



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

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA HOSPITAL "A" GUANAJUATO,
GTO. MÉXICO

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES, FACTORES DE RIESGO Y
CAUSAS DE CONSULTA
MÁS FRECUENTES EN LA POBLACIÓN USUARIA DEL
CONSULTORIO 8 DE LA CLÍNICA HOSPITAL "A" DEL
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO EN GUANAJUATO, GTO.
MÉXICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. DE LOURDES BARRIENTOS SALAZAR



GUANAJUATO, GTO

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES, FACTORES DE RIESGO Y
CAUSAS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES EN LA
POBLACIÓN USUARIA DEL CONSULTORIO 8 DE LA CLÍNICA
HOSPITAL “A” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN
GUANAJUATO, GTO. MÉXICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. DE LOURDES BARRIENTOS SALAZAR

AUTORIZACIONES:

DR. JORGE GARZA ÁVILA
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL “A”
GUANAJUATO, GTO.

DR. JORGE CATALÁN FLORES
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL
“A” GUANAJUATO, GTO.

DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL
ISSSTE.

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES, FACTORES DE RIESGO Y
CAUSAS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES EN LA
POBLACIÓN USUARIA DEL CONSULTORIO 8 DE LA CLÍNICA
HOSPITAL “A” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN
GUANAJUATO, GTO. MÉXICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. DE LOURDES BARRIENTOS SALAZAR

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

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

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

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

ÍNDICE	PAGINA
MARCO TEÓRICO	1
Antecedentes de la medicina familiar en el mundo	1
Historia de la medicina familiar	2
Antecedentes de la medicina familiar en México	5
Medicina familiar	7
Definición del médico familiar	8
Perfil profesional de médico familiar	8
Familia	9
Clasificación de las familias	10
Tipología de la familia	14
Ciclo vital de la familia	15
Funciones de la Familia	17
Atención Primaria a la Salud	18
Atención Primaria orientada a la Comunidad	21
Modelo Sistemático de Atención Medica Familiar	22
Factores de Riesgo	27
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
JUSTIFICACIÓN	31
OBJETIVOS	34
Objetivo General	34
Objetivos Específicos	34
Material y métodos	34
Tipo de estudio	34
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	35
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	35
CRITERIOS DE inclusión, exclusión y eliminación	36
VARIABLES	36
PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN	38
CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
RESULTADOS	40
DISCUSIÓN	62
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA	64
CONCLUSIONES	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	86

MARCO TEÓRICO

HISTORIA DE LA MEDICINA FAMILIAR

Antecedentes de la medicina familiar en el mundo

La modificación de la conducta individual para reducir el riesgo de enfermarse, o de mejorar la salud y el bienestar es el objetivo común de las diferentes concepciones de la salud y de las prácticas en la atención primaria de ésta, destaca entre ellas la Medicina Familiar.

Todas las disciplinas científicas tienen por definición un objeto de estudio, que las distingue de otras disciplinas, la medicina general tiene un objeto de estudio que es el proceso de salud enfermedad, el cual circunscribe el quehacer y los métodos de esa disciplina, pero la medicina es tan amplia que ha tenido que fragmentarse cada vez más en especialidades médicas las cuales abordan solo una parte de ese objeto de estudio denominado unidad de análisis, la cual define ciertos métodos y técnicas de abordaje, la unidad de análisis de la Medicina Familiar es la familia.¹

La Medicina Familiar la definiremos como la especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia.²

La Medicina Familiar no es una especialidad más, es una disciplina que requiere un trabajo en equipo, ya que el médico aislado ha logrado impactar poco en la modificación de la salud-enfermedad a través de la historia, y el equipo de salud debe tener una capacitación y formación amplia tanto en los aspectos teóricos conceptuales, como en aspectos metodológicos.

La Medicina Familiar es por tanto una especialidad diferente, y ello no es por voluntad, sino por necesidad, ya que las necesidades de atención a la salud están determinadas socialmente y son complejas.

Esta tarea distintiva consiste en que ya no es posible que los profesionistas de manera aislada logren trascender a través de su trabajo, el espectro de salud y enfermedad que afecta a las familias a su cargo, por lo que una premisa importante para esa compleja labor es el trabajo en equipo el cual trae consigo múltiples elementos distintivos propios de la especialidad, como integración de la docencia, la asistencia, la investigación y la concepción biológico- social-histórica de la salud enfermedad, por mencionar algunas de las más importantes.¹

Historia de la medicina familiar

La medicina familiar es una alternativa para poder brindar servicios de calidad en cualquier sistema de salud de los países del mundo, lo que finalmente puede redundar en un beneficio para la población. Es preciso remontarse al siglo XIX, en esa época identificamos una importante población de indigentes en todas las comunidades; era gente cuyas necesidades de atención a la salud eran resueltas con la participación de ciertos personajes – no siempre médicos-

Esta fue una característica de muchos sistemas de salud de los países en el siglo XIX, en general los indigentes, los más pobres, no eran atendidos por los más calificados médicos; se dejaba a algunos conocedores de ciertas ramas de la medicina el que tuvieran la responsabilidad de atenderlos y aquellos mejor preparados solamente brindaban su atención a los estratos más ricos de la población. Los ricos eran quienes usualmente recibían la atención de los mejores y más calificados médicos. Parece que esa historia no se ha perdido, ya que hay muchas similitudes en lo que sucedía dos siglos atrás con lo que sucede en este momento. Sin embargo el grupo de los estratos intermedios era atendido usualmente por los médicos que se dedicaban a la medicina de carácter general.

El siglo XIX en América y Europa se había constituido en la era de la Medicina General, la era del médico general, se empezaba por construir toda una serie de argumentaciones, técnicas científicas en relación a la práctica de la medicina. En ese entonces la práctica médica comenzó a promover un estudio mucho más sistematizado de la atención a la salud de la población, aún cuando esa responsabilidad recaía en un solo médico –el médico general-, incluso era capaz de recopilar y manejar prácticamente todo el conocimiento médico-científico desarrollado en aquel entonces.

Ese médico general era un personaje importante dentro de cualquier comunidad, particularmente en los países más desarrollados. Era un personaje conocedor de la comunidad, era un consejero, un líder en todos los sentidos, impulsaba cambios socioeconómicos, promovía transformaciones comunitarias y además era un epidemiólogo práctico; actuaba no solamente en función del conocimiento emanado de los libros que poseía, sino también en función del conocimiento que su trabajo le permitía obtener, era un estudioso constante y además un investigador permanente.

Cada familia tenía su médico, usualmente el mismo médico para todos los miembros de la misma por lo que el médico general tenía una continuidad en la atención.

El inicio del siglo XX es considerado como el inicio de la era de la especialización; se dieron una serie de cambios sociales y económicos, así como una serie de conflictos médicos que favorecieron el desarrollo de la medicina familiar como la especialización médica.

En el año de 1910 se da a conocer el informe Flexner el cual es considerado como el documento que marca la declinación de la práctica de la medicina general a favor del desarrollo de las especializaciones médicas. La explosión tecnológica y la solución informática que se comenzaron a vivir en la primera mitad del siglo XX, aceleradas por los conflictos bélicos mundiales, contribuyeron a incrementar el desarrollo de la especialización y la super-especialización. Empieza entonces a darse el fenómeno global de aumento en el número de especialistas. Esto generó una transformación social y tecnológica y se llegó a la conclusión sobre la conveniencia de que la mayoría de los problemas de salud fueran atendidos por especialistas “verticales”, que desconocían elementos esenciales para el abordaje integral de los problemas de salud de los individuos y que además condicionaba altísimos costos en la atención de los problemas de salud.

Hay dos reportes muy importantes que en el contexto internacional se consideran fundamentales en el proceso de desarrollo de la medicina familiar. En 1966 la denominada Comisión Millis llama la atención sobre la fragmentación de la atención a la salud y plantea un cambio en el enfoque de atención de la medicina, paralelamente otro comité de carácter académico el Comité on Education for Family Practice, establece como debería de formarse este nuevo especialista al que denominó Médico de Familia. Con base en estos reportes se comienzan a formar los primeros colegios y las primeras asociaciones académicas en Medicina Familiar.

Es así como la medicina general y la medicina familiar en la segunda mitad del siglo XX, son vistas como una disciplina clínica, y se empiezan a formar en muchas universidades los conocidos departamentos de medicina familiar y se definen en forma sistematizada programas de formación y de adiestramiento en la medicina familiar.

Paralelamente en Estados Unidos, Canadá y la Gran Bretaña, se empiezan a estructurar esquemas de certificación de estos especialistas como una estrategia para garantizar a largo plazo, la calidad ética de quienes ejercen esa llamada práctica familiar. Canadá, Estados Unidos, Reino Unido y Australia comienzan a reformular los procesos de formación de profesionales incorporando a la medicina de familia como una de las disciplinas fundamentales en los sistemas de salud.

En América latina y el Caribe el inicio de la evolución de la medicina de familia se da a partir de los años 70 y 80 del siglo XX, y aún en algunos países este proceso de desarrollo y transformación continúa dándose a pasos acelerados.

Con base en estos antecedentes se puede afirmar que la medicina familiar es el resultado de una combinación de visiones la de la tradición humanista del antiguo médico general, con la del desarrollo tecnológico de la segunda mitad del siglo XX, todo esto dentro de un encuentro matizado por la politización de la asistencia médica.^{3,4}

Algunos eventos históricos que han influenciado positivamente en esta disciplina son:

En 1972 la creación oficial del Colegio Mundial de Médicos de Familia conocido (WONCA). En 1977, el comité de ministros del consejo europeo emite una resolución con la que establece que la medicina familiar debe ser la piedra angular de los sistemas de salud.

En el contexto Latinoamericano y del Caribe se crea en el año de 1981 el Centro Internacional para Medicina Familiar (CIMF), que permite que la Medicina Familiar se desarrolle de manera más sólida, en México y Latinoamérica.

En el años de 1991 WONCA y la OMS, emiten una declaración conocida como El papel del médico de familia en los sistemas de atención a la salud, la cual plantea el rol del médico de familia dentro de la estrategia de atención primaria.

En 1994 en Ontario, Canadá, se crea la Declaración de Ontario, la cual señala como el médico de familia puede contribuir a atender las necesidades de salud de la población, y ha servido para reorientar los programas de formación de profesionales de la medicina familiar, así como la introducción de la medicina familiar en las reformas de los sistemas de salud de muchos países.

En 1996 el Centro Internacional para la Medicina familiar realizó en Buenos Aires, Argentina, una reunión de trabajo sobre la medicina familiar y la reforma en los sistemas de salud, y emitió una declaración, la Declaración de Buenos Aires por formadores de recursos humanos de pregrado y postgrado vinculados a la formación en Medicina de Familia, y por directivos de sociedades civiles de médicos de familia.

En ese mismo año el CIMF se transforma en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, estableciendo compromisos en materia de formación de médicos familiares en posgrado, de introducción de la medicina familiar en el pregrado, así como en el proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Afiliando a 17 países.

El último de los hechos históricos es el concretado en junio de 2002 y es la aprobación por parte de WONCA de la 6ª Región Mundial llamada Región WONCA Iberoamericana-CIMF. Así los países afiliados a CIMF se convierten en una nueva región de WONCA.

En 1988 se crea el Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar, y en 1994 se crea el Colegio Mexicano de Medicina Familiar, y en 1996 ingresa a la Confederación Iberoamericana. En el año 2002 el Colegio Mexicano ingresó como un país titular al Colegio Mundial del gremio: WONCA.⁵

ANTECEDENTES DE LA MEDICINA FAMILIAR EN MÉXICO

En el caso de México se identifican algunos acontecimientos relevantes en 1954 hubo médicos que plantearon el primer esbozo de lo que es la Medicina Familiar, y en los años 1954-1955 un grupo de estudiosos de los problemas de salud de la población implantaron en el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), el sistema médico familiar, sin contar con los especialistas en esa disciplina. Así un grupo de médicos que laboraba en esa institución en Nuevo Laredo, Tamaulipas, planteó la posibilidad de estructurar el sistema de atención médica, presentando en Panamá en un seminario un trabajo denominado “el médico de familia”. En esta propuesta se delimitaban las características de las acciones que este médico debería desarrollar sobresaliendo el hecho de que atendería núcleos de población bien determinados y que trabajaría en equipos de médicos.

En 1955 el IMSS aprueba la aplicación del programa en forma experimental en dos clínicas del Distrito Federal, y se introdujeron elementos importantes, como la adscripción de una población definida, sin importar la edad o el sexo, a cada médico de la familia.

A final de los años cincuentas el sistema mostró sus bondades y se extendió a todas las unidades del IMSS en el país, sin embargo se introdujo la subdivisión del médico familiar de adultos y médico familiar de menores, después de veinte años se regreso al sistema anterior donde el médico familiar es responsable de la atención de todos los integrantes de la familia.

Sin embargo después de todo este tiempo el IMSS no contaba con médicos lo suficientemente capacitados, por lo que no fungían como auténticos médicos de familia, ya que los puestos eran ocupados por médicos generales con conocimientos limitados, ó médicos especialistas tradicionales, por ello el sistema médico familiar no funcionó como tal.

El proceso de implantación se concreta hasta el año 1971 cuando inician los cursos de especialización en medicina familiar, bajo un programa educacional tipo residencia médica.

Este programa se desarrollo originalmente en una sede y tuvo una duración de dos años.

En 1974 la Facultad de Medicina de la UNAM llevó a la medicina familiar a la categoría de especialidad al darle el reconocimiento universitario.

En 1975 el Consejo Técnico de la Facultad de Medicina de la UNAM aprobó la creación del Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria primero en su tipo en Iberoamérica.

En 1977 la Escuela de Medicina de la Universidad de Nuevo León inició su propio programa académico para la formación de médicos familiares.

En 1978 la Facultad de Medicina de la UNAM entró en contacto con las autoridades de las otras dos grandes instituciones de salud, la otrora Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado con el fin de evaluar la factibilidad de desarrollar un curso de especialización en Medicina Familiar. Fué así bajo el liderazgo del Dr. José Narro Robles quien era el jefe del Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria y el apoyo de la fundación Kellog que se desarrolló el proyecto que incluía la creación de un curso de especialización con el formato de residencia médica dos unidades de educación continua para el médico general familiar y un programa de formación de profesores de medicina familiar.

En 1980 en el mes de marzo, se inicia el primer curso. Las primeras sedes fueron en la SSA, el centro de salud "Portales", como unidad académica, el Hospital "Dr. Manuel Gea González", como sede hospitalaria. En el ISSSTE la clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" y el Hospital López Mateos, como unidades académica y hospitalaria respectivamente. Estas sedes se han ido extendiendo con el tiempo.

Un hecho que ha ido consolidando a la medicina familiar como especialidad ha sido su desarrollo académico a través de la formación de asociaciones distribuidas en el país.

En 1990 se convocó a todas las instituciones asistenciales y educativas del país al Primer Taller Institucional para la Revisión de Normas Mínimas en Medicina Familiar en el Centro Médico "La Raza" del IMSS, reunión en la que se redefinieron las características del médico familiar y los requisitos mínimos de los programas académicos de formación.³

Para concluir esta breve reseña histórica citaré al **padre de la medicina familiar, el doctor canadiense Ian Mc Whinney:**

"los profundos cambios ocurridos en la medicina durante los últimos tiempos, solo pueden comprenderse a fondo si se consideran desde una perspectiva histórica. No existe nada nuevo en esos cambios; la medicina ha estado cambiando constantemente desde sus comienzos. Solo el ritmo es diferente".⁶

MEDICINA FAMILIAR

En el contexto mexicano el sistema de salud busca la universalidad en la cobertura de los servicios, la equidad en el otorgamiento de los mismos y la calidad como característica fundamental. Si hay una disciplina que puede contribuir en este país a garantizar estos tres importantes factores de universalidad, equidad y calidad, esa disciplina es la medicina familiar.

La medicina familiar es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes:

- Estudio de la familia
- Acción anticipatoria
- Continuidad

El estudio de la familia permite el entendimiento del entorno bio-psicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional, y cultural que pueden favorecer o limitar la salud ya sea individual ó familiar.

La acción anticipatoria se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/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.

La continuidad se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad en los individuos, sin importar, edad, sexo, ni la naturaleza ó estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.

Definición del Médico Familiar

Por definición diremos que el Médico Familiar es el especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico. Debido a lo anterior el Médico especialista en Medicina Familiar debe cumplir con el siguiente perfil:²

Perfil profesional del médico familiar:

El médico familiar será aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria, integral y continua 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, ó el padecimiento del individuo.

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

En caso de ser necesario solicitará interconsulta o referirá al paciente a otra especialidad para investigaciones adicionales, instalación de tratamiento ó evaluación de los resultados del mismo.

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

El 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.

El médico de familia debe ser 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 una atención integral y continuada a sus pacientes.

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

El médico familiar no es un terapeuta familiar, sino un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre cómo y de qué enferman sus miembros, teniendo en cuenta su lado positivo, como recurso de la salud, y su lado negativo, como generadora de enfermedad y de conductas de salud erróneas. Reconoce que está en posición privilegiada para detectar problemas familiares y valora la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad en esta área.

El médico familiar no es un epidemiólogo, sino un clínico que reconoce la importancia de la epidemiología clínica y la utiliza en su práctica diaria, tanto en la atención individual y familiar como en la orientada a la comunidad.

El médico familiar no es un agente de desarrollo comunitario, sino un clínico que reconoce su responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto, así como la importancia de la participación de ésta en sus problemas sanitarios para la mejora de su nivel de salud.

El médico familiar reconoce la importancia de las funciones de docencia, formación continuada e investigación, para la mejora de su competencia profesional, y ayudar así a elevar el nivel científico de la atención primaria en nuestro país.⁸

FAMILIA

A través de la historia el hombre ha experimentado la necesidad de vivir en grupo desde los tiempos más remotos la protección del individuo y la lucha por la subsistencia eran argumentos válidos para unir al colectivo familiar.

Existen múltiples definiciones de familia, ya que a través de la historia el hombre ha experimentado con diferentes clases de familias y como los individuos varían de cultura a cultura también lo hacen las familias.

Para fines de este estudio consideraremos el concepto de familia de acuerdo a la 1a. Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, efectuada en junio de 2005 en la ciudad de México, la cual dice:

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, con un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud enfermedad.⁹

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

La familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos histórico, social, económico y cultural, no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas de igual manera.

Por tanto hay una gran variedad de ellas, la prevalencia de los distintos tipos de familias, sus características sociodemográficas y las formas de organización hogareña y familiar varían con el tiempo y según las transformaciones económicas, demográficas y culturales del contexto social, sin conocer la estructura de la familia es imposible entender la salud o la enfermedad de la familia y la de cada uno de sus miembros.

La composición familiar no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico que cambia tanto en relación con el momento histórico que se estudia como con la etapa del ciclo de vida en que se encuentra, ó con determinados acontecimientos importantes a los que se ve sometida.¹⁰

A fin de facilitar la clasificación de las familias se identificaron cinco ejes fundamentales:

- Parentesco
- Presencia física en el hogar ó 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.

Familias 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 ó más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados ó 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 o madre con hijos más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre o madre con hijos más otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones, ó roles de familia sin la presencia de los padres (ejem.: tíos-sobrinos, abuelos-nietos)

Familias 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 (ejem: estudiantes, grupos de amigos)

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 la familia.

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 algunos de los Hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.)

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

La familia se clasificará de acuerdo 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.

La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva,

Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar, para lograrlo deberá tomar en cuenta los elementos que integren una visión multifactorial de este fenómeno. Con base en el estudio realizado por el Comité técnico para la medición de la Pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en el 2001, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar.

Niveles de pobreza

Pobreza familiar nivel 1

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

Pobreza familiar nivel 2

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

Pobreza familiar nivel 3

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

La escala establece que el nivel 3 de pobreza es el más grave de todos y el nivel 1 es el menos grave. Las familias que pueden cubrir los rubros mencionados en los tres niveles no se consideran pobres.

Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales.

Se deben tomar en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han representado diversas formas en que tienden

a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar.

Tipo	Características
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil, o etapa de ciclo vital
Matrimonios o parejas de homosexuales	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos
Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos	Parejas 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, viven comunitariamente compartiendo todo excepto las relaciones sexuales.
Poligamia	Incluye la poliandria y la poliginia.

Estas clasificaciones no son las únicas que se encuentran en la literatura, puede haber otras, según los estudios familiares e investigaciones realizadas.¹⁰ También debemos considerar que una familia puede clasificarse en diversas tipologías, ya que éstas pueden estar interactuando,¹¹ pues la familia es dinámica, lo cual significa que sufre cambios constantes y que según el momento del estudio la familia puede presentar una clasificación y en otro momento de revisión del estudio familiar ya presenta otra; es por ello que, una sola familia podrá caer en varios momentos de su ciclo en diferentes clasificaciones, según lo que se estudie en ese momento.¹⁰

TIPOLOGÍA DE LA FAMILIA

Desde el punto de vista de su desarrollo social, la familia puede clasificarse en:

Familia moderna

La madre trabaja fuera del hogar, lo cual modifica roles de los cónyuges.

Familia tradicional

La transmisión de modelos socioculturales como las tradiciones familiares, los valores sociales y de vida que predeterminan la perpetuación de estas características a través del desarrollo de nuevas familias.¹²

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

En el curso de su desarrollo la familia pasa por varias etapas de transición predecibles, en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos, que pueden afectar la salud de sus miembros. La comprensión de tales estados de transición familiar, así como los del ciclo de desarrollo individual, permiten al médico elaborar hipótesis acerca de los problemas que surgen en los pacientes, y estar en condiciones de ayudar a las familias a prever cada una de las situaciones y prepararse para ellas.

El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución y constituye según Estrada Inda, un útil instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico.¹³

Para fines del presente estudio consideramos la clasificación del ciclo vital de la familia según J. Geyman, 1980¹⁴ en donde se han identificado 5 fases:

- Matrimonio
- Expansión
- Dispersión
- Independencia
- Retiro–Muerte

Fase de matrimonio

Se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo, esto conlleva repercusiones importantes en las relaciones de pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana. Uno de los principales problemas es aprender a vivir juntos y, al mismo tiempo, atender las necesidades básicas de la personalidad del otro cónyuge.^{12,14}

Fase de expansión

Se inicia con la llegada del primer hijo y termina con el nacimiento del último, es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros de la familia, la familia se expande, crece.¹⁴

Fase de dispersión

Se inicia con el ingreso de los hijos a la escuela y termina cuando el primer hijo empieza a vivir fuera de la casa.¹² es el camino para la próxima etapa o sea la independencia de los hijos mayores. Es esta etapa en la que los padres se ven sometidos a nuevos retos, ya que ellos mismos deben ajustarse al pensamiento de los jóvenes.

Fase de independencia

Se inicia cuando el primer hijo abandona el hogar por cualquier causa, sea estudio, matrimonio, trabajo ó simplemente por independizarse y termina cuando el último de ellos abandona el hogar.

Los padres tienen que reajustar nuevamente el sistema familiar. Es la etapa del enfrentamiento de los padres con los hijos. Esta fase suele tener una duración aproximada entre 20 y 30 años.^{12,14}

Fase de retiro y muerte

Se inicia con la salida del último de los hijos del hogar familiar, o bien con la jubilación ó la muerte de alguno de los padres; esta etapa es la que se conoce también como nido vacío.

En esta etapa se enfrentan los cambios propios de la edad, la aparición de las enfermedades, sobre todo de tipo crónico-degenerativo, así como el reencuentro con la pareja, en el caso de haber aún la unión.

La planeación para el final de la vida familiar resulta tan difícil como planear el principio; por ello, los conflictos encontrados en esta etapa son habitualmente exacerbados por la escasa preparación y capacidad para ajustarse a un nuevo patrón familiar, así como la dificultad para aceptar la pérdida del cónyuge y hacer frente a la soledad y a la inseguridad en esta etapa de la vida.

En cada uno de los diferentes períodos del desarrollo la familia necesita adaptarse y reestructurarse constantemente.

El conocimiento de la familia en su ciclo evolutivo denota ser una organización dinámica e interactiva.

El manejo adecuado del paciente y su familia en cada una de sus etapas de desarrollo permite al equipo de salud prever fenómenos y actuar de forma integral en las diferentes situaciones y momentos que afectan la salud del grupo familiar.^{12,13,14}

La familia no es un concepto estático en el tiempo y el espacio, tampoco es un sistema perfecto ya que su organización se da de manera espontánea y al vivir en una sociedad determinada, la familia adapta su funcionamiento a los intereses de la misma. Esto hace que la familia sea un elemento fundamental de la sociedad, por ello crea condiciones sociales, culturales e individuales de vida, así como toda sociedad crea normas, reglas que permiten a cada familia cumplir con determinadas funciones para con ella misma.

La familia es la unidad organizacional más pequeña en la producción y consumo de necesidades familiares y sociales, estas necesidades que se deben cubrir al interior de una familia se pueden considerar de acuerdo a los factores biológicos (la sexualidad en sus aspectos físicos o materiales), factores psicológicos (cuidado y educación de los hijos, formación de la personalidad y seguridad de los hijos), factores sociales (cultura y su inserción en el modo de producción), por lo que el trabajo a desarrollar para cumplir con estas funciones debe ser amplio y variado y se necesita de participación de todos los miembros de la familia para poderla realizar.

De acuerdo a la Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud: son funciones de la familia las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. En ese consenso se reconocieron las siguientes funciones: ^{15,16}

FUNCIONES DE LA FAMILIA

- Cuidado
- Afecto
- Reproducción
- Socialización
- Status o nivel social

Estas funciones no guardan un orden determinado y la manera de llevarse a cabo dentro de la familia es variada y pueden estar entrelazadas unas con otras, desarrollándose en diferentes etapas del ciclo de vida familiar, según las necesidades propias de la familia y el individuo.

Las funciones de la familia son el resultado de la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales para el mejor desempeño de un rol en el ámbito individual y familiar.

Fundamentalmente son dos las funciones que asume la familia: asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas.

Cuidado

Significa cubrir las necesidades físicas y materiales, así como las de salud de cada uno de los miembros de la familia. Esto implica proporcionar casa, vestido, alimento o sea cubrir las necesidades materiales de la familia. Esta función está directamente relacionada con los niveles social, cultural y económico y se evalúa de manera indirecta a través del habitus exterior.

Afecto

Esta función está en relación directa con los aspectos psicológicos de los individuos, e implica cubrir las necesidades afectivas de todos los miembros de la familia lo que incluye proporcionar amor, cariño, ternura, preocupación y sentido de pertenencia.

Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

Reproducción

La familia provee de nuevos miembros a la sociedad, con compromiso y responsabilidad, incluye aspectos de salud reproductiva y de educación sexual.

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 modelos conductuales propios de cada familia.

Status o nivel social

Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

Hay que considerar que todas estas funciones presentan un peso y un contenido diferente según la etapa del ciclo de vida familiar en que se encuentran en ese momento, y que esto constituye el tipo de relaciones que muestra la familia para poder proporcionar satisfactores materiales y afectivos a través del ciclo de vida familiar.

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.^{15,16}

ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

La salud es un derecho fundamental del individuo que para su consecución necesita la colaboración y coordinación de distintos sectores técnicos y sociales, entre ellos el sector salud tiene un papel relevante.

En 1948 la ONU estipuló que todo hombre tiene derecho a un estándar de vida adecuado para su salud, bienestar personal y de su familia, definió de manera muy general que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad ó afección.

En 1978 en la conferencia de la OMS-UNICEF de Alma-Ata, consideró a la salud como un derecho fundamental de la humanidad y un objetivo social importante para el mundo.

En 1983 en México el derecho a la protección a la salud se elevó a rango de garantía constitucional (Art. 4 Constitucional), y entró en vigor la Ley General de Salud, que establece los mecanismos del Sistema Nacional de Salud, dos años más tarde se conformó la Secretaría de Salud, encargada de normar dicho sistema.¹⁷

Atención Primaria de Salud

Se define como la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad 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.¹⁸

Los tres pilares de la APS son:

- Participación comunitaria
- Intersectorialidad
- Equidad

Características de la APS

- Integral
- Integrada
- Continuada
- Permanente
- Activa
- Accesible
- Basada en equipos interdisciplinarios
- Comunitaria y participativa
- Programada y evaluable
- Docente e investigadora

Actividades de la APS

- Educación sanitaria
- Provisión de alimentos
- Nutrición adecuada
- Salubridad del agua
- Saneamiento básico
- Cuidados maternoinfantiles
- Inmunización
- Prevención y control de las enfermedades endémicas
- Tratamiento básico
- Abastecimiento de fármacos.

Principios de organización de los servicios de salud en la APS

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

La estrategia de Salud para Todos propone que el principal objetivo social de todos los países miembros sea el logro de un estado de salud para todos los ciudadanos, que les permita llevar a cabo una vida social y económicamente productiva, e identifica a la Atención Primaria de Salud como una vía para lograrlo.

Cada país ha de determinar cuales son las vías concretas de desarrollo de la APS más adecuada para sus circunstancias socioeconómicas y culturales, así como las características de su sistema sanitario. La definición de los principales

problemas sanitarios a partir de la confección y puesta en práctica de un Plan Nacional de Salud que contemple un control global de aquéllos, desde la promoción y la prevención a la rehabilitación, es un primer paso importante para la puesta en práctica de la estrategia de la APS.

En los países subdesarrollados ó en vías de desarrollo las dificultades para conseguir los objetivos de la APS tienen un origen múltiple. En muchos casos la pobreza y sus secuelas de malnutrición, falta de agua potable e inexistencia casi total de infraestructura sanitarias son obstáculos casi insalvables, a lo que se suma la ineficiencia en la gestión y en la correcta utilización de los escasos recursos disponibles.

En los países desarrollados la propia inercia de los potentes sistemas de salud centrados en la asistencia hospitalaria y especializada puede ser el obstáculo principal para la implantación de las estrategias de la APS. Los mecanismos de financiación de los sistemas, la política de los recursos humanos y las presiones corporativas y de grupos económicos son algunos de los factores que también pueden influir de forma negativa en este proceso.^{17, 19}

Es importante mencionar que dada la aparición de múltiples términos y conceptos se ha generado cierta confusión y es importante definirlos: **Primer nivel de atención, Atención primaria a la salud, Contacto primario.**

Primer nivel de atención

Es el primer nivel operativo de la organización de servicios de salud.

Atención primaria a la salud

Es la estrategia que constituye el primer elemento en el proceso permanente de asistencia sanitaria y que surge a raíz de la reunión de Alma Ata como un enfoque alternativo al problema de salud individual y colectivo, enfoque conceptual y operativo que representa el impulso más importante que la atención a la salud ha recibido en los últimos tiempos

Contacto Primario

Es una forma de otorgar la asistencia médica que enfatiza la importancia de la primera atención que se da y que asume la responsabilidad continua del paciente, tanto en el mantenimiento de la salud como en la terapéutica de la enfermedad.

Atención Primaria

Son las acciones que se ejercen para favorecer la salud, antes de que aparezca el daño se ocupa anticipadamente a los factores de riesgo por medio de acciones que inciden sobre el estado de salud.

Atención secundaria

Son las acciones que se ocupan del daño, de la atención a la enfermedad, es expectante y sujeta a demanda.

Esta última es la práctica médica tradicional, la cual, por ser producto en muchas ocasiones de mentalidades tecnologizadas, resulta impersonal,

costosa, y fragmentada, y olvida que las personas enferman como un todo y no como partes.¹⁸

Durante muchos años se han tratado de explicar las semejanzas y las diferencias de la *medicina de familia con la atención primaria de salud y con la medicina especializada*,

La primera tomada casi siempre desde una posición simplista como atención de la salud en el sistema público de servicios, ó simplemente para pobres, y la segunda, considerada casi siempre el *desideratum* de la medicina de alta calidad científica.

También se ha querido trazar un paralelo con la medicina generalista cuyo movimiento actual tiene en algunos países más connotaciones ideológicas que fundamentalmente científicas.

Son precisamente los principios y fundamentos de la Medicina de Familia lo que la distingue de las mencionadas en la atención del paciente Según lo escribiera el sociólogo John Naisbitt su aparición responde a la necesidad de la sociedad, de más contacto humano como reacción al mundo tecnológico que la invade. Pero se inserta también en un cambio de paradigma de la ciencia en general que pasa de un enfoque reduccionista a uno sistémico y de la medicina en particular, que pasa de un enfoque biomédico a uno biopsicosocial. Se toma en consideración a la familia en relación médico-paciente-familia. Dejando atrás el esquema dual médico-paciente.²⁰

ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)

En la primera década del siglo XX, Richard C. Cabot insistió en el enfoque comunitario de la medicina en general y pudo aplicar con éxito este modelo en las comunidades de China. Más adelante y con la finalidad de restablecer la capacidad funcional del paciente como una persona socialmente útil en su comunidad, J. B. Grandt (1949) abogó porque el cuidado de la salud de la familia y de la comunidad se hiciera a través del médico familiar.

En la década de los setenta también Medalie y Rakel reconocieron la necesidad de que fueran los médicos de familia quienes movilizaran los recursos de salud de la comunidad para proveer el cuidado integral a sus pacientes.

La Medicina de Familia surgió como especialidad debido al creciente descontento que había entre la población, frente a la filosofía biomédica y al sistema de asistencia sanitaria que estaba dominado por los médicos especialistas, quienes solo ven a los pacientes como un conjunto de órganos.

La Medicina de Familia se aparto de esta filosofía y creó un modelo más ecológico o biopsicosocial, ya que era fundamental el enfoque holístico (integral) del individuo y las prácticas de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado del paciente en el contexto de la familia y la comunidad.

Al paso del tiempo, la Medicina Familiar ha podido demostrar cómo se aplica la atención primaria a la salud y para lograrlo tuvo que ir más allá de una buena práctica clínica, realizada en el ámbito del consultorio, ya que para modificar

los riesgos a la salud de la población fue necesario enfocar el interés hacia la comunidad, por ser el lugar idóneo donde se identifican los estilos de vida y se pueden modificar.

La atención familiar con enfoque comunitario aporta importantes ventajas de servicio que satisfacen las necesidades de la población. Para ello se aplica una metodología que permite identificar y abordar los principales problemas de salud, la cual es muy parecida a los programas de garantía de calidad y mejora continua de la calidad. El proceso requiere de cuatro elementos:

1. Estudio de la población asignada
2. Identificación de los problemas de salud
3. Modificación y cambio de la práctica médica.
4. Evaluación de los resultados.

Estudio de la población asignada

Diagnóstico de salud. La definición y enumeración de las características. Lo ideal es que se tenga un conocimiento amplio de los individuos que forman la población y describir sus características sociodemográficas, sus hábitos y costumbres y las conductas relacionadas con la salud.

Identificación de los problemas de salud

Una vez enlistados los problemas se establecen prioridades sobre los más importantes:

Falta de vacunas en la población infantil, embarazos de alto riesgo, obesidad, adicciones, por mencionar solo algunos ejemplos.

Modificación y cambio de la práctica médica

Con enfoque comunitario. Se refiere a la aplicación de estrategias de intervención para abordarlos, ya sea con educación grupal, protocolos de estudio y tratamiento, intervención familiar entre otros.

Evaluación de los resultados

Se trata de hacer un seguimiento de los resultados para valorar los cambios e impactos en la salud.

Si aceptamos que la comunidad está compuesta por individuos y familias que comparten una forma común de vida, podemos afirmar que las necesidades de salud estarán resueltas sólo cuando todas las familias que la componen estén bien atendidas.²¹

MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF).

Basados en estos principios de la Atención Primaria a la Salud Comunitaria y la participación de la Medicina Familiar como la ejecutora de estas acciones surgen varias preguntas:

- a) ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar?
- b) ¿Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias?
- c) ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?

Para responder estas, surge un modelo de práctica médica familiar diseñado por un grupo de profesores los Médicos Familiares: Dr. Arnulfo Irigoyen Coria y el Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), dado a conocer desde 1995. Este modelo recibió el nombre de **Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF)**.

Definición de MOSAMEF

El **Modelo sistemático de Atención Médico Familiar** es un conjunto de procedimientos clínicos, administrativos y operativos que fundamentan el desarrollo de las actividades del Médico Familiar.

Propósito del MOSAMEF

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

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

Con base en estas premisas, las actividades que el médico familiar debe realizar requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud integral de las familias que requieren sus servicios, a través de la entrevista clínica, utilizando los métodos diagnósticos y terapéuticos adecuados, programando y evaluando el proceso y aceptando la participación comunitaria esa guía metodológica es el MOSAMEF.

El modelo nos ayuda a conocer las características demográficas de las familias, la descripción de sus estructura, clasificación tipológica, etapas del ciclo vital familiar, así como los elementos sociales y económicos, entre otros elementos que la conforman y constituyen el denominado diagnóstico de salud familiar, así como también conocer las patologías que con mayor frecuencia se presentan en las familias y que constituye el perfil de morbimortalidad que

juntos facilitan al médico familiar y a su equipo de trabajo el diseño y ejecución de estrategias específicamente dirigidas a la prevención, promoción a la salud, diagnóstico y tratamiento oportuno.²¹ Estas acciones a través del tiempo tendrán un impacto positivo en la salud familiar, del consultorio de la unidad de medicina familiar y del sistema de salud del país.

Hacer promoción de la salud significa intentar ayudar a las personas y colectividades a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar.

El estudio longitudinal del núcleo familiar tiene que ser central en la actuación del especialista en medicina familiar. Y atender más los problemas comunitarios masivos que los aspectos comunitarios particulares.

El MOSAMEF incide en cinco campos de acción planteados por la Carta de Ottawa, producto de la Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la cual señala:

1. Reorientar los servicios de salud.
2. Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.
3. Crear microambientes saludables.
4. Elaborar políticas explícitas para la salud.
5. Reforzar la acción comunitaria en salud.

Antecedentes sociopolíticos del MOSAMEF

Existe actualmente una megatendencia hacia la reforma de los sistemas de salud y son tres elementos los que impulsan estas reformas:

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

En este sentido son los médicos familiares son los que tienen una posición inmejorable para administrar de manera óptima los recursos de salud de los pacientes.

El MOSAMEF comparte sus principios con el denominado modelo ecológico de asistencia médica, propuesto por White, sus elementos esenciales parten de que la salud es un estado natural que se ve afectado por innumerables factores entre los que destacan:

- El microambiente y macroambiente (físico y social)
- El acceso a los servicios de salud (niveles de atención, preventivos, curativos, y de rehabilitación)
- Factores hereditarios
- Estilo de vida (actualmente de primordial importancia para la comprensión y manejo de patologías crónico-degenerativas)

Perspectivas del MOSAMEF

Partiendo de que la continuidad en la atención médica es la piedra angular de la Medicina Familiar, la aplicación del MOSAMEF deberá incluir un proceso de:

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

La atención médica familiar basada en la comunidad, espíritu del MOSAMEF es deseable que se logre constituir en un modelo eficaz para los médicos familiares que laboran en instituciones de salud, pero no solo para ese sector de médicos, sino aún para los médicos, que realizan práctica privada y también son responsables de una población.²²

Es pues el MOSAMEF un modelo que puede ser aplicado en el consultorio (microescenario) y en la Clínica (macroescenario).

El microescenario pretende conocer las necesidades ó los problemas de la comunidad estudiando a la familia, su clasificación, funcionalidad, y la etapa del ciclo vital en que se encuentra, los factores demográficos, económicos, y de riesgo, así como las redes sociales y de apoyo, entre otros puntos de igual importancia, siendo captados todos estos datos por medio de la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF).

El macroescenario tiene varias etapas, la primera es el diagnóstico, donde se valora la infraestructura (servicios, mobiliario, equipamiento área física), también valora los elementos demográficos y económicos, permite conocer la capacitación técnica del personal, la morbilidad más frecuente de la unidad, y la intervención, identificar problemas inherentes a la atención médica, administrativa, operacional, de capacitación propone líneas de investigación.²³

Etapas del MOSAMEF

I.- DIAGNOSTICA

Población bajo su cuidado profesional

- Pirámide poblacional
- Diagnóstico de salud y riesgo de la población: Cédula Básica de Identificación 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 consulta
- Diez primeras causas de morbilidad
- Diez primeras causas de referencia

Resultados esperados: 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.

II.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

III.- PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Objetivo: evaluar la aplicación de las NOM's y los resultados de la aplicación de los programas prioritarios.

Estrategia: Investigación basada en la práctica clínica

IV.- PLANEACIÓN DE ESTRATEGIAS Y MODELOS DE EVALUACIÓN

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

Estrategia: Investigación metodológica, clínica, educativa en servicios y sistemas de salud.

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

V.- DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y PROYECTOS

VI.- EVALUACIÓN DE RESULTADOS. ^{23,24}

FACTORES DE RIESGO

El diagnóstico integral de la familia se obtiene del conocimiento del tipo y estructura familiar, fase del ciclo vital en que se encuentra, complicaciones del desarrollo, funciones, eventos críticos, recursos familiares, etc, de la investigación de estos hechos es posible reconocer los factores de riesgo de la familia, alrededor de los cuales girará el trabajo del equipo de salud.

Enfoque de riesgo es el método que se utiliza para determinar prioridades de atención y organización de los servicios de salud.²⁵

Riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que ocurra un daño a la salud. En sentido más restringido es usado el término para indicar la posibilidad que tienen las personas expuestas a ciertos factores de riesgo de desarrollar un daño a la salud.

Factores de riesgo son características ó circunstancias detectables en individuos ó grupos, asociados con una probabilidad mayor de experimentar una enfermedad ó accidente. Pueden ser los antecedentes ó las condiciones actuales del paciente ó de su familia, que sin ser ó formar parte del padecimiento actual, se asocian ó pueden asociarse con una evolución desfavorable del estado de salud del paciente ó de su familia. Estos factores son la característica cualitativa ó cuantitativa del agente, huésped y ambiente dentro del concepto ecológico de la enfermedad.^{26,27, 28}

Los factores de riesgo pueden ser:

- Biológicos : edad y sexo
- Ambientales: calidad del agua, contaminación etc.
- Socioculturales : educación, cultura, hábitos
- Económicos : ingresos, empleo
- Estilos de vida : tabaquismo, actividad física
- Servicios de salud: oportunidad y calidad de la atención médica

Los factores de riesgo son observables e identificables antes de que ocurra el hecho que predicen, son específicos a un daño cuando son modificables, esta característica es inversamente proporcional a la ocurrencia del daño.

FACTORES DE RIESGO

Modificables: Dieta
Sedentarismo
Higiene

No modificables: Antecedentes familiares
Edad
Sexo

Los factores de riesgo son sinérgicos entre sí ya que la unión de dos ó más factores ocasiona mayor perjuicio que el que se espera de cada uno por separado.

