



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 "PATRICIO TRUEBA DE REGIL"
SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE.

TITULO

Principales causas de consulta y características de las familias que solicitan consulta en el servicio de urgencias turno nocturno de la Clínica Hospital "PATRICIO TRUEBA DE REGIL" de la ciudad de San Francisco de Campeche

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LUIS MANUEL ROSADO CÁMARA



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.

San Francisco de Campeche, Campeche. Noviembre 2008

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LUIS MANUEL ROSADO CÁMARA

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

DR. JAVIER SARMIENTO FRANCO

Director de la clínica Hospital Patricio Trueba de Regil

DRA. CLAUDIA JOSSIE ESTRADA MOLINA

Jefe de enseñanza de la Clínica Hospital Patricio Trueba de
Regil

DR. ARNULFO E. IRIGOYEN CORIA

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

San Francisco de Campeche, Campeche, Marzo 2008

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LUIS MANUEL ROSADO CÁMARA

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

DR. FRANCISCO J. GOMEZ CLAVELINA
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
Coordinador de Investigación
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
Coordinador de Docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

1 Marco Teórico

1.1 Los servicios de urgencias en los sistemas de salud.

El servicio de urgencias es de los más productivos y la demanda en él es muy diversa y de complejidad variable. Sin lugar a dudas, este servicio es un vínculo muy importante con la población derechohabiente, pues atiende y resuelve una vasta gama de necesidades de salud. Se acude por problemas infecciosos de presentación inesperada o de severidad inusitada, por accidentes y lesiones así como por enfermedades crónicas las cuales se descompensan o agudizan. En ocasiones funcionan indebidamente como un complemento a los servicios de consulta externa, que por diversas razones no cubren la demanda en los horarios establecidos.¹

El objetivo del servicio de urgencias en el ISSSTE es mejorar la atención de los pacientes que requieren un tratamiento médico de urgencia y optimizar la capacidad de respuesta ante incidentes con saldo masivo de víctimas y desastres.²

El servicio de urgencias merece especial consideración ya que la persona acude para ser atendida por una enfermedad de aparición súbita, que le causa un desequilibrio biológico, psicológico y social. Presenta signos y síntomas que le generan incomodidad, angustia e interrupción abrupta de su ritmo de vida. La atención médica debe caracterizarse por un alto sentido humano de apoyo al paciente para asimilar el problema y asumir el tratamiento. No obstante, éste es un servicio donde con mayor frecuencia se observa una tendencia a la deshumanización y centra la atención en el aspecto meramente físico; la atención del paciente en el servicio de urgencias, independientemente del nivel de complejidad y del motivo de consulta, involucra tres elementos que intervienen desde el principio hasta el final del proceso: El **paciente**, quien es el actor principal; el **acompañante**, generalmente un familiar o un amigo y el **médico** que lo atiende. Para lograr una atención integral con calidad debe haber una interacción continua entre los tres, en tal forma que el médico proporcione sus

conocimientos y habilidades humanas, el paciente exprese sus sentimientos y valores y la familia se haga participe del proceso para ayudar a la recuperación del paciente.³

La urgencia real es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata, cuando se acude a un servicio de urgencias por un problema que no es urgente, únicamente se retrasa la atención del paciente con una urgencia real; el servicio de urgencias no debe de ser utilizado:

- Para atención de control de enfermedades crónicas compensadas.
- Para recibir más pronto la atención médica.
- Para disminuir el diferimiento de su consulta por que tiene un familiar recibiendo atención en este hospital.
- Porque no le guste la atención que se le da en la consulta externa.
- Recordar que hay otras vías para resolver estas situaciones⁴.

Gástelu Valdés, en un estudio describe el perfil del paciente que demanda atención urgente y afirma que las principales razones para acudir a urgencias fueron en primer lugar patología aguda, seguido de reagudización de patología crónica; todo ello condicionado por la demora en la consulta programada. Las patologías de mayor incidencia fueron respiratorias; la mayoría de las consultas que se analizaron como urgentes no cumplen el criterio de adecuación, siendo la demora en la consulta programada el factor más condicionante de la demanda.⁵

A pesar de los notables avances que se han producido durante las últimas décadas en el conocimiento de las infecciones, en la actualidad las enfermedades infecciosas continúan siendo una de las principales causas de morbilidad, incluso en los países desarrollados. En un reciente estudio realizado en los Estados Unidos se observó un aumento de 58% en la mortalidad por enfermedades infecciosas entre 1980 y 1992, constituyendo la tercera causa de muerte tras las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias.⁶

En un estudio realizado en Medellín Colombia la incidencia de urgencias médicas que generaron visitas a los servicios de salud es alta. La gran prevalencia fueron las enfermedades respiratorias, las cuales pudieron haber sido tratadas en los servicios de consulta externa.⁷

1.1.2 Motivos de consulta más frecuentes en un servicio de urgencias.

En un estudio realizado en 2006 los principales motivos de consulta fueron las infecciones respiratorias agudas (19.4%), los traumatismos y envenenamientos (18.8%) y las enfermedades diarreicas (8%). Las consultas por colelitiasis y colecistitis, migrañas, infecciones de vías urinarias y diabetes mellitus fueron más frecuentes en mujeres, mientras que los traumatismos y las conjuntivitis en los hombres.¹

Los síntomas respiratorios, especialmente la tos, son motivo frecuente de consulta en los servicios de atención primaria, representando entre el 14-15% de las consultas.⁸

El diagnóstico y el tratamiento de las inflamaciones e infecciones del oído continúan siendo uno de los motivos de consulta más frecuentes en las salas de urgencias de Colombia. La otitis es un problema de salud pública de grandes dimensiones en este país. Su manejo infortunadamente, se ha convertido en un ejercicio simplemente asistencial que no incide sobre la disminución de la prevalencia porque no hay una política clara de salud pública en cuanto a promoción y prevención de la enfermedad.⁹

Respecto a la hipertensión arterial se le conoce como “el asesino silencioso”, ya que durante la mayor parte de su historia natural no presenta síntomas; cuando estos se presentan puede ser demasiado tarde, ya que corresponden a graves complicaciones cardiovasculares, como son el infarto del miocardio y la enfermedad cerebrovascular. Es importante asentar que la hipertensión en nuestra población afecta no sólo al adulto mayor, sino también a la población adulta y de adultos jóvenes, como lo reporta una reciente Encuesta Nacional, donde el 75%

de los pacientes hipertensos tenían menos de 54 años. Nuestra población presenta una importante prevalencia de entidades consideradas factores de riesgo cardiovasculares, por ejemplo, pacientes hipertensos con diabetes con prevalencia del 31%, hipertenso con hipercolesterolemia en 36%, hipertensión coexistiendo con sobrepeso u obesidad, es un impresionante 75%.¹⁰

La Hipertensión Arterial probablemente sea uno de los problemas de Salud Pública más importante en países desarrollados, en Chile es una patología de alta prevalencia alcanzando cifras promedio de 20% de la población general adulta, está relacionada directamente con múltiples afecciