influencia de la sociedad sobre la forma y estructura de la familia, la cual nunca permanece estacionaria, sino que pasa de una forma inferior a una

superior a medida que la sociedad evoluciona como consecuencia del desarrollo de la técnica y la economía.

Las etapas fundamentales de la evolución de la familia definidas por Morgan en 1877 fueron tomadas por Engels en su obra “El origen de la familia, la sociedad privada y el estado”.

Muchos de los conceptos sobre el origen y evolución de la familia han sido obtenidos de contradictorios relatos de viajeros, de sus observaciones y vastas reconstrucciones históricas sobre las instituciones sociales, por lo que en gran parte pueden considerarse como meras suposiciones.

Esta serie de hechos permite comprender que lo conocido sobre la organización primitiva del hombre ha llevado al reconocimiento de una tendencia central acerca del mantenimiento de relaciones sexuales permanentes, lo que de una u otra manera genera a la institución familiar, grupo en permanente evolución que a través del tiempo ha sufrido diversas transformaciones causadas fundamentalmente por factores económicos y culturales, y en menor grado por costumbres, leyes y valores. Por otro lado, resulta imposible trazar con precisión el nacimiento y desarrollo de la familia como expresión social del instinto biológico que lleva al hombre a asegurar la reproducción de la especie. Sin embargo, es evidente que dicha institución siempre ha existido y ha desempeñado hasta la actualidad y en todo el mundo, un papel primordial que caracteriza la cultura de civilización a la que pertenece.¹⁰

Definición

Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época.

La palabra “familia” proviene de la raíz latina *famulus*, que significa sirviente o esclavo doméstico.

Al paso del tiempo, con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, han ido surgiendo diferentes definiciones,

cada una de las cuales tiene diferentes niveles de aplicación. Así por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud señala que por familia se entiende, “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado, por sangre, adopción y matrimonio.” Esta definición está orientada fundamentalmente hacia cierto tipo de estudios demográficos y epidemiológicos.

El Diccionario de la Lengua Española señala que, por familia, se debe entender “al grupo de personas que viven juntas bajo autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendentes, descendentes, colaterales y afines de un linaje”.

Desde el punto de vista de algunos estudios del comportamiento humano, la vida aparece como una experiencia compartida. Por este motivo Ackerman, la define como la “unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud”.

Posteriormente varios autores, especialmente Erik H. Erikson, abordaron el tema desde diferentes ángulos psicoanalíticos y psicosociales. Según estos estudios, es la familia la que en condiciones ordinarias tiene la función más importante en la formación de la identidad. En el desarrollo del proceso de identidad son muy importantes para el individuo las figuras de la madre y del padre, porque se identifica parcial o totalmente con ellas.

Las corrientes que más han contribuido a definir y caracterizar a la familia son la socioantropología, el psicoanálisis y la psicología.

Lo hasta aquí señalado sirve como marco de referencia para ayudar a la medicina familiar a conceptualizar y definir mejor al grupo llamado familia.

A los médicos familiares nos es de gran ayuda contar con un concepto básico de nuestro objeto de estudio, y con este propósito podemos definir a la familia como **“un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o**

matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general, comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar”.¹¹

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

Con el propósito 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 originados por cambios sociales.

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN EL PARENTESCO

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del 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 han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos

Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres(ej.: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)

Sin parentesco	Características
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Ej: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etc.

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

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

Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en 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

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA

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

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

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

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SU NIVEL ECONÓMICO

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con

la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias desde el punto de vista económico, ya que se reúnen diversos indicadores tanto del bienestar como de la pobreza que interactúan, dependen e influyen sobre otros factores.¹²

NUEVOS TIPOS DE CONVIVENCIA INDIVIDUAL-FAMILIAR ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES

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

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

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo.

Se reconocen las siguientes funciones:

- **Socialización:** promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- **Afecto:** interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- **Cuidado:** protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- **Estatus:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad. Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.¹²

CICLO DE VIDA FAMILIAR (GEYMAN)

1. FASE DE MATRIMONIO

Esta se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo; lógicamente que el arribo de un nuevo miembro tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana.

2. FASE DE EXPANSIÓN

Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”.

3. FASE DE DISPERSIÓN

Es la fase en que todos los hijos asisten a la escuela. En esta etapa de la vida familiar, se presenta el camino para la próxima independencia de los hijos mayores ya que se encuentran en plena adolescencia. Los padres se ven sometidos a nuevos

retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias.

4. **FASE DE INDEPENDENCIA**

Es difícil precisar el número de años transcurridos, al inicio de esta fase, aproximadamente son 20 o 30. Es cuando los hijos dejan el hogar para formar nuevas familias, y la pareja debe aprender a vivir nuevamente en “independencia”. los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento, sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar, hacia las nuevas familias que recientemente se están formando.

5. **FASE DE RETIRO Y MUERTE**

En esta fase se han identificado cuatro circunstancias difíciles:

- Incapacidad para laborar
- Desempleo
- Agotamiento de los recursos económicos
- Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos económicos a los padres; con frecuencia los recluyen en “asilos” para ancianos.¹³

RELACIÓN ENTRE FAMILIA-ENFERMEDAD

Recientemente se ha señalado que los principales problemas de salud residen fundamentalmente en una etiología social más que biológica, situación que ha dado lugar al renacimiento de un viejo concepto: el de la familia como microsistema responsable de salud o enfermedad. Existen dos razones importantes para que el médico desarrolle la capacidad de hacer observaciones clínicas fiables sobre la familia del paciente:

- a) Lo que ocurre en el interior de la familia puede desempeñar un papel etiológico en la enfermedad del paciente.
- b) La respuesta de la familia del paciente ante la enfermedad, influye sobre su curso.

Es por eso que el médico familiar debe tener siempre en cuenta que los cambios naturales de la familia, su dinámica y los patrones de disfunción familiar, invariablemente se reflejan en el proceso salud-enfermedad y que por lo tanto forman parte de los elementos que debe abordar para ejercer una práctica médica efectiva.

Se ha definido a la medicina familiar como una especialidad médica cuyo objeto de estudio es la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud-enfermedad; toma como unidad de análisis a la familia para otorgarle atención médica primaria, integral, coparticipativa, continua y con un enfoque preventivo en forma compartida con el individuo y su familia.

La medicina familiar contempla un amplio campo de las ciencias biomédicas y comprende además, importantes conocimientos y habilidades sobre aspectos sociales, psicológicos y antropológicos que le permiten responsabilizarse de la atención médica integral de los pacientes de todas las edades y sus familias a lo largo de su ciclo vital.¹⁰

SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva proporciona la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y la capacidad de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información de planificación de la familia y su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y accesos a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables; el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.¹⁴

ATENCIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA

La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales.¹⁴

DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, y a disponer de la información y los medios para ello. Así mismo, se basan en el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluyen el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

PRIORIDADES PARA PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

A continuación se resumen algunas de las prioridades de apoyo que los médicos de familia, en cualquier ámbito de acción, deberían dar a los programas de salud reproductiva:

- Mejorar la salud de mujeres y niños, como parte de un enfoque integrado de la ampliación de las iniciativas sobre maternidad sin riesgo, salud materno-infantil y planificación familiar.
- Fomentar y/o crear oportunidades de participación para las mujeres como encargadas de actividades de salud reproductiva.
- Impartir educación y capacitación a la población, para aumentar su participación en la formulación, gestión y supervisión de servicios de salud reproductiva.
- Mejorar los servicios de salud reproductiva, incluida la calidad de la atención prestada, para asegurar que las mujeres reciban un trato respetuoso, confidencial y aceptable en diferentes marcos culturales.

- Aumentar la disponibilidad de servicios para las mujeres y los hombres, y mejorar el acceso a dichos servicios , además de hacer hincapié en la educación sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la prevención al respecto.
- Proporcionar sistemas de información administrativa que posibiliten la evaluación de los efectos de los programas de salud reproductiva.
- Proporcionar información y capacitación a las organizaciones no gubernamentales interesadas en el tema, para posibilitar su participación en actividades de salud reproductiva.¹⁴

POBREZA EN LA FAMILIA

Con base en el estudio publicado por el Dr. Irigoyen, se aplicó el índice simplificado de marginación familiar que considera el ingreso de la familia en salarios mínimos, la cantidad de hijos dependientes económicos en la familia, la escolaridad materna y la cantidad de personas que comparten un dormitorio. El índice clasifica a las familias en tres grupos: sin pobreza, con bajos niveles de pobreza y con pobreza extrema.¹⁵

FACTORES DE RIESGO

Riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que ocurra un daño a la salud. Los factores de riesgo son características o circunstancias detectables en individuos o grupos, asociadas con una probabilidad mayor de experimentar una enfermedad o accidente. Estos factores son la característica cualitativa y/o cuantitativa del agente, huésped y ambiente dentro del concepto ecológico de la enfermedad.

El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo.

Los factores de riesgo son tanto los problemas que la familia identifica como aquellos que el equipo de salud detecta, incluyendo los eventos críticos, así como los fenómenos que pueden significar un riesgo para otro problema asociado.¹⁶

Tomando a la salud como eje, debe cuestionarse y luego reformularse el paradigma centrado en la enfermedad, lo cual implica reforzar y renovar los conceptos de trabajo en equipo y de participación y responsabilidad de la población en su propia salud ya que al hacer participar a la comunidad en la identificación y jerarquización de sus propios factores de riesgo individuales y colectivos, se da lugar a un mayor conocimiento de sus problemas y por ende, a una tendencia a evitarlos o corregirlos. Así mismo, el enfoque de riesgo permite a los servicios de salud identificar y seleccionar a la población de alto riesgo a fin de intervenir oportunamente y brindar una atención prioritaria a aquellos que así lo ameriten.¹⁶

ATENCIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS

La atención en los menores de 5 años es de gran importancia debido a la alta morbilidad y mortalidad que se presenta en esta edad, y además a que en este período es básico vigilar el crecimiento y desarrollo del niño para lograr un estado de salud ideal en los aspectos biopsicosocial.

Para mejorar los actuales niveles de salud del niño, mediante la integración de los programas de prevención y control de enfermedades que con mayor frecuencia pueden afectarlos, el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y del Consejo Nacional de Vacunación, ha considerado normar los siguientes aspectos en relación con la salud del niño: atención integrada, vacunación universal; prevención y control de enfermedades diarreicas; prevención y control de infecciones respiratorias agudas, y control de la nutrición mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años.¹⁷

La Norma Oficial Mexicana establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos aplicables al Sistema Nacional de Salud en todas las unidades que proporcionan atención a los niños residentes en la República Mexicana: Aplicación de las vacunas para la prevención de enfermedades que actualmente se emplean en el esquema de Vacunación Universal; prevención, tratamiento y control de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, así como las acciones

para la vigilancia del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de los menores de 5 años.

La atención integrada al menor de 5 años en la unidad de salud debe considerar los siguientes aspectos: vigilancia de la vacunación, atención del motivo de la consulta, vigilancia de la nutrición y capacitación de la madre.

Aplicación de las vacunas como lo indica el Esquema de Vacunación Universal:

BCG- antituberculosa. Se aplica a todos los niños recién nacidos y hasta los 14 años de edad. Dosis: 0.1 ml. Intradérmica.

VOP tipo Sabin- antipoliomielítica. Se aplican 3 dosis a los 2,4 y 6 meses de edad y refuerzos en los Programas Nacionales de Salud. Dosis: 0.1 ml(2 gotas). Oral.

DPT +HB+Hib- contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b (pentavalente). Se aplica en niños menores de 2 años. Son 3 dosis: a los 2,4 y 6 meses de edad. Dosis: 0.5 ml. Intramuscular profunda.

SRP- contra sarampión, rubeola y parotiditis. Se aplica entre uno y 6 años de edad. Son dos dosis: al año y a los 6 años de edad. Dosis: 0.5 ml. Subcutánea.

DPT- contra la difteria, tos ferina y tétanos; y toroide tetánico-diftérico (Td adulto y Dt infantil). Se aplica entre los 2 y 4 años de edad. Son 2 refuerzos, uno a los 2 años y el otro a los 4 años. Dosis: 0.5 ml. Intramuscular profunda.

El Esquema Básico de vacunación Universal debe de completarse en los lactantes a los doce meses de edad. Cuando esto no sea posible, se ampliará el periodo de vacunación hasta los 4 años con once meses de edad.¹⁷

En un comunicado de prensa de la UNICEF se hace mención especial al progreso logrado por México. Entre 1980 y 2005, México implantó con éxito varios programas cuya escala se ha ido ampliando gradualmente para dar acceso a mayor población, reforzando el sistema de salud del país. Dichos programas se concentraron en las enfermedades diarreicas(distribución de sales de rehidratación oral y Programa de Agua Salubre), las enfermedades prevenibles mediante vacunación (Días Nacionales de

Vacunación, campañas de vacunación contra el sarampión, Programa Universal de Vacunación, Semanas Nacionales de Salud), la administración de suplementos de vitamina A y la terapia antiparasitaria(Semanas Nacionales de Salud).

En México los indicadores básicos demuestran el progreso logrado. De acuerdo al informe de Avance 2006 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México, la tasa de mortalidad de menores de 5 años disminuyó de 44.2 por cada 1,000 nacidos vivos en 1990, a 24 en 2004.¹⁹

CUIDADORES

Hacerse cargo de un anciano implica ir de menos a más en la calidad de la atención que va requiriendo de acuerdo con el ritmo del deterioro de cada persona. En la familia que mantiene al anciano dentro de ella y se responsabiliza de su existencia, con todos los riesgos que implica su salud mental y física, encontraremos siempre una serie de posturas que podrán ocurrir en la dinámica familiar.

El cuidador

1. Inmediata en el cuidador. Si el anciano comienza a deteriorarse física y/o psicológicamente, requerirá alguien que se responsabilice de su cuidado, y esa persona será en realidad un cuidador en la medida que avance el deterioro de la vejez. Dicha persona seguirá una serie de pasos en el cuidado personal que tenga por su pariente anciano y éstos se presentarán casi de inmediato, a saber:
 - a. El primer paso es quejarse. El cuidado amoroso comienza a crear un verdadero desgaste en el cuidador cuando el deterioro de la vejez se declara realmente en el cuerpo y/o mente del anciano. Por ello, es recomendable que no sea siempre un mismo cuidador y que sepa realmente lo que enfrentará en la medida en que se derrumbe la fortaleza del anciano. La queja es válida, pero es preciso saber ante quién se hace, pues si llega a oídos del anciano será un dolor muy profundo y agudo para su sensibilidad personal.

- b. El segundo paso que ocurrirá será la ansiedad, manifiesta en el propio cuidado que tengamos por la persona del anciano, conforme se acercan momentos en los que el cuidador sabe que el anciano se muestra más impertinente y que, por el grado de parentesco que les une, siente que no ha tenido la paciencia necesaria ante los momentos difíciles enfrentados por ambos. En la medida que pasa el tiempo y las cosas son más complejas por el trato que existe entre ellos, la ansiedad sube de tono en el cuidador, pues es difícil separar al paciente de su enfermedad. Entender que uno es el ser querido que se desmorona con la vejez y que otra cosa es la enfermedad que lo mina son aspectos difíciles de asimilar por el cuidador.
- c. El tercer paso que ocurre es la despersonalización progresiva, que conforme el deterioro del anciano avanza es cada vez más evidente, por lo cual el cuidador debe ser más paciente. El cuidador sufre realmente cuando ve a su pariente anciano cómo se deshace cada vez más y surge más firmemente la enfermedad que lo deforma.
- d. El último paso que encontramos es el de la fatiga del cuidador. Ante el cuidado continuo y el roce de ambos en la exigencia que el estado de salud del anciano requiere tanto en elementos físicos como en procesos de limpieza, distracción y relajamiento, el cuidador va cansándose, pues no es nada sencillo tomar a su cuidado a una persona cercana en parentesco y sentimientos y pedirle que se discipline. La disciplina es el punto álgido donde chocan los sentimientos de ambos, pues el cuidador tiene que exigirla para que el deterioro sea menor, pero la resistencia del anciano es natural. Los tiempos y los sentimientos van desgastando más al cuidador que las acciones en sí mismas. A su vez, el juego de exigencias para determinadas acciones y de tolerancia ante otras es un verdadero yunque que golpea inmisericorde al cuidador y le va fatigando en su trato con el anciano.²⁰

2. Mediata en el cuidador. Aquí ocurren cuatro pasos:

- a. Con el transcurso del tiempo, el cuidador comienza a tener una verdadera depresión que le embarga al ver cómo su ser querido desaparece bajo los estragos de la enfermedad y cómo sus cuidados son infructuosos ante la realidad descarnada de cada día. Sus esfuerzos amorosos y constantes de cada día son realmente incapaces de frenar la enfermedad y cada vez ve más mal a su ser querido. Cuando el esfuerzo es recompensado por el cumplimiento de la expectativa que tenemos, no desgasta a quien lo realiza, pero si no logramos las metas pensadas, en la medida que más se esfuerce la persona más se desgastará, pues no alcanzará nada de lo que espera y ello lo desmoralizará. Este sentimiento de incapacidad e imposibilidad de alcanzar lo esperado es de tensión y desesperante para cualquier persona, por lo que a la larga tal cúmulo de tensiones le acarrea una verdadera depresión.
- b. Un segundo paso es una hostilidad franca. Al ver su impotencia ante las circunstancias y la tozudez de la enfermedad, el cuidador reacciona con hostilidad franca, pero sin mala intención. El propio enfermo llega a detestarlo por las exigencias a las que él como enfermo cree tener derecho, y siente que no es complacido. Tanto enfermo como cuidador han caído en el juego de sentimientos que el deterioro ha tejido entre ellos. Ambos han perdido la realidad de las cosas, pues si uno lucha para que su esfuerzo logre metas y otro también lo hace por mejorar su enfermedad, un tercer elemento ajeno a ellos es la propia ancianidad, que desbasta de modo inmisericorde al paciente hasta llevarlo a la muerte.
- c. El tercer paso es la evitación o distanciamiento. Ambas personas se encuentran cansadas, confundidas y desean poner fin a este estado recurriendo a una forma evasiva como la evitación o distanciamiento. El cuidador trata de manejar lo menos posible las relaciones entre él y su pariente enfermo, por lo cual atiende a la persona cuando realmente es necesario y deja a un lado el parentesco que los une. Los afectos y

sentimientos han pasado a un segundo plano y el primero es ocupado por las necesidades reales que presenta el enfermo con su enfermedad.

- d. El cuarto paso es la pérdida de recursos económicos. Toda enfermedad cuesta dinero y los recursos de algunas personas se ven realmente menguados de manera drástica, lo cual depende tanto del estilo de enfermedad física o mental que aqueje a su pariente anciano, como de los propios recursos disponibles en cada caso y de quienes más aporten para solventar la enfermedad. Este rubro siempre es delicado, pues son recursos que no volverán más y la persona se siente obligada a hacer la última lucha con el pariente cercano que cuida, pues de otra manera lo dejaría solo ante su suerte.²⁰

DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

La palabra cáncer se refiere a un grupo grande de enfermedades(más de 100), que se caracterizan por el crecimiento, la invasión y la propagación sin control de células anormales a otras partes del cuerpo.