Un daño es la consecuencia de la interacción de varios factores de riesgo. Los factores de riesgo son los problemas que la familia identifica como los que el equipo de salud detecta, incluyendo los eventos críticos así como los fenómenos que pueden significar un riesgo para otro problema asociado. Algunos factores de riesgo están asociados con la conducta como lo es el hábito de fumar, alcoholismo, practicas sexuales de alto riesgo y otros. El médico familiar maneja el concepto epidemiológico de riesgo, y lo aplica tanto en lo individual como en lo colectivo. 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 ameritan. Por tanto el manejo médico integral de la familia debe comprender las etapas relacionadas con los factores de riesgo:

- Identificación
- Jerarquización
- Objetivos
- Programas de actividades
- Evolución y evaluación periódica

Identificación hacer inventario de los factores de riesgo familiares que permitan establecer el grado de asociación entre el daño a la salud con los factores que la condicionan con el medio ambiente.

Jerarquización asociar los factores de riesgo con el daño potencial a la salud familiar bajo los parámetros de magnitud (indica el carácter de gravedad, urgencia, ó alto riesgo, se debe priorizar el factor de riesgo por el cual la persona necesita ayuda) y trascendencia (si no se atiende el factor de riesgo puede ocasionar daño a la salud familiar durante un período dado).

Una vez jerarquizados los factores de riesgo se someten a los parámetros de Vulnerabilidad es la existencia de técnicas y procedimientos adecuados para abordar los factores de riesgo

Factibilidad es la capacidad de impactar sobre los factores de riesgo con los recursos disponibles.

Objetivos una vez identificados y jerarquizados los factores de riesgo se establecen los objetivos a las actividades que en el primer nivel de atención se puedan realizar con base en los recursos disponibles de la familia.

Programas de actividades con base en los objetivos y los factores de riesgo detectados el equipo de salud conjuntamente con la familia diseña un programa específico de atención, con las actividades tanto preventivas como asistenciales.

Evolución y evaluación periódica valoración de la calidad y efectividad de las acciones realizadas mediante citas programadas y visitas domiciliarias, permite evaluar el grado de avance en el cumplimiento de las metas y el impacto de las actividades en la disminución de los problemas de salud que se planearon resolver. Los resultados de la evaluación deben ser utilizados como marco de referencia para actualizar continuar ó modificar el programa de actividades.

Esta continuidad en la atención es una característica de la buena práctica de la medicina familiar, aunque es más frecuente encontrarla en los padecimientos crónicos que demandan una asesoría constante para el paciente y sus familiares.^{26, 27}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una vez que hemos definido lo que es una familia sus características estructurales, funcionales, es muy importante conocer a que tipo de población es la que atendemos, realizar un censo de la población usuaria/adscrita de nuestro servicio, conocer su medio geográfico por que es bien sabido la interacción con la que el medio influye para el desarrollo de la enfermedad, así como los componentes demográficos y sociales.

En México la población total registrada por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2005, es de 103,263,388 Habitantes, divididos en 50,013,433 mujeres y 50,249,955 hombres.²⁹

Según el reporte del Consejo Nacional de Población (CONAPO) la población actual en nuestro país es de 105,790,725 Habitantes, en el 2007 distribuidos en 53,723,982 mujeres y 52,066,743 hombres. Con 1,971,734 Nacimientos y 509,230 Defunciones, con un Crecimiento Total de 903,813, lo que representa una tasa de crecimiento de 1.02. La Esperanza de Vida Nacional es de 75 años, siendo para los hombres la esperanza de vida de 72.6 años y para las mujeres de 77.4 años.³⁰

La mortalidad general en el país en el 2005 de acuerdo a lo reportado por el INEGI fue en total de 493,957 decesos, 272,236 hombres y 221,575 mujeres y 140 no especificado. Las 5 principales de mortalidad son: Diabetes Mellitus 13.6%, Enfermedades Isquémicas del Corazón 10.8%, Cirrosis y otras Enfermedades del Hígado 5.6%, Enfermedades Cerebrovasculares 5.5%, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 4.1%.³¹

Las cinco primeras causas de mortalidad en los hombres de un total de 272,236 son: Diabetes Mellitus 11.3%, Enfermedades Isquémicas del Corazón 10.9%, Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 7.7%, Enfermedad Cerebrovascular 4.7%, Accidentes de tráfico de vehículo de motor 4.5%. Las cinco primeras causas de mortalidad en las mujeres de un total de 221,575 son Diabetes Mellitus 16.4%, Enfermedades Isquémicas del corazón 10.6%, Enfermedad Cerebrovascular 6.5%, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 4.1%, Enfermedades hipertensivas 3.4%.³¹

Las principales causas de morbilidad a nivel nacional en el 2007, de acuerdo a lo reportado por el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, de un total de 40,321,579 casos, las Infecciones Respiratorias Agudas representan el 61.07%, las Infecciones Intestinales el 11.45%, Infecciones de las Vías Urinarias 7.65%, Úlceras Gastritis y Duodenitis 3.68%, Hipertensión Arterial 1.29%.³²

Del total de estas veinte principales causas de consulta 3,836,925 casos son reportados por el ISSSTE, lo que representa que el ISSSTE atiende solo al 9.5 % de la población.³²

La morbilidad de consultas en primer nivel de atención en las diferentes instituciones varía, tal vez debido a que cada institución maneja diferente tipo de población.

La distribución porcentual de la población según su condición de derechohabencia a servicios de salud es la siguiente: Con derechohabencia el 49.5% y sin derechohabencia es de 48.9%, y no especificado de 1.6%.

Los servicios institucionales de salud otorgados por el IMSS es de 59.1%, ISSSTE 9.5 %, PEMEX, SEDENA y SEMAR 1.7%, y otra Institución de 30.8%.²⁹

En la República Mexicana según datos de la CONAPO se reportan un total de hogares en el año 2008 de 26, 911, 483. Habiendo en Guanajuato 1, 173,971. El número de hogares nucleares en el país es de 18,307,912 y en Guanajuato 1,150,543. Hogares extensos en la República Mexicana de 5, 657,221 y en Guanajuato de 229,288. En la República Mexicana los hogares con jefatura masculina son 20, 219,282 y en el estado de Guanajuato de 882,297, los hogares con jefatura femenina en la República Mexicana son 6, 090,628 y en el estado de Guanajuato de 268,046. En general los ocupantes por vivienda son 4.54.³⁰

La población amparada por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado cuenta a nivel nacional con una población de derechohabientes permanentes y eventuales en total de 10, 798,948 de los cuales 3,003,165 son trabajadores directos y el número de familias es de 7,795.783. En el estado de Guanajuato el total de derechohabientes es de 359,577 de los cuales 91,788 son Trabajadores y 243,185 Familiares así como 12,963 Pensionistas y 11, 641 Familiares de pensionistas.³³

La Clínica Hospital "A" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Guanajuato, esta localizada en la Ciudad de Guanajuato domiciliada en el cerro del Hormiguero sin número. La población derechohabiente es diversa por su nivel de escolaridad, y por ende su condición socioeconómica. Esta Clínica cuenta con una población derechohabiente de 52,404, con 13,789 trabajadores con 36,539 familiares y con 1,094 pensionistas, y 982 familiares de pensionistas. En esta Clínica se localiza el Consultorio 8 en el turno matutino y tiene una población adscrita de 8500 derechohabientes,^{33, 34} de los cuales desconocen los parámetros de salud personal y familiar, se desconocen sus características familiares, su estructura poblacional, los factores de riesgo, y los principales motivos de consulta, por tal razón es imposible planear y estructurar programas diseñados bajo un enfoque de riesgo intervencionista para mejorar la calidad de la atención y así favorecer la calidad de vida de la derechohabencia usuaria del servicio y por ende la satisfacción del usuario. Todo ello redundará en una mejor administración de los recursos humanos, físicos y económicos al optimizar la utilización de éstos.

Debido a lo anterior cabe plantearse la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características de las familias, factores de riesgo y principales causas de consulta en la población usuaria al consultorio 8 de la Clínica Hospital "A" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Guanajuato, Guanajuato. México?

JUSTIFICACION

En el estado de Guanajuato las principales causas de mortalidad por enfermedades no transmisibles son Diabetes Mellitus con una tasa de 103.9, Enfermedades Isquémicas del Corazón de 47.3, Enfermedades Cerebrovasculares 35.0, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 19.4, Cirrosis y otras enfermedades hepáticas 11.9, (taza por 100,000 hab.).³⁵

La morbilidad reportada por el ISSSTE en el período comprendido del mes de enero a diciembre de 2007 a nivel municipal señala en primer lugar las Infecciones Respiratorias Agudas con 18,678 casos, Las Infecciones Intestinales no especificadas 4,989, las Infecciones de las vías urinarias 4,893, Hipertensión arterial 3388, Diabetes Mellitus 3,210, Úlceras, gastritis y duodenitis 2,624, Otitis media 1,226, Varicela 1,212, Amibiasis 710, Gingivitis y Enf. Periodontal 698, Lumbalgias 598, Intoxicación por picaduras de animales ponzoñosos 345, Accidentes de transporte por vehículos de motor 145, Otras salmonelosis 94, Quemaduras 82, Embarazo 389, Otros 1890.³⁶

Como se ha puesto de manifiesto la demanda en los servicios de salud esta bien definido que es en el primer nivel de atención, así mismo se conoce que la pirámide poblacional de la población general tiene su distribución más amplia en el grupo de edad de 15 a 64 años.³⁰

La salud en México ha vivido una transición importante como resultado de los cambios socioeconómicos, políticos y culturales que el país ha experimentado. El sistema de salud se ha adaptado a su entorno cambiante sin embargo aunque ha logrado avances significativos ha acumulado rezagos, en primer lugar las transiciones epidemiológicas de los últimos 60 años han contribuido a que el perfil de enfermedades se haga más complejo, el perfil demográfico determina en mucho las condiciones de salud.

El descenso de las tasas de mortalidad y el aumento de la expectativa de vida está produciendo un rápido envejecimiento de la población, siendo justamente las personas de mayor edad las que suelen presentar los problemas de salud más difíciles y costosos de resolver, ya que son los que presentan un aumento en la frecuencia de enfermedades crónicas y de lesiones cuya prevención y tratamiento requieren de recursos cada vez más cuantiosos.

México enfrenta dos grandes retos por un lado terminar con el rezago de las enfermedades del subdesarrollo y por otro lado los problemas asociados a la industrialización y urbanización, tales como las enfermedades crónico-degenerativas, cardiovasculares, intoxicaciones y derivadas del trabajo ó el ambiente, el cáncer, los padecimientos mentales, las adicciones, las lesiones, la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA y el repunte de otras como el dengue, el cólera y TbP, potencialmente mortales.

Vivimos un proceso crítico de transición para navegar con éxito hacia una nueva era hay que aprovechar el pasado, innovar el presente y anticipar el

futuro, es decir planificar la atención de la salud con una visión holística y transdisciplinaria.

Bajo este enfoque la relación entre la economía y la salud tiene dos caras: la inversión productiva en servicios de salud equitativos, eficientes y de buena calidad, el gasto improductivo en salud con enfoque de atención al daño tiene efecto negativo sobre la economía, agrava la inflación reduce la productividad y la competitividad, generando desigualdades mayor pobreza y menor desarrollo económico. Es la salud un espejo donde puede mirarse el avance del país, pero también sus lacerantes iniquidades y sus ineficiencias seculares. De acuerdo a ello en estos últimos años la necesidad de identificar la manera en que el sistema de salud del país de una mejor respuesta a las necesidades y demandas de los individuos, familias y comunidades, debe garantizar las funciones de una salud pública integra, global y eficiente a los individuos, dando mayor atención a los equipos de atención primaria, siendo necesario trabajar en modelos de atención interculturales y biopsicosociales a fin de promover la participación del paciente en su contexto familiar y comunitario.³⁷

Para el Médico Familiar es fundamental tener plenamente identificadas las causas de morbilidad de las familias asignadas a su consultorio ya que esto permite conocer la evolución y la frecuencia en el tiempo de una determinada enfermedad, lo que además contribuye a diseñar acciones específicas de prevención dirigidas a las familias y la información de la aplicación de estas acciones dará la oportunidad para desarrollar proyectos de investigación que permitan el uso eficiente de los recursos para la solución de los problemas de salud, y el diseño de estrategias de atención específicas por consultorio o por comunidad en las unidades del primer nivel de atención lo que permitirá también conocer las variables con factor de riesgo modificables, y así diseñar programas de atención con enfoque de riesgo con actividades de educación para la salud, protección específica, su interacción con las familias y su influencia en la salud con el fin de promover una cultura de mejor calidad en los servicios de salud que se reflejara en mayor bienestar para las familias.

Lo planteado anteriormente pone de manifiesto la importancia de este estudio ya que con la identificación de los factores de riesgo se permite planear acciones que incidan antes de la aparición del daño, y así mejorar la calidad de vida de todos nuestros pacientes con el consiguiente impacto en las familias y la comunidad. Ya que este estudio se basa en la aplicación de los 3 principios básicos de la Medicina Familiar: Estudio de la Familia, Continuidad de la atención y Enfoque de riesgo, su realización es factible ya que cuento con un consultorio de medicina familiar, del turno matutino de la Clínica Hospital "A" ISSSTE en Guanajuato, Gto., Con una población adscrita y usuaria al consultorio, enfermeras, con un departamento de estadística, departamento de vigilancia de derechos, archivo clínico.

De no realizarse esta investigación se desconocerán las características de este grupo de población y ello limitaría la posibilidad de implementar medidas de prevención, de control, de apego al tratamiento con el consiguiente fracaso para la ejecución de los principios de la atención primaria. Solo si tenemos esos conocimientos disponibles la calidad de la atención será la que espera el usuario ya que con la adecuada administración de los recursos se otorgará a

cada usuario la atención específica en tiempo y forma. A su vez el médico responsable de ese grupo poblacional será instado a capacitarse para mejorar sus decisiones terapéuticas, administrando óptimamente los recursos de la institución ya que con la aplicación de las medidas preventivas, con la anticipación al daño el costo por referencia a unidades de otro nivel de atención será menor. Es importante tener presente que no está más desarrollado el país con la tecnología más avanzada sino aquel país donde menos se enferman.

Es necesaria la aplicación del MOSAMEF porque forma parte del principio de aplicación práctica de la Medicina Familiar, mediante el cual es posible identificar características de la población usuaria, su perfil epidemiológico y los posibles riesgos a la salud que el Médico Familiar debe atender.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las características familiares, factores de riesgo y causas de consulta más frecuentes de la población usuaria del consultorio # 8 de la Clínica Hospital "A" ISSSTE, Guanajuato. Gto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la pirámide poblacional de los pacientes encuestados.
2. Identificar las características familiares de los pacientes entrevistados con base a su parentesco, convivencia, ocupación, etapa del ciclo de vida de la familia.
3. Identificar los factores de riesgo familiares.
4. Identificar algunos datos demográficos de los integrantes de las familias.
5. Identificar las diez principales causas de consulta de primera vez.
6. Identificar las diez principales causas de consulta subsecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo:

Observacional.- Ya que no existen variables que sean manipuladas por el Investigador.³⁸

Descriptivo.- En este estudio no haremos comparaciones con otras poblaciones de familias.³⁸

Transversal.- En este estudio las variables serán estudiadas en una ocasión a través de la cédula básica de identificación familiar aplicada a la población usuaria del consultorio # 8 de la Clínica Hospital "A" ISSSTE, de Guanajuato, Gto.³⁸

Ambispectivo.- La información se obtiene de las hojas de informe diario del médico del período comprendido del mes de enero a diciembre de 2007 (retrospectivo), y de la cédula básica de identificación familiar (prospectivo).³⁸

POBLACIÓN, LUGAR, Y TIEMPO ³⁸

Con fundamento en el MOSAMEF.

Población:

- Familias usuarias que acuden al consultorio # 8 turno matutino de la Clínica Hospital "A" ISSSTE, Guanajuato, Gto. Para conocer las características de las familias se aplicaran las encuestas con la cédula básica de identificación familiar. Anexo (1).
- Hojas de consulta diaria del médico SM10-1 del período comprendido de enero a diciembre de 2007. Para conocer las principales causas de consulta de las familias adscritas al consultorio # 8 turno matutino de la Clínica Hospital "A" ISSSTE, Guanajuato. Gto. Anexo (2).
- Tarjetas VD1 de Vigencia de Derechos. Para conocer la población adscrita y asignada al consultorio # 8 turno matutino de la Clínica Hospital "A" ISSSTE, Guanajuato, Gto.

Lugar:

Este estudio de investigación se realizará en el consultorio 8 turno matutino de la Clínica Hospital "A" ISSSTE, Guanajuato, Gto.

Tiempo:

Este estudio se realizará en el período comprendido del 23 de agosto de 2008 al 6 de diciembre de 2008.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA ³⁸

Para el estudio MOSAMEF :

- La Muestra es **no probabilística**, y por **cuota** de 100 Cédulas Básicas de Identificación Familiar. (Características de las Familias, y Pirámide poblacional).
- El Universo son las Hojas de Informe Diario del Médico (SMI-10) del período comprendido del mes de enero a diciembre de 2007. (Morbilidad).

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Para fines del presente estudio de investigación se tienen en consideración los siguientes criterios:

Criterios de inclusión :

- Derechohabientes usuarios que acuden al consultorio # 8 turno matutino de la Clínica Hospital "A" ISSSTE, Guanajuato, Gto.
- Hojas de Informe Diario del Médico (SM10-1) del año 2007 de enero a diciembre correspondiente al consultorio # 8 turno matutino de la Clínica Hospital "A" ISSSTE, Guanajuato,
- Registro de las tarjetas VD1 de las familias adscritas y asignadas al Consultorio # 8 turno matutino de la Clínica Hospital "A" ISSSTE, Guanajuato, Gto.
- Mayores de edad.
- Usuarios que deseen participar voluntariamente.

Criterios de exclusión :

- Derechohabientes usuarios adscritos a otro consultorio o a otra unidad médica.
- Hojas de Informe Diario del Médico (SM10-1) de otro consultorio o de otro turno, ó de otro período de tiempo.
- Tarjetas VD1 pertenecientes a otros consultorios o de diferente turno.
- Menores de edad.
- No derechohabientes.

Criterios de eliminación :

- Familias con cédulas incompletas.
- Hojas de Informe Diario del Médico (SM10-1) ilegibles.
- Tarjetas VD1 con datos incompletos.
- Usuarios que voluntariamente no quieran participar en el estudio.

VARIABLES

Definición: Es una característica (magnitud, vector o número) que puede ser medida, adoptando diferentes valores en cada uno de los casos de un estudio. Es un símbolo que representa un elemento no especificado de un conjunto dado.³⁸

VARIABLE	OPERACIONALIZACION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Parentesco	Hija, Hijo, Madre, Padre	Cualitativa	Continua
Edad de integrantes de la familia	Tiempo vivido en años	Cuantitativa	Discontinua
Género	Categoría gramatical por la que se clasifican en masculino y femenino	Cualitativa	Nominal
Escolaridad	Grado de instrucción escolar alcanzado	Cualitativa	Ordinal
Ocupación	Profesión, Servicios, Técnico, Obrero, Ama de Casa, Campesino	Cualitativa	Nominal
Estado Civil	Casados, U. Libre, Viudos, Divorciados, Solteros	Cualitativa	Discontinua
Años de Unión Conyugal	Tiempo trascendido desde la unión en años	Cuantitativa	Discontinua
Clasificación de la familia en base con el parentesco	Nuclear, Nuclear Simple, Monoparental, Nuclear Numerosa, Reconstruida Monoparental Extendida, Extensa, No Parental, Extensa Compuesta	Cualitativa	Nominal
Clasificación de la familia sin Parentesco	Monoparental Extendida Sin Parentesco, Grupos Similares a familias	Cualitativa	Nominal
Clasificación con base a la presencia física y convivencia	Núcleo integrado, Núcleo no integrado, Extensa ascendente, Extensa descendente, Extensa colateral	Cualitativa	Nominal
Clasificación de la familia con base a sus medios de Subsistencia	Agrícola o pecuaria, industrial, comercial, servicios	Cualitativa	Nominal
Etapas del ciclo vital familiar	Matrimonio, Expansión, Dispersión, Independencia, Retiro y Muerte	Cualitativa	Nominal
Numero de Hijos por Grupos de Edad	0-10 años 11-19 años 20 ó más años	Cuantitativa	Ordinal
Factores de riesgo familiares	Antecedentes en la familia	Cualitativa	Nominal
Principales causas de consulta	Diagnósticos Registrados en formatos SM1-10 de acuerdo a la CIE- 10	Cualitativa	Nominal

PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN

Para identificar las 10 principales causas de consulta se revisaron los formatos SMI0-1 de Informe Diario de Labores del Médico del consultorio # 8 turno matutino de la Clínica Hospital "A" ISSSTE, Guanajuato, Gto. de los meses de enero a diciembre de 2007, que se obtuvieron en el departamento de estadística de la Clínica Hospital "A" ISSSTE, Guanajuato, Gto.

Para la elaboración de la Pirámide de la Población se revisaron las cédulas básicas de identificación familiar de las familias encuestadas usuarias al consultorio # 8 turno matutino, de la Clínica Hospital ISSSTE "A" Guanajuato, Gto.