El desarrollo de nuestro país y el incremento en la esperanza de vida han traído consigo el envejecimiento de la población y el incremento de enfermedades crónico-degenerativas; entre ellas destacan por su frecuencia los tumores malignos, que desde 1989 ocupan en México el 2º lugar como causa de muerte.

Entre las neoplasias malignas, los cánceres de colon y próstata se relacionan con el grado de desarrollo y de envejecimiento de un país.

El cáncer de próstata es una de las neoplasias malignas más frecuentes en los hombres y se incrementa conforme aumenta la edad. En el año 2000 el 87.6% de las defunciones se registraron en la población mayor de 65 años. Durante 1999, el cáncer de próstata se ubicó en 2º lugar en el grupo de edad postproductiva, con una tasa de 71.7 por 100 000 habitantes.

En las primeras etapas de la enfermedad, el cáncer se limita a la próstata y no suele ser mortal; las acciones de detección oportuna son una herramienta que permite incorporar al paciente al tratamiento radical a tiempo, e impide la progresión de la enfermedad.

Entre las acciones preventivas están la de promoción de la salud, dirigida a vencer la resistencia de los hombres a realizarse reconocimientos médicos periódicos, ya que es la mejor protección contra la enfermedad, promoción de estilos de vida más sanos, la prevención de riesgos específicos entre los sectores de la población más expuestos, la detección oportuna de casos y la atención temprana de los enfermos.

El urólogo es el médico más capacitado para diagnosticar y tratar muchos de los problemas de la próstata, pero el número de ellos es limitado, por lo que el abordaje de esta enfermedad se tiene que estratificar por niveles de atención.

En el primer nivel de atención se deberá realizar: acciones de promoción de la salud, vigilancia de síntomas sospechosos y de los factores de riesgo de esta enfermedad.

Entre los factores de riesgo se encuentran:

- Factor genético- las razas negras y los escandinavos tienen una alta incidencia, predisposición familiar, pariente en primer grado con cáncer de próstata tiene un riesgo 10% mayor de tener un cáncer prostático.
- Factores alimenticios y ambientales- la alta ingesta de grasas, la vitamina A, Zinc, Cadmio y Selenio (carcinogénicos).
- Factor hormonal- la presencia de receptores esteroides en las células tumorales y la respuesta positiva a la supresión de los andrógenos, así como los altos niveles de Dihidrotestosterona en las células cancerosas, apoyan la hipótesis hormonal.
- Un factor protector es la mayor producción de vitamina D ante la exposición a la radiación solar.

El diagnóstico del cáncer se hace a través de estudios clínicos y de gabinete: tacto rectal, ultrasonografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), y marcadores séricos del tumor, entre estos, sin duda el más importante

es el antígeno prostático específico (APE). El APE, se determina como normal(< 4 nanogramos (ng/ml), intermedio 4.1-10ng/ml y altamente sospechoso arriba de 10 ng/ml. Estos dos últimos requieren de biopsia.

La Sociedad Americana de Cáncer, recomienda que todos los varones de más de 50 años se sometan a tacto rectal y determinación del antígeno prostático específico. En los casos con antecedentes familiares, el control se deberá iniciar a los 40 años. Si el tacto rectal y el APE son normales se recomienda control anual.²⁵

En la última Encuesta Nacional de Salud del 2005, se encontró que dentro de las principales causas de mortalidad general el cáncer de próstata estaba en el 16º lugar y dentro de las principales causas de mortalidad en hombres estaba en el 13º lugar.^{23,24}

Cada año se registran en México unos 6500 casos de cáncer de próstata, lo que representa la 1ª causa de muerte por cáncer en los hombres, con 1600 decesos. Cada año se detectan 680 nuevos casos, informó el Director del Hospital de Oncología del CMN Siglo XXI, Dr. Pedro Escudero de los Ríos en un comunicado de prensa en diciembre del 2007.²⁶

DETECCIÓN DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

El cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos primero en mortalidad, relacionada con las neoplasias malignas en la población en general.

En la población femenina, el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad.

En los países con programas de detección masiva adecuadas a través del estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la mortalidad por cáncer cérvico uterino, atribuible a la detección de lesiones precursoras y preinvasoras, para las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo social y de servicios de salud.

Se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del cáncer cérvico uterino y actualmente se encuentran en desarrollo nuevas alternativas tanto de detección como terapéuticas y de prevención primaria (vacunas preventivas), que se irán incorporando de acuerdo a los estudios de costo-efectividad que se realicen, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, eje fundamental del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

Debido a la magnitud que muestra el cáncer cérvico uterino en nuestro país, se considera un problema de salud pública, por lo que es necesario subrayar como estrategia principal la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia. Es importante lograr una participación activa de la comunidad en la solución de este problema de salud, la cual se podrá lograr mediante la educación para la salud, las acciones de promoción, difusión e información de los factores de riesgo, así como la concientización en el autocuidado de la salud. Actividades que se pueden llevar cabo en el primer nivel de atención.²⁷

Se deberá dar especial atención a las áreas rurales e indígenas y a las zonas urbano-marginadas, a través de estrategias de extensión de la cobertura.

FACTORES DE RIESGO:

- Mujeres de 25-64 años de edad
- Vida sexual activa antes de los 18 años
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- Infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano
- Múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer)
- Tabaquismo
- Desnutrición
- Deficiencia de antioxidantes
- Pacientes con inmunodeficiencias
- NUNCA HABERSE PRACTICADO EL ESTUDIO CITOLÓGICO

En la Encuesta Nacional de Salud del 2005, dentro de las principales causas de mortalidad general, se encontró al tumor maligno del cuello del útero en el 19° lugar con 4,270 casos de defunción. Y dentro de las principales causas de mortalidad en mujeres, se encontró al tumor maligno del cuello del útero en el 11° lugar.²³

DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres a nivel mundial. Se estima que cada año se diagnostican un poco más de un millón de casos de esta enfermedad.

Los países y regiones más desarrolladas tienen las más altas tasas de incidencia, sin embargo del total de las defunciones al año el 60% se registraron en países en vías de desarrollo.

En diversas partes del mundo, se observó un incremento de casi el 100% en el número de casos en el 2000.

El cáncer en México ha incrementado su frecuencia en los últimos 30 años. Como causa de muerte ha pasado del 15° al 2° lugar general, y en las mujeres a partir de los 35 años ocupa ya el primer lugar, convirtiéndose en un grave problema de salud pública.

Cada año se diagnostican en nuestro país más de 11,000 pacientes con esta enfermedad, lo que representa un incremento del 18% en los últimos 3 años; asimismo, fallecen anualmente cerca de 4,000 mujeres, lo que significa un aumento del 50% en la mortalidad en los últimos 10 años.

El grupo de edad más afectado se encuentra en la quinta y sexta década de la vida y lamentablemente solo de un 5 a un 10% de los casos se diagnostican en etapas clínicas tempranas.²⁸

Los datos de mortalidad nacional por esta neoplasia muestran que se presenta con más frecuencia en el norte del país y menos en el suroeste.

Solo con la acción concertada de todos los participantes en la prevención primaria, secundaria y terciaria será posible dar una respuesta a esta grave problemática social, ya que requiere de la intervención médica, social y educativa, así como de un financiamiento suficiente debido a la cronicidad de su evolución y a los costos del tratamiento.

Se recomienda divulgar los factores de riesgo para desarrollar un cáncer mamario:

- Mujer mayor de 40 años.
- Historia personal o familiar de cáncer de mama.
- Nuligesta o primer embarazo a término después de los 30 años de edad.
- Antecedente de patología mamaria benigna (proceso proliferativo, hiperplasia atípica). Vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años).
- Antecedente de terapia hormonal de reemplazo prolongada (mayor de 5 años). Obesidad. Todas las mujeres con sospecha de patología mamaria deben ser canalizadas en forma oportuna para su atención médica especializada.

Prevención

A la fecha el único fármaco aprobado para reducir la incidencia de cáncer mamario es el tamoxifén. Se recomienda que las unidades de oncología cuenten con una guía de manejo sobre prevención de manera de poder recomendar su uso sólo después de analizar los riesgos y beneficios de cada caso en particular.²⁸

Diagnóstico Temprano

Recomendaciones:

- Auto-examen mamario mensual a partir de los 18 años (7 días después de terminada la menstruación).
- Examen clínico mamario anual, a partir de los 30 años.
- Mamografía de tamizaje en mujer asintomática a partir de los 40 años.
- El ultrasonido mamario es el estudio de elección inicial en mujeres menores de 35 años con patología mamaria.
- En el seguimiento de pacientes que han finalizado su terapia adyuvante o durante la misma, es necesario diagnosticar en forma temprana la enfermedad recurrente con la finalidad de instituir tempranamente un tratamiento adecuado.²⁸

PROCEDIMIENTO

FRECUENCIA

Instrucciones a la paciente sobre los síntomas y signos de recurrencia	Al término de su tratamiento radical
Exámen físico	1° y 2° año cada 3 meses Del 3° al 5° año cada 6 meses A partir del 5° año anual
Autoexploración mamaria	Mensual
Mamografía Antecedente de: Mastectomía radical Manejo conservador	Anual Semestral el 1° y 2° año, Posteriormente anual
Marcadores tumorales	Sin información para recomendarlos
Centellografía ósea y ECO o TAC hepático, enzimas hepáticas	Sólo si hay sintomatología
Tele de tórax	Anual
Otros procedimientos de pesquisa (ovario, colon y endometrio)	Anuales

DEMOGRAFÍA

CAMBIOS SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS EN MÉXICO

El INEGI tiene una publicación titulada Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000), que contiene una selección de estadísticas sobre la evolución social y demográfica de México en estos setenta años. A continuación se mencionan algunos de los cambios que ha sufrido nuestro país:

- En 1930 México era un país con predominio rural, en el 2000 es eminentemente urbano y con una alta concentración de población en unas cuantas ciudades.
- En el México moderno , una cuarta parte de la población reside en localidades dispersas que están ligadas a condiciones de alta marginación y rezago social.
- La composición por edad de la población mexicana da cuenta del proceso de envejecimiento: se observa un incremento de la proporción de personas de 60 años y más, de 5.6% en 1970 a 7.3% en el año 2000, en tanto que se reduce la proporción de niños de 0 a 4 años de 17% a 11 por ciento.
- En el año 2000, existen 22.3 millones de niños en edad escolar, 27.5 millones de jóvenes, 56.6 millones de adultos y 7 millones de ancianos.
- La tasa global de fecundidad disminuyó de 6.8 a 2.4 hijos por mujer entre 1960 y el año 2000.
- Entre los años 1930-2000 la esperanza de vida pasó de 34 a 75 años, lo que significa una ganancia de 41 años e indica un mejoramiento sustantivo de las condiciones de salud.
- 21 de cada 100 niños y 17 de cada 100 niñas de primer año de primaria presentan déficit de talla.
- De cada mil nacimientos en 1930, fallecían 156 niños antes del año de vida, en el 2000 se morían 24 infantes, aunque en los estados de Oaxaca y Chiapas superaron las 30 muertes infantiles.
- La tasa de analfabetismo disminuyó de 26% a poco más de 9% de 1970 al 2000, y el promedio de escolaridad pasó de 3.4 años en 1970 a 7.6 en 2000.
- En el 2000 uno de cada 2 mexicanos de 15 años y más presentó rezago educativo.

- La población económicamente activa aumentó de 5.2 millones en 1930 a 39.8 en 1999.
- A pesar de la división sexual del trabajo, la participación femenina constituye el cambio más importante en el ámbito laboral: en 1930 sólo participaban 240 mil mujeres en el mercado de trabajo, en el 2000 lo hacían 13.3 millones.
- En 1930 el sector agropecuario concentraba 73.2% de la fuerza de trabajo, en el 2000 solo la quinta parte de la PEA.
- En el 2000 el 56% de la población ocupada trabajaba en miniempresas, integradas por menos de 6 empleados y 41% de la población asalariada carecía de prestaciones sociales.
- De cada 10 hogares mexicanos 2 eran dirigidos por mujeres en el 2000.
- El número de familias donde el jefe y la cónyuge trabajan se incrementó de 23.4% en 1992 a 34.6% en 1998.
- Las viviendas con un cuarto disminuyeron de 56% a 23.4% entre 1960 y el año 2000. Estos cambios no han sido similares en todas las entidades del país, ya que Guerrero, Chiapas y Oaxaca registraron porcentajes de viviendas con un cuarto, superiores al 40%.
- La disponibilidad de servicios mejoraron en el ámbito nacional, en 1950, 17% de las viviendas tenían agua entibada y en el 2000 alcanzaron 87 por ciento.²⁹

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA (OMS)

A nivel mundial, las principales causas de morbilidad general en el 2004 reportadas por la OMS fueron:

ENFERMEDAD	CASOS(millones)	%
1 Infecciones de vías respiratorias bajas	9.5	6.2
2 Enfermedades diarreicas	72.8	4.8
3 Depresión unipolar	65.5	4.3
4 Enfermedades cardiacas isquémicas	62.6	4.1
5 SIDA	58.5	3.8
6 Enfermedades cerebrovasculares	46.6	3.1
7 Prematurez y bajo peso al nacer	44.3	2.9
8 Asfixia y trauma al nacimiento	41.7	2.7
9 Accidentes automovilísticos	41.2	2.7
10 Infecciones neonatales	40.4	2.7

La recopilación de datos y la comparación de datos sobre la salud a nivel mundial permiten describir los problemas sanitarios, identificar las tendencias y ayudar a los responsables de tomar decisiones a establecer prioridades.³⁰

Diez Datos sobre la Carga Mundial de Morbilidad

- 1- Cada año mueren unos 10 millones de niños menores de 5 años. Casi todos esos niños podrían sobrevivir si tuviera acceso a intervenciones simples y efectivas.
- 2- Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en el mundo. El 80% de las muertes prematuras debidas a cardiopatías o accidentes cerebrovasculares se podrían evitar mediante una alimentación saludable, una actividad física regular y la abstinencia del consumo de tabaco.
- 3- El VIH/SIDA es la principal causa de mortalidad adulta en Africa. La falta de acceso a los servicios sanitarios y la deficiencia de estos limita la supervivencia.

- 4- El envejecimiento de la población contribuye al aumento de la incidencia de cáncer y cardiopatías. Contribuye al aumento de la incidencia de enfermedades crónicas especialmente en países en desarrollo.
- 5- El cáncer de pulmón es la causa de mortalidad por cáncer más común en el mundo. El consumo de tabaco es la principal causa de cáncer evitable en el mundo.
- 6- Las complicaciones del embarazo causan casi el 15% de las defunciones mundiales de mujeres en edad fecunda. Más de medio millón de mujeres mueren debido a complicaciones evitables durante el embarazo o el parto.
- 7- Trastornos mentales como la depresión figuran entre las 20 principales causas de discapacidad a nivel mundial. La depresión afecta a unos 120 millones de personas en todo el mundo y se prevé que este número aumente.
- 8- La pérdida de audición, los problemas de visión y los trastornos mentales son las causas más comunes de discapacidad. Estos trastornos pueden afectar la vida de las personas y su sustento. Las cifras difieren entre los países de ingresos más altos y de ingresos más bajos.
- 9- Se prevé que los traumatismos causados por el tránsito, que en 2004 ocupaban el noveno puesto entre las principales causas de mortalidad a nivel mundial, pasen a ocupar la quinta posición en el 2030. Cada día mueren más de 3 500 personas y millones sufren lesiones o quedan discapacitados para toda la vida por causa de accidentes de tráfico.
- 10- La desnutrición es la causa subyacente de mortalidad como mínimo en el 30% de los niños menores de cinco años. En todo el mundo, casi 20 millones de niños sufren desnutrición grave.

Mientras las principales causas de mortalidad como las enfermedades isquémicas cardíacas y cerebrovasculares continúan entre las principales seis causas de morbilidad, 4 condiciones no causantes de muerte también están entre las 20 principales causas de morbilidad y son: los trastornos depresivos, la pérdida de audición y de la visión y el alcoholismo. Esto muestra la importancia de tomar en cuenta , tanto estas causas de morbilidad como las que si causan la muerte cuando investigamos las causas de morbilidad en las poblaciones.

Las 2 principales causas de morbilidad en el mundo son las enfermedades infecciosas (IRAS e IDAS). SIDA está en el 5º lugar y las otras 3 enfermedades infecciosas están dentro de las primeras 15 causas de morbilidad.

Las principales causas de morbilidad en países subdesarrollados son similares a las del mundo en 2004, excepto malaria y TB. Y las principales causas de morbilidad en los países desarrollados son no transmisibles como la depresión, pérdida auditiva y alcoholismo, siendo de baja mortalidad.³⁰

La depresión se encuentra en el tercer lugar de la morbilidad mundial y en el 8º lugar en los países subdesarrollados, pero en primer lugar en países en vías de desarrollo y los desarrollados. Esta situación puede disminuir con un tratamiento efectivo.

El tabaquismo es prevenible y causante de enfermedades en países desarrollados y en vías de desarrollo. El EPOC se encuentra en 5º lugar en los países en vías de desarrollo y en 7º lugar en los países desarrollados. El cáncer de pulmón se encuentra en 9º lugar en países desarrollados. El tabaquismo también contribuye al desarrollo de enfermedades isquémicas cardíacas y cerebrovasculares, y afecta comunidades en países desarrollados. El alcoholismo también es prevenible y contribuye a la morbilidad de los países desarrollados y en vías de desarrollo.³⁰

EL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF)

Hasta ahora se ha descrito la interrelación entre la APS, el Perfil del Médico Familiar, el desarrollo de la Medicina Familiar, las funciones e importancia de la medicina familiar inserto en los sistemas de salud.

La medicina familiar ha tenido dificultades para su plena consolidación en nuestros sistemas de atención médica; es de esta forma que surge la necesidad de contar con un modelo de atención que cumpla con las características necesarias.

El MOSAMEF es un modelo de práctica médica familiar, diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Fue dado a conocer desde 1995 en la tercera edición del libro Fundamentos de Medicina Familiar.⁶

En este trabajo se propone al MOSAMEF (Modelo Sistemático de Atención Médica) como la piedra angular de una estrategia operativa de trabajo que permita incluir el conocimiento de los datos básicos de las familias derechohabientes a través de una cédula de identificación familiar (CEBIF), con el fin de integrar de una manera sistematizada los datos clave que permitirán al médico familiar aplicar un modelo previamente probado y a través del cual se puedan complementar las estrategias preventivas y de planeación y/o tratamiento necesarias, para cada comunidad.

El concepto de MOSAMEF se origina a partir de tres preguntas fundamentales: ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar? ¿Cómo identificar las necesidades de atención, a la salud de las familias? ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?

A continuación describiremos el MOSAMEF:

1) Definición

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

2) Propósito

- Describir el escenario en el que el médico familiar desempeña sus actividades, infraestructura, perfil demográfico de las familias, perfil epidemiológico, etc.

- Analizar los problemas, priorizar las necesidades, planear y organizar (infraestructura, recursos tiempo) estrategias.
- Desarrollar actividades fundamentadas en los principios esenciales de la medicina familiar. (Atención integral del individuo y su familia, continuidad de la atención y enfoque de riesgo)
- Evaluar los resultados de las estrategias.

3) Etapas

1- Diagnóstica

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

Población bajo su cuidado profesional

- Pirámide Poblacional
- Diagnóstico de salud y riesgo la de la población: Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF)
- Expedientes clínicos.

Infraestructura

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

Perfil epidemiológico y problemas de salud

- Diez primeras causas de motivos de consulta
- Diez primeras causas de morbilidad
- Diez primeras causas de referencia

Resultado esperado: el médico familiar describirá las características de la población bajo su cuidado, la infraestructura que respaldará su ejercicio profesional y los principales problemas de salud que él deberá atender. (Análisis de situación)

- 2- Análisis de la situación
- 3- Priorización de problemas

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

Estrategia: Investigación basada en la práctica clínica.

Diagnóstico de aplicación de NOMs

Evaluación de la operación de los programas prioritarios para la salud.

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

Resultados esperados: Identificará los aciertos y errores en la aplicación de las NOMs y los resultados obtenidos por la aplicación de los programas prioritarios. La información obtenida se utilizará para la planeación, estrategias dirigidas a la mejoría de su práctica profesional.

- 4- Planeación de estrategias y modelos de evaluación de las mismas

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

Estrategia: investigación (cinco líneas: metodológica, clínica, educativa, en servicios y en sistemas de salud)

Resultado esperado: evaluar si las intervenciones (clínicas, administrativas, operativas, etc.) son eficaces para la solución de los problemas detectados.

5- Desarrollo de actividades o proyectos

6- Evaluación de resultados

4) Escenarios

1.- Consultorio

1 Población bajo su cuidado

2 Infraestructura

3 Perfil epidemiológico

2.- Servicio

1 Evaluación de la calidad de la atención médica

2 Evaluación de la satisfacción de los trabajadores y usuarios

3.- Unidad Médica

1 Actividades de capacitación y actualización del personal de salud

2 Actividades docentes

3 Actividades de investigación

4 Sistema de supervisión y auditoría

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial en el año 2005 era de 6 465 millones de habitantes; en México en el mismo año, el INEGI reportó 103 263 388 habitantes, de los que 53 013 433 eran mujeres y 50 249 955 eran hombres.³¹ La CONAPO proyectó que para el año 2008 habría 106 682 518 habitantes. El INEGI realizó un conteo de la población mexicana por cantidad de hogares en el 2005 que reportó 24 803 625 hogares, de los que el 91.8% fueron hogares familiares con 68.2% nucleares, 22.4% ampliados, 0.6% compuestos y 0.7% no especificados; los hogares no familiares correspondieron al 8% de los cuales 75% fueron unipersonales, 0.5% copresidentes y 0.2% no especificados. El promedio de integrantes del hogar por sexo del jefe fue de 4.2% para jefe y 3.4% para jefa.³³ La CONAPO realizó una predicción para el año 2008 de 26 911 483 hogares.³⁴

En México la población es atendida por las siguientes instituciones:

INSTITUCION	IMSS	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	SEGURO POPULAR	OTRAS
Porcentaje derechohabiente de la población	66.2%	11.9%	2.2%	15.1%	6.1%

Datos del año 2005³²

Las principales causas de mortalidad en México se muestran en la siguiente tabla.

Datos de la Mortalidad General 2005 en México

Orden	Descripción	Defunciones	Tasa	%
	Total	493 957	464.0	100.0
1	Diabetes mellitus	67 090	63.0	13.6
2	Enfermedades isquémicas del corazón	53 188	50.0	10.8
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	27 566	25.9	5.6
4	Enfermedad cerebrovascular	27 370	25.7	5.5
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	20 253	19.0	4.1
6	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	16 448	15.5	3.3
7	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	15 742	14.8	3.2
8	Infecciones respiratorias agudas bajas	14 979	14.1	3.0
9	Enfermedades hipertensivas	12 876	12.1	2.6
10	Nefritis y nefrosis	11 397	10.7	2.3

Fuente: Base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información.

Las principales causas de mortalidad en el Distrito Federal se muestran en la siguiente tabla:

Datos de la Mortalidad General 2006 en el D.F.³⁶

Orden	Descripción	Defunciones	Tasa x 1000 hab.
	Total	49 894	566.0
1	Enfermedades del corazón	9 917	112.5
	- Enfermedades isquémicas del corazón	7 41	79.9
2	Diabetes mellitus	8 435	95.7
3	Tumores malignos	6 867	77.9
4	Enfermedades cerebrovasculares	2 783	31.6
5	Enfermedades del hígado	2 506	28.4
	- Enfermedad alcohólica del hígado	1 025	11.6
6	Accidentes	2 026	23.0
	- De tráfico de vehículos de motor	1 131	12.8
7	Influenza y neumonía	1 630	18.5
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1 509	17.1
9	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1 235	14.0
	- Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	605	6.9
10	Insuficiencia renal	908	10.3

Fuente: Secretaría de Salud del D.F./INEGI. 2006

En la Clínica de Medicina Familiar “Villa Álvaro Obregón” se atendieron las siguientes causas de consulta desde el mes de noviembre de 2007 hasta octubre de 2008:

Orden	Causa de Consulta	Frecuencia
1	Hipertensión esencial (primaria)	17 428
2	Infecciones de vías respiratorias agudas	16 037
3	Diabetes mellitus no especificada	12 359
4	Caries de la dentina	10 539
5	Examen médico general	6 074
6	Colitis, gastroenteritis, gastritis y ERGE	5 510
7	Infección de vías urinarias	4 651
8	Examen ginecológico (general) (de rutina)	3 361
9	Osteoporosis no especificada	2 865
10	Obesidad no especificada	2 577

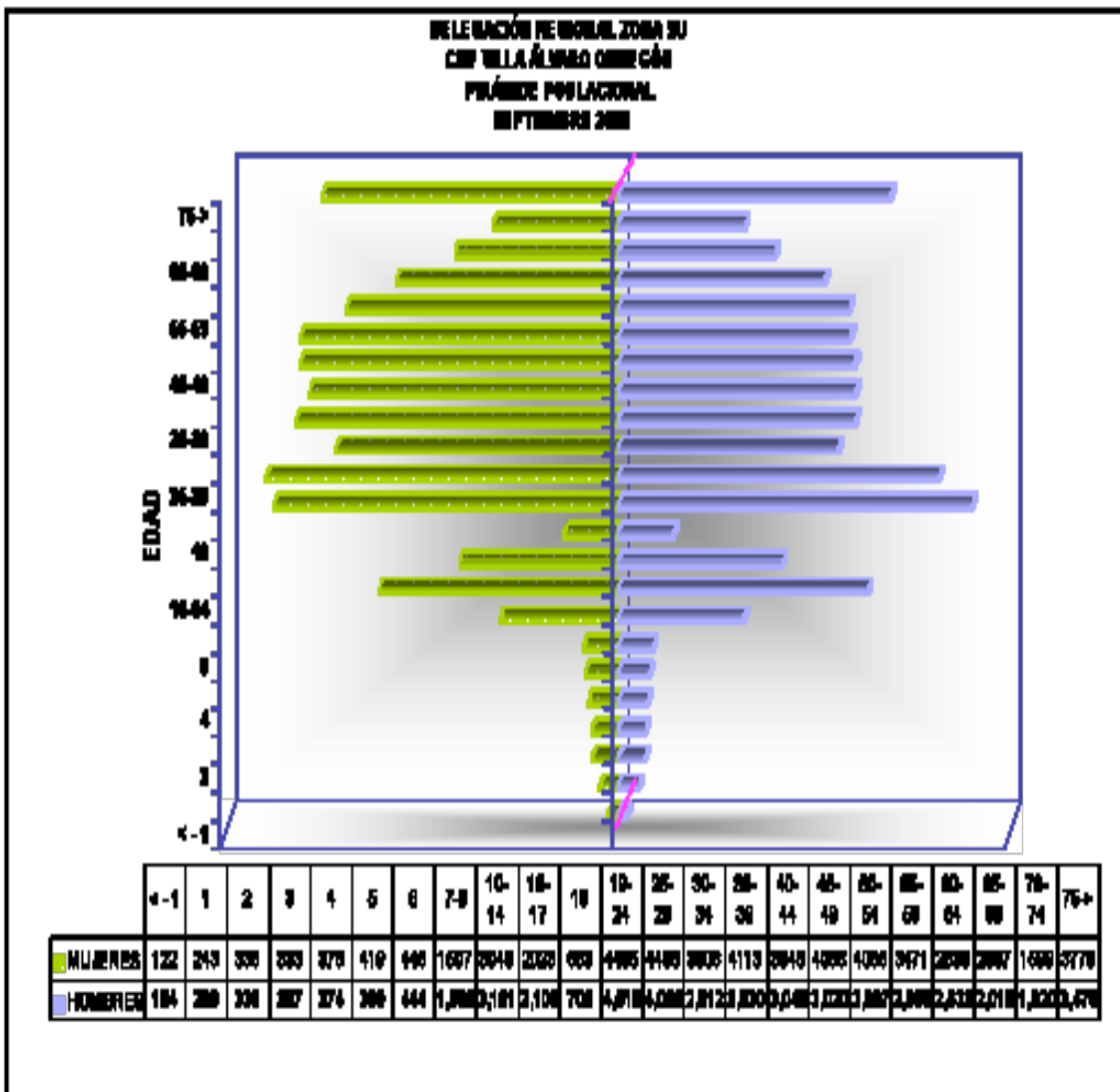
Fuente: Departamento de Estadística de la CMF “Villa Álvaro Obregón” del ISSSTE

Es importante que el médico familiar conozca las características de las familias que atiende para lograr hacer un abordaje integral y realizar medidas no solo curativas sino también preventivas, para esto es de gran utilidad conocer las principales necesidades en cuestión de salud-enfermedad de la población que se atiende. Desafortunadamente se desconocen las características de las familias que acuden al consultorio No. 11 de la Clínica de Medicina Familiar “Villa Álvaro Obregón” del ISSSTE en el D.F. y tampoco se conocen en forma sistemática las principales causas de consulta atendidas, por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características de las familias que acuden al consultorio 11 de la Clínica de Medicina Familiar “Villa Álvaro Obregón” y las principales causas de consulta?

JUSTIFICACION

El INEGI reporta que en el Distrito Federal viven 8'836,045 habitantes, de los cuales 4'564,132 son mujeres y 4'271,913 son hombres. Según la CONAPO existen 2'453,052 hogares, los hogares nucleares son 1'564,017 y los hogares compuestos son 31,864. En la Clínica de Medicina Familiar “Villa Álvaro Obregón” la población registrada asciende a 98,084 derechohabientes y la población usuaria es de 69,557 derechohabientes. Se representa en la siguiente pirámide de población:



Fuente: Diagnóstico Situacional de la CMF “Villa Alvaro Obregón” del ISSSTE en la Cd. de México.

En el consultorio 11 se atiende a 10 colonias con aproximadamente 5,000 derechohabientes registrados de los que desconozco sus características familiares.

La unidad cuenta con los servicios de vigencia de derechos, estadística, archivo, población fija, salas de espera, consultorios que hacen posible el abordaje del problema de investigación, además se cuenta con el MOSAMEF y su CEBIF para lograr identificar las características de las familias que se atienden.

Con los resultados de esta investigación se obtendrá información sobre las características de las familias con lo que yo identificaré las necesidades de salud de la población y mis necesidades de capacitación para brindar un mejor servicio y planear un programa de trabajo con el resto del equipo de salud que me apoya.

OBJETIVOS

GENERAL

Describir las características de las familias que acuden al consultorio 11 de la Clínica de Medicina Familiar “Villa Álvaro Obregón” y las principales causas de consulta.

ESPECÍFICOS

- Identificar aspectos sociodemográficos de las familias estudiadas
- Clasificar a las familias según su estructura
- Identificar la etapa del ciclo de vida de las familias
- Identificar los factores de riesgo familiares
- Identificar la frecuencia anual de cuadros respiratorios y diarreicos agudos en menores de 5 años de las familias encuestadas.
- Identificar la cobertura del esquema de vacunación de menores de 5 años.
- Identificar el estado nutricional de los menores de 5 años.
- Identificar el apoyo de cuidadores en las familias encuestadas.
- Identificar la realización de detección de cáncer cervicouterino y de mama y su presencia.
- Identificar las principales causas de consulta en un año.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

- Observacional
- Descriptivo
- Transversal
- Retrospectivo y prospectivo

Población, lugar y tiempo

Familias usuarias del consultorio 11 de la Clínica de Medicina Familiar “Villa Álvaro Obregón” del ISSSTE en la Cd. de México, México. De mayo de 2008 a abril de 2009.

Tipo de muestra

- Por cuota

Tamaño de muestra

- 125 familias
- Error 7%
- Confianza 90%

Criterios de inclusión

- Familias usuarias del consultorio 11
- Que acepten ingresar al estudio

Criterios de exclusión

- a) Pacientes que no correspondan al consultorio 11
- b) Personas que no aceptaran ingresar al estudio

Criterios de eliminación

- a) Entrevistas incompletas

Información a recolectar

Variables

Nombre: Edad de la madre

Definición: El tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad de la madre de familia.

Tipo de variable: Cuantitativa

Valores asignados: 1 a n

Nombre: Ocupación de la madre.

Definición: conjunto de funciones o tareas específicas que desempeña la madre de familia en su trabajo.

Tipo de variable: cualitativa

Valores asignados

01: ama de casa	11: conductora de auto, camioneta o camión
02: jubilada/pensionada	12: empleada (cajera, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)
03: desempleada	13: profesional (maestra, médica, arquitecta, ingeniera, abogada, etc.)
04: subempleada	14: artista (música, escultora, pintora de arte, escritora, poeta, etc.)
05: menor de 4 años	15: comerciantes establecidos (tiendas o negocios formales con 1 a 5 trabajadores o familiares a sueldo)
06: estudiante	16: empresaria (dueña de comercios, organizaciones, industrias o servicios establecidos legalmente)
07: estudia y trabaja	17: directiva (ejecutivas, gerentes, directoras, etc.)
08: campesina	18: servicios diversos (gestora, mesera, policía, paramédico, intendencia, vigilancia, trabajadora doméstica, etc)
09: artesana	19: otras ocupaciones no especificadas.
10: obrera	

Nombre: Escolaridad de la madre

Definición: cantidad de años que asistió a la escuela la madre de familia para llevar a cabo sus estudios, desde preescolar hasta posgrado

Tipo de variable: cuantitativa

Valores asignados: 1 a n

Nombre: Antecedentes gineco-obstetricos de la madre

Definición: se refiere al número de embarazos, partos, abortos y cesáreas durante la edad reproductiva de la madre.

Tipo de variable: cuantitativa

Valores asignados: 1 a n

Nombre: Métodos de planificación familiar de la madre

Definición: conjunto de medidas, fármacos y aparatos que utiliza la madre para evitar el embarazo.

Tipo de variable: cualitativa

Valores asignados: el ritmo, hormonales orales, implante, DIU, salpingoclasia

Nombre: Edad del padre

Definición: El tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad del padre de familia.

Tipo de variable: Cuantitativa

Valores asignados: 1 a n

Nombre: Ocupación del padre

Definición: conjunto de funciones o tareas específicas que desempeña el padre de familia en su trabajo.

Tipo de variable: cualitativa

Valores asignados:

01: amo de casa	11: chofer
02: jubilado/pensionado	12: técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)
03: desempleado	13: empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)
04: subempleado	14: profesional (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeros, psicólogos, etc.)
05: menor de 4 años	15: artista (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta, etc.)
06: estudiante	16: comerciantes establecidos (tiendas o negocios formales con 1 a 5 trabajadores o familiares a sueldo)
07: estudia y trabaja	17: empresario (dueño de comercios, organizaciones, industrias o servicios establecidos legalmente)
08: campesino	18: directivo (ejecutivos, gerentes, directores, etc.)
09: artesano	19: servicios diversos (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, etc.)
10: obrero	20: otras ocupaciones no especificadas

Nombre: Escolaridad del padre

Definición: cantidad de años que asistió a la escuela para llevar a cabo sus estudios, desde preescolar hasta posgrado.

Tipo de variable: cuantitativa

Valores asignados: 1 a n

Nombre: Métodos de planificación familiar del padre

Definición: conjunto de medidas, fármacos y aparatos que utiliza el padre para evitar el embarazo.

Tipo de variable: cualitativa

Valores asignados: vasectomía, preservativos, coito interrumpido

Nombre: Estado civil de los padres

Definición: condición social que presentan los padres de la familia con respecto a su unión.

Tipo de variable: cualitativa

Valores asignados: casados, solteros, unión libre, viudos, separados, divorciados.

Nombre: Número de hijos

Definición: cantidad de descendencia tuvieron los padres de la familia.

Tipo de variable: Cuantitativa

Valores asignados: 1 a n

Nombre: Otras personas en el hogar con parentesco

Definición: personas que viven con la familia y tienen algún lazo consanguíneo.

Tipo de variable: Cualitativa y cuantitativa

Valores asignados: 1 a n. Yernos, nueras, nietos, abuelos, sobrinos, tíos, primos, cuñados.

Nombre: Otras personas en el hogar sin parentesco

Definición: personas que viven con la familia y no tienen lazo consanguíneo.

Tipo de variable: Cualitativa y cuantitativa

Valores asignados: 1 a n. Compadres, amigos, empleadas domésticas.

Nombre: Clasificación de la familia

Definición: tipos de familias por las diferentes características de los integrantes.

Tipo: cualitativa

Valores:

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 han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco

Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres(ej.: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)

Nombre: Etapa del ciclo de vida de la familia

Definición: son las diferentes fases por las que pasa una familia desde su formación

Tipo de variable: cualitativa

Valores asignados: matrimonio, expansión, dispersión, independencia y retiro o muerte

Nombre: Vivienda

Definición: tipo de vivienda según la manera de adquirirla.

Tipo de variable: cualitativa

Valores asignados: propia, financiamiento, rentada o prestada

Nombre: Desarrollo comunitario

Definición: conjunto de servicios públicos con los que cuenta la vivienda de la familia.

Tipo de variable: cualitativa

Valores asignados: agua potable, drenaje subterráneo, luz, teléfono, alumbrado público, pavimentación, banquetas, transporte público y vigilancia

Nombre: Índice simplificado de marginación familiar

Definición: Indicador de ausencia de satisfactores apropiados para cubrir un mínimo de ciertas necesidades llamadas básicas.

Tipo de variable: cualitativa y cuantitativa

Valores asignados: 0 a 3 puntos = Sin pobreza

3.5 a 6 = Con pobreza

6.5 a 10 = Pobreza extrema

Nombre: Uso de servicios médicos

Definición: servicio médico a los que recurre la familia en caso necesario.

Tipo de variable: cualitativa

Valores asignados: IMSS, SSA, SEDENA. Privado, ISSSTE, DIF, PEMEX, Secretaría de Marina, otros

Nombre: Factores de riesgo familiar

Definición: antecedentes familiares patológicos que pueden poner en riesgo la salud de la familia.