Para determinar las características socioeconómicas de las familias se aplicarán las 100 Cédulas Básicas de Identificación Familiar a las familias adscritas y usuarias del Consultorio # 8 del turno matutino de la Clínica Hospital "A" ISSSTE, Guanajuato, Gto., durante los meses de agosto a diciembre de 2008, las entrevistas se realizarán durante la consulta, de manera personal y en algunos casos se concluye la entrevista vía telefónica.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es necesario fundamentar la realización del presente estudio en un marco científico y humanista es por ello que nos sujetamos a:

- **LEY GENERAL DE SALUD**

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en seres humanos.

Título segundo, Capítulo 1 artículo 17 fracción 1, que a la letra dice:

- I.- Investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención ó modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.³⁹

- **DECLARACIÓN DE HELSINKI**

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos adoptados por la 18ª. Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964, y de acuerdo a la última enmienda efectuada en la Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón en el año 2004.⁴⁰

- **REGLAMENTO DEL ISSSTE**

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Tomo DCXLII No.22, México, D.F. 31 de Marzo de 2007.

- En materia de salud, Capítulo II, Sec. I,
Art.27: El Instituto establecerá un Seguro de salud que tiene por objeto establecer, promover, y restaurar la salud de sus derechohabientes, otorgando servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad.
- El seguro de salud incluye los componentes de la atención médico preventiva,
- Atención médica curativa de maternidad y rehabilitación física y mental.

Art. 28: El Instituto diseñara, implementará y desarrollará su modelo y programa de salud en atención a las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de sus derechohabientes. ⁴¹

Se solicitará el consentimiento informado verbal del participante, y se respeta la confidencialidad de los datos de los encuestados.

En caso de que durante el desarrollo de la investigación se encuentren factores de riesgo intrafamiliar que pongan en riesgo la integridad de la familia de canalizarán aquellos casos a trabajo social y a la especialidad correspondiente.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentan en tres grandes apartados que corresponden, el primero al censo poblacional, el segundo al diagnóstico familiar y el tercero a la morbilidad.

Pirámide Poblacional.

De la población derechohabiente y usuaria al consultorio 8 de la Clínica Hospital "A" ISSSTE Guanajuato, se consideró una muestra de 100 familias sujetas de estudio y de ellas se obtuvo como resultado que están integradas en total por 309 personas de las cuales 166 son del sexo femenino y 143 del sexo masculino, lo que significa que el sexo femenino integra el 53.72%, de la muestra total y su gran mayoría oscila en el rango de edad de los 5 a los 14 años y de los 25 a los 49 años, y los del sexo masculino corresponden al 46.27% del total de la muestra y el rango de edad más denso es el de 5 a 19 años y el de 45 a 54 años. Dentro del grupo de la población femenina observamos que el grupo de los mayores de 65 años corresponde a 16.86% (28) de la población femenina y el grupo de los hombres de 16.08% (23), el 8.9% y el 7.4% respectivamente del total de la muestra. Tabla 1, Gráfica 1.

Diagnóstico familiar

Ficha de identificación familiar

El análisis de las 100 cédulas de identificación familiar permitió identificar:

En relación al estado civil se encontró que el primer lugar corresponde a los casados con el 64%, en segundo lugar los viudos con el 17%, en tercer lugar unión libre con 6%. Tabla 2, Gráfica 2.

En relación a los años de unión conyugal que predominó son los que tienen de 0-4 años de unión conyugal con 56.25%(36 parejas), en segundo lugar los de 15 a 19 años con 21.87% (14 parejas), en tercer lugar los de 10 a 14 años con 17.18% (11 parejas), por lo que la moda en años de unión conyugal es de 0 años, la mediana de 13 años y la media de 15.64 años. Tabla 3, Gráfica 3.

En relación a la escolaridad del padre el 32% tiene licenciatura completa, secundaria completa un 32%, Bachillerato completo 25%.Tabla 4, Gráfica 4. En contraste la madres tienen licenciatura completa en un 34%, Bachillerato completo 29%, secundaria completa 6%.Tabla 5, Gráfica 5.

En relación a la ocupación se encontró que 39% de los padres son empleados administrativos, en segundo lugar son profesionistas un 29%, y en tercer lugar encontramos a los jubilados con un 21%. Tabla 6, Gráfica 6.

En relación a la ocupación de la madre se encontró que en primer lugar son profesionistas con un 25%, amas de casa 25%, y empleadas administrativas el 23%, jubiladas 22%.Tabla 7, Gráfica 7.

El número total de hijos de las familias encuestadas es de 132, de estos la mayoría tiene una edad en el rango de 11 a 19 años con un 37.87% (50), de 0-10 años 35.6% (47), y de 20 años y más 26.5% (35).Tabla 8, Gráfica 8.

El número de hijos por familia es de 2 hijos por familia con el 37.87%(50) en segundo lugar las familias de 3 hijos con el 31.8%(42), y en tercer lugar las familias con un solo hijo representando un 24.24 %(32). Tabla 9, Gráfica 9.

Clasificación de las familias.

Siguiendo el orden de la CEBIF la clasificación de las familias en base a su parentesco nos reporta como nuclear a un 38% de las familias encuestadas, en segundo lugar la nuclear simple con un 29%, y en tercer lugar la monoparental con un 18%.Tabla 10, Gráfica 10.

La clasificación de las familias sin parentesco se encontró solo un caso como grupo similar a familia. Tabla 11, Gráfica 11.

La clasificación de la familia en base a su presencia física y convivencia reporta a la mayoría de las familias como de núcleo integrado en primer lugar con un 63%, en segundo lugar el no integrado con un 28%, y en tercer lugar la extensa ascendente con un 6%.Tabla 12,Gráfica12.

En relación a la clasificación de estilos de vida originados por cambios sociales se encuentran 14 personas que viven solas. Tabla 13, Gráfica 13.

En la clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia se reporta que el 100% de las familias se dedican a aportar servicios. Tabla 14, Gráfica 14

El reporte de las etapas del ciclo vital de la familia denota que el más alto porcentaje se obtiene de las familias que se encuentran en etapa de retiro y muerte con un 34%, en segundo lugar en la etapa de dispersión con un 27%, y en tercer lugar en etapa de expansión 22%, en cuarto lugar en etapa de independencia con un 12 % y en quinto lugar la etapa de matrimonio con un 5%.Tabla 15, Gráfica 15.

Morbilidad

Factores de riesgo de las familias

Los factores de riesgo detectados reportan en primer lugar la Hipertensión arterial con 167, en segundo lugar la Diabetes Mellitus 2 con 143, seguidos por la Obesidad con 152, Alcoholismo 54, y en quinto lugar el Tabaquismo con 38 casos. Tabla 16, Gráfica 16.

10 causas más frecuentes de consulta

Las primeras 10 causas de consulta de primera vez representan un total de 1502 y de esas consultas se reporta en primer lugar a la Rinofaringitis con un 58.18% (874) total de las consultas, en segundo lugar a la Diabetes Mellitus 2 con un 18.37% (276), Infección de vías urinarias con 8.9% (135), Diarreas y Gastroenteritis 7.12% (107), Gastritis 4.72% (78). Tabla 17, Gráfica 17

Las primeras 10 causas de consulta subsecuentes son 2793, reportando en primer lugar la Diabetes Mellitus con un 28.78% (804), en segundo lugar HTA 24.59% (687), en tercer lugar Gastritis crónica 3.25% (91), en cuarto lugar Infección de vías urinarias 2.43% (68), en quinto lugar Colitis crónica 2.29% (64).Tabla 18, Gráfica 18.

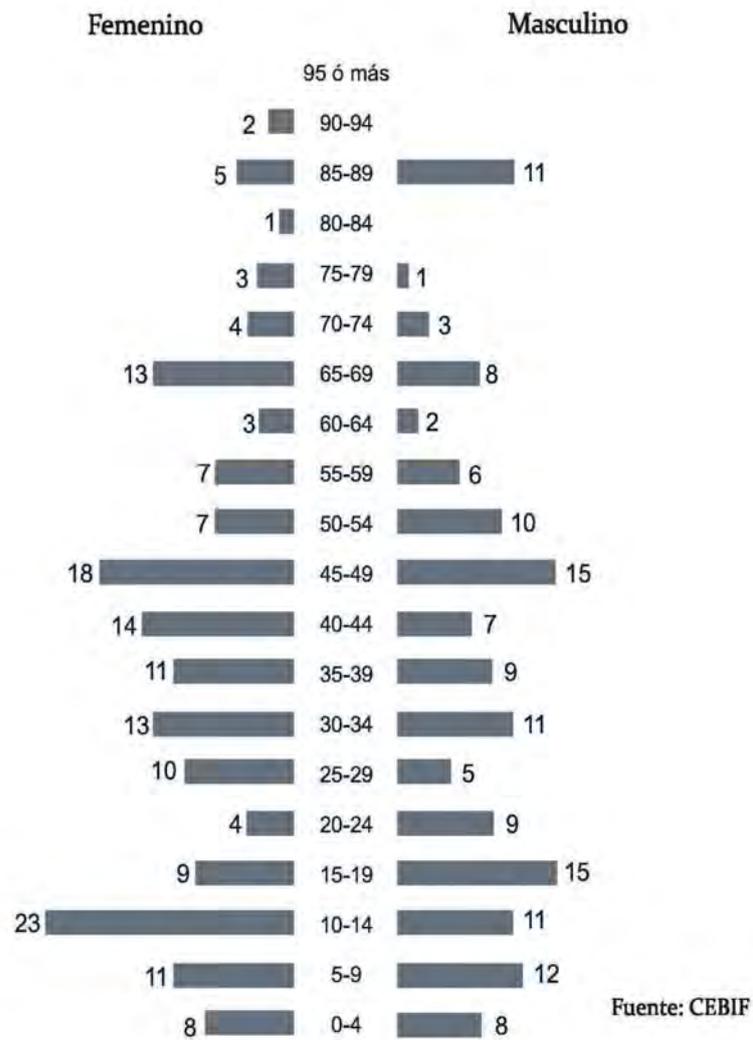
**Pirámide Poblacional de los Usuarios al Consultorio 8
C.H. ISSSTE Gto.
Tabla 1**

CLASIFICACION POBLACIONAL		
MUJERES	EDAD	HOMBRES
8	0-4 AÑOS	8
11	5-9 AÑOS	12
23	10-14 AÑOS	11
9	15-19 AÑOS	15
4	20-24 AÑOS	9
10	25-29 AÑOS	5
13	30-34 AÑOS	11
11	35-39 AÑOS	9
14	40-44 AÑOS	7
18	45-49 AÑOS	15
7	50-54 AÑOS	10
7	55-59 AÑOS	6
3	60-64 AÑOS	2
13	65-69 AÑOS	8
4	70-74 AÑOS	3
3	75-79 AÑOS	1
1	80-84 AÑOS	0
5	85-89 AÑOS	11
2	90-94 AÑOS	0
0	95 > AÑOS	0

FUENTE: CEBIF

GRÁFICA 1. Derechohabientes de la C.H. ISSSTE Gto. Consultorio 8

Pirámide de Población

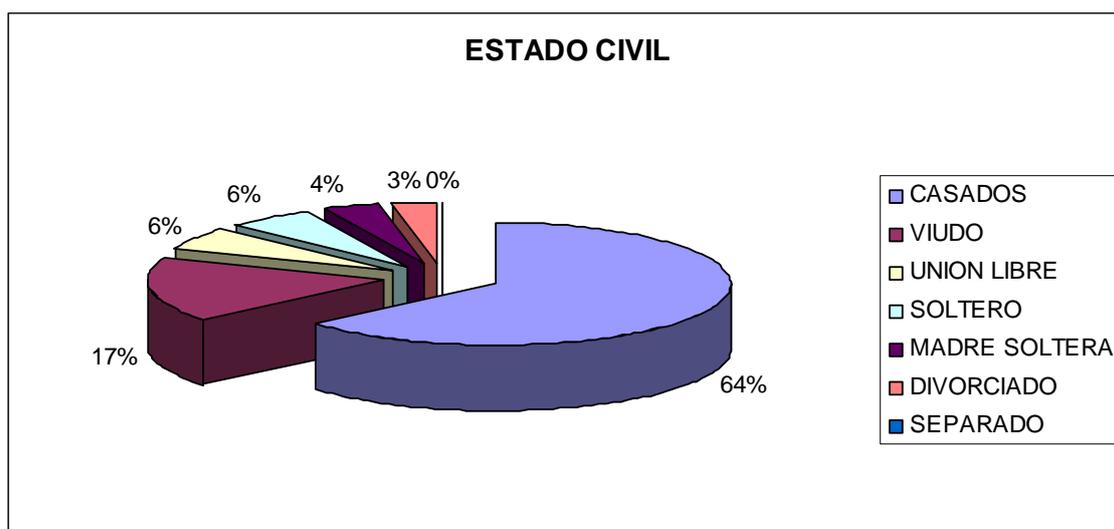


**ESTADO CIVIL
TABLA 2**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADOS	64	64%
VIUDO	17	17%
UNION LIBRE	6	6%
SOLTERO	6	6%
MADRE SOLTERA	4	4%
DIVORCIADO	3	3%
SEPARADO	0	0%
TOTAL	100	100%

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 2



FUENTE: CEBIF

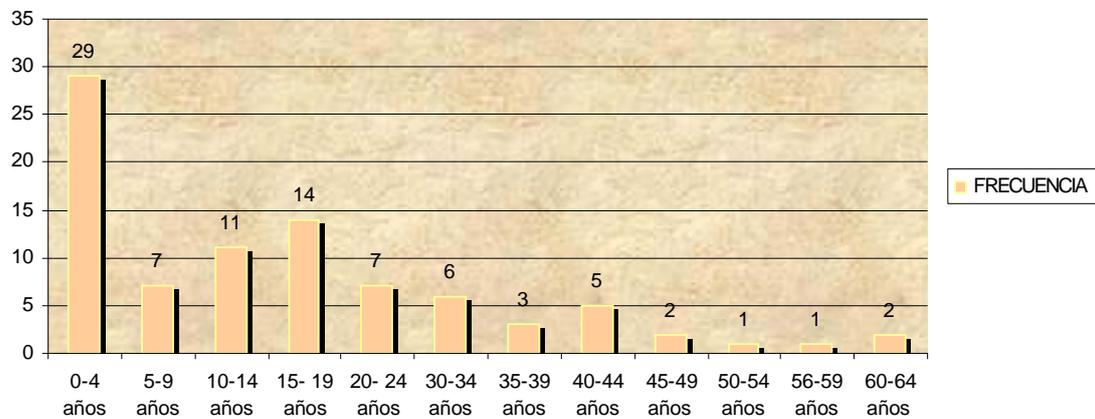
AÑOS DE UNION CONYUGAL TABLA 3

AÑOS DE UNION CONYUGAL	FRECUENCIA
0-4 años	29
5-9 años	7
10-14 años	11
15- 19 años	14
20- 24 años	7
30-34 años	6
35-39 años	3
40-44 años	5
45-49 años	2
50-54 años	1
56-59 años	1
60-64 años	2

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 3

AÑOS DE UNION CONYUGAL



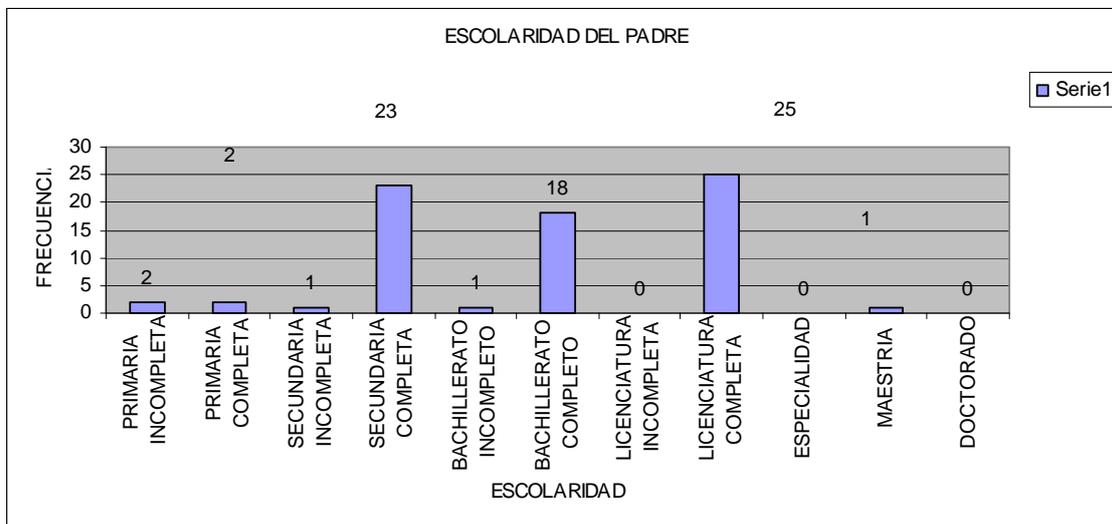
FUENTE: CEBIF

ESCOLARIDAD DEL PADRE TABLA 4

ESCOLARIDAD DEL PADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA INCOMPLETA	2	3%
PRIMARIA COMPLETA	2	3%
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	1%
SECUNDARIA COMPLETA	23	32%
BACHILLERATO INCOMPLETO	1	1%
BACHILLERATO COMPLETO	18	25%
LICENCIATURA INCOMPLETA	0	0%
LICENCIATURA COMPLETA	25	32%
ESPECIALIDAD	0	0%
MAESTRIA	1	1%
DOCTORADO	0	0%
TOTAL	73	98%

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 4



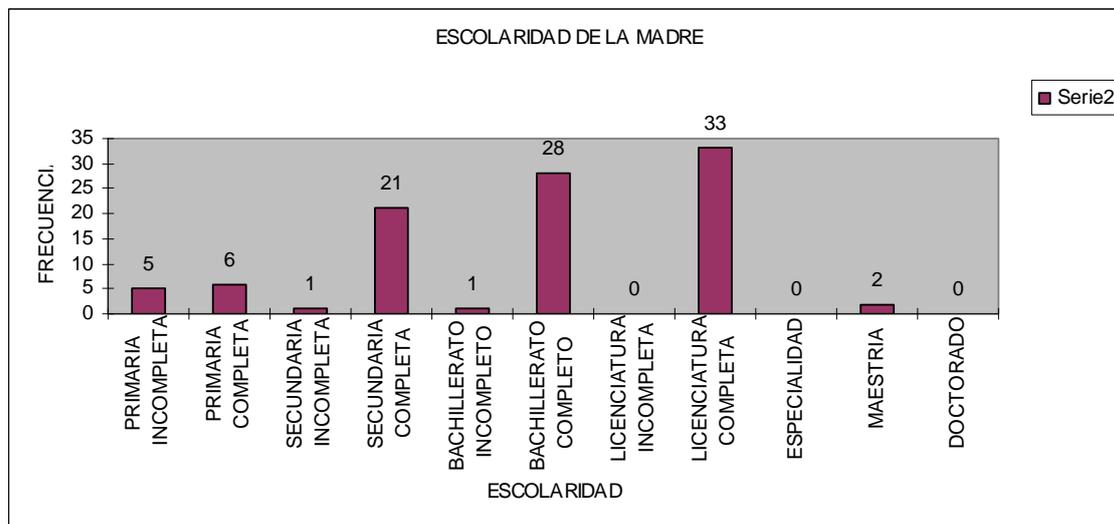
FUENTE: CEBIF

ESCOLARIDAD DE LA MADRE TABLA 5

ESCOLARIDAD DE LA MADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA INCOMPLETA	5	5%
PRIMARIA COMPLETA	6	6%
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	1%
SECUNDARIA COMPLETA	21	22%
BACHILLERATO INCOMPLETO	1	1%
BACHILLERATO COMPLETO	28	29%
LICENCIATURA INCOMPLETA	0	0%
LICENCIATURA COMPLETA	33	34%
ESPECIALIDAD	0	0%
MAESTRIA	2	2%
DOCTORADO	0	0%
TOTAL	97	100%

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 5



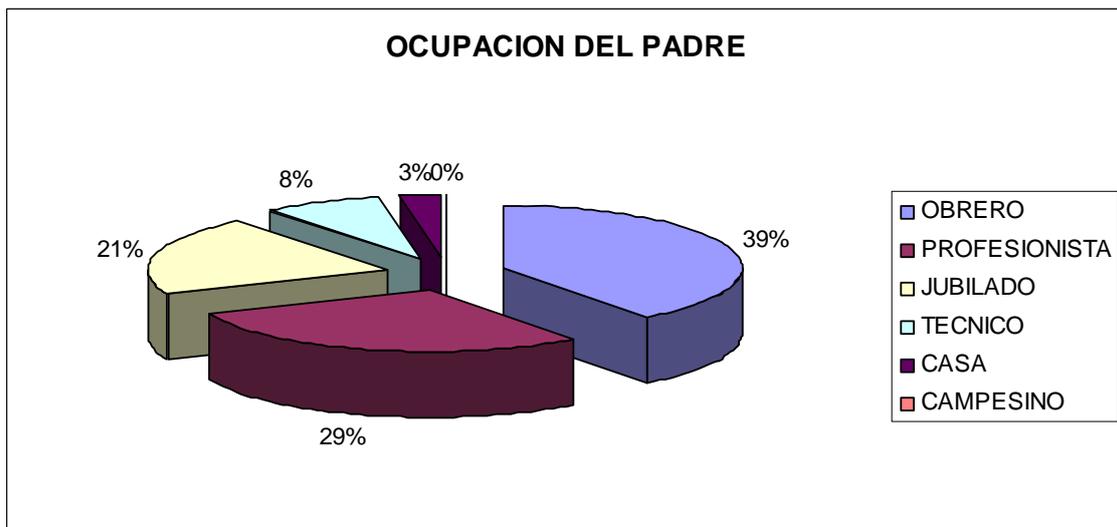
FUENTE: CEBIF

**OCUPACION DEL PADRE
TABLA 6**

OCUPACION DEL PADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OBRERO	29	39%
PROFESIONISTA	21	29%
JUBILADO	15	21%
TECNICO	6	8%
CASA	2	3%
CAMPESINO	0	0%
TOTAL	73	100%