Tipo de variable: cualitativa

Valores asignados:

Diabetes mellitus	Hepatitis B y C
Hipertensión arterial	TB. Pulmonar
Enf. Corazón	Desnutrición
CaCu	Obesidad
Ca Mama	Anorexia, Bulimia
Ca Próstata	Tabaquismo
Otro cáncer	Alcoholismo
Insuficiencia Renal	Otras farmacodependencias
Enf. Cerebrovascular	Violencia Intrafamiliar
Asma	Enf. Psiquiátricas
Sida/VIH	Riesgo ocupacional
Otro ETS	Discapacidad

Nombre: Atención a la salud del niño

Definición: datos que nos permiten conocer el estado de salud del niño menor de 5 años en cuanto a frecuencia de enfermedades infecciosas en un año, esquema de vacunación y estado nutricional.

Tipo de variable: cuantitativa y cualitativa

Valores asignados:

- IRAS y EDAS menos de 3 veces al año
- IRAS y EDAS más de 3 veces al año
- Esquema de vacunación en edad de 0-1 año completo o incompleto
- Esquema de vacunación en edad de 1-5 años completo o incompleto
- Estado nutricional en edad de 0-1 año: normal, desnutrición u obesidad
- Estado nutricional en edad de 1-5 años: normal, desnutrición u obesidad

Nombre: Apoyo de cuidadores

Definición: cuidados que proporciona algún miembro de la familia a una persona enferma.

Tipo de variable: cualitativa

Valores asignados:

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

Nombre: Detección de cáncer

Definición: Acciones de la población entrevistada para detectar cáncer cérvico-uterino, de mama.

Tipo de variable: Cualitativa

Valores asignados: Si. No.

Nombre: Datos demográficos de la familia

Definición: Información de la familia sobre el sexo, la edad, el parentesco, escolaridad y ocupación de los integrantes.

Tipo de variable: cualitativa y cuantitativa

Valores asignados:

- Edad: 1 a n
- Sexo: 1. Femenino. 2. Masculino
- Parentesco:
- Escolaridad en años: 1 a n
- Ocupación:

01: ama(o) de casa	11: chofer
02: jubilado/pensionado	12: técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)
03: desempleado	13: empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)
04: subempleado	14: profesional (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeros, psicólogos, etc.)
05: menor de 4 años	15: artista (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta, etc.)
06: estudiante	16: comerciantes establecidos (tiendas o negocios formales con 1 a 5 trabajadores o familiares a sueldo)
07: estudia y trabaja	17: empresario (dueño de comercios, organizaciones, industrias o servicios establecidos legalmente)
08: campesino	18: directivo (ejecutivos, gerentes, directores, etc.)
09: artesano	19: servicios diversos (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, trabajadora doméstica, etc.)
10: obrero	20: otras ocupaciones no especificadas

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El MOSAMEF es un modelo de práctica médica familiar, diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Fue dado a conocer desde 1995 en la tercera edición del libro Fundamentos de Medicina Familiar. Consta de cuatro etapas y en la primera, que es de diagnóstico utiliza la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF) para realizar el diagnóstico de salud y riesgo de la población. La cédula cuenta con varias versiones y en este estudio se utiliza la versión creada en octubre de 2007.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Con el permiso de las autoridades de la Clínica de Medicina Familiar “Villa Álvaro Obregón” del ISSSTE se aplicó la CEBIF a las familias que acudieron al consultorio 11 por consulta; al final de la jornada se entrevistaba a los pacientes, en su mayoría en la sala de espera, varios pacientes fueron entrevistados en el consultorio después de otorgarles la consulta. La información se vaciaba a una base de datos en el programa Excel.

Se solicitó la información de las principales causas de consulta al servicio de estadística.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se calcularon las medidas de tendencia central, de dispersión y de resumen. Los resultados se presentan en tablas y gráficas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se sujeta al título quinto sobre investigación para la salud en su capítulo único de la Ley General de Salud y a la Declaración de Helsinki enmienda de 2004 en Tokio.

RESULTADOS

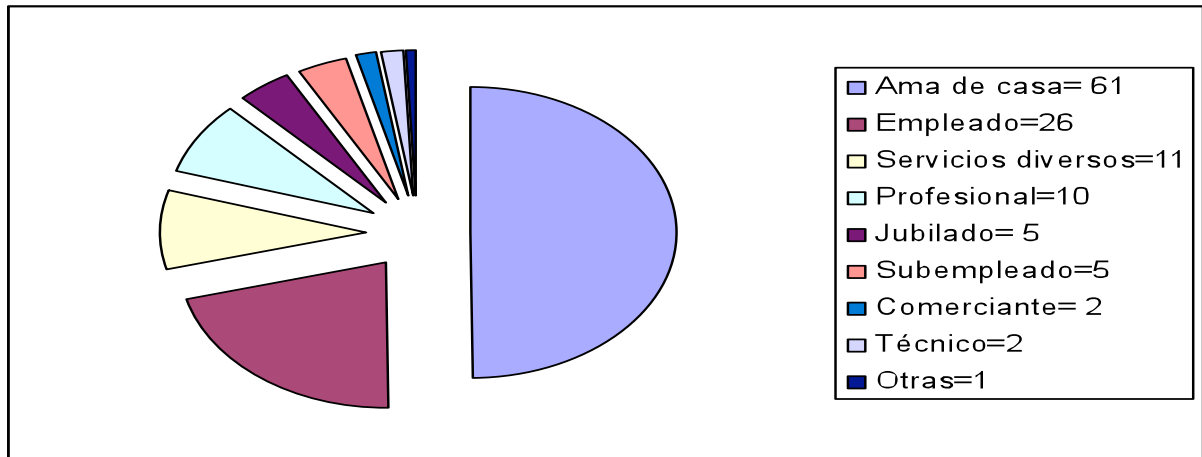
GRÁFICAS Y TABLAS

TABLA 1
EDAD DE LA MADRE

Promedio	Mediana	Moda	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Rango
48.2 años	49 años	52 años	12.16 años	27 años	78 años	51 años

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE, Cd. de México

GRÁFICA 1. Ocupación de la madre



Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE, Cd. de México

TABLA 2
ESCOLARIDAD DE LA MADRE

Promedio	Mediana	Moda	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Rango
9.25	9	12	4.86	0	21	0

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE, Cd. de México

TABLA 3
GESTAS

Promedio	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
3.47	3	3	0	13

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio No. 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE, Cd. de México

TABLA 4
PARTOS

Promedio	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
2.56	2	2	0	13

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio No. 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

TABLA 5
ABORTOS

Promedio	Mínimo	Máximo
0.40	0	4

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio No. 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

TABLA 6
CESAREAS

Promedio	Mínimo	Máximo
0.53	0	4

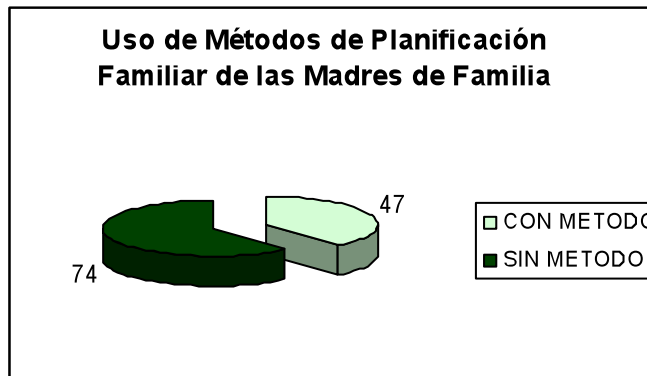
Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio No. 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

Embarazos: en el momento de realizar el estudio ninguna mujer se encontró embarazada.

PLANIFICACION FAMILIAR

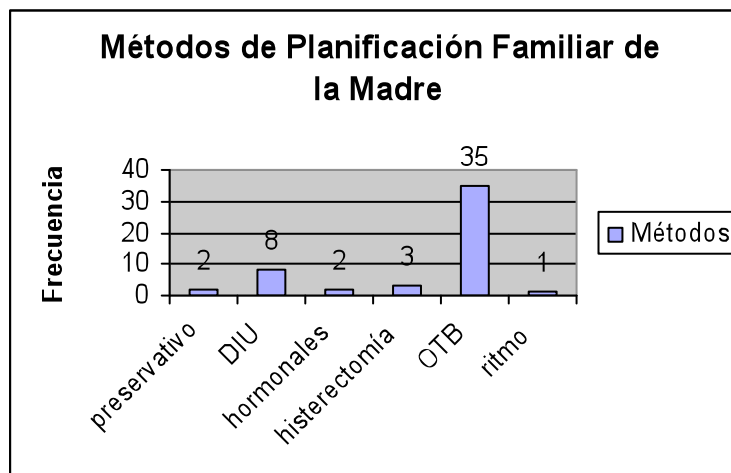
En lo que se refiere a planificación familiar de un total de 121 mujeres, 47(38.8%) sí usaba un método anticonceptivo y 74 (61.1%) mujeres no usaba ningún método.

GRÁFICA 2



Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

GRÁFICA 3



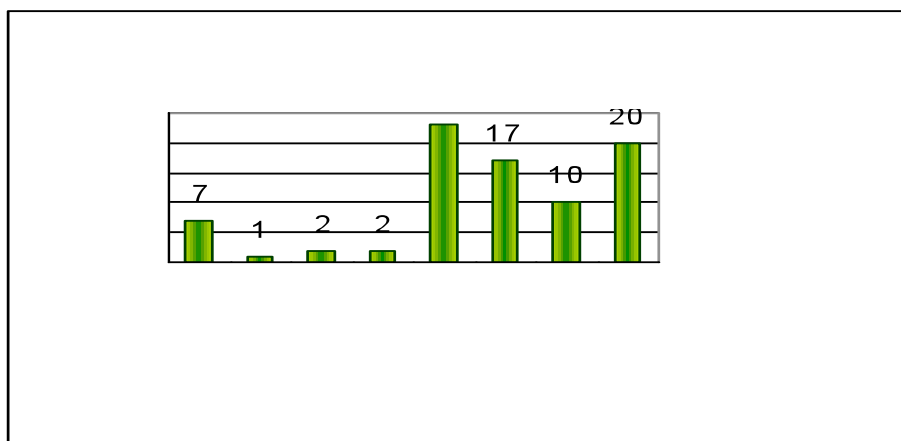
Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

TABLA 7
EDAD DEL PADRE

Promedio	Mediana	Moda	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Rango
50.75	51.5	38	13.13	28	86	58

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa Alvaro Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

GRÁFICA 4



Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa Alvaro Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

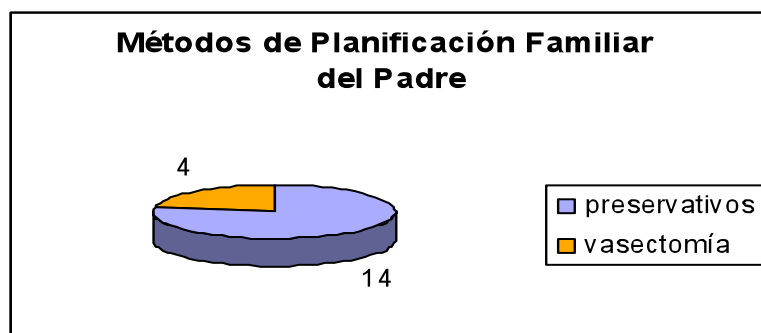
TABLA 8
ESCOLARIDAD DEL PADRE

Promedio	Mediana	Moda	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
10.7	10	9	4.11	0	21

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

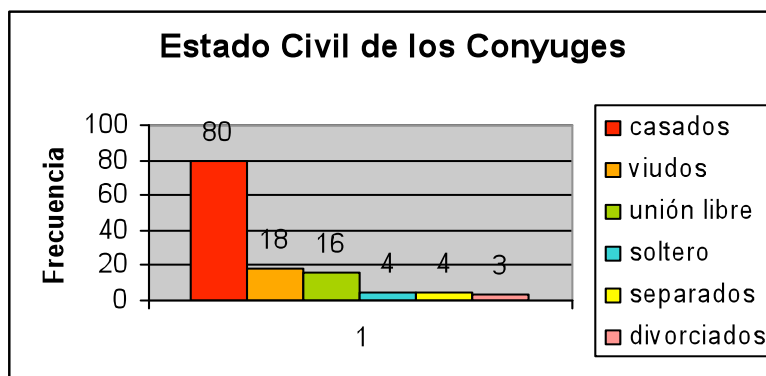
De las familias encuestadas hay un total de 99 padres de familia de los cuales 18 (18.1%) si utilizan un método anticonceptivo y 81(81.8%) no.

GRÁFICA 5



Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

GRÁFICA 6



Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en La Cd. de México

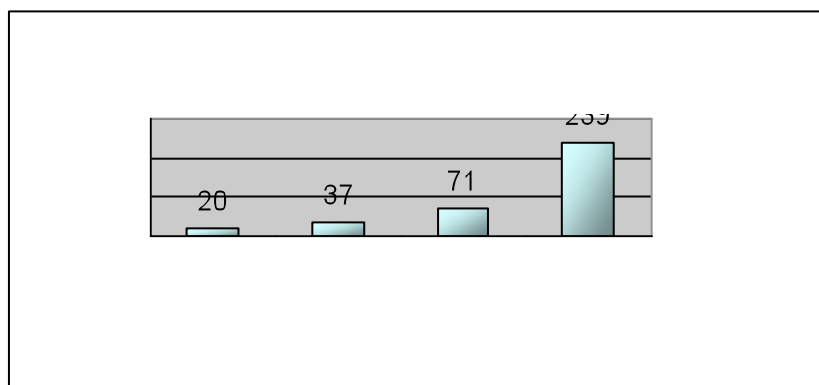
TABLA 9

AÑOS DE UNION CONYUGAL

Promedio	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo	Desviación Estándar	Rango
23.33	16	22.5	4	63	12.34	59

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

GRÁFICA 7



Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

En la gráfica No. no se incluyó el rubro de hijos de RN- 1 año contemplado en la CEBIF por ser una cantidad de 3 hijos, cantidad muy pequeña para ser representada en la gráfica; pero si se incluyó el dato en la tabla 9.

TABLA 10
TOTAL DE HIJOS

Promedio	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Total
3	3	3	0	12	375

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

TABLA 11
NÚMERO DE OTRAS PERSONAS CON PARENTESCO QUE VIVEN EN EL
HOGAR

Promedio	Mínimo	Máximo	Total
0.968	0	10	121

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón
del ISSSTE en la Cd. de México

TABLA 12
NÚMERO DE OTRAS PERSONAS SIN PARENTESCO QUE VIVEN EN EL
HOGAR

Promedio	Mínimo	Máximo	Total
0.07	0	8	9

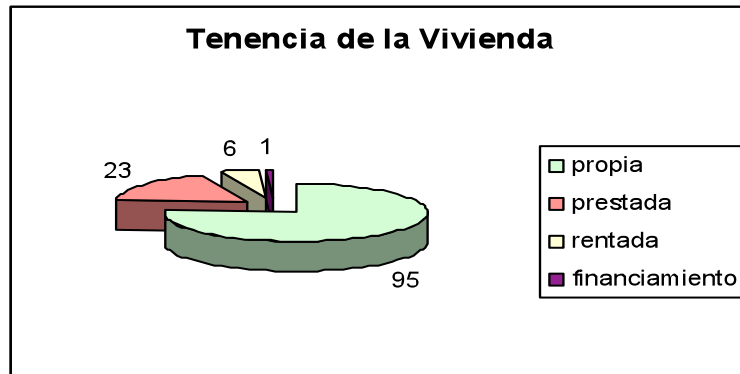
Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón
del ISSSTE en la Cd. de México

TABLA 13
NÚMERO DE PERSONAS QUE CONTRIBUYEN AL INGRESO FAMILIAR

Promedio	Mínimo	Máximo
1.968	0	6

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A
Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

GRÁFICA 8



Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

TABLA 14

NÚMERO DE AUTOS

Promedio	Mínimo	Máximo
0.68	0	3

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

SERVICIOS PÚBLICOS

- De las familias encuestadas 123 si cuentan con agua entubada intradomiciliaria y 2 familias no.
- Tienen teléfono 118 familias y 7 no.
- Tienen computadora 69 familias y 56 no.

TABLA 15

NÚMERO DE HIJOS EN ESCUELA PÚBLICA

Promedio	Mínimo	Máximo	Total
1.12	0	4	140

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

- De las familias encuestadas los hijos que se encuentran en escuela privada son 12 (3.2%).
- El número de hijos con beca son 18 (4.8%)

SERVICIOS COMUNITARIOS

En lo que concierne al rubro de servicios en su comunidad, agua potable, drenaje, energía eléctrica, teléfono, alumbrado público, pavimentación, banquetas, transporte público y vigilancia no todas las familias cuentan con todos los servicios, como se expone enseguida:

TABLA 16
SERVICIOS COMUNITARIOS EN LOS HOGARES

Servicio	Si	%	No	%
Agua Potable	123	98.4	2	1.6
Drenaje*	66	52.8	56	44.8
Energía Eléctrica	124	99.2	1	0.8
Teléfono	118	94.4	7	5.6
Alumbrado Público	125	100	0	0
Pavimentación	117	93.6	8	6.4
Banquetas	107	85.6	18	14.4
Transporte Público	125	100	0	0
Vigilancia	94	75.2	31	24.8

*Las familias que no tienen este servicio tienen fosa séptica.

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

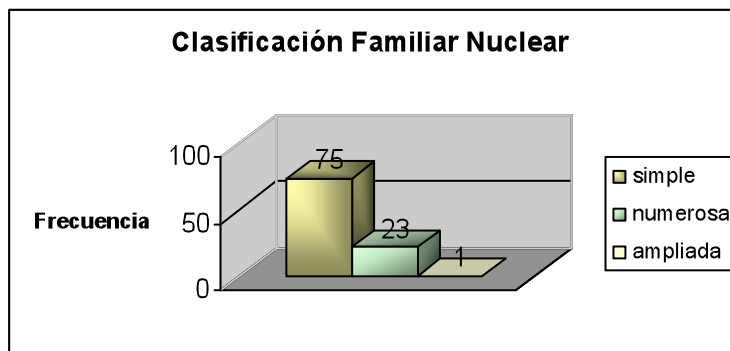
TABLA 17

INSTITUCIONES QUE OTORGAN SERVICIOS DE SALUD A LAS FAMILIAS

Institución	No. de Familias	%
ISSSTE	125	100
IMSS	10	8
SEDENA	0	0
PRIVADO	41	32.8
DIF	1	0.8
PEMEX	0	0
SSA	22	17.6
SEC. MARINA	0	0
OTROS: ISSEMyM	1	0.8

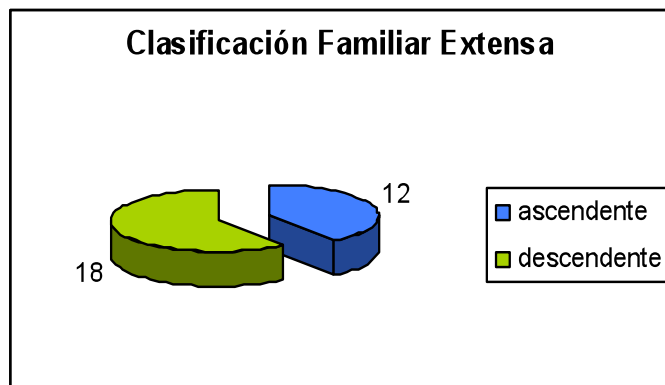
Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

GRÁFICA 9



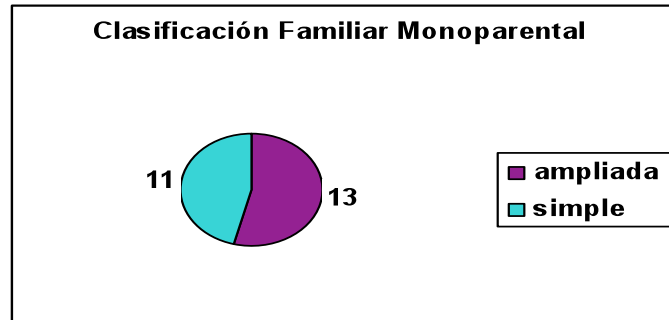
Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE EN LA Cd. de México

GRÁFICA 10



Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

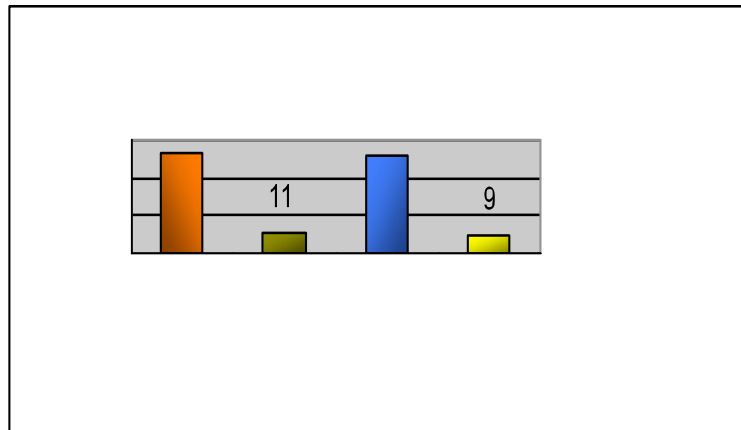
GRÁFICA 11



Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

- Dentro de la Clasificación de la Familia en el subtipo equivalentes familiares únicamente se reportan un número de 3 (2.4%)
- En el subtipo Persona que Vive Sola se reportaron 4 casos (3.2%)

GRÁFICA 12



Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE
En la Cd. de México

TABLA 18
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN USUARIOS DEL
CONSULTORIO 11

	Riesgo Familiar	Frecuencia	%
1	Diabetes Mellitus tipo 2	79	63.2%
2	Hipertensión Arterial	75	60%
6	Cardiopatías	24	19.2%
15	Cáncer Cervicouterino	9	7.2%
19	Cáncer de mama	6	4.8%
14	Cáncer de Próstata	10	8%
8	Otro Cáncer	16	12.8%
16	Insuficiencia Renal	7	5.6%
10	Enfermedad Cerebrovascular	14	11.2%
7	Asma	17	13.6%
21	SIDA	2	1.6%
	Otras Enfermedades de Transmisión Sexual	0	0
17	Hepatitis B y C	7	5.6%
18	Tuberculosis Pulmonar	7	5.6%
22	Desnutrición	2	1.6%
3	Obesidad	53	42.4%
	Anorexia/Bulimia	0	0
5	Tabaquismo	32	25.6%
4	Alcoholismo	33	26.4%
20	Otras Farmacodependencias	3	2.4%
11	Violencia Intrafamiliar	12	9.6%
13	Enfermedades Psiquiátricas	11	8.8%
12	Riesgo Ocupacional	12	9.6%
9	Discapacidad	16	12.8%

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

TABLA 19

No. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS AL AÑO

Promedio	Mínimo	Máximo
1.38	0	2

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF
Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

TABLA 20

No. ENFERMEDADES DIARRÉICAS AGUDAS AL AÑO

Promedio	Mínimo	Máximo
1.025	0	2

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF
Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

- De las familias estudiadas encontramos 9 niños de 0-1 años de edad, de los cuales 8 (88.8%) si tienen su esquema de vacunación completo, solo 1(11.1%) niño lo tiene incompleto.
- De los niños de 1-5 años de edad encontramos 33 (100%) los cuales en su totalidad tuvieron su esquema de vacunación completo.

En cuanto al estado nutricional, de los 42 niños menores de 5 años encontrados en las familias estudiadas, sólo hubo un caso de desnutrición (2.3%).

APOYO DE CUIDADORES

De las 125 familias estudiadas sólo en 14 (11.2%) familias encontramos cuidadores.

Se encontró que la madre de familia es la que con mayor frecuencia otorga los cuidados para algún miembro de la familia u otra persona.

De las 14 familias en las que encontramos cuidadores, en 8 (57.1%) de ellas la cuidadora es la madre, en 5 (35.7%) de ellas es el padre y en sólo una la hija es la cuidadora (7.1%).

TABLA 21

MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE BRINDAN LOS CUIDADOS

Miembro de la familia	Número	%
Madre	8	57.1
Padre	5	35.7
Hija	1	7.1
Total	14	100

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF

Villa A. Obregón en la Cd. de México

TABLA 22

PERSONAS A LAS QUE SE LES PROPORCIONAN LOS CUIDADOS

Persona	Número	%
Abuela	3	21.4
Esposo	2	14.2
Madre	2	14.2
Padre	2	14.2
Hermano	1	7.1
Hija	1	7.1
Hija y Padre	1	7.1
Total	14	100

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF

Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

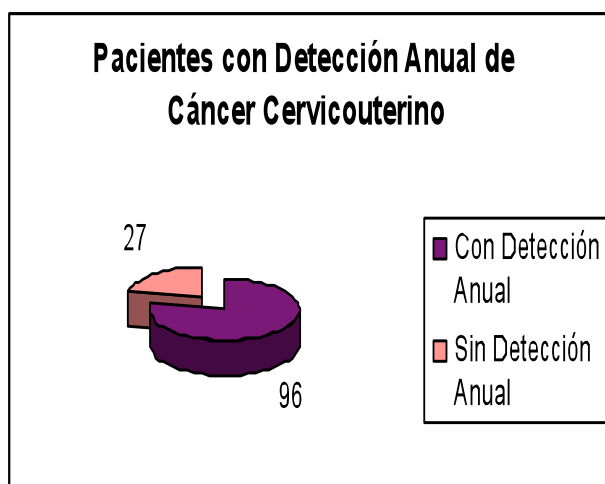
TABLA 23

MOTIVO O ENFERMEDAD POR EL QUE LA PERSONA NECESITA CUIDADOS

Enfermedad	Cantidad	%
Alzheimer	2	14.2
Artritis Reumatoide	1	7.1
Coxartrosis	1	7.1
EVC	1	7.1
DMII	1	7.1
Fractura de pierna	1	7.1
IRC	1	7.1
IRC, HAS, ceguera	1	7.1
LES, DMII	1	7.1
Parkinson	1	7.1
PCI	1	7.1
Vejez	1	7.1
Vejez, Fractura de cadera	1	7.1
Total	14	100

Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

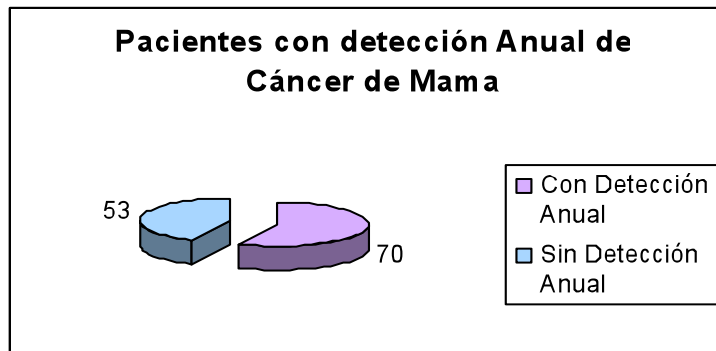
GRÁFICA 13



Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

- De las 96 mujeres que se realizan la detección anual de cáncer cervicouterino ninguna reportó haber tenido un resultado positivo.

GRÁFICA 14



Fuente: CEBIF aplicada en el consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

- De las 70 mujeres que se realizan detección anual de cáncer de mama solo una ha tenido resultado positivo.

Las principales causas de consulta se muestran en la siguiente tabla:

TABLA 24
CAUSAS DE CONSULTA EN EL CONSULTORIO 11

Orden	Causa de Consulta	Frecuencia
1	Hipertensión Arterial	959
2	Infecciones de vías aéreas superiores	908
3	Diabetes Mellitus no especificada	733
4	Colitis, gastritis y gastroenteritis no infecciosa	429
5	Examen médico general	427
6	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	246
7	Artritis no especificada	152
8	Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis	151
9	Micosis no especificada	145
10	Otros estados postquirúrgicos especificados	131

Fuente: Hojas de informe diario de actividades del médico del consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

DISCUSIÓN

A continuación se realizará un análisis de los resultados recabados de la población del consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Ciudad de México. Resultados obtenidos de las encuestas realizadas a las familias con las CEBIF para poder realizar un diagnóstico de salud y riesgo de la población.

La aplicación de las cédulas de identificación familiar fue satisfactoria para cubrir una muestra representativa de la población en estudio.

Se identificaron datos muy importantes para conocer el perfil de la población.

En el rubro de Identificación se recabaron datos como edad de la madre y del padre, así como ocupación y escolaridad de los mismos.

En cuanto a la edad de la madre encontramos que en promedio se encuentran en los 48 años, próximo al climaterio o menopausia. La más joven tiene 27 años y la más grande tiene 78 años. Y la edad de los padres en promedio se encontró en los 50 años, cercanos al fin de su vida laboral.

La escolaridad en la madre se encontró en un promedio de 9 años que corresponde a un nivel escolar medio superior. En los padres de familia encontramos que en promedio tienen 10 años de grado de estudios, un año más que las madres. Esto se puede deber a que en décadas pasadas había más oportunidades de estudios para los hombres en las sociedad mexicana. Así mismo pudimos darnos cuenta que aun hay personas sin estudios tanto en los padres como en las madres de familia, así como existen padres y madres de familia con 21 años de escolaridad.

De la ocupación de los padres de familia observamos que la mayoría de las madres son amas de casa (49.5%), les siguen las empleadas (21.1%); solo encontramos 8.1% profesionistas. De los jefes de familia observamos que el mayor número son empleados (23%), le siguen los que se dedican a servicios diversos (20%), y al igual que en las mujeres sólo encontramos 10 profesionistas. Estos resultados eran de esperarse si el promedio de escolaridad se encuentra entre los 9 y 10 años de estudios.

De los antecedentes gineco-obstétricos en los resultados observamos un promedio de 3 embarazos por familia, 2 partos, un promedio de 0.40 de abortos y 0.53 de cesáreas por familia. En estos resultados observamos que hay un número bajo de embarazos en las familias encuestadas que se puede deber al uso de métodos de planificación familiar. En las encuestas realizadas ninguna madre se encontró embarazada.

La planificación familiar es un programa prioritario en nuestro país. Los resultados en este apartado muestran que la responsabilidad del control de la fecundidad lo lleva casi en su totalidad el sexo femenino. De un total de 121 mujeres el 38.8% si usaba un método anticonceptivo y el 61% no lo usaba. Aquí cabe mencionar que de las 121 mujeres, sólo 43 mujeres se encuentra en edad reproductiva, y las demás están en el climaterio o son adultas mayores. Se observó que el método más utilizado corresponde a la OTB (35 mujeres).

De un total de 99 padres de familia, sólo un 18.1% si utilizaba un método de planificación familiar y el 81.8% no. Los métodos utilizados fueron: preservativos (14 padres) y vasectomía (4 padres). Estos resultados me indican que hay que promover más la planificación familiar en los hombres.

En cuanto al estado civil de las 125 familias, los matrimonios predominan (80) y el estado civil que le sigue en frecuencia es la viudez (18), de las cuales la mayoría son mujeres y en las que es necesario valorar sus necesidades en todos los aspectos.

En los resultados de años de unión conyugal las relaciones se identificaron como longevas, con un promedio de alrededor de 2 décadas, lo que refleja una tendencia hacia los matrimonios duraderos.

El promedio de número de hijos por familia fue de 3. De un total de 375 hijos de las familias entrevistadas, más de la mitad se encuentran en edades productivas y reproductivas, o sea del total, 239 son mayores de 20 años. Las familias que demandan de cuidados pediátricos representan una mínima parte de la población estudiada (128).

En la sección de factores demográficos observamos que las familias encuestadas tienden en un promedio de 0.968 a aceptar a personas que no forman parte del vínculo nuclear de la familia en la misma casa y en un promedio de 0.07 a personas sin un lazo consanguíneo.

En su estructura las familias nucleares son las que predominan (79.2%) con sus diferentes variantes: simple (75.7%), numerosa (23.2%), ampliada (1%) y binuclear (0%), seguidas de las familias extensas (24%) y monoparentales (19.2%), lo que nos muestra la amplia gama en que podemos encontrar organizadas a las familias mexicanas y que es necesario que el médico familiar conozca para poder brindar una atención integral al núcleo familiar en todo su contexto.

Referente al ciclo vital de las familias observamos que la etapa de dispersión (42.4%) y la de independencia (41.6%) se encuentra en casi el mismo porcentaje, es decir, que son familias en las cuales los hijos se encuentran asistiendo a la escuela o laborando y en vías de formar nuevos hogares o que ya formaron nuevos hogares.

De las familias encuestadas encontramos que aportan ingreso a la familia un promedio de 1.96 personas, o sea más de una persona. Esto se puede deber a diferencia de épocas anteriores en que el padre de familia era el único que aportaba ingreso a la familia, a la crisis económica que ha estado sufriendo nuestro país y a los cambios que ha habido en la sociedad en que se acepta más a la mujer en las actividades económicas y laborales.

En el tipo de vivienda el 76% de las familias tiene casa propia. Esto se puede deber a que la mayoría de las familias encuestadas viven en una zona que eran terrenos ejidales y actualmente regularizados y que por cotizar a la institución tienen acceso a créditos. El 18.4% de las familias vive en casa prestada, esto se debe a que los padres de la familia les prestan algunos cuartos.

Los servicios públicos con los que cuentan las viviendas de las familias en estudio son típicas de una zona urbanizada. En cuanto al agua entubada, sólo 2 familias de las 125 no cuentan con este servicio. Un promedio de 0.68 del total de las familias tienen auto,

esto nos habla del nivel socioeconómico en que viven las familias. Del teléfono un 94.4% cuentan con este servicio. Con computadora cuentan más de la mitad de las familias (55.2%); lo que se puede deber a que no todas las familias requieren de este instrumento, ya sea porque a su edad no saben utilizarlo y los que sí la tienen es porque tienen hijos en la escuela, y ahora en día se requiere de su uso para cualquier actividad. Respecto al drenaje subterráneo el 52.8% si cuenta con este servicio. El otro 44.8% tiene fosa séptica, esto se debe a que los terrenos de la zona en que viven tienen piedra volcánica, ya que son las faldas del volcán del Ajusco. Con luz sólo una familia no cuenta con este servicio de las 125 familias en estudio. Con alumbrado público y servicio de transporte público cuentan el 100% de las familias. El 64% no cuentan con pavimentación y el 14.4% no cuentan con banquetas porque como ya se mencionó anteriormente, viven en terrenos que fueron ejidales y no les han proporcionado estos servicios a toda la zona. Sólo el 75% de las familias estudiadas cuentan con vigilancia.

La educación pública es la predominante en las familias entrevistadas, pero es muy importante mencionar que alrededor de la mitad de las familias ya no tienen hijos en edad escolar, motivo por el cual, los servicios educativos privados y el alto costo de éstos no los hace un rubro importante en el tipo de familias que se evaluaron en este estudio.

El Índice Simplificado de Marginación Familiar que evalúa el nivel de riesgo en las familias respecto a su salud según su nivel de pobreza, reporta que de las 125 familias estudiadas el 44% se calificó sin pobreza, el 52.8% se calificó con pobreza y el 3.2% se calificó con extrema pobreza; motivo por el cual sería de gran valor tener detectadas a las familias con alto riesgo y realizar una evaluación integral de la situación de las mismas.

En cuanto a los servicios de salud el I.S.S.S.T.E. es la institución a la que el total de las familias estudiadas tiene acceso, ya que en todas las familias hay un trabajador al servicio del estado; sin embargo los servicios privados y el I.M.S.S. son los sectores más concurridos después del I.S.S.S.T.E. para brindar atención médica y prestación de servicios cuando así se les requiere.

Dentro de los factores de riesgo se observó que la diabetes se encuentra presente como factor de riesgo en el 63%, lo que motiva a poner toda atención a este grupo para su óptimo control.

El siguiente factor de riesgo es la hipertensión arterial que se encontró en un 60% de las familias estudiadas, por lo que es recomendable investigar la cobertura de atención, que se hace a este padecimiento.

En cuanto a los trastornos de la nutrición, la desnutrición se encontró en 1.6%, la anorexia y la bulimia en un 0%, la que se lleva el primer lugar en la población estudiada es la obesidad con el 42.4%, que debe tener el mayor foco de atención sobre todo en cuanto a la educación al comer, como el cambiar los hábitos alimenticios, balancear los alimentos, establecer horarios, conocer los valores nutricionales de cada grupo de alimentos, y que de no hacerse, así se continuará dentro de algunos años con el aumento desmedido de enfermedades secundarias tales como el síndrome metabólico.

Las enfermedades crónicas y progresivas como el alcoholismo y el tabaquismo, las encontramos en un 26.4% y 25.6% respectivamente a diferencia de otras farmacodependencias que representan sólo el 2.4%. Es en este apartado que podemos observar como estas dependencias ocupan un lugar importante entre los factores de riesgo de las familias estudiadas después de la diabetes, hipertensión y obesidad, padecimientos que requieren de una gran participación por parte del médico familiar y de una actualización constante en los nuevos tratamientos de estas enfermedades.

Las cardiopatías las encontramos en un porcentaje del 19.2% como factor de riesgo, lo que motiva de forma similar que en las anteriores enfermedades a que se revisen los programas de atención y lo que cada médico realiza para mejorar estos factores de riesgo en beneficio de las familias adscritas al consultorio. El asma es un padecimiento con un patrón desencadenado por alérgenos, que mejora, en mucho, con las medidas higiénico-dietéticas y la educación del paciente. Este padecimiento se presentó en un 13.6% de las familias estudiadas de este consultorio.

El cáncer cérvico-uterino se encuentra presente en 7.2% de las familias como factor de riesgo; el cáncer de mama en 4.8%; el de próstata en 8% y otros tipos en 12.8% lo que suma 32.8%. El cáncer es un factor de riesgo presente, y que debe de ser tomado muy en cuenta por los servicios de salud con el fin de adecuar las prioridades de los programas de salud, en la prevención de este tipo de enfermedades.

Refiriéndonos a las discapacidades se encontraron presentes en un 12.8%, no especificándose el tipo de la misma, lo que podría dar origen a una nueva línea de investigación en estas familias, con el fin de prevenir que se incremente su número.