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 6



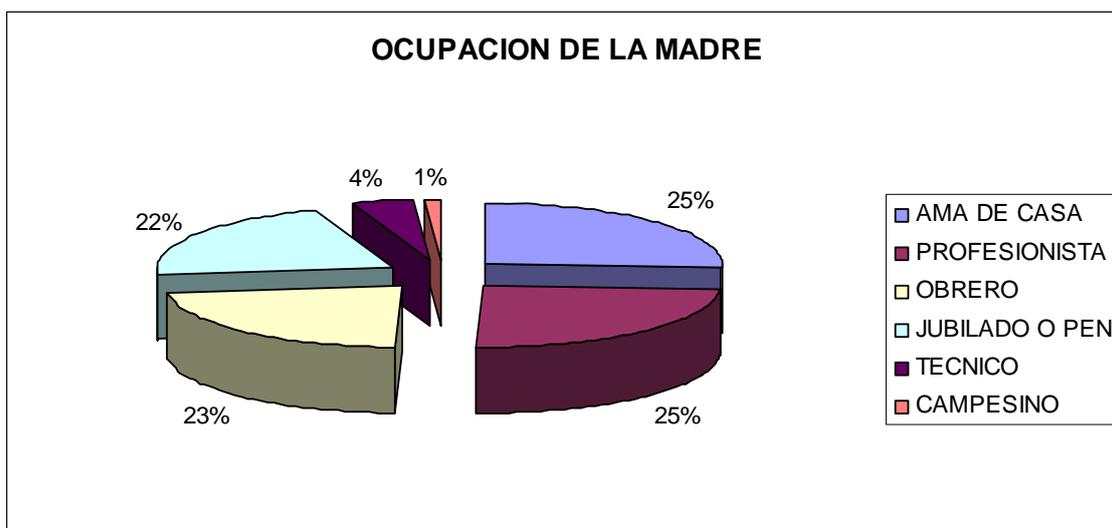
FUENTE: CEBIF

**OCUPACION DE LA MADRE
TABLA 7**

OCUPACION DE LA MADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	25	25%
PROFESIONISTA	24	25%
OBRERO	22	23%
JUBILADO O PEN	21	22%
TECNICO	4	4%
CAMPESINO	1	1%
TOTAL	97	100%

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 7



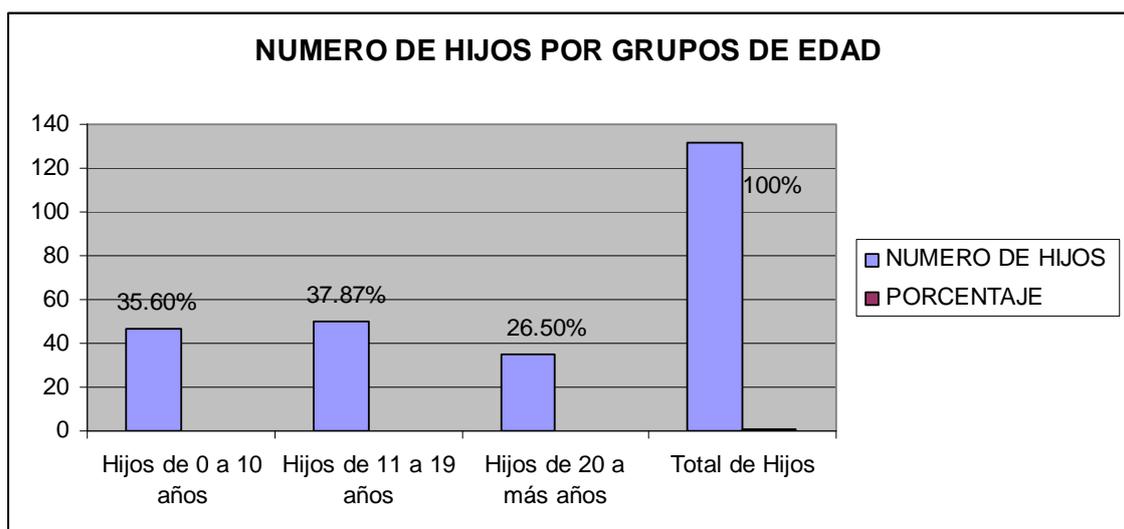
FUENTE: CEBIF

**NUMERO DE HIJOS POR GRUPOS DE EDAD
TABLA 8**

CLASIFICACIÓN	NUMERO DE HIJOS	PORCENTAJE
Hijos de 0 a 10 años	47	35.60%
Hijos de 11 a 19 años	50	37.87%
Hijos de 20 a más años	35	26.50%
Total de Hijos	132	100%

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 8



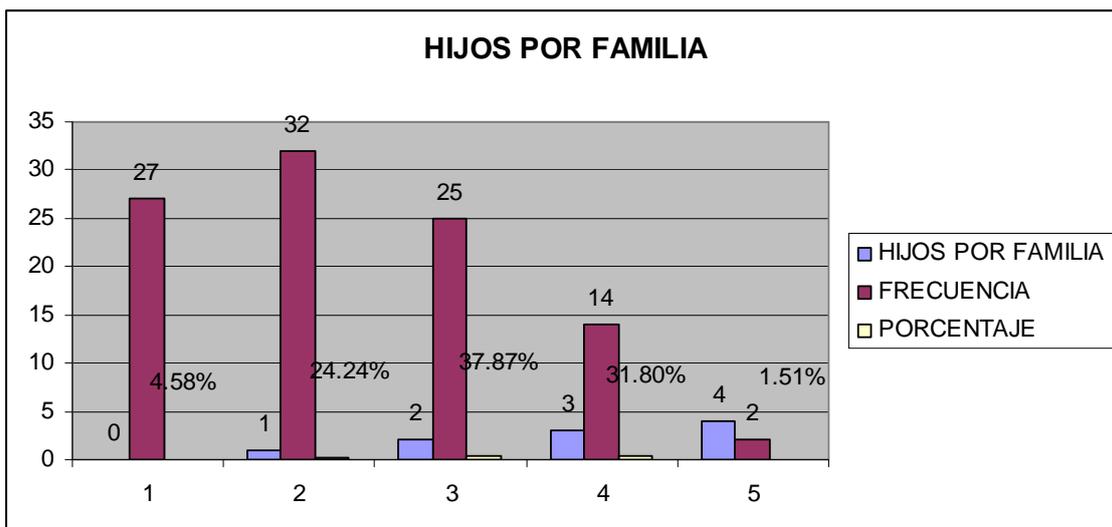
FUENTE: CEBIF

**NÚMERO DE HIJOS POR FAMILIA
TABLA 9**

HIJOS POR FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	27	4.58%
1	32	24.24%
2	25	37.87%
3	14	31.80%
4	2	1.51%
TOTAL	100	100.00%

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 9



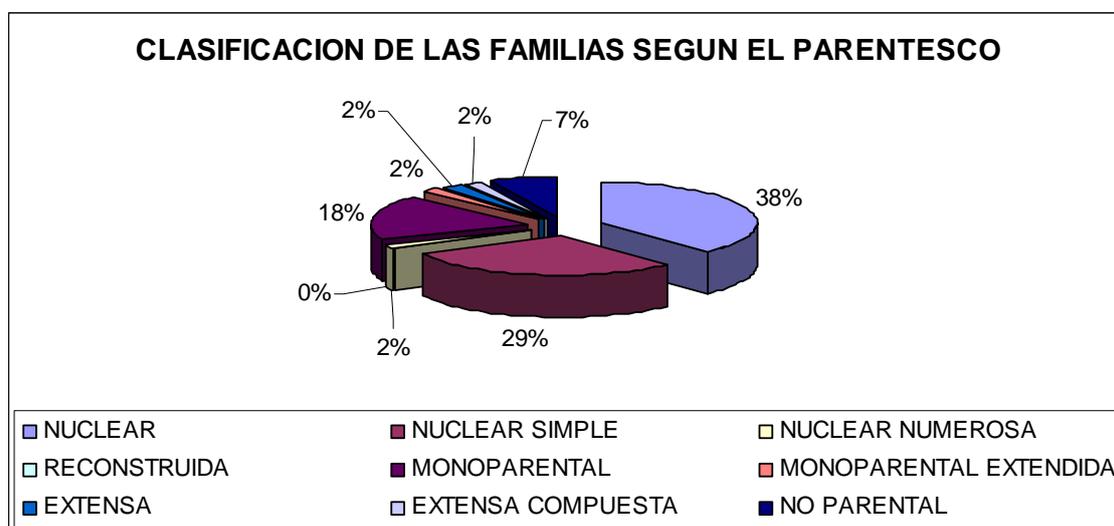
FUENTE: CEBIF

**CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS
EN BASE A SU PARENTESCO
TABLA 10**

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGÚN EL PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	38	38%
NUCLEAR SIMPLE	29	29%
NUCLEAR NUMEROSA	2	2%
RECONSTRUIDA	0	0%
MONOPARENTAL	18	18%
MONOPARENTAL EXTENDIDA	2	2%
EXTENSA	2	2%
EXTENSA COMPUESTA	2	2%
NO PARENTAL	7	7%
TOTAL	100	100%

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 10



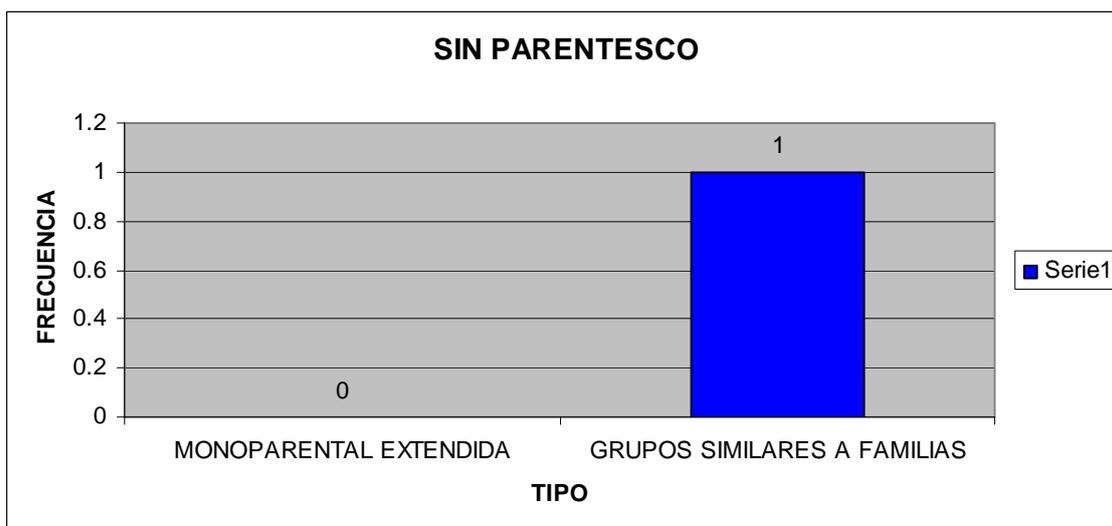
FUENTE: CEBIF

**CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS
SIN PARENTESCO
TABLA 11**

SIN PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MONOPARENTAL EXTENDIDA	0	0
GRUPOS SIMILARES A FAMILIAS	1	100
TOTAL	1	100

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 11



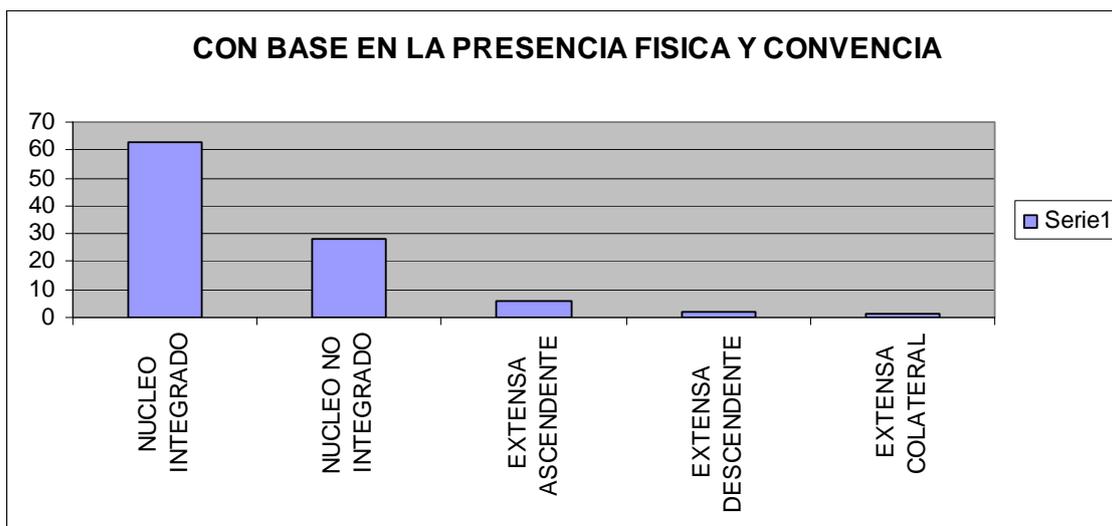
FUENTE: CEBIF

**CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS
CON BASE EN SU PRESENCIA FÍSICA Y CONVIVENCIA
TABLA 12**

CON BASE EN LA PRESENCIA FÍSICA Y CONVIVENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEO INTEGRADO	63	63%
NUCLEO NO INTEGRADO	28	28%
EXTENSA ASCENDENTE	6	6%
EXTENSA DESCENDENTE	2	2%
EXTENSA COLATERAL	1	1%
TOTAL	100	100%

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 12



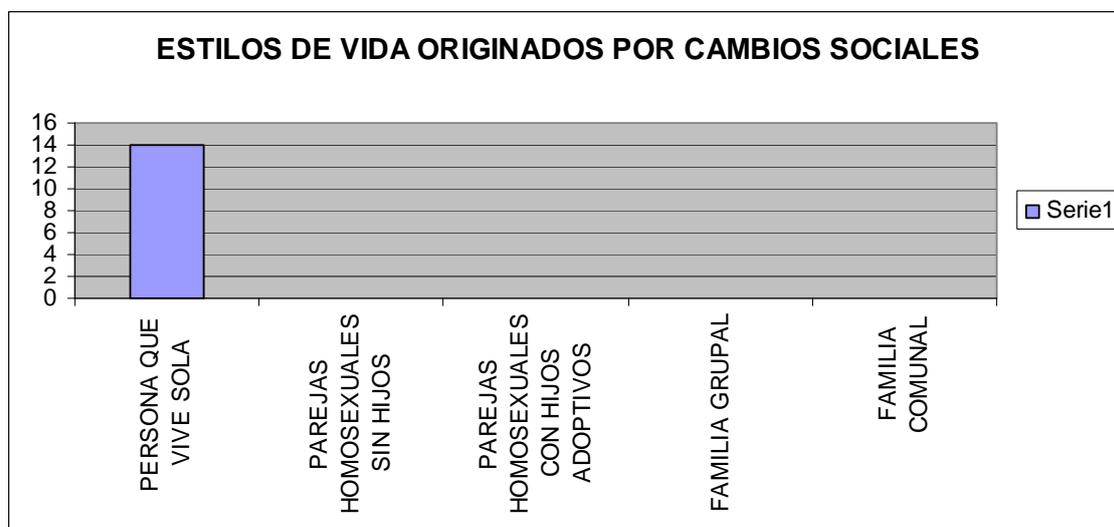
FUENTE: CEBIF

**CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA
POR ESTILOS DE VIDA ORIGINADOS POR LOS CAMBIOS SOCIALES
TABLA 13**

ESTILOS DE VIDA ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PERSONA QUE VIVE SOLA	14	100%
PAREJAS HOMOSEXUALES SIN HIJOS	0	0
PAREJAS HOMOSEXUALES CON HIJOS ADOPTIVOS	0	0
FAMILIA GRUPAL	0	0
FAMILIA COMUNAL	0	0
POLIGAMIA	0	0
TOTAL	14	100%

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 13



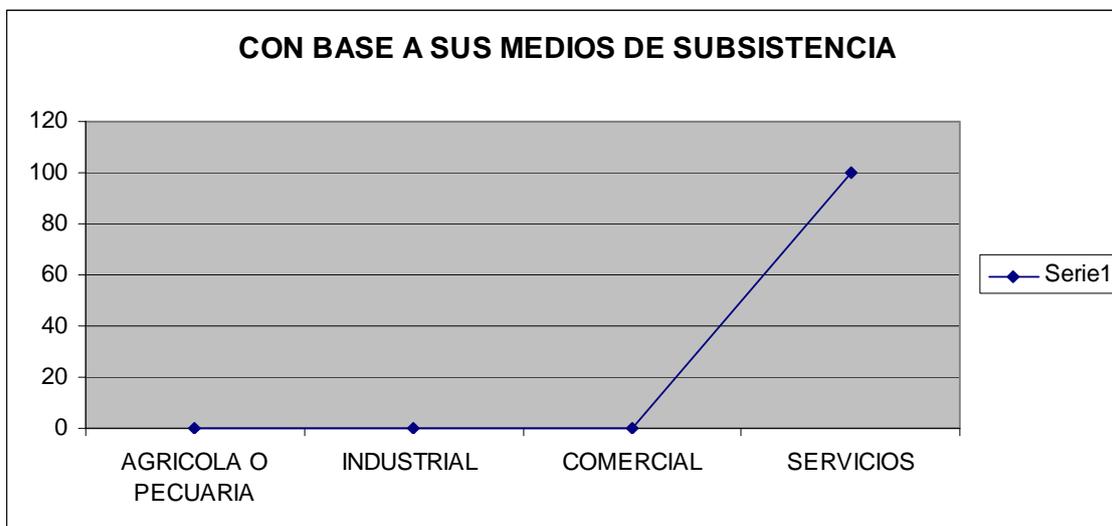
FUENTE: CEBIF

**CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA
CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA
TABLA 14**

CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AGRICOLA O PECUARIA	0	0
INDUSTRIAL	0	0
COMERCIAL	0	0
SERVICIOS	100	100%
TOTAL	100	100%

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 14



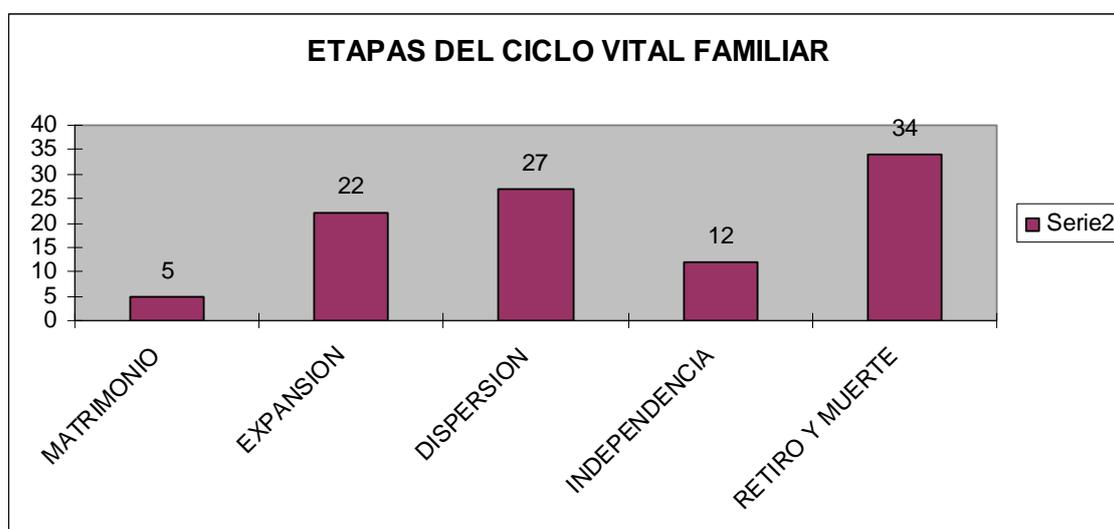
FUENTE: CEBIF

**ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR
TABLA 15**

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MATRIMONIO	5	5%
EXPANSION	22	22%
DISPERSION	27	27%
INDEPENDENCIA	12	12%
RETIRO Y MUERTE	34	34%
TOTAL	100	100%

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 15



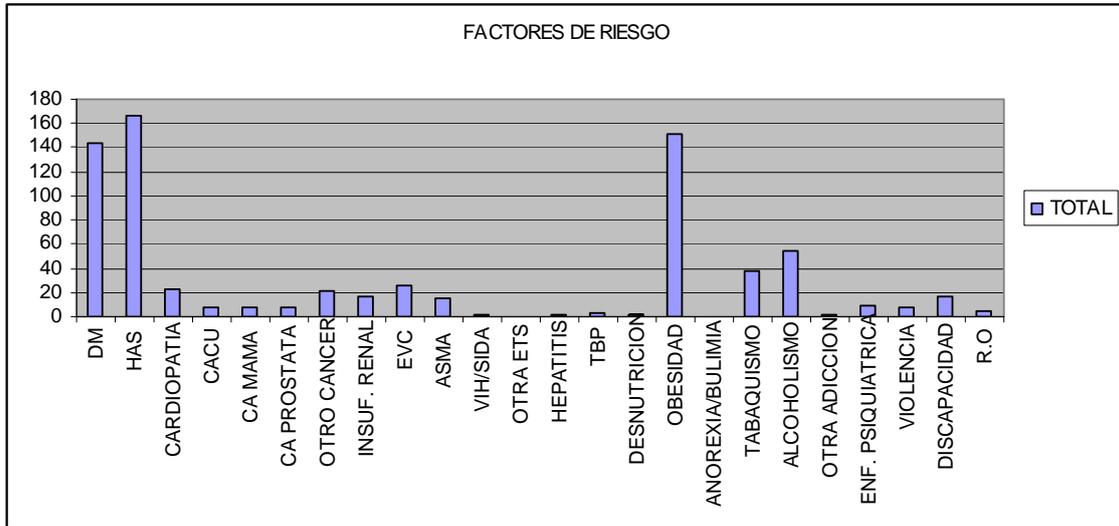
FUENTE: CEBIF

**FACTORES DE RIESGO
TABLA 16**

FACTORES DE RIESGO	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS	TOTAL
DM	29	39	7	39	29	143
HAS	50	50	4	40	23	167
CARDIOPATIA	7	6	1	6	3	23
CACU	2	2	0	3	0	7
CA MAMA	2	3	1	1	1	8
CA PROSTATA	0	2	0	5	1	8
OTRO CANCER	5	5	1	4	6	21
INSUF. RENAL	4	2	1	6	3	16
EVC	4	7	0	10	4	25
ASMA	3	3	4	2	3	15
VIH/SIDA	1	0	1	0	0	2
OTRA ETS	0	0	0	0	0	0
HEPATITIS	0	0	0	1	0	1
TBP	0	3	0	0	0	3
DESNUTRICION	0	0	0	0	1	1
OBESIDAD	32	33	17	28	42	152
ANOREXIA/BULIMIA	0	0	0	0	0	0
TABAQUISMO	15	7	6	6	4	38
ALCOHOLISMO	22	7	6	8	11	54
OTRA ADICCION	0	0	1	0	1	2
ENF. PSIQUIATRICA	5	4	0	0	0	9
VIOLENCIA	4	2	1	0	1	8
DISCAPACIDAD	5	4	3	1	4	17
RIESGO OCUPACION	2	1	1	0	0	4

FUENTE: CEBIF

GRAFICA 16



FUENTE: CEBIF

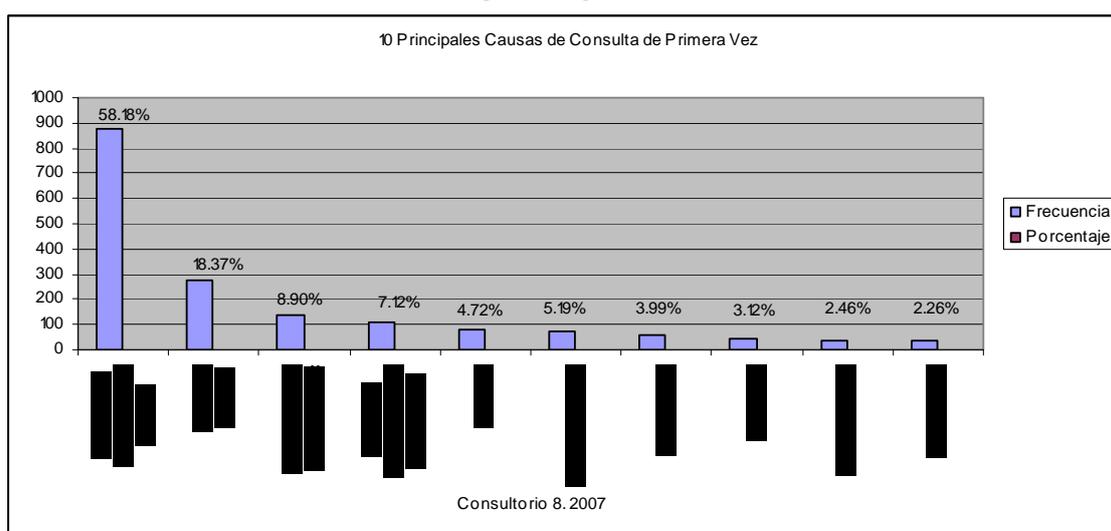
10 Principales Causas de Consulta de 1era Vez en el Consultorio 8. 2007

TABLA 17

Número	Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
1	Infecciones Respiratorias Agudas	874	58.18%
2	Diabetes Mellitus	276	18.37%
3	Infecciones en Vías Urinarias	135	8.90%
4	Diarreas y Gastroenteritis Infecciosas	107	7.12%
5	Gastritis	78	4.72%
6	Cervicovaginitis	71	5.19%
7	Gonartrosis	60	3.99%
8	Lumbalgia	47	3.12%
9	Salmonellosis	37	2.46%
10	Otitis media	34	2.26%

FUENTE: SM1-10 Consultorio 8 2007 ISSSTE GUANAJUATO

GRAFICA 17



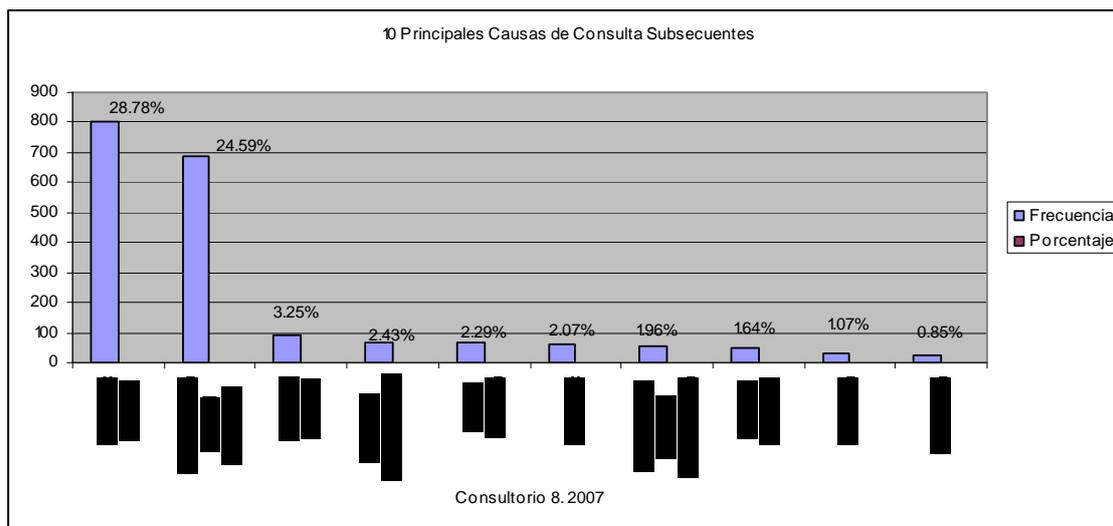
FUENTE: SM10-1 Consultorio 8 2007 ISSSTE GUANAJUATO

**10 Principales Causas de Consulta Subsecuente en el
Consultorio 8. 2007
TABLA 18**

Número	Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
1	Diabetes Mellitus	804	28.78%
2	Hipertensión Arterial Sistémica	687	24.59%
3	Gastritis Crónica	91	3.25%
4	Infección Vías Urinarias	68	2.43%
5	Colitis Crónica	64	2.29%
6	Laringitis	58	2.07%
7	Enfermedad Articular Degenerativa	55	1.96%
8	Control Prenatal	46	1.64%
9	Epilepsia	30	1.07%
10	Lumbalgia	24	0.85%

FUENTE: SM10-1 Consultorio 8 2007 ISSSTE GUANAJUATO

GRAFICA 18



FUENTE: SM10-1 Consultorio 8 2007 ISSSTE GUANAJUATO

DISCUSION

En el estudio realizado en las familias usuarias del consultorio 8 de la Clínica Hospital "A" ISSSTE en Guanajuato, se encontró que la expectativa de vida es mayor para la mujer que para el hombre lo cual coincide con lo reportado por la CONAPO y la SSA,^{31,32} lo cual queda demostrado con la pirámide poblacional realizada. Así mismo la población femenina es predominante sobre la masculina lo cual también es acorde con lo reportado con el INEGI a nivel nacional y con las estadísticas municipales. El grupo de edad predominante fue de los 5 a los 14 años, y de los 25 a los 49 años, repuntando en los mayores de 65 años en el sexo femenino lo cual es acorde con lo reportado por el municipio ello es importante por el número significativo de casos de enfermedades crónico-degenerativos.

Es muy significativo lo reportado en relación con las características de las familias ya que son iguales a lo reportado por el INEGI, ya que prevalece la familia nuclear simple, integrado, la mayoría son familias modernas, muestra de que aún hay respeto y valores culturales bien definidos. Donde la estructura familiar es fundamental. La mayoría de las familias tiene dos hijos, lo cual también va de acuerdo con lo estimado por la CONAPO,³⁰ la mayoría de las familias se encuentran en etapa de retiro y muerte y en segundo lugar en etapa de dispersión habiendo en cuarto lugar familias en etapa de expansión lo cual también es acorde con lo reportado por la CONAPO.³⁰

La mayoría de las familias obtienen sus ingresos por el otorgamiento de servicios lo cual esta estrechamente relacionado con lo reportado por el municipio. Esto tendrá repercusiones en el estado de salud ya que serán más frecuentes las patologías derivadas del sedentarismo.

Es socialmente relevante encontrar solo una familia como grupo similar lo cual marca la tendencia de mantenerse dentro del núcleo familiar a pesar de las múltiples dificultades que ello pueda representar.

Teniendo en cuenta el panorama epidemiológico obtenido de la revisión de las hojas de informe diario del consultorio 8 en la Clínica Hospital "A" ISSSTE, Guanajuato, Gto. la mayor frecuencia de morbilidad fueron las Infecciones respiratorias altas, lo que concuerda con lo reportado por la SSA a nivel local y nacional.^{32,36}

En relación a las causas de consulta de primera y vez y subsecuentes reportados se aprecian grandes similitudes y una gran diferencia ya que la causa número uno de consulta subsecuente fue la Diabetes Mellitus para el consultorio 8 ya que lo reportado por el ISSSTE a nivel local la ubica en el séptimo lugar lo cual debe de investigarse a profundidad, a fin de determinar los factores que determinan tal patología.³⁶

De acuerdo a lo reportado de las principales causas de consulta subsecuente la tendencia es hacia la cronicidad en las patologías por lo que el marco idóneo para abatir las complicaciones por tales patologías lo representa el médico de atención primaria, otorgando una atención integral de calidad, trabajando en equipo, utilizando los métodos diagnóstico terapéuticos adecuados, programando y evaluando el proceso, con la participación comunitaria.

El médico familiar no es un epidemiólogo, sin embargo conociendo el panorama epidemiológico las acciones de trabajo se deben enfocar a la prevención sobre los factores de riesgo a fin de abatir la aparición de estas enfermedades y en caso de estar presentes mejorar el apego al tratamiento y a la conservación de la salud evitando al máximo la aparición de las complicaciones. De esta manera logrará los objetivos de la medicina familiar, a través de la prevención determinante de la acción anticipatoria lo cual se verá reflejado en el estado de salud de las familias bajo nuestro control.

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN EL CONSULTORIO 8 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE, GUANAJUATO.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias, con evolución menor de 15 días.

Las IRA representan uno de los principales motivos de consulta de atención primaria, principalmente durante la edad pediátrica y constituyen una de las causas importantes de mortalidad infantil en la mayor parte del mundo. Aún cuando las IRA son autolimitadas, los errores diagnósticos y terapéuticos representan un problema por el uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos, lo cual ha dado origen a resistencia bacteriana y desperdicio de medicamentos por la falta de apego al tratamiento una vez desaparecidos los síntomas.

La mayoría de las muertes relacionadas con las IRA se atribuyen a infecciones agudas graves de las vías respiratorias inferiores, especialmente la neumonía de origen bacteriano.

En México y en los demás países subdesarrollados las IRA representan un problema importante de salud pública por el impacto que tienen sobre los servicios de salud, las incapacidades laborales y escolares, además de las muertes que originan cada año, principalmente en grupos de los extremos de la vida. Cada año representan altas tasas de morbimortalidad. Su presencia y gravedad es mayor en los menores de 5 años y en los mayores de 65 años. Los síndromes son numerosos, la gravedad del cuadro clínico va a depender de varios factores como la localización del padecimiento, la resistencia del individuo, la estación de año y el medio ambiente, el agente etiológico y su virulencia

En las IRA la etiología viral ocurre en aproximadamente el 90 % de los casos de las Infecciones del aparato respiratorio superior.

Factores de riesgo para el desarrollo de las IRA grave:

Enfermedades concomitantes: las cardiopatías congénitas, el síndrome de Down, la fibrosis quística y las inmunodeficiencias.

Tabaquismo el tabaquismo pasivo predispone a un número mayor de episodios de IRA por año, con alteraciones de las pruebas de función pulmonar a largo plazo, aumento en las hospitalizaciones por enfermedad respiratoria y sibilancias recurrentes en los dos primeros años de vida.

Socioeconómicos: el hacinamiento es un factor contribuyente, cuando existen dos o más niños menores de cinco años en la vivienda. El nivel de instrucción de la madre se ha considerado como factor de riesgo cuando la escolaridad es menor de 6 años. El estado nutricional evaluado a través de los datos antropométricos, según los valores de referencia para edad y sexo.

Contaminación ambiental la exposición al Ozono es un factor de riesgo, principalmente en los meses de invierno.

La reducción de la prevalencia de factores de riesgo como el bajo peso al nacer, la desnutrición, la alimentación con biberón del recién nacido, y las malas prácticas del destete, la contaminación del aire en el interior de la vivienda, y la exposición al frío excesivo o los enfriamientos, constituye una importante estrategia para reducir la incidencia y gravedad de los episodios de IRA.

Rinofaringitis

La rinofaringitis aguda ó catarro común en el 90% de los casos de origen viral, autolimitada, la fiebre puede estar presente hasta 4 días, la rinorrea y la tos hasta 10 días. Los virus responsables son los rinovirus, un virus puede ocasionar varios síndromes y un síndrome puede ser causado por diferentes virus.

Su tratamiento en los niños es con paracetamol 15 mg/kg/día en tres dosis, en niños mayores de 4 años, Acido acetilsalicílico a una dosis de 30-50 mg/kg/día. Adultos Paracetamol 500mg cada 6 hrs. por dos o tres días. AAS 300 a 500 mg cada 6 hrs. por 2-3 días.

Faringoamigdalitis

La faringitis es también causada por virus, pero en aproximadamente 15% de los casos la etiología es por el Estreptococo Beta Hemolítico del grupo A, esta es la única bacteria clínicamente importante, y es más común entre los 5 y los 15 años de edad.

Clínicamente podemos encontrar exudado blanquecino en las amígdalas, adenopatía cervical, fiebre mayor de 38°C, artralgias.

En caso de rinorrea, tos húmeda, disfonía y conjuntivitis lo más probable es que la etiología sea viral, lo mismo es aplicable cuando hay presencia de vesículas.

Tratamiento de acuerdo a la probable etiología. Si se sospecha de origen viral solo administrar antipiréticos y medidas generales. Si la causa es bacteriana manejar con Eritromicina de 30 a 50 mg/kg/día repartido en tres dosis por 5 días. PGP de 10,000 a 40,000 U/kg/día por 5 días. Bencilpenicilina Benzatínica compuesta 600,000 U dosis única en los niños, en los Adultos el esquema es el mismo si la causa es viral, si es bacteriana Eritromicina 500 mg cada 6 hrs. por 7 días, PGP 800,000U/día/3 días. Bencilpenicilina Benzatínica compuesta 1,200, 000 U dosis única. Si existe el antecedente de alergia medicamentosa se puede administrar Trimetoprim/Sulfametoxazol a razón de 8 mg de Trimetoprim/Kg de peso/día repartido en dos dosis, en los niños y dos tabletas de Trimetoprim /Sulfametoxazol cada 12 hrs. en los adultos.

El tratamiento no farmacológico incluye medidas generales:

Incrementar la ingesta de líquidos, en caso de los lactantes no suspender la lactancia, mantener la temperatura corporal por medios físicos insistiendo en el control de la hipertermia, si hay fiebre no automedicar con antipiréticos como paracetamol, pues se corre el riesgo de generar hepatotoxicidad.

Orientar a la madre sobre la presencia de datos de alarma como son las manifestaciones de insuficiencia respiratoria, el rechazo al alimento y la persistencia de la fiebre, y el mal estado general. En el adulto orientar sobre las manifestaciones de insuficiencia respiratoria, Y evitar las complicaciones secundarias a la automedicación.⁴²

DIABETES MELLITUS TIPO 2

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una síndrome crónico caracterizada por hiperglicemia, la que resulta de un déficit en la secreción de insulina por el páncreas, y/o una insuficiente acción de esta hormona en los tejidos periféricos. Con daño a la microcirculación y a la macrocirculación.

Es en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país, primer generador de certificados de invalidez en el IMSS, es causa frecuente de hospitalizaciones, pérdida de días laborables y reduce la esperanza de vida en casi 10 años. De acuerdo con el Informe Salud México 2006, la incidencia de la Diabetes creció en los últimos 5 años de alrededor de 300,000 casos hasta casi 500,000 casos anualmente.

En la fisiopatología de la Diabetes intervienen defectos en la secreción y acción de la insulina, los cuales son detectables aún antes de la aparición de la hiperglucemia, la magnitud y el tipo de alteraciones de la secreción de la insulina varían a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Factores de riesgo:

Historia familiar de Diabetes Mellitus 2 (DBM2).

Edad 45 años o más.

Hipertensión arterial.

Dislipidemia (Triglicéridos de >250, HDL < de 35 mg.)

Síndrome de ovarios poliquísticos

Diabetes gestacional (el caso de las mujeres)

Antecedente de enfermedad vascular

Sedentarismo

Sobrepeso ú Obesidad

Tabaquismo

Glucosa de ayuno alterada (glucosa plasmática de ayuno de 100-125mg/dl)

Intolerancia a la glucosa (curva de tolerancia a la glucosa de 140-199mg/dl a las 2 hrs.

Criterios diagnósticos

El diagnóstico de la DbM 2 se establece a través de la medición de glicemias plasmáticas, de acuerdo a los siguientes criterios estrictos.

- Síntomas como Poliuria, Polidipsia, Pérdida de peso en forma inexplicable, asociado a glicemia casual \geq de 200mg/dl.
- Glucemia plasmática de ayunas $>$ ó $=$ a 126 mg/dl.
- Glucemia plasmática 2 hrs. después de una carga de 75 grs. de glucosa \geq de 200 mg/dl. Si el resultado es positivo confirmar el diagnóstico en 7 días.

En ausencia de síntomas los resultados deben confirmarse en una segunda prueba.

En relación a estos criterios existen condiciones intermedias que se deben considerar en forma significativa por la asociación que tienen con la posibilidad de desarrollar diabetes ó patología cardiovascular esas condiciones se refieren a la glucosa de ayuno alterada y a la intolerancia a la glucosa, ya que se ha demostrado que estos pacientes tienen 5 veces más riesgo de desarrollar diabetes en los siguientes 5 años.

La detección de prediabetes y DbM 2 en adultos asintomáticos se debe realizar en:

1.- Adultos con sobrepeso IMC > de 25 kg/mt. Con uno de los factores:

- Inactividad física
- Historia de DbM 2 en familiar de primer grado
- Grupo étnico de alto riesgo: latinos, afroamericanos asiáticos ó de las Islas del Pacífico.
- Mujeres con hijos de > 4 kg al nacer ó antecedente de Diabetes mellitus gestacional.
- Hipertensión arterial sistémica > 140/90 ó en tratamiento con antihipertensivos.
- HDL colesterol < 35 mg/dl y/o triglicéridos > 250 mg/dl
- Mujeres con síndrome de ovarios poliquísticos
- Glucosas anormales de ayuno ó intolerancia a la glucosa
- Otras alteraciones asociadas con resistencia a la insulina: obesidad importante, acantosis nigricans.
- Historia de enfermedad cardiovascular

2.- En ausencia de los criterios anteriores se deben realizar los estudios de escrutinio de DbM 2 en todos los pacientes mayores de 45 años.

3.- Si los resultados son normales, los estudios deben repetirse cada 3 años, ó más frecuente, dependiendo del resultado inicial y del riesgo.

Esquemas de tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2

La toma de decisiones terapéuticas en los pacientes con DbM 2 debe ir precedida de las siguientes recomendaciones:

- Modificaciones en el estilo de vida: educación al paciente y a su familia sobre la dieta y ejercicio (se recomienda actividad física de intensidad moderada como la caminata, durante un mínimo de 150 minutos por semana), enseñar al paciente y a sus familiares los fundamentos de la diabetes con las estrategias del autocuidado. Evitar la obesidad .reducción de peso de 5 a 10%.
- Al momento del diagnóstico, iniciar Metformina.
- En el seguimiento de los pacientes con diagnóstico de DbM 2 debemos lograr la meta en las concentraciones de glucosa:
Meta en HbA1c < de 7%
Glucosa de ayuno <110mg/dl
Glucosa preprandial <110mg/dl
Glucosa 2 hrs. posprandial <140mg/dl
- Si no se logra la meta de control en las glucosas de ayuno y posprandiales y/o HbA1c, valorar la combinación de un segundo medicamento considerando costos, riesgos, beneficios, y presencia de complicaciones en cada paciente.
- Si la HbA1c es mayor de 8.5%, está indicado el inicio temprano de la insulina, especialmente en pacientes sintomáticos, con pérdida de peso y/o valores de glucemia entre 250 a 300 mg/dl.
- El esquema de insulina inicial puede ser al acostarse, en una dosis basal, a razón de 0.5U/kg de peso.