La enfermedad cerebrovascular es un padecimiento generalmente del paciente geriátrico, se presentó en 11.2% de las familias, lo que remarca el énfasis que se debe de hacer en la prevención de las secuelas de estos padecimientos típicamente crónico-degenerativos.

La violencia intrafamiliar ahora considerada como un delito, se reportó presente en el 9.6% de las familias. Sería importante realizar una evaluación, por parte de todo el equipo de salud, con el fin de brindar apoyo, y en su caso terapia, cuando ésta sea necesaria.

El riesgo ocupacional, que prácticamente se encuentra presente en todas las actividades del hombre, sólo se consideró como tal en el 9.6% de las familias encuestadas. Es importante unificar a que tipo de riesgo se enfrentan los integrantes de estas familias, y en su caso, realizar recomendaciones pertinentes con el fin de prevenir que se presenten accidentes de trabajo y llegar hasta presentar alguna discapacidad o incluso la muerte.

Las enfermedades psiquiátricas se detectaron presentes en el 8.8% de las familias. Sería de importancia médica detectar cuales enfermedades están presentes en el seno familiar y vigilar aquellas en las que se presente un factor hereditario, tales como esquizofrenia o la depresión; y también estudiar de que manera estas patologías afecten a la salud de la familia.

La insuficiencia renal, un padecimiento presente en el 5.6% de las familias encuestadas, que en la mayoría de las veces surge como una enfermedad secundaria, podría disminuirse en su incidencia, si se hace hincapié en la educación del paciente y mejorando la atención y control de los pacientes con diabetes e hipertensión.

Para el rubro de hepatitis B o C, se detectó el 5.6% de presencia como factor de riesgo familiar, cifra que se podría ver incrementada si no se llevan a cabo las recomendaciones adecuadas para prevenir la enfermedad, tales como el aislamiento del paciente, el uso de utensilios exclusivos, el manejo de excretas, medidas de sexo seguro, etc.

La tuberculosis de tipo pulmonar erradicada en otros años en nuestro país , está de vuelta debido al SIDA, se encuentra como factor de riesgo en 5.6% de las familias, por

lo que es importante el considerar la prevención y la educación para la salud, en este tipo de padecimientos, ya que su tratamiento, además de costoso, en muy pocos casos es exitoso por abandono del mismo.

En cuanto a los padecimientos infecciosos se detectaron 2 casos de SIDA, de las 125 familias estudiadas, que se encuentran en control y no se reportaron enfermedades de transmisión sexual. En estos padecimientos es importante la educación para la salud y el uso de métodos de barrera en las relaciones sexuales como el preservativo.

De las principales causas de consulta en el consultorio 11 durante un año, haré una breve descripción del diagnóstico y tratamiento de cada una de las causas.

Orden	Causa de Consulta
1	Hipertensión Arterial
2	Infecciones de vías aéreas superiores
3	Diabetes Mellitus no especificada
4	Colitis, gastritis y gastroenteritis no infecciosa
5	Examen médico general
6	Infección de vías urinarias, sitio no especificado
7	Artritis no especificada
8	Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis
9	Micosis no especificada
10	Otros estados postquirúrgicos especificados

Fuente: Hojas de informe diario de actividades del médico del consultorio 11 de la CMF Villa A. Obregón del ISSSTE en la Cd. de México

Hipertensión Arterial

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. La población de 20 a 69 años la padece, es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas.

La norma define los procedimientos para la prevención, detección, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, que permiten disminuir la incidencia de la enfermedad y el establecimiento de programas de atención médica capaces de lograr un control efectivo del padecimiento, así como evitar o reducir sus complicaciones y mortalidad.

Clasificación:

- Optima <120/80 mm de Hg
- Normal 120-129/80-84 mm de Hg
- Normal Alta 130-139/85-89 mm de Hg

Hipertensión Arterial:

- Etapa 1 140-159/90-99 mm de Hg
- Etapa 2 160-179/100-109 mm de Hg
- Etapa 3 > 180/>110 mm de Hg

La hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica > 140 mm de Hg y una presión diastólica < 90 mm de Hg, clasificándose en la etapa que le corresponda.³⁷

Prevención primaria

La hipertensión arterial puede ser prevenida; en caso contrario, es posible retardar su aparición. Debe ser dirigida a la población en general y a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular, la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada, promoción de la salud y educación para la salud.

La prevención específica de hipertensión arterial debe formar parte de las actividades de prestación de servicios de salud, particularmente en el primer nivel de atención, así como de los profesionales de la salud dedicados al cuidado general de las personas y sus familias para auxiliar a los individuos en alto riesgo.

Detección

El objetivo de la detección es identificar a individuos de 25 años en adelante, que padecen HAS no diagnosticada o PA normal alta; así como, personas con antecedentes familiares de HAS y los de 65 años de edad en adelante, que integran el grupo en mayor riesgo de llegar a desarrollar hipertensión arterial.

Diagnóstico.

Se considera que una persona tiene HAS, si la presión arterial corresponde a la clasificación señalada anteriormente. El diagnóstico de HAS debe ser basado en el promedio de por lo menos 2 mediciones, tomadas al menos en dos visitas posteriores a la detección inicial, o a través de un período más prolongado, de acuerdo con el criterio del médico, en cuyo caso es recomendable el monitoreo ambulatorio.

Tratamiento

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida, reducir la mortalidad por esta causa.

En el primer nivel de atención se prestará tratamiento a los pacientes con HAS, etapas 1 y 2. Los casos de HAS etapa 2 más complicaciones cardiovasculares o etapa 3 con HAS secundaria y las asociadas al embarazo, serán referidas al especialista.³⁷

El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento farmacológico, la educación del paciente y la vigilancia de complicaciones.

Metas

La meta principal del tratamiento consiste en lograr una PA <140/90 y, en el caso de las personas con diabetes, mantener una PA <130/80.

En la hipertensión arterial etapas 1 y 2, el manejo inicial del paciente será de carácter no farmacológico, durante los primeros doce y 6 meses respectivamente. O lo que el médico tratante juzgue pertinente para iniciar el tratamiento farmacológico.

Educación del paciente

El paciente será debidamente informado acerca de los aspectos básicos de la hipertensión arterial y sus complicaciones, factores de riesgo, manejo no farmacológico, componentes y metas del tratamiento, prevención de complicaciones, y la necesidad de adherencia al tratamiento.

Grupos de ayuda

Los grupos de ayuda deben servir para facilitar la educación y la adopción de estilos de vida saludables, como actividad física, alimentación adecuada, control del consumo de sal, alcohol, tabaco y cumplimiento de las metas del tratamiento.³⁷

Infección de Vías Aéreas Superiores (IRAS)

Las entidades más frecuentes son: Rinofaringitis y Faringoamigdalitis.

Definición

Rinofaringitis- Infección aguda del tracto respiratorio superior conocida también como coriza, rinitis aguda o resfriado común.

Faringoamigdalitis- Infección aguda del tracto respiratorio superior importante por su frecuencia, que compromete faringe y amígdalas.

Etiología

Su origen más frecuente es viral, aunque también pueden ser de origen bacteriano.

Epidemiología

El huésped, el reservorio, la fuente y el portador es el humano. El mecanismo de transmisión es por contacto directo. El período de incubación es variable de acuerdo al agente etiológico 1-14 días, con más frecuencia de 48 a 72 horas. Ocupan el 1° y 2° lugar de incidencia en la consulta de primer nivel en el ISSSTE y afecta a todos los grupos etáreos.

Clasificación

- Viral
- Bacteriana.

Prevención Primaria

Debe hacerse por medio de la educación higiénica, evitando aglomeraciones en época de epidemia y por el aislamiento.

En el caso de los menores de 5 años se recomienda:

- Lactancia materna durante los primeros 4-6 meses de vida.
- Alimentación adecuada.
- Evitar fumar cerca de los niños, evitar la combustión de leña.
- Evitar cambios bruscos de temperatura
- Aporte adecuado de líquidos y alimentos que contengan Vit. A y C.
- Fomentar la atención médica del niño sano.

Cuadro Clínico

Rinofaringitis: rinorrea hialina, disfagia, congestión y edema de la mucosa nasofaríngea, conjuntivas hiperémicas, fiebre, atralgias y mialgias, cefalea. La evolución general del padecimiento es hacia la curación en un plazo no mayor de siete días.

EF: faringe hiperémica, rinorrea hialina, fiebre poco elevada.

Faringoamigdalitis: fiebre de intensidad variable, mialgias y atralgias, anorexia, disfagia, cefalea, tos seca que evoluciona a tos productiva.

EF: faringe hiperémica, amígdalas hipertróficas y edematosas con exudado purulento, en ocasiones crípticas.

Diagnóstico

En ambas entidades es clínico. En la rinofaringitis si la etiología es viral, la rinorrea es hialina y si es bacteriana el moco es purulento. La evolución es corta (1-3 días) , benigna y cura espontáneamente, la etiología bacteriana el cuadro dura más días (3-7), su cura amerita antibioticoterapia. En la faringoamigdalitis es igual el diagnóstico según la etiología; y en el caso de ser bacteriana y resistente al tratamiento se sugiere cultivo faríngeo.

Tratamiento

Si es viral el cuadro el tratamiento es sintomático; con analgésico y antipiréticos y descongestivos. Además de reposo, aporte de líquidos, control de temperatura y mantener vías aéreas permeables. En caso de ser bacteriano el cuadro se utilizarán antibióticos, utilizando como primer opción penicilina. El tiempo para evaluar la efectividad de un antibiótico es de 72 horas.

En el caso de los menores de 5 años el tratamiento es el mismo, pero hay que agregar que si existen factores de mal pronóstico se debe capacitar a la madre o responsable del menor en el reconocimiento de los signos de alarma como: polipnea, tiraje, dificultad respiratoria, al beber y al amamantar y los cuidados generales que deben brindarse en el hogar.¹⁷

Diabetes

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Fecha de publicación: 7 de abril de 2000.

Alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y, cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene. Una porción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años de edad, situación que debe ser evitada. Por otra parte, la mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general.

La diabetes es uno de los factores de riesgo más importantes por lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares. Los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes. Por lo que es importante establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Definición

Diabetes es la alteración del metabolismo de la glucosa, corresponde a la glucosa alterada en ayuno o a la intolerancia a la glucosa.

Se consideran como síntomas clásicos de la diabetes a la poliuria, polidipsia, polifagia y la pérdida de peso.

Clasificación

Diabetes Tipo 1

- Mediada inmunitariamente
- Idiopática

Diabetes Tipo 2

- Otros tipos específicos: Defectos genéticos en la función de las células beta, que comprende varias entidades.
 - Cromosoma 12, HNF- 1 alfa(antes MODY 3)
 - Cromosoma 7, glucoquinasa (antes MODY 2)
 - Cromosoma 20, HNF-4 alfa (antes MODY 1)
 - Mutaciones puntiformes del DNA mitocondrial asociado a sordera.

- Defectos genéticos en la acción de la insulina
 - Resistencia a la insulina tipo A.
 - Leprecaurismo
 - Síndrome Rabson-Mendenhall
 - Diabetes lipoatrófica.
- Enfermedades del páncreas exocrino.
 - Pancreatitis
 - Trauma/pancreatectomía
 - Neoplasia
 - Fibrosis quística
 - Hemocromatosis
 - Pancreatopatía fibrocalculosa
- Endocrinopatías
- Diabetes inducida químicamente, o por drogas.
- Infecciones
- Diabetes poco común mediada inmunitariamente
- Otros síndromes genéticos, algunas veces asociados con diabetes.
- Diabetes Gestacional

Diabetes Tipo 2

Es la forma más común. La diabetes puede ser prevenida, en caso contrario, es posible retardar su aparición. Los programas de las instituciones de salud para la prevención y control de las enfermedades deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria de esta enfermedad. La prevención primaria tiene 2 vertientes: una dirigida a la población general y otra a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

Los factores protectores para la prevención y control de esta enfermedad, son el control de peso, la práctica de actividad física adecuada y una alimentación saludable.³⁸

El médico de primer contacto debe ser capacitado para establecer un plan de alimentación saludable para individuos con o sin diabetes.

La población general habrá de ser adecuada y oportunamente informada, mediante los medios de comunicación social, sobre los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de la diabetes. Se debe estimular la participación comunitaria, así como la colaboración de los grupos y organizaciones sociales, para promover la adopción de estilos de vida saludables, particularmente entre los grupos de mayor riesgo.

Los individuos de alto riesgo se identifican con las pruebas de detección, ya sea mediante una escala de factores de riesgo y/o glucemia capilar casual o en ayuno. Esta misma situación se aplica a quienes hayan mostrado en un examen de rutina, niveles anormales de glucosa. También se considera dentro de este grupo a aquellos individuos con uno o varios de los siguientes factores de riesgo: sobre peso y obesidad, sedentarismo, familiares de primer grado con diabetes, > 65 años de edad, y las mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (> 4 kg) y/o con cantidad de diabetes gestacional. Igual se consideran de alto riesgo los hipertensos, pacientes con dislipidemias y con cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores.

Detección

La detección de la diabetes tipo 2 se debe realizar a partir de los 20 años de edad, mediante programas y campañas en el ámbito comunitario y sitios de trabajo y de manera individualizada y entre los pacientes que acuden a los servicios de salud, públicos y privados.

La detección, además de servir para identificar a los diabéticos no diagnosticados, también permite localizar a individuos con alteración de la glucosa, a fin de establecer las modificaciones pertinentes en su alimentación y en su actividad física para corregir esta situación.

Es recomendable que la detección de la enfermedad se haga de manera simultánea con la búsqueda de otros factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial, dislipidemias y tabaquismo.

Detección individualizada

El médico debe incluir como parte del examen general de salud la detección de diabetes, mediante la determinación de glucosa sérica o plasmática en ayuno.

Diagnóstico

Se establece el diagnóstico de diabetes si: hay presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual > 200 mg/dl, glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl; o bien glucemia > 200 mg/dl a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua. En ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día.

Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno, cuando la glucosa plasmática o en suero es >110 mg/dl y <126 mg/dl.

Se establece el diagnóstico de intolerancia a la glucosa, cuando la glucosa plasmática a las 2 horas poscarga es >140 mg/dl y <200 mg/dl.

Diabetes Gestacional

Se debe realizar la prueba de detección en toda embarazada entre las semanas 24 y 28 años de gestación. Si una hora después de una carga de 50 g. de glucosa por vía oral, se encuentra una glucemia plasmática >140 mg/dl, se efectuará la prueba diagnóstica.. Se establece el diagnóstico de diabetes gestacional, si durante las semanas 24 a 28 del embarazo se presentan 2 o más de los siguientes valores: en ayuno >105 mg/dl; y después de una carga de glucosa en ayuno de 100 g., valores superiores a 190 mg/dl a la hora poscarga, 165 mg/dl a las dos horas poscarga y 145 mg/dl a las 3 horas.

Tratamiento

El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.

Los individuos identificados con glucosa anormal en ayuno, y/o intolerancia a la glucosa, requieren de una intervención preventiva por parte del médico y del equipo de salud.

El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, el auto monitoreo y la vigilancia de complicaciones.

Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial, control de peso, y la HbA1c. Estas metas serán objeto de vigilancia médica, y deberán contar con la participación informada del paciente.³⁸

El manejo inicial del enfermo se hace mediante medidas no farmacológicas. Se recomienda que esta forma de tratamiento se aplique de manera estricta, por lo menos durante un periodo de seis meses.

El tratamiento farmacológico se iniciará en caso de que no se alcancen las metas del tratamiento, durante el periodo antes señalado, o bien desde fases más tempranas, cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, sobre todo en presencia de hiperglicemia sintomática.

Manejo no farmacológico

Es la base para el tratamiento del paciente diabético, y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física; ya que son condición necesaria para el control de la enfermedad en el largo plazo.

Educación

El control de la diabetes requiere una modificación de los estilos de vida, por lo que la educación del paciente es parte indispensable del tratamiento. La educación incluirá los aspectos básicos relativos a la diabetes y sus complicaciones, factores de riesgo, componentes y metas del tratamiento, el automonitoreo, así como la prevención y vigilancia de complicaciones.

Es de gran importancia extender la educación a los familiares, no solo para que apoyen al paciente a efectuar los cambios necesarios en su estilo de vida, sino porque comparten factores de riesgo. Todo esto se puede llevar a cabo dentro de los grupos de ayuda mutua.

El automonitoreo de los niveles de glucosa en sangre capilar se considera un procedimiento indispensable para lograr el adecuado control de la diabetes.³⁸

Manejo farmacológico

Los medicamentos que pueden utilizarse para control de la diabetes son sulfonilureas, biguanidas, insulinas o las combinaciones de estos medicamentos. Así mismo, se podrán utilizar los inhibidores de la alfa-glucosidasa, tiazolidinedionas.

Biguanidas (metformina) dosis: 500-850 mg al día sin pasar de 3 gr. Al día.

Cuando no se alcanzan las metas del tratamiento con la metformina después de llegar a aplicar dosis máximas, se puede combinar con sulfonilureas, o bien sulfonilureas más inhibidores de alfa-glucosidasa.

Alfa-glucosidasa (acarbose) dosis: 50-100 mg masticada con el primer bocado de alimento, y la dosis máxima es de 300 mg. Cuidar los efectos secundarios a nivel del tubo digestivo.

Tiazolidinedionas (roziglitazona) dosis: 4 mg. Al día, con dosis máximas de 8 mg. (hepatotóxica).

Colitis

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

Frecuencia

Este trastorno es frecuente en las comunidades occidentales. Es más común en mujeres que en varones en la etapa media de la vida. Dentro de los datos clínicos se pueden mencionar alteraciones al individuo rígido, metódico, perfeccionista y con tendencias obsesivo-compulsivas, la depresión y la histeria.

Clasificación

- Colonopatías funcionales:
 - Neurosis colónica: Motora, secretora y mixta.
- Colonopatías funcionales de origen no emotivo:
 - Factor endócrino: tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenal y ovario.
 - Hiperinsulinismo e hipoglucemia.
 - Alergia.
 - Consecuencia de infecciones severas.
 - Causas reflejas.
- Otros autores mencionan tres variantes clínicas:
 - Colitis espástica, con estreñimiento y cuadros dolorosos.
 - Diarrea intermitente crónica con o sin dolor.
 - La espástica/diarrea que combina ambas características.

Fisiopatología

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

El colon irritable es una entidad clínica idiopática caracterizada por la combinación de síntomas abdominales inferiores crónicos (más de tres meses) y molestias continuas o intermitentes.

Sintomatología y diagnóstico

La característica principal de este padecimiento es el dolor abdominal, que se alivia con la defecación o se relaciona con un cambio en la frecuencia o consistencia de las heces; alteraciones en la defecación (> 3 movimientos por día o < 3 por semana, alteración en la forma de las heces, trastornos en el paso de las evacuaciones (esfuerzo, urgencia, evacuación incompleta), timpanismo o distensión abdominal, paso de moco) y ninguna causa orgánica demostrable, una historia de cronicidad con síntomas intermitentes sin signos evidentes de deterioro físico. La flatulencia es frecuente, esta alivia el dolor al momento. También puede encontrarse de manera asociada inestabilidad emocional, letargo y cefalea.

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

Tratamiento

Dieta: debe ser blanda, rica en fibra. Restricción de alimentos, máximo cuando se caracterizan por la producción excesiva de gas como la leche y sus derivados, leguminosas (frijoles, lentejas, col, coliflor, etc.), harinas, algunas frutas con sorbitol (peras, uvas, ciruelas, pasas, vino tinto y cerveza, edulcorantes. Limitar el consumo de grasas, alcohol, tabaco, chicle.

Un factor importante y que debe ser manejado con prudencia es convencer al paciente que su estado de ánimo influye de manera importante en el padecimiento.

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

Tratamiento Farmacológico

Laxantes: Psyllium plántago (20 mg. por las mañanas), senósidos A y B (2 tabletas antes de acostarse), aceite de ricino (PRN), supositorios de glicerina (PRN).

Antiespasmódicos: Butilhioscina (10-20 mg c/6-8 hrs. en caso de dolor, 30 min antes de los alimentos).

Procinético: Metoclopramida 10 mg. (10 mg. 2 o 3 veces al día, 30 min. antes de cada alimento).

Gastritis.

Es un padecimiento que se relaciona con la secreción del ácido gástrico, sea normal, disminuida o aumentada, así como otros fenómenos de la motilidad gástrica o intestinal como: insuficiencia del esfínter esofágico inferior, atonía gástrica, etc.

Es la patología más frecuente dentro del grupo del síndrome ulceroso.

Etiología.

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

Factores de riesgo.

- Todas las mujeres y hombres mayores de 30 años.
- Vida acelerada y estresante.
- Malos hábitos alimenticios (ingesta de irritantes, grasas, alcohol).
- Ingesta de medicamentos de manera continua (antiinflamatorios y analgésicos)

Clasificación y fisiopatología.

La inflamación del tapizado gástrico puede adoptar dos formas:

- a) Gastritis aguda: se debe a la ingestión de alcohol, aspirina u otros medicamentos o a la presencia de toxinas víricas, bacterianas o químicas.
- b) Gastritis crónica: es un signo de alguna enfermedad subyacente, como la úlcera péptica, el cáncer de estómago, el Síndrome de Zollinger-Ellison o la anemia perniciosa.

Otra clasificación según las características fisiopatológicas:

- 1) Gastritis atrófica
- 2) Gastritis corrosiva
- 3) Gastritis hemorrágica
- 4) Gastritis hipertrófica.

Cuadro clínico.

Se caracteriza por pirosis en epigastrio, al despertar sensación de vacío o dolor insoportable en epigastrio o ambos, que pueden ser exacerbados por alimentos grasos, picantes, condimentados, alcohol y tabaquismo. Se pueden agregar náuseas y vómitos.

Diagnóstico.

Un adecuado y exhaustivo interrogatorio y exploración abdominal pueden determinar el diagnóstico.

Los estudios que nos pueden llevar al diagnóstico: endoscopia simple o con biopsia y serie gastroesofágica.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con úlcera gástrica y duodenal y duodenitis.

Tratamiento

- Suspensión de medicamentos que sean irritantes gástricos.
- Dieta libre de irritantes.

- Antiácidos: gel de hidróxido de aluminio y magnesio (2 cucharadas 30 a 90 minutos después de cada comida), salicilato de bismuto (30 ml. cada 2 horas hasta 8 dosis en 24 hrs). Su administración a la misma hora que los bloqueadores H2 inhiben su absorción.
- Procinéticos: mejoran la depuración esofágica y el vaciamiento gástrico. Metoclopramida (10 mg. 2 o 3 veces al día), 30 min. antes de los alimentos.
- Bloqueadores H2: durante la fase intensiva. Ranitidina (150 mg. 1 a 2 veces al día por 3 a 4 semanas, después de los alimentos.
- Inhibidores de la bomba de protones: se usan en pacientes con síntomas intensos, de leves a moderados sin respuesta a bloqueadores H2, metoclopramida o ambos; esofagitis erosiva documentada con endoscopia y complicaciones de reflujo (estrechez, esófago de Barret). Omeprazol (20 a 40 mg/día durante 8 semanas).
- Antiespasmódicos: butilhioscina (10 – 20 mgs cada 6-8 hrs.).

Examen Médico General.

Las personas que acuden al consultorio 11 para examen médico general, solicitan un “chequeo” y exámenes de laboratorio para detectar alguna patología.

Para llevar a cabo esta actividad se requiere realizar una historia clínica completa incluyendo:

- Antecedentes heredo familiares.

En este rubro podemos detectar que la persona en estudio podría presentar alguna enfermedad hereditaria.

- Antecedentes patológicos.

Aquí podemos obtener información de las patologías de importancia que ha presentado, que podrían repercutir en su salud en el presente o en el futuro.

También aquí podemos incluir las vacunas que se ha aplicado.

- Antecedentes gineco-obstétricos.

Estos cuando se le realiza el examen a mujeres.

- Antecedentes no patológicos.

En este apartado se captan datos del medio ambiente en que se desarrolla el paciente, como el laboral, social y cultural. Se interroga el lugar de nacimiento y de residencia,

habitación, escolaridad, ocupación, núcleo familiar, hábitos alimenticios y de higiene, alcoholismo, tabaquismo, drogas y actividad física.

Posteriormente se realiza el examen físico, mediante la inspección general y la exploración por aparatos y sistemas.

La historia clínica es la narración ordenada y detallada de los acontecimientos psicofísicos y sociales, pasados y presentes, referidos a una persona, que surgen de la anamnesis, del examen físico y de la elaboración intelectual del médico, y que permiten emitir un diagnóstico de salud o enfermedad.

Durante el examen médico general se realizan la toma de signos vitales como: presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, peso y talla.

Para completar el examen se solicitan exámenes de laboratorio de rutina: biometría hemática completa, química sanguínea (6 elementos) y examen general de orina. Si se considera necesario se solicita tele de tórax.³⁹

Infección de Vías Urinarias

Es la inflamación de las estructuras del aparato urinario, ocasionada por un agente infeccioso.

Epidemiología

Son más frecuentes en mujeres, excepto en los extremos de la vida.

Del 50 al 80% de las mujeres de la población general adquieren una IVU durante su vida, la mayoría no complicada.

La incidencia en varones jóvenes es muy baja y generalmente ocurre asociada a alteraciones urológicas, sin embargo parece que pueden ocurrir en los varones que tienen coito anal sin protección con mujer o con 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 *E. coli* a las vías urinarias.

La incidencia de bacteriuria asintomática en las mujeres embarazadas es del 4 al 10%, lo cual es al menos el doble que las mujeres de la misma edad no embarazadas. Si no

reciben tratamiento, el 25% de las mujeres embarazadas con bacteriuria desarrollarán pielonefritis aguda mas tarde en el embarazo.

Es también muy importante la susceptibilidad de los diabéticos a las infecciones del aparato urinario, la bacteriuria asintomática y las IVU es de dos a tres veces mayor en mujeres diabéticas.

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

Etiología

La infección de vías urinarias generalmente es monobacteriana. El germen más frecuente es *Escherichia coli* (85%), seguido por *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus agalactiae*, menos frecuentes son otras enterobacterias y gérmenes no bacterianos.

Hasta en 15% de personas con síntomas de IVU no se aísla germen en el urocultivo.

Clasificación.

- Infección de vías urinarias complicada: es la IVU en el paciente que tiene anomalías funcionales o anatómicas del aparato urinario, alteraciones metabólicas o en su respuesta inmunológica,.
- Infección de vías urinarias recurrente: es la reiteración del episodio con una frecuencia anual de 4 veces o más. Si ocurre menos de 4 veces al año se le llama episódica. La IVU recurrente debe diferenciarse en recaída y reinfección.

Cuadro clínico.

- * Con o sin disuria.
- * Polaquiuria.
- * Pujo y tenesmo vesical.
- * Hematuria.
- * Hipertermia.

- * Nicturia.
- * Escalofrío.
- * Cefalea.
- * Ataque al estado general.
- * Dolor en uno o ambos flancos, con irradiación a fosa iliaca y dorso.
- * Dolor a la puño percusión de uno o ambos ángulos costo vertebrales.
- * Dolor suprapúbico.
- * Exudado uretral.

No necesariamente se presentan todos los signos o síntomas.

Diagnóstico.

El diagnóstico generalmente se hace por los datos clínicos.

Los exámenes de laboratorio que ayudan al diagnóstico son el examen general de orina y el urocultivo. En el examen general de orina podemos encontrar bacterias, nitritos positivos, leucocitosis, datos que nos indicarían la presencia de IVU. El urocultivo nos confirma el desarrollo bacteriano y de que bacteria se trata y estos datos nos sirven para elegir el tratamiento específico.

Tratamiento.

Medidas generales.

- Incrementar ingesta de líquidos
- Mantener alimentación adecuada
- Control del dolor, malestar general, fiebre con: analgésicos, antiespasmódicos, acidificantes urinarios orales
- Educación para la salud sobre: higiene perianal y vaciamiento vesical adecuados.
- Control higiénico-dietético (dieta hiposódica).

Tratamiento farmacológico

Trimetropín con sulfametoxazol- 800 mg c/12 horas por 10 días.

Ampicilina- 500 mgs- oral 50 mg/Kg/día cada 6 hrs por 10 días.

Cefalosporinas 500 mgs- oral 50 mg/Kg/día por 10 días.

Ciprofloxacina 500 mgs- oral 500 mg cada 12 hrs por 7 días.

Gentamicina sol. Iny.- 3mg/Kg/día cada 8 hrs por 5 días.

Otros antimicrobianos que se pueden utilizar: kanamicina, amikacina, nitrofurantoína, etc. También se utiliza fenazopiridina como antiséptico urinario.

Si el urocultivo resulta negativo se deberán investigar otras posibles causas de nefropatía.

Si persiste el cuadro clínico después de 3 días de tratamiento, puede haber resistencia al antibiótico. Si el cuadro clínico desaparece se termina el tratamiento y en dos semanas realizar nuevo EGO y urocultivo.

Artritis

Es una inflamación de una o más articulaciones que provoca dolor, inflamación, rigidez y movimiento limitado. Existen más de 100 tipos diferentes de artritis.

Causas.

La artritis involucra la degradación del cartílago, el cual normalmente protege la articulación, permitiendo el movimiento suave. El cartílago también absorbe el golpe cuando se ejerce presión sobre la articulación, como sucede cuando uno camina. Sin la cantidad usual de cartílago los huesos se rozan, causando dolor, inflamación y rigidez.

La inflamación de la articulación se puede presentar por diversas razones, incluyendo:

- Una enfermedad autoinmunitaria, que se presenta cuando el cuerpo se ataca así mismo porque el sistema inmunitario cree que una parte de este es extraño.
- Fractura ósea.
- Desgaste y deterioro general de las articulaciones.
- Infección (virus o bacterias).

La osteoartritis es la variedad más común y es probable que ocurra con más frecuencia a medida que uno envejece. Se puede sentir en cualquier articulación, pero se da con más frecuencia en las caderas, rodillas y los dedos de las manos.

Los factores de riesgo para la osteoartrosis son:

- 1) Sobrepeso.
- 2) Haberse lesionado previamente la articulación afectada.
- 3) Utilizar la articulación afectada en una acción repetitiva que ponga tensión en la misma (beisbolistas, bailarines de ballet y trabajadores de la construcción).

La artritis puede presentarse en hombres y mujeres de cualquier edad.

Otros tipos o causas de artritis son:

- a) Espondilitis anquilosante.
- b) Blastomycosis.
- c) Artritis gonococcica
- d) Gota
- e) Artritis reumatoide juvenil
- f) Artritis bacteriana no gonococcica
- g) Artritis reumatoide en adultos.
- h) Esclerodermia
- i) Lupus eritematoso sistémico.
- j) Artritis viral, etc.

Cuadro clínico

- Atralgias.
- Inflamación articular.
- Disminución de la capacidad de mover la articulación.
- Enrojecimiento de la piel alrededor de una articulación.
- Rigidez especialmente en la mañana.
- Calor alrededor de una articulación.

Diagnóstico

- Historia clínica completa.
- Examen físico completo (derrame, calor, enrojecimiento, dolor al movimiento, deformidad).

- Perfil reumatoide.
- Acido urico.

Tratamiento

El tratamiento de la artritis depende de la causa particular, la gravedad de la enfermedad, las articulaciones comprometidas y la forma como esta dolencia afecta las actividades diarias. Además la edad y la ocupación.

El tratamiento se enfocará hacia la eliminación de la causa. Sin embargo, por lo general, la causa no necesariamente se puede curar, por lo tanto el tratamiento se orienta a reducir el dolor y el malestar y evitar la discapacidad posterior.

Es posible mejorar los síntomas sin el uso de medicamentos, haciendo cambios en el estilo de vida, como bajar de peso y ejercicio, así como, descanso.

Tratamiento farmacológico

= Antiinflamatorios (paracetamol, AAS, ibuprofeno, naproxen, esteroides, inhibidores de ciclooxigenasa 2(Cox-2).

= Medicamentos antirreumáticos ej.: metotrexate.

= Inmunodepresores (azatriopina).

Tratamiento quirúrgico: Artroplastía.

Prevención

Si la artritis se diagnostica y se trata tempranamente, se puede prevenir el daño a la articulación. Investigar antecedentes familiares de artritis.

No sobrecargar de trabajo a una articulación lesionada. Evitar exceso de peso.⁴⁰

Vulvitis

Inflamación de los órganos genitales femeninos externos (vulva). La vulva incluye los labios o pliegues de piel, el clítoris y las aberturas de la uretra y la vagina.

Causas, incidencias y factores de riesgo:

- Alergias (jabones, papel higiénico de color, aerosoles vaginales, detergentes, baños de espuma o fragancias).
- Dermatitis, seborrea o eccema prolongados.
- Infecciones por hongos y bacterias.

La vulvitis puede afectar a mujeres de todas las edades. La afección puede deberse a bajos niveles de estrógenos en mujeres jóvenes y en mujeres que han llegado a la menopausia.

Clínica y diagnóstico.

- Ardor o prurito.
- Posibles pequeñas grietas en la piel vulvar.
- Posible secreción vaginal.
- Enrojecimiento e inflamación.
- Engrosamiento de la piel.
- Fisuras o lesiones cutáneas.

El diagnóstico se hace por clínica y si hay secreción vaginal con un cultivo.

Tratamiento

- Suspender el uso del producto que causa la irritación.
- Cortisona tópica.
- Tratamiento de las infecciones vaginales.

Prevención

- 1) Aseo diario con jabón suave, enjuague adecuado y secado minucioso.
- 2) Evitar aerosoles, fragancias y talcos en área genital.
- 3) Evitar uso de pantalones apretados.

- 4) Uso de ropa interior de algodón.
- 5) Evitar ropa interior de nylon.
- 6) Comportamientos sexuales seguros.⁴²

Vaginitis

La vaginitis es una inflamación de la vagina y de la porción vaginal del cuello del útero que produce enrojecimiento, inflamación, irritación y comezón en el tejido vaginal. Puede causar incomodidad y disminuir el placer sexual.⁴³

Causas

Puede deberse a procesos no infecciosos o infecciosos:

No infecciosos- agentes capaces de producir inflamación de la vagina, que favorecen posteriormente la infección:

- Disminución del nivel de estrógenos.
- Tratamiento prolongado con antibióticos y corticoides.
- Uso de anticonceptivos hormonales.
- Exposición a radiaciones.
- Mala higiene de los órganos genitales externos.
- Uso de DIU
- Cuerpos extraños en la vagina.
- Sustancias irritantes ej: espermicidas o antisépticos.

Infecciosos- producidos por bacterias, hongos, protozoos y virus:

- Candidiasis- flujo blanco “pastoso” y sin olor que causa comezón, ardor y enrojecimiento intenso.
- Vaginosis bacteriana (vaginitis inespecífica). Leucorrea con olor desagradable.
- Tricomoniasis- leucorrea espumosa e irritante, color amarillo verdoso y con olor. Se puede transmitir a la pareja sexual.
- Clamidia- leucorrea que arde e inflama. De transmisión sexual y puede afectar otros órganos reproductores como las vías urinarias.

Clínica

- a. Leucorrea.
- b. Prurito.
- c. Irritación.
- d. Dolor.
- e. Polaquiuria.

Diagnóstico: exudado vaginal, citología, interrogatorio.

Tratamiento: depende del agente causal.

Prevención.

- Evitar lavados con espumas, desodorantes vaginales.
- Uso de ropa interior de algodón.
- Evitar uso de pantalones ajustados.
- Higiene.
- Cambio frecuente de tampones y toallas femeninas.
- Higiene de la pareja sexual.
- Uso de condón.

Vulvovaginitis

Inflamación o infección de la vulva y la vagina.

Causas

La etiología es la misma que en la vulvitis y la vaginitis antes expuestas.

La vulvovaginitis inespecífica (es decir, sin organismo causal, ni irritante identificado) puede ocurrir en cualquier edad, pero se presenta con más frecuencia en niñas antes de la pubertad, por falta de higiene.

Clínica

- Irritación y picazón en el área genital.
- Inflamación (irritación, enrojecimiento) de los labios mayores, menores o zona perianal.
- Secreción vaginal
- Mal olor vaginal.
- Disuria.

Diagnóstico: cultivo de exudado vaginal, para identificar el agente causal de la infección.

Tratamiento: la etiología determina el tratamiento apropiado.

Si es por disminución de estrógenos, se utiliza crema tópica de estrógenos.

Si es por enfermedad de transmisión sexual, también se da tratamiento para la pareja.

Prevención

Las mismas medidas que en vaginitis y vulvitis.⁴⁴

Micosis

Superficiales. Dermatofitosis o tiñas.

Lesiones producidas por dermatofitos, hongos con la particularidad de desarrollarse en la queratina.

La forma de transmisión puede estar asociada al contacto con animales y por lo tanto se deben diferenciar las fuentes de contagio entre población rural, en contacto con animales y la población urbana, más frecuentemente usuaria de centros deportivos y animales de compañía.

Las micosis superficiales se dividen de acuerdo a su agente etiológico como: dermatofitos, candida y microorganismos del género *Malassezia*, causantes de pitiriasis versicolor.

Con mayor frecuencia los niños tienen infecciones de la piel, mientras que en adultos predominan en áreas intertriginosas.⁴¹

La infección producida por dermatofitos, da como resultado, diferentes cuadros clínicos, dependiendo de las regiones afectadas.

Las distintas formas clínicas con las que se presenta la infección por dermatofitos son las siguientes:

Tiña de la cabeza

Producida principalmente por dermatofitos *Trichophyton tonsurans* (60%) y *Microsporum canis* (40%) afectando principalmente niños.

Clínica

Seca- numerosas pequeñas placas con descamación y pelos cortos que alternan con pelos normales., con etiología tricofítica. Cuando son placas más grandes escamosas, con pelos rotos a un mismo nivel y menos numerosas, la etiología es microspórica.

Inflamatoria- querión de Celso. Predomina en niños. Aparece en una zona de tiña seca. Presenta dolor que va en aumento, eritema, inflamación, pústulas, exudado purulento y se forma un plastrón con costras meliséricas y adenomegalia regional.