Metformina

Medicamento que pertenece al grupo de las biguanidas.

Su efecto más importante es que mejora la resistencia hepática a la insulina, reduce la gluconeogénesis hepática y la producción hepática de glucosa, con un efecto menor sobre la sensibilidad de la insulina en los tejidos periféricos. Muchos pacientes que usan metformina reducen el peso corporal por reducción de la masa adiposa y no por pérdida calórica.

El mejor efecto clínico de la metformina es la reducción de la glucosa de ayuno, hay reducción de la HbA1c de aprox.1.5%

No se asocia con riesgo significativo de la hipoglucemia tiene un efecto adicional leve en la reducción de la concentración de los triglicéridos.

Los efectos secundarios son principalmente gastrointestinales, especialmente al iniciar el tratamiento estos efectos se reducen al iniciar con una dosis baja.

La dosis máxima es de 2 550 mg/día.

La acidosis láctica es una rara pero potencial complicación de la metformina.

La contraindicación absoluta es la Insuficiencia renal con una creatinina en suero de >1.5mg/dl, también esta contraindicada en la Insuficiencia cardiaca congestiva, Insuficiencia respiratoria, Enfermedad hepática y Alcoholismo

En el último consenso de la ADA se recomienda iniciar metformina en todo paciente con DbM2 de reciente diagnóstico.

Sulfonilureas

Son un grupo de medicamentos que actúan en la célula beta e incrementan la liberación de insulina. Son secretagogos de la insulina, se unen al receptor de las sulfonilureas (SURI), en la superficie de la célula beta, inhiben el influjo del potasio, despolarizan la célula beta y finalmente aumentan la secreción de insulina los agentes de primera generación como la tolbutamida, han sido desplazados por los de segunda y tercera generación como la glibenclamida, glipizida, y glimepirida, que son más potentes, tienen un mejor perfil de seguridad, menos efectos secundarios y menos interacciones medicamentosas.

Están contraindicados en los pacientes con DbM 1, en Diabetes secundaria a pancreatitis, y en la diabetes de larga evolución donde la reserva pancreática se ha agotado

La hipoglucemia y el aumento de peso (hasta 2 kg) son los efectos colaterales indeseables de estos medicamentos, estos efectos representan un mayor riesgo en los ancianos. La hipoglucemia puede ser recurrente especialmente si hay alteraciones en la función renal.

Las dosis bajas son muy eficaces especialmente cuando se asocian con sensibilizantes a la insulina.

Glinidas

Son un grupo de medicamentos secretagogos de la insulina, diferente de las sulfonilureas, con un lugar de unión a SURI distinto.

La netaglinida y la repaglinida ejercen su efecto de manera similar a las sulfonilureas

Se unen al receptor de éstas, produciendo la despolarización de la célula beta. A consecuencia de su absorción más rápida ejercen su efecto más rápido y corto en la secreción de la insulina, por lo que se recomienda su ingestión con cada comida para un mejor control de la glucosa posprandial, su vida media es

más corta que la de las sulfonilureas, tienen menor efectividad en el descenso de la glucosa especialmente en ayunas por lo que presentan un riesgo menor para producir hipoglucemias, lo que les confiere seguridad para usarlo en los ancianos

Debido a que su estructura es diferente a la de las sulfonilureas, no están contraindicados en pacientes que tienen alergia a las sulfas. Se metabolizan en el hígado, se eliminan por la bilis y pueden usarse en Insuficiencia renal. Sin embargo su uso se ha visto limitado por su costo.

Tiazolidinedionas (TZD)

El grupo de las TZD o glitazonas son medicamentos que mejoran la sensibilidad a la insulina.

La TZD disponibles actualmente son la rosiglitazona y la pioglitazona, estos medicamentos se unen a los factores de transcripción nuclear conocidos como receptores celulares del proliferador activado de los peroxisomas (PPARs), el complejo PPARs-medicamento junto con uno ó más coactivadores regulan los elementos de respuesta de la región promotora de más de 100 genes modificando su transcripción.

Pueden actuar estimulando la producción de proteínas que incrementan la sensibilidad de la insulina, como la adiponectina. Así mismo pueden bloquear la transcripción de otras proteínas responsables de la resistencia a la insulina y de diversas proteínas inflamatorias. Existen diversos, receptores PPARs: PPARa, PPARb, PPARg. Los PPAR alfa son los principales receptores donde actúa el ácido fibrico los cuales reducen las concentraciones de triglicéridos.

El efecto clínico de la pioglitazona y la rosiglitazona es la reducción lenta a lo largo de semanas o meses de las concentraciones de la glucosa de ayuno, en paralelo con una mejora en la sensibilidad a la insulina. La reducción de la HbA1c con estos medicamentos es en promedio 0.5 a 1.4%.

Las TZD están contraindicadas en pacientes con insuficiencia hepática. Estos medicamentos pueden incrementar la pérdida de masa ósea y aumentar el riesgo de fracturas, especialmente en huesos largos y en mujeres postmenopáusicas.

La pioglitazona puede mejorar el perfil de lípidos, por su efecto parcial adicional en los receptores PPARa. La rosiglitazona actúa predominantemente en los receptores PPARg sin mejorar el perfil de lípidos.

Ambos medicamentos producen incremento en el peso corporal y redistribuyen el tejido adiposo visceral a otros depósitos subcutáneos. Producen edema periférico y pueden aumentar el riesgo de insuficiencia cardiaca congestiva, el riesgo aumenta si se combinan con insulina. Sin embargo el uso de diuréticos como la hidroclorotiazida podría mejorar el edema.

Inhibidores de la a-glucosidasa

Los inhibidores de la a-glucosidasa actúan inhibiendo el paso final de la digestión de los hidratos de carbono en el borde en cepillo del epitelio intestinal, inhiben la enzima intestinal que metaboliza los polisacáridos en monosacáridos. Debido a que los polisacáridos son poco absorbidos, estos medicamentos reducen la absorción de carbohidratos de los alimentos, lo cual mejora la hiperglucemia posprandial en pacientes con reserva limitada de células beta.

La reducción en la HbA1c es moderada entre, 0.5 a 0.8%.

El principal efecto colateral de estos medicamentos es la flatulencia y otros síntomas intestinales.

Existe mejoría en el riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con intolerancia a los carbohidratos.

Los efectos secundarios y su elevado precio limitan su uso.

Incretinas

Son hormonas intestinales que regulan la absorción de glucosa mediante la estimulación de la secreción de insulina por su efecto en las células beta del páncreas.

Se han identificado dos incretinas que participan en el control de la glucosa: el péptido insulínico dependiente de insulina GIP y el péptido relacionado con el glucagón GLP-1. El GIP se sintetiza en las células k del duodeno y yeyuno, mientras que el GLP-1 se sintetiza en las células L en la porción distal del ileón y el colon.

Las concentraciones de GIP y GLP-1 se encuentran bajas durante el ayuno y se incrementan rápidamente después de la ingesta de nutrientes principalmente glucosa y grasas, sus concentraciones disminuyen rápidamente debido a la inactivación enzimática de la dipeptidil-dipeptidasa DPP-4 aproximadamente dos minutos para GLP-1 y hasta cinco minutos para GIP.

Entre las acciones de GLP-1 en la célula beta incrementa la expresión y traducción del gen de la proinsulina, incrementa la secreción de insulina dependiente de la concentración de glucosa, en la célula alfa suprime la síntesis de glucagón cuando los niveles de glucosa están elevados. Promueve la neogénesis de las células beta e inhibe la apoptosis de la célula beta.

En el estómago retarda el vaciamiento gástrico. A nivel del cerebro aumenta la saciedad, disminuye el apetito, y la ingesta de alimentos.

En los pacientes con diabetes solo GLP-1 conserva la capacidad de inducir efectos insulínicos, mientras que el GIP se encuentra inactivo.

Por este motivo, los esfuerzos terapéuticos han sido encaminados a desarrollar agonistas o potenciadores de las incretinas.

Inhibidores de la DPP-4 potenciadores de las incretinas

Los inhibidores de la enzima dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4) son un nuevo grupo de medicamentos orales para el tratamiento de la DbM.

Actúan inhibiendo la degradación enzimática del GLP-1. Incrementan la concentración y la vida media del GLP-1 endógeno y prolongan su efecto biológico.

Su efecto en la reducción de la hiperglucemia posprandial se debe al incremento en la secreción de insulina en respuesta a las concentraciones de glucosa y a la inhibición de la secreción de glucagón.

En la actualidad se dispone de dos inhibidores de la DPP-4: la sitagliptina y la vildagliptina, ambos medicamentos pueden usarse como monoterapia para el tratamiento de la DbM2 o en combinación con sensibilizadores de la insulina, metformina o tiazolidinedionas y sulfonilureas.

La vildagliptina se recomienda en 100 mg por día dividida en dos dosis, se recomienda con o sin la comida.

Una ventaja de los inhibidores de la DPP-4 es su efecto neutro en el peso corporal. Reduce la HbA1c en 1%.

Insulinas

La insulina constituye uno de los más antiguos, versátiles y efectivos tratamientos para el control de la glucosa en pacientes con diabetes en todo el mundo. La insulina se encuentra disponible comercialmente para el tratamiento de la diabetes desde 1920.

La insulina puede ser usada para el control de cualquier grado de hiperglucemia en DbM1 y en DbM2. Las inyecciones subcutáneas de insulina en pacientes con DbM2 están dirigidas a complementar la producción endógena de insulina, en situación basal modula la producción hepática de glucosa y en la fase posprandial la insulina aumenta la captación de glucosa en el músculo y en el tejido adiposo.

Las formulaciones disponibles difieren en su farmacocinética.

Insulinas de acción rápida

Insulina regular (R)

Es la primera insulina de acción rápida disponible, inicia su acción 30 o 60 minutos después de su aplicación con un efecto máximo entre 2 a 4 horas y una duración de su acción de 6 a 10 horas. Se recomienda aplicarse la inyección 30 minutos antes de los alimentos.

Una desventaja de la insulina R es que debido a su perfil farmacocinético no se sobrepone con el pico de la absorción de los carbohidratos como con los análogos de la insulina, esta desproporción puede producir hiperglucemia posprandial e hipoglucemia tardía.

La insulina R tiene una estructura bioidéntica a la insulina endógena, su inmunogenicidad es muy baja.

Su costo es una de las grandes ventajas, cuesta una cuarta parte de los análogos de la insulina.

Análogos de la insulina rápida

Ultrarrápidas: lispro, aspart y glulisina

Estas insulinas contienen modificaciones en su estructura molecular produciendo una disociación rápida de los hexámeros en dímeros y monodímeros inmediatamente después de su aplicación, incrementando su absorción.

La insulina lispro y aspart inician su efecto de 5 a 15 minutos después de su aplicación, con un máximo de actividad de los 30 a 90 minutos y una duración de actividad de alrededor de 4 a 6 horas.

La insulina glulisina es otro análogo de la insulina y su acción inicia más rápido que la insulina lispro, y puede administrarse antes, durante ó inmediatamente después del alimento.

Con los análogos de la insulina rápida, se logra un mejor control de la glucosa posprandial con menor riesgo de hipoglucemias que con la insulina regular. Se logra una menor variabilidad de las concentraciones de insulina entre una inyección y otra.

Su mayor desventaja es el precio ya que es cuatro veces mayor que la insulina regular humana.

Insulina de acción intermedia y de acción prolongada

Solución protamina

La adición de protamina neutra a la insulina regular (neutral protamine Hagedorm) NPH, le proporciona una vida media más prolongada. La acción de la NPH inicia 2 a 4 hrs. después de su aplicación, un máximo entre 4 a 10 hrs. y una duración de acción de 12 a 16 hrs. Debido a su pico máximo de acción la insulina NPH puede ser usada en dos ó tres dosis diarias, como una insulina basal, ó usada en la mañana en combinación con un bolo de insulina regular para cubrir las necesidades del desayuno.

Los análogos de la insulina rápida aspart y lispro pueden ser adicionados con protamina y se prolonga su efecto de una manera similar a la insulina NPH.

El costo de la insulina NPH es bajo y muy accesible. Un defecto importante es la variación que se observa en la absorción, lo cual causa variaciones en la duración del pico de acción máxima entre una inyección y otra.

Análogos de acción prolongada.

Insulina glargina e insulina detemir

Las insulinas de acción prolongada intentan imitar la secreción de insulina basal del cuerpo.

La insulina glargina y la detemir son insulinas obtenidas por técnicas de DNA recombinante y presentan modificaciones en su estructura molecular para retrasar su absorción. La insulina glargina es soluble en pH ácido, cuando se administra por vía subcutánea se precipita y la insulina se libera lentamente prolongando su vida media a 24 hrs. sin producir picos de concentración plasmática, reduciendo así la frecuencia de hipoglucemias nocturnas comparado con la insulina NPH.

La insulina glargina se administra en una dosis al día, esto mejora la adherencia al tratamiento.

Es dos a tres veces más costosa que la NPH.

La insulina detemir ha sido aprobada recientemente en nuestro país. Entre sus características está la duración de su acción que es de 14 a 21 Su costo es la principal limitante.

No ha demostrado ninguna ventaja en cuanto a eficacia en la HbA1c en la DbM 2 comparada con la NPH:

Insulinas bifásicas

Son formas comerciales de insulinas premezcladas. En la actualidad son análogos de insulina de acción rápida con análogos de insulina de acción intermedia. Se dispone de premezclas prefijadas de diferentes proporciones 70/30,75/25 y 50/50.

Las premezclas comerciales de insulina proporcionan un perfil de seguridad que corresponde a la suma de sus componentes. Permiten un mejor control de la hiperglucemia posprandial. Sin embargo las mezclas establecidas no siempre son aplicables a todos los pacientes.

El tratamiento de la DbM 2, esta dirigido a reducir los niveles de glucemia a valores próximos a la normalidad. Además de reducir el riesgo de las descompensaciones agudas y mejorar los síntomas asociados al descontrol, se minimiza el riesgo de desarrollar complicaciones macrovasculares y microvasculares, así como la mortalidad.

La DbM 2 representa un factor de riesgo cardiovascular por sí misma, asociada con mayor prevalencia de otros factores de riesgo como la hipertensión y las dislipidemias y por cada factor de riesgo presente el riesgo de muerte cardiovascular es tres veces superior en los diabéticos que en los que no lo son.

El control meticuloso de la DbM 2 puede prevenir ó retrasar las complicaciones microvasculares y reducir la enfermedad cardiovascular en la DbM 2.

El control estricto de la tensión arterial y del colesterol disminuye la aparición de complicaciones y retarda la evolución cuando ya están presentes.

De acuerdo a la ADA se recomienda el control de los factores de riesgo de la siguiente manera:

HbA1c	<7
Colesterol total	<200
LDL	<100
HDL	>50
Triglicéridos	<150
Tensión arterial	<130/80
Consumo de tabaco	Negativo

Otras recomendaciones:

Inmunizaciones:

- Los pacientes con DbM 2 deben recibir la vacuna contra la influenza en forma anual.
- Todos los pacientes adultos con diabetes deben recibir la vacuna de neumonía, la revacunación cada cinco años se recomienda a individuos mayores de 65 años.

Antiagregantes Plaquetarios

Se recomienda el uso de ácido acetil salicílico a dosis de 75 a 162 mg/día como prevención en los pacientes con diabetes y antecedente de enfermedad cerebrovascular.

Está también indicado en los mayores de 40 años con los siguientes factores de riesgo:

Antecedente familiar de enfermedad cardiovascular.

HAS

Tabaquismo

Dislipidemia

Albuminuria

No se recomienda en menores de 30 años.

Otras medidas:

- Detección y tratamiento de la enfermedad arterial coronaria.
- Detección y tratamiento de la neuropatía diabética.
- Detección y tratamiento de la retinopatía diabética.
- Detección y tratamiento de la nefropatía diabética.⁴³

INFECCIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS

El término infección de las vías urinarias consiste en un grupo diverso de condiciones clínicas en las cuales ocurre crecimiento bacteriano en el tracto urinario, incluyendo el parénquima renal.

Se considera bacteriuria a la presencia de crecimiento bacteriano, en la muestra de orina obtenida de más de 100,000 unidades formadoras de colonias por mililitro. Se ha considerado que este nivel de corte permite la diferenciación entre contaminación de la orina y bacteriuria por infección.

Cuando la infección urinaria se acompaña de sintomatología clínica evidente, sobre todo fiebre y compromiso del estado general, se puede sospechar la presencia de pielonefritis aguda.

Cuando la infección se localiza a la vejiga urinaria se califica como cistitis aguda y los síntomas se relacionan con la micción como disuria y polaquiuria.

Hacer esta clasificación es importante porque la infección del parénquima renal conlleva el riesgo de cicatrización renal y requiere de evaluación completa, tratamiento cuidadoso y un control más estricto, que la infección localizada en la vejiga urinaria.

El término bacteriuria asintomática se refiere a la infección urinaria sin manifestaciones clínicas detectada durante un examen de rutina o como parte de una investigación en determinada población.

La prevalencia puede estar influida por la edad, el sexo de los pacientes y el método diagnóstico

La IVU es una de las infecciones frecuentes en lactantes y niños pequeños con enfermedad febril, con frecuencias que varían de 4.1 a 7.5%.

Las bacterias más frecuentemente involucradas son las de la familia enterobacteriaceae.

Bacilos aerobios gram negativos destacando la *Escherichia coli*, otras bacterias como la *Klebsiella*, *Proteus*, entre los organismos gram positivos se encuentran *Stafilococo saprophyticus*, y *Streptococcus*.

Los factores de riesgo para desarrollar una infección de las vías urinarias son: edad, sexo femenino, alteraciones anatómicas, instrumentación de las vías urinarias, así como los pacientes inmunocomprometidos particularmente los pacientes con trasplante renal.

Se ha considerado que la mayoría de las infecciones de las vías urinarias se producen en forma ascendente debido al ingreso de las bacterias por la uretra.

El diagnóstico de una infección de las vías urinarias requiere la realización de un urocultivo.

El tratamiento antibiótico por un período de 7 a 10 días elimina por lo general la infección de las vías urinarias independientemente de su localización. Los medicamentos más utilizados por vía oral incluyen Amoxicilina, Trimetropim-Sulfametoxazol, Nitrofurantoína o una Cefalosporina, se recomienda también el uso de Amoxicilina en combinación con Clavulanato.

Otras Intervenciones

Mejoría o corrección del estreñimiento

Favorecer el vaciamiento completo de la vejiga.

La profilaxis con dosis bajas de antimicrobianos a largo plazo se indica habitualmente en pacientes de alto riesgo de desarrollar cicatrización renal, en

los niños con reflujo vesicouretral y en aquellos que presentan infecciones urinarias recurrentes.⁴⁴

Gastritis

La gastritis es un padecimiento relacionado con la secreción ácida del estómago, la cual puede ser normal, disminuida ó aumentada, así como con otros fenómenos de la motilidad gástrica como atonía gástrica, etc.

Es una de las patologías más frecuentes del tubo digestivo se puede presentar a cualquier edad, siendo más común entre los 20 y 40 años de edad, siendo la prevalencia en la mujer en una proporción de 2 a 3.

Su etiología se debe a diversos mecanismos entre ellos las alteraciones de la motilidad gástrica, la estasis ó atonía gástrica, secreción disminuida ó aumentada de la secreción de ácido gástrico.

Sus factores de riesgo son: mayores de 30 años, stress permanente, malos hábitos alimenticios con ingesta exagerada de picantes, condimentos, alcohol, bebidas gaseosas,

Períodos prolongados de ayuno, ingesta crónica de medicamentos como los analgésicos antiinflamatorios, entre otros.

Clasificación y fisiopatología:

Gastritis aguda: se debe a la ingestión de alcohol, aspirina, u otros medicamentos, a la presencia de ciertas toxinas bacterianas (Helicobacter Pylori).

Gastritis crónica: constituye por lo general un signo de otra enfermedad subyacente, como la úlcera péptica, el cáncer de estómago, síndrome de Zollinger –Ellison o la anemia perniciosa.

Otra clasificación de acuerdo a sus características fisiopatológicas incluye:

Gastritis atrófica: inflamación del estómago asociada a degeneración de la mucosa gástrica, se observa en pacientes ancianos y en personas con anemia perniciosa, puede producir dolor epigástrico. Aunque el estómago produce una cantidad de ácido gástrico inferior a lo normal, los antiácidos alivian las molestias de estos pacientes.

Gastritis corrosiva: trastorno inflamatorio agudo del estómago causado por ingestión de un ácido ó un álcali u otra sustancia corrosiva que destruye el epitelio gástrico, la intensidad de la destrucción y el tratamiento dependen de la naturaleza del agente corrosivo y de la duración de la exposición.

Gastritis Hemorrágica: generalmente es producida por un agente tóxico como el alcohol, la aspirina u otros fármacos.

Gastritis Hipertrófica: se caracteriza por dolor epigástrico, náuseas, vómitos, distensión. Se distingue de las otras formas de gastritis por la presencia de pliegues gástricos prominentes, glándulas hipertróficas y nódulos en las paredes del estómago. Suele asociarse con úlcera péptica, síndrome de Zollinger-Ellison, ó hipersecreción gástrica.