Tiña del cuerpo

Producida por dermatofitos *M. canis*, *Trichophyton tonsurans*, *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* y *E. floccosum*.

Clínica

Son placas redondeadas, con bordes delimitados por microvesículas que inician como pápulas eritematosas y pruriginosas, que en cuestión de días van creciendo. Pueden ser circulares, de gran tamaño y escasos (tricofíticos) o ser numerosas, pequeñas y múltiples (microspóricas).

Cuando afecta manos, se localiza en el dorso, pero si se localiza en palmas hay escamas y vesículas, hiperqueratosis difusa, eritema y anhidrosis; además de que puede haber una forma inflamatoria con vesículas y pústulas.⁴¹

Tiña de ingle

Producida por los dermatofitos *T. rubrum*, *E. floccosum* y *T. mentagrophytes*.

Clínica

Forma placas eritematoescamosas con borde microvesicular y regular, así como, liquenificación debido a que en la zonas húmedas, el cuadro puede ser más pruriginoso. Las lesiones pueden avanzar a periné, región crural y nalgas. Esto puede ser debido al uso de esteroides o inmunodepresión.

Tiña de los pies

Producida por los dermatofitos *T. rubrum*, *E. floccosum* y *T. mentagrophytes*.

Clínica

Hay 3 variedades clínicas: intertriginosa, vesiculosa e hiperqueratósica. La intertriginosa afecta la piel de los espacios interdigitales en donde se encuentra escama, maceración y vesículas. La forma vesiculosa se caracteriza por presentar vesículas pequeñas que se rompen dejando zonas de erosión, costras melicéricas y prurito. En la variedad hiperqueratósica se observan zonas de piel gruesa y dura, así como, descamación del área en cuestión.

Onicomycosis

Producida por dermatofitos como *T. rubrum*. Puede afectar manos o más frecuentemente a pies, ocupando en nuestro país un 30% de las dermatofitosis.

Onicomycosis subungueal distal y /o lateral- el hongo penetra por el borde distal de la uña en forma lateral o longitudinal.

Onicomycosis blanca superficial- afecta zona superficial de la uña, produciéndose máculas blancas.

Onicomycosis subungueal blanca proximal- el hongo penetra por debajo de la cutícula hacia el lecho ungueal, avanzando hacia el borde distal, color blanquecino. Esta variedad en pacientes inmunodeprimidos como, trasplantados renales y pacientes con SIDA.

Onicomycosis distrófica total- afecta toda la uña, la cual se ve engrosada, destruida y amarillenta. Es el resultado de la evolución de los cuadros clínicos descritos anteriormente.

Micosis profundas

En estos padecimientos el agente infeccioso penetra más allá de la piel, invadiendo tejido celular subcutáneo, músculos e incluso tejido óseo. Existen básicamente 2 entidades: esporotricosis y el micetoma.

Diagnóstico

Habitualmente es clínico-epidemiológico.

Técnicas: examen microscópico directo (con tinción o no del material) con aplicación previa de hidróxido potásico o azul de lactofenol para visualizar hifas o esporas.

Cultivo en medios adecuados por 2 semanas.

Tratamiento

Existen, medidas farmacológicas y no farmacológicas. Estas últimas consisten en medidas higiénicas adecuadas, aireación, evitar humedad y la autocontaminación.

Las medidas farmacológicas son a base de antifúngicos tópicos o sistémicos.⁴¹

Otros estados postquirúrgicos especificados

La décima causa de consulta se refiere a los estados postquirúrgicos. Esto corresponde a los pacientes que deciden atender sus problemas de salud que requieren cirugía en otra institución, ya sea pública o privada o por tener seguro de gastos médicos mayores; y acuden a la Clínica de Medicina Familiar “Villa A. Obregón” del ISSSTE para tramitar la incapacidad para cubrir los días de recuperación de la cirugía que indica el médico tratante.

CONCLUSIONES

Las familias que acuden al consultorio 11 de la Clínica de Medicina Familiar “Villa Álvaro Obregón” en una forma general tienen las siguientes características y las principales causas de consulta.

Las madres tienen 48 años en promedio y los padres 50 años. La escolaridad de la madre es de 9 años en promedio y del padre 10 años. La mayoría de las madres son amas de casa, los padres son empleados. Las parejas están casadas y en promedio tienen 23 años de unión conyugal. Estas familias tienen en promedio 3 hijos, en su mayor parte son mayores de 20 años. Como método de planificación familiar es la Oclusión tubárica bilateral en las mujeres, se han embarazado 3 veces y los hombres usan más el preservativo como método anticonceptivo. Es poco frecuente que se encuentren otras personas agregadas a la familia.

En cuanto a la clasificación de las familias estudiadas, la mayoría son nucleares simples. Se encuentran en las etapas de dispersión e independencia del ciclo de vida familiar.

Predominan los factores de riesgo para padecer diabetes, hipertensión, obesidad y adicciones como alcoholismo y tabaquismo en estas familias.

Algunas de las familias encuestadas enfrentaban cuadros de infección respiratoria aguda o diarrea una vez al año en los menores de 5 años.

Prácticamente todos los menores de 1 año están vacunados, son pocos niños. Entre los niños de 1 a 5 años solo un niño no tenía su esquema de vacunación completo.

De 42 niños menores de 5 años solo se reportó un caso de desnutrición.

En 14 (11.2%) familias encontramos cuidadores; la madre es la que con mayor frecuencia otorga los cuidados para algún miembro de la familia, que en estos casos fueron abuela, esposo, madre o padre. Los padecimientos que provocaban discapacidad por lo que se brindaba el apoyo eran Alzheimer y otras enfermedades crónico-degenerativas para 14 personas en total.

En cuanto a detecciones oportunas de cáncer cervicouterino 78% mujeres se realizan una detección anual, no se encontraron casos de cáncer cervicouterino; para cáncer de mama 56.9% mujeres se realizan la detección anual, se identificó un caso.

Una vez que conocemos las características de las familias que acuden al consultorio 11 de la Clínica de Medicina Familiar “Villa Álvaro Obregón”, puedo identificar que las

actividades del equipo de salud deben estar encaminadas a la atención de los adultos mayores de 45 años, principalmente, para realizar la prevención de enfermedades crónico degenerativas, detecciones tempranas de cáncer, tratamiento de adicciones como tabaquismo y alcoholismo con el fin de prevenir sus consecuencias

Es importante hacer hincapié en la población para que se mejoren los cambios de hábitos alimenticios y de ejercicio ya que la obesidad es un factor de riesgo importante en esta población y les predispone otras enfermedades crónicas degenerativas como las que se reportan entre las principales causas de consulta.

La hipertensión y la diabetes se encontraron entre los primeros motivos de consulta al igual que en el resto de la población en México. Se buscará canalizar a los pacientes a grupos de auto ayuda acompañados de algún pariente con riesgo para que el abordaje sea integral, familiar.

Hasta la fecha las enfermedades agudas prevalecen en la demanda de atención médica; las enfermedades respiratorias agudas son muy comunes y pueden prevenirse con medidas sencillas de higiene y educación para la salud.

El personal de enfermería es un apoyo importante ya que durante la toma de signos vitales hacen la invitación a las mujeres para que se realicen las detecciones de cáncer Cérvico uterino y de mama, también invitan a las mujeres jóvenes a hacer uso de los servicios de planificación familiar, se invita a los varones a que se realicen las detecciones pertinentes para su edad.

No debemos olvidar que la medicina familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo, a la familia y comunidad. Y el médico familiar debe tener como perfil al médico que atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar atención integral y continuada a sus pacientes.

Dadas las características de la población estudiada a través del instrumento CEBIF, es importante destacar la óptica de enfoque de riesgo, que debe uno realizar como médico

familiar, los problemas de salud del consultorio de los cuales ahora tengo conocimiento, lo debo encausar a realizar acciones de educación para la salud.

Estas características obligan al personal de salud, y en especial al médico familiar a mantenerse actualizado. Lo que cada vez se hace más necesario para la atención integral de las familias y mantener al médico familiar a la vanguardia en la atención primaria. Es necesario identificar desde la óptica de la medicina familiar, que acciones concretas y precisas se deben manejar para atender integralmente los problemas de salud de este grupo de edad (educación para la salud, medicina preventiva, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, etc.)

Finalmente, este trabajo y la experiencia del MOSAMEF en el micro-escenario, aplicando la cédula básica de información familiar, la pirámide de población, la información de los programas prioritarios y las causas de morbilidad, permitieron identificar las necesidades de atención médica de las familias e individuos del consultorio.

Esta investigación pretende brindar un panorama general en el micro-escenario en el que fue aplicada, de las características de la población que se atiende en una unidad de medicina familiar de la ciudad de México.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Turabián J.L. Que es la Atención Primaria? Cuaderno de Medicina de Familia y Comunitaria. España: Ediciones Díaz Santos; 1994. 3-34.
2. Goldberg B. W. Atención Primaria Basada en la Población. Medicina de Familia Principios y Práctica. 5ª Edición. Barcelona, España: 1999. 44-49.
3. Gallo-Vallejo F. y grupo de trabajo SEMFYC. Perfil Profesional del Médico de Familia. Aten Primaria. 1999; 23 (4): 236-248.
4. Plan Unico de Especialidades Médicas en Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM. División de Estudios de Posgrado e Investigación. Subdivisión de Especialidades Médicas. México, D.F. 2003. 18.
5. Martín Zurro A., Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A. Atención Primaria. Concepto, Organización y Practica Clínica. 5ª Ed. Madrid, España: ELSEVIER; 2002. 3-14.
6. Irigoyen C.A., Morales L.H. La Medicina Familiar: Concepto y Filosofía. En: Irigoyen C.A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2006. 143-148.
7. Narro José. XI Medicina Familiar. Documento Mimeografiado Presentado en el V Ciclo de Diez Simposios sobre la Administración de la Atención Médica. 1985; 239-252.
8. Irigoyen C.A., Ponce R.R, Bonilla M.F.R. y cols. Perfil Profesional del Médico Familiar en México. En: Irigoyen C.A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2006. 135-141.
9. Alarid H. J., Irigoyen C.A. Fundamentos de Medicina Familiar. 2ª ed. México: F. Mendez Cervantes; 1985.
10. Huerta G.J.L. Estudio de la Salud Familiar. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar, A.C. PACMF-1. Libro 1. 1ª ed. México: Intersistemas Editores; 1999. 11-31.
11. Santacruz V.J. La Familia como Unidad de Análisis. Medicina Social. Rev. Med. IMSS. 1983; 21(4): 348-356.
12. Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Concepto Básico para el Estudio de las Familias. 2005; 8-13.
13. Irigoyen C.A., Hernández R.C., Gómez C. F. y Fernández O.M.A. Diagnóstico Familiar. 6a ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2000.

14. Domínguez D.O.J. Salud Reproductiva. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar, A.C. PACMF-1. Libro 1. 1ª ed. México: Intersistemas Editores; 1999. 1-8.
15. Irigoyen-Coria A., Ponce-Rosas R., Gómez Clavelina F. Índice Simplificado de Pobreza Familiar: Proposta para una previsaio ponderada. Pan-American Family Medicine Clinics.2005;97-98
16. Huerta G.J.L. Estudio de la Salud Familiar. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar, A.C. PACMF-1. Libro 1. 1ª ed. México: Intersistemas Editores; 1999. 44-68.
17. Norma Oficial Mexicana NOM – 031 – SSA2 – 1999, para la atención a la salud del niño. (Diario Oficial de la Federación, NOM-031-SSA2-1999, 9 de febrero de 2001).
18. Erika Duarte. México, a la zaga de A. L. en reducir la desnutrición en menores de 5 años. La Jornada. 19 de septiembre de 2008; Economía.
19. UNICEF/COMUNICADO DE PRENSA “El Estado Mundial de la Infancia 2008 hace mención especial al progreso logrado por México para el bienestar de su niñez”. México: UNICEF; Enero de 2008 (Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2008). www.unicef.org/méxico/spanish/mx_pr_EMI_2008.pdf
20. González P.R. Familia y Entorno Social. En: Nélida Asili. Vida Plena en la Vejez. 1ª ed. México: Editorial Pax México; 2004. 190-206.
21. De la Revilla L., Espinosa Almendro J.M. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Aten Primaria. 2003;31(9):587-91.
22. Ras Vidal Ester, Bascuñana B.A., Ferrando L.C., Martínez R.D.,Puig P.G. y Campo E.L. Repercusiones en el cuidador de los enfermos crónicos domiciliarios. Aten Primaria. 2006;38(7):416.
23. CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050 (base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección Gral. de Información en Salud). México: CONAPO; (7 de octubre de 2008). http://sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/m_005.xls
24. CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2000-2005 (base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección Gral. de Información en Salud). México: CONAPO; (7 de octubre de 2008). http://sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/m_012.xls
25. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Cáncer de próstata. México: Secretaría de Salud; diciembre 2001 (10 de octubre de 2008). www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_3/cáncer_prostata.pdf

26. Secretaría de Salud. Mueren más de 4 mil hombres por cáncer de próstata (Síntesis Ejecutiva de Información Prensa). México: Secretaría de Salud; 5 de diciembre de 2007 (14 de octubre de 2008). www.ssa-sin.gob.mx/síntesis/dic.05.htm-103k
27. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino (Diario Oficial de la Federación. 16 de enero de 1995).
28. Instituto Nacional de Cancerología/Dr. Jesús Cárdenas Sánchez, Dr. Francisco Sandoval Guerrero. Consenso Nacional sobre el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario. (INCAN). México: INCAN; Septiembre de 1994 [2005; 22 de octubre de 2008]. www.incan.org.mx/interactivo/segundo.htm
29. INEGI. Cambios Sociales y Demográficos en México. México: INEGI; 6 de marzo del 2001 [4 de noviembre de 2008]. www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/español/prensa/Boletines/Boletín/Comunicados/Especiales/2001/Marzo/cp_29.pdf
30. OMS. Burden of disease: DALYs. Global burden of disease 2004 [OMS]. Suiza: OMS; 2004 [11 de noviembre de 2008]. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part4.pdf
31. INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005. Zonas metropolitanas más pobladas 2005 [Banco de Información Económica]. México: INEGI; 2005 [13 de noviembre de 2008]. www.inegi.org.mx/est/contenidos/español/proyectos/conteos/conteo2005/síntesis.pps#292,17,Diapositiva17
32. INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005. Derechohabientes. [Banco de Información Económica]. México: INEGI; 2005 [14 de noviembre de 2008]. www.inegi.org.mx/est/contenidos/español/proyectos/conteos/conteo2005/síntesis.pps#558,75,Diapositiva75
33. INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005. Hogares. [Banco de Información Económica]. México: INEGI; 2005 [15 de noviembre de 2008]. www.inegi.org.mx/est/contenidos/español/proyectos/conteos/conteo2005/síntesis.pps#554,89,Diapositiva89
34. CONAPO/Partida B.V. Proyecciones de la Población de México 2005-2050. Hogares en el D.F. 2005.[CONAPO]. México: CONAPO; Noviembre 2006 [17 de noviembre de 2008]. www.conapo.gob.mx/00cifras/hogares/h1.xls
35. CONAPO/Partida B.V. Proyecciones de la Población de México 2005-2050. Población en el D.F. (Proyecciones).[CONAPO]. México: CONAPO; Noviembre 2006 [19 de noviembre de 2008]. www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores/09.xls

36. Secretaría de Salud del D.F. Principales causas de mortalidad general en el D.F. 2006 [SSDF/INEGI]. México: SSDF; [20 de noviembre de 2008].
www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/agenda/morta/index.html
37. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial (Diario Oficial de la Federación, 17 de enero del 2001).
38. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes (Diario Oficial de la Federación, 7 de abril de 2000).
39. Martí-Manuel L. Semiología Médica. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2005.
40. Teitel Ariel D. Artritis [Medline Plus Enciclopedia Médica]. E.U.A.: A.D.A.M.,Inc.; 1997 [24 de marzo de 2009;18 de abril de 2009].
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001243.htm>
41. López-Ch.A., Perez-Q.R. Dermatitis Infecciosas Micóticas. [Atlas de Dermatología Clínica. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Querétaro]. México: Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Querétaro; 2005[18 de abril de 2009].
www.vaq.mx/medicina/medivaq/especialidades/dermatología/micosis.htm-9k
42. Linda Vorvick,MD. Vulvitis [Medline Plus Enciclopedia Médica]. E.U.A.: A.D.A.M.,Inc.;1997 [24 de marzo de 2009;19 de abril de 2009].
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001445.htm
43. TuS@lud. Vaginitis [TuSalud.com.mx]. México: Inkuba Project de México, S.A. de C.V.; 2008 [2008;19 de abril de 2009]
www.tusalud.com.mx/site/viewa.asp?ida=222
44. Audra Robetson.MD. Vulvovaginitis [Medline Plus Enciclopedia Médica]. E.U.A.: A.D.A.M.,Inc.;1997 [01 de agosto de 2008; 19 de abril de 2009].
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000897.htm

ANEXOS

Cedula...(CEBIF)



CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)

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

15-Oct-2007

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

FACTORES DEMOGRÁFICOS

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

Clasificación Estructural de la Familia

▪ Nuclear <ul style="list-style-type: none"> Simple () Numerosa () Ampliada () Binuclear () Reconstruida () 	▪ Monoparental <ul style="list-style-type: none"> Simple () Ampliada () 	Vive en casa de la familia de origen () La familia de origen vive en casa de la familia monoparental ()
▪ Extensa <ul style="list-style-type: none"> Ascendente () Descendente () 	▪ Equivalentes familiares ()	▪ Persona que vive sola ()

Etapa del Ciclo Vital de la Familia

▪ Matrimonio o unión conyugal ()	▪ Independencia ()
▪ Expansión ()	▪ Retiro ()
▪ Dispersión ()	

APGAR FAMILIAR (TAMIZ)

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

FACTORES ECONÓMICOS

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

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

REDES SOCIALES Y APOYO	
Cuando Usted y/o su familia necesitan de servicios de atención a la salud (consulta, detecciones, cuidados, pláticas, orientaciones, terapias, exámenes de laboratorio, etc.) se apoyan en: (Marque todas las opciones que el paciente indique)	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Padres y abuelos <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Amigos, vecinos <input type="checkbox"/> Hijos mayores <input type="checkbox"/> Prestaciones laborales (incapacidad, cuidados maternos, etc.) <input type="checkbox"/> Servicios públicos <input type="checkbox"/> Servicios privados <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No requiere 	<ul style="list-style-type: none"> () () () () () () () () ()
Hace uso de los servicios que otorgan las siguientes instituciones: (Marque todas las opciones que el paciente indique)	
IMSS	()
SSA	()
SEDENA	()
Privado	()
ISSSTE	()
DIF	()
PEMEX	()
Secretaría de Marina	()
Otros	()
Especifique: _____	

FACTORES DE RIESGO. PATOLOGIA FAMILIAR

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

c= en control sc=sin control

ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO

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

APOYO DE CUIDADORES

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

DETECCION DE CÁNCER

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

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

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

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

Códigos para los datos demográficos de la familia

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