Sintomatología

La sintomatología comúnmente se refiere a la pirosis en el epigastrio, al despertar se tiene la sensación de vacío ó dolor insoportable en epigastrio ó ambos síntomas que son exacerbados por alimentos grasos, picantes, condimentados, alcohol, ó incluso tabaquismo.

Las manifestaciones pueden ser tan vagas desde un estado nauseoso, hasta un dolor insoportable que conduzca al servicio de urgencias.

Diagnóstico

Se debe insistir en un exhaustivo interrogatorio, y este puede determinar el diagnóstico.

Sin embargo ante la persistencia de los síntomas debemos realizar una exploración instrumentada a través de :

- Endoscopia simple
- Endoscopia con biopsia (búsqueda de *Helicobacter p*, ó neoplasia)
- Serie esofagogastroduodenal
- Radiografía simple de abdomen (Dx diferencial de abdomen agudo)

Diagnóstico Diferencial

Úlcera gástrica y duodenal en el caso de la úlcera gástrica el dolor es urente, acompañado de flatulencia, y náuseas, especialmente cuando el estómago se encuentra vacío ó después de ingerir ciertos alimentos, de forma característica los alcalinos y la leche alivian con rapidez el dolor.

En el caso de las úlceras pépticas el dolor es epigástrico y no se irradia a la espalda, no se agrava con los cambios de posición y tiene un ciclo que corresponde al ritmo diurno de la acidez gástrica. Después de un adecuado interrogatorio es posible hacer un diagnóstico adecuado pero en los mayores de 45 años es imprescindible la realización de una endoscopia para descartar la malignización.

Duodenitis: es un padecimiento en el que el dolor es la principal manifestación y el tratamiento es similar al de las patologías descritas anteriormente.

Diagnóstico diferencial con: Colecistitis, Pancreatitis crónica, y con Colon Irritable.

Tratamiento no farmacológico

Suspensión de los medicamentos que lesionan la mucosa gástrica, como los AINE,s, entre otros.

Dieta libre de irritantes

Evitar los períodos prolongados de ayuno

Evitar el estrés.

Tratamiento Farmacológico

Antiácidos: existen muchos tipos que se utilizan como fármacos únicos o coadyuvantes del tratamiento, debe tomarse en consideración que el mejor efecto y duración del antiácido se consigue cuando se utiliza de 30 a 90 minutos después de cada comida, la administración simultánea con los bloqueadores H₂ inhiben su absorción. Entre estos son:

- Gel de hidróxido de aluminio y magnesio 10 ml. 30 a 90 min después de cada comida.
- Salicilato de bismuto 30 ml. cada 2hrs Hasta 8 dosis/ 24hrs

Procinéticos: medicamentos que mejoran la movilidad esofágica, y aceleran el vaciamiento gástrico, los más utilizados se administran antes de los alimentos.

- Metoclopramida 10 mg 2 a 3 veces al día.

- Cinitaprida 10 mg 2 a 3 veces por día.

Bloqueadores H2:

- Ranitidina 150mg 1 a 2 veces al día por 3-4 semanas.

Inhibidores de la bomba de protones

- Se utilizan cuando no hay respuesta a los antagonistas H2,
- Se ha demostrado su notable eficacia en los pacientes con gastritis medicamentosa.
- El más utilizado es el Omeprazol a una dosis de 20-40 mg por día 8 semanas.⁴⁵

DIARREAS Y GASTROENTERITIS INFECCIOSAS

Síndrome de vómitos y diarrea causado por microorganismos patógenos que puede llevar a una deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico.

Se calcula que en el mundo se producen alrededor de 1.000 millones de episodios de gastroenteritis aguda, la mayoría en los países en desarrollo y en niños <5 años. De estos episodios, se calcula que 5 millones provocan la muerte por deshidratación. La mayoría de las muertes pueden evitarse mediante la rápida administración de líquidos. En muchos países los lactantes <2 años presentan de 6 a 10 episodios anuales, si no son tratados, aparecerán graves consecuencias nutricionales.

Etiología

Puede ser provocada por una amplia variedad de microorganismos entre ellos los **virus** (rotavirus, adenovirus entéricos, coronavirus, etc.), **Bacterias enterotoxigénicas** (vibrio cholerae, escherichia coli, clostridium perfringens, bacillus cereus, estafilococo dorado, clostridium difficile), **bacterias invasivas** (shigella, salmonella, e. coli, yersinia enterocolítica, campylobacter jejuni), **parásitos** (giardia lamblia, entamoeba histolytica, Cryptosporidium).

Síntomas, signos y diagnóstico

La epidemiología y la duración, el carácter y la frecuencia de los vómitos, y de la diarrea en relación con la edad del paciente, puede indicar la etiología y la gravedad de la enfermedad. Habitualmente es más frecuente cuando otro miembro de la familia ha presentado el cuadro de gastroenteritis ó una enfermedad respiratoria. Los lactantes <6 meses pueden desarrollar una deshidratación y un desequilibrio hidroelectrolítico incluso a las 24 hrs. del comienzo de la enfermedad. Sin embargo puede producirse deshidratación grave y acidosis metabólica en el curso de las 24 hrs. posteriores al comienzo de la enfermedad a cualquier edad si los vómitos son intratables, la diarrea es explosiva, ó la ingesta de líquidos se ha reducido de forma drástica. La exploración física debe excluir cualquier causa extraintestinal y determinar el estado de hidratación.

La letargia, anorexia, fiebre, anorexia, oliguria, y pérdida comprobada de peso, son signos de deshidratación.

Tratamiento

La piedra angular del tratamiento de la diarrea, independientemente de su causa, es la administración adecuada de líquidos, y electrolitos.

Tanto durante la fase de la rehidratación como durante la de mantenimiento puede utilizarse una solución con una composición similar a la de la solución de rehidratación oral recomendada por la OMS. Después de la rehidratación, la ingesta de esta solución debe ser suplementada mediante el ofrecimiento de agua ó un líquido pobre en sodio.

Los lactantes alimentados al seno materno deben seguir con ella. Los lactantes que no son alimentados con leche materna deben recibir alguna fórmula sin lactosa (150ml /kg / día). Los niños mayores y adultos pueden tomar a voluntad los líquidos normalmente consumidos.

Los antibióticos deben reservarse para las indicaciones específicas:
Vibrio cholerae dar Trimetoprim/ Sulfametoxazol dosis 7.5-20 mg/kg/día por 5 días.
Clostridium difficile dar vancomicina: dosis 40 mg/kg/día por 7 días.
Shigella dar trimetoprim/ sulfametoxazol: dosis 7.5-20 mg/kg/día por 5 días.
Giardia lamblia: metronidazol 15-30 mg/kg/día durante 10 días.
Entamoeba histolytica: metronidazol 50 mg/kg/día por 10 días.
Campylobacter jejuni: eritromicina 40 mg/kg/día durante 7 días.

Tratamiento no médico:

Insistir en las medidas higiénico-dietéticas.
Consumir agua hervida.
Evitar comer en lugares no recomendables.
Mantener estado nutricional del paciente.
Mantener estado de hidratación.
Lavar las manos antes de tocar a los niños y lactantes.
Orientar a las madres sobre las complicaciones a corto plazo de estas patologías.⁴⁵

CONCLUSIONES

Se puede concluir que con la utilización del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar se cumplieron los objetivos de la investigación ya que se conocieron las características familiares, los factores de riesgo y las causas de consulta más frecuentes de las familias usuarias del consultorio 8 de la Clínica Hospital ISSSTE, Guanajuato.

Conociendo el resultado del presente estudio dedicado al estudio de la familia se concluye que la población femenina esta por encima de la masculina, que el grupo de edad que predomina es el de los 25 a los 49 años y de los 5 a los 14 años, con un repunte en las mayores de 65 años.

Se identificaron las características sociodemográficas de las familias, la mayoría de ellas son familias nucleares, en etapa de retiro - muerte, y dispersión, casadas, con 2 hijos por familia con nivel de escolaridad medio-alto, son familias integradas la mayoría, y que principalmente obtienen sus medios de subsistencia por el otorgamiento de servicios.

Se identificaron los factores de riesgo con más presencia y en orden de frecuencia son: Hipertensión Arterial, Obesidad, Diabetes Mellitus, Alcoholismo, Tabaquismo, Enfermedad Cerebrovascular, Cardiopatía, Cáncer, Discapacidad, Insuficiencia renal. Todas ellas campo fértil de acción de la prevención.

Se identificaron las principales causas de consulta de primera vez y subsecuentes, siendo las Infecciones de las vías respiratorias superiores las que ocupan el primer lugar de las causas de primera vez y la Diabetes Mellitus la primera causa de consulta subsecuente.

Lo que es México hoy en materia poblacional es el resultado de lo que quieren, proyectan, deciden y hacen todos los que habitamos este país, lo que hoy padecemos y disfrutamos es la consecuencia de estos actos y estas decisiones de quienes vivieron antes, y de nosotros que estamos hoy, es así que se logró regular el crecimiento demográfico a través de los programas de planificación familiar, llegando a el reemplazo intergeneracional de 2 hijos por mujer, Sin embargo en relación a los resultados arrojados en este estudio nuestras actividades médico preventivas estarán orientadas a la promoción de la salud reproductiva con enfoque a evitar el embarazo en las adolescentes, promoviendo además la inmunización contra el Virus Papiloma y educando sobre las actividades sexuales de alto riesgo, el riesgo de las adicciones y el suicidio, En los menores de 19 años debemos detectar y asesorar sobre las grasas de la dieta, análisis de colesterol, debe instar a la actividad física regular a mantener la salud bucal y prevenir las lesiones.

En el grupo de los 25 a los 49 años debemos de recomendar la autoexploración mamaria, la detección de cáncer de testículos y de piel, fomentar le toma de frotis cervicouterino, así como detectar los factores de riesgo coronario, entre otros, y asesorar en aspectos como la dieta, limitando el consumo de grasas y colesterol, promover el ejercicio, asesorar sobre el consumo de sustancias tóxicas y la prevención de lesiones. Iniciar

rutinariamente la atención médica en las mujeres antes del embarazo, y durante y después de la menopausia.

En el grupo de los 65 y más es muy importante mantenerlo físicamente activo para disminuir la incidencia de cardiopatías, hipertensión, diabetes, depresión, cáncer de colón. Aumentar la mineralización del hueso, conservar el peso adecuado, el equilibrio, la coordinación y la fuerza para evitar caídas, asesorar sobre el uso de fármacos y la importancia de redes de apoyo social.

Identificar oportunamente las manifestaciones de la demencia.

En los mayores de 85 años el objetivo principal debe ser la conservación de las funciones físicas, mentales y emocionales.

Monitorear y disminuir el impacto de los procesos crónicos sobre la calidad de vida de los pacientes.

Todas estas acciones no serán viables si no hay una continuidad en la atención del individuo y su familia, y el médico familiar no solo es el encargado de otorgar el primer nivel de atención médica, sino que es el coordinador de un equipo multidisciplinario para la atención de la familia.

Actuando de esta manera estaremos realmente aplicando los principios de la medicina familiar actuando anticipadamente, incidiendo sobre los factores de riesgo y dando continuidad a la atención lo que redundará en la salud del individuo, su familia y la comunidad.

Es necesario promover los programas de educación médica continua, pues el compromiso en la atención del individuo y su familia y la familia en el contexto de la comunidad, exige de una preparación sólida y congruente con las necesidades del individuo y la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chávez Aguilar V. El proceso de salud – enfermedad, sus determinantes y condicionantes. Medicina Familiar. Editorial Corinter 2008.p 21-2.
2. 1ª. Reunión del Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. 5º Coloquio Nacional y 3º Internacional de Profesores Investigadores en Medicina Familiar del 5 al 17 de Junio de 2005. Elementos esenciales de la Medicina Familiar y Conceptos Básicos para el estudio de las familias. Archivos de Medicina Familiar. Vol.7 Supl.1 2005.p.p.13-19
3. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Plan Único de Especialidades Médicas. UNAM.2002.p.1-15
4. Gallo –Vallejo, Altisent T R, Diez E J Fernández S.C. y col. Perfil Profesional del Médico de Familia .Atención Primaria.1999:23(4) pp 124-144.
5. Domínguez del Olmo Javier. La Medicina Familiar en México y el Mundo. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana 3ª. Edición 2006.p.125-133.
6. Mc Whinney I. Medicina de Familia. Barcelona, Doyma libros 1995.
7. Gómez Clavelina F.J., Irigoyen Coria A. La Medicina Familiar y la Investigación. Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana.5ª. Edición 1998.p.144-149.
8. Morales López H. Irigoyen Coria A. La Medicina Familiar. Concepto y Filosofía. Nuevos Fundamentos en Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana 3ª. Edición 2006.p. 145-148.
9. Membrillo Luna A. Rodríguez López J.L. Definiciones y conceptos de familia. Familia Introducción al estudio de sus elementos. Editorial ETM.2008.p.48-9.
10. Membrillo Luna A. Clasificación ó Tipología de la Familia. Familia Introducción al estudio de sus elementos. Editorial ETM.2008.p.53
11. Carrasco BE. Familia: una organización para el desarrollo. Disponible en [URL:http://escuela.med.puc.cl/páginas/publicaciones/manual ped./familia. html](http://escuela.med.puc.cl/páginas/publicaciones/manual_ped/familia.html).
12. Membrillo Luna Apolinar. Composición Familiar. Familia Introducción al estudio de sus elementos. Editorial ETM.2008.p.71
13. Huerta Morales J.L. La Familia como unidad de estudio. Medicina Familiar. Editorial Alfil 2005.p.9-26
14. Irigoyen Coria A. Gómez Clavelina F. y col. Ciclo Vital de la Familia .Fundamentos de Medicina Familiar 5ª. Edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana 1998.p.25-30

15. Rodríguez López. Membrillo Luna A. Funciones de la familia. Familia. Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V. 2008.p.78-85
16. Flores Martínez A. Diagnóstico Estructural y Funcional. Medicina Familiar. Editorial Corinter.1ª. Edición 2008.p.218-20
17. Zurro A. M. Atención Primaria a la Salud. Atención Primaria Conceptos, Organización y Práctica Clínica. Editorial Elsevier.5ª. Edición 2003.España. p. 5-8
18. Morales Huerta . La Familia en el proceso salud-enfermedad. Medicina Familiar. Editorial Alfil. 1ª. Edición 2005.p. 1-7
19. Turabian J.C. Cuaderno de Medicina Familiar y Comunitaria Editorial Díaz de Santos S. A. España 1995.p.1-34
20. Gómez Gascón T. Ceillini J. Medicina en Familia Atención Primaria a la Salud. Atención Primaria Conceptos, Organización y Práctica Clínica. Editorial Elsevier.5ª. Edición 2003.España. p. 307-327
21. Farfán Georgina. Enfoque Comunitario de la Medicina Familiar. PAC-MF-1. Libro 2. Intersistemas 1ª. Edición 2000.p.26-7
22. Irigoyen Coria A. Morales López H. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF). Bases Conceptuales. Editorial Medicina Familiar Mexicana 2000.p.15-60
23. Reyes R. E. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar en el Microescenario.
24. Santiago I H.Lomelí GLE. Diagnóstico de Salud y Estructura Familiar a través del MOSAMEF. Archivos de Medicina Familiar 2000; 2 (1):p.11-6
25. Alvarez M.J. y col. Manual de Atención Programada. Secretaría de Salud. Dirección General de Enseñanza en Salud. Secretaría de Salud. México.1986.
26. González Otero. Farfán Salazar. Expediente Familiar Instrumento para valorar riesgos y daños a la salud. PACMF-1, Libro 2 Intersistemas 2000.p.31-59
27. Huerta González. El estudio de la salud familiar. Medicina Familiar. Editorial Alfil. 1ª edición 2005. p. 72-115
28. González Svatetz C.A. Aguado Trigueros A. Factores de Riesgo: Aspectos Generales. Atención Primaria. Editorial Elsevier . 5ª.Edición.2003.p.751-763
29. Estadísticas de Población Nacional. INEGI. México.
URL: <http://www.inegi.gob.mx/lib/olap/general> ver4/MDX
30. Proyecciones de la Población de México 2005-2050.
URL: <http://www.conapo.gob.mx/00 cifras/proy/> R:M:xls

31. Estadísticas de Mortalidad Nacional.INEGI.México. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Base de datos de defunciones. URL: <http://www.inegi.gob.mx/est./contenidos/español/proyección/continuas/vitales/bd/mortalidad-general.asp?est&c=11144>.
32. Secretaría de Salud. SUIVE. Dirección General de Epidemiología. URL: <http://www.dgepi.salud.gob.mx>.Sep. 2008
33. Morales Molina Hilda. Estadísticas de Población. Sistema de Estadística Institucional : ISSSTE 2007. México URL:<http://estadística.issste.gob.mx/población/index.htm>
34. Departamento de Vigencia de Derechos de ISSSTE. Guanajuato.
35. Estadísticas de Mortalidad Nacional y de Guanajuato.México.INEGI.México. URL: <http://www.inegi.gob.mx/lib/olap/general>
36. Morbilidad Clínica Hospital ISSSTE, Gto. SIEL, SUAVE 2007
37. Escobedo De la Peña J. Sánchez Martínez G. y col. El peso de la Enfermedad. PACMF-1.Libro 2. Editorial Intersistemas 2000.p.15-21
38. Sánchez Pérez T. Tomasis García N. y col. Diseño de la Estructura de la ejecución. Guía Metodológica para la elaboración de un protocolo de investigación en el área de salud. Editorial Prado.México 2002.p.23-29
39. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, México 1987.Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaria de Salud.Secretaria de Servicios Parlamentarios. Centro de Información y Análisis.Ley General de Salud .Últimas reformas.DOC.19-6-2007 URL:<http://www.diputados.gob.mx/leyesBiblio/ref./lgs.htm>
40. Asociación Médica Mundial. Helsinki. Declaración de Helsinki. Tokio 2004
41. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.Subdirección General Médica.Manual de Organización de la Subdirección General Médica. Diario Oficial de la Federación. Viernes 8 de Dic. de 2006.
42. Arredondo García J. L. Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores. PAC INFECTO-2. Tomo 1.p.10-25
43. Gómez Díaz A. Niels H. Aguilar Salinas y col. Dx. Clínico y por Laboratorio, Fisiopatología y Tratamiento de la DbM 2.SAM-Diabetes. Libros 1,2,3, Intersistemas. 1ª.Edición 2008.
44. Velásquez Jones Luis. Infecciones de Vías Urinarias. PAC- Pediatría. Intersistemas 1ª. Edición 2006 p.251-267

45. Sistema de Control y Regulación del Abasto (SICORA). Guías Diagnóstico-terapéuticas de las 25 patologías más frecuentes del Primer Nivel de Atención. Subdirección General Médica. ISSSTE. México. Nov. 2002
46. Sistema de Control y Regulación del Abasto (SICORA). Guías Diagnóstico-terapéuticas de las 25 patologías más frecuentes del Primer Nivel de Atención. Subdirección General Médica. ISSSTE. México. Nov. 2002

ANEXO 1

CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

Familia: _____ No. Expediente del informante: _____

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Parentesco	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Religión

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

A) Parentesco:

Nuclear () Nuclear simple () Nuclear numerosa ()
Reconstruida (binuclear) () Monoparental ()
Monoparental extendida () Extensa () Extensa compuesta ()
No parental ()

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

C) Con base en la presencia física y convivencia:

Núcleo integrado () Núcleo no integrado ()
Extensa ascendente () Extensa descendente ()
Extensa colateral ()

D) Estilos de vida originados por cambios sociales:

Persona que vive sola () Parejas homosexuales sin hijos ()
 Parejas homosexuales con hijos adoptivos () Familia grupal ()
 Familia comunal () Poligamia ()

E) Con base en sus medios de subsistencia:

Agrícola o pecuarias () Industrial () Comercial () Servicios ()

F) Etapa del ciclo vital familiar:

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

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

Factor de riesgo	Padre	Madre	Hijos	Abuelos	Tíos
Diabetes					
Hipertensión					
Cardiopatía					
Ca. Cu					
Ca. mama					
Ca. Próstata					
Otro cáncer					
Insuf. Renal					
Enf. cerebrovascular					
Asma bronquial					
VIH/SIDA					
Otras ETS					
Hepatitis B o C					
Tuberculosis pulmonar					
Desnutrición					
Obesidad					
Anorexia/bulimia					
Tabaquismo					
Alcoholismo					
Otra adicción					
Enf. Psiquiátrica					
Violencia familiar					
Discapacidad					
Riesgo ocupacional					

Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina. UNAM.



INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO
CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. GUANAJUATO, GTO.

FECHA : _____
DIA MES AÑO
CLAVE: SM-10-1

NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO		FIRMA	CLAVE	ESPECIALIDAD	HORARIO DE CONSULTA		UNIDAD	LOCALIDAD Y ENTIDAD								
NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (SUSTITUTO)		FIRMA	CLAVE	CAUSA DE LA JUSTIFICACION.												
No. De Consultas	Nombre del Paciente	Expediente	Tipo de Derivación SI NO	Vigencia		SEXO Y EDAD		SOLICITUD A		Motivo de la Consulta			1a. Vez	Subsecuente	No Otorgadas	
				derech	Foraneos	M	F	LAB	RX	INTERCONSULTA	SUBROGADO	Motivo de la Licencia				No. De Serie de Licencia Medica
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

ANEXO 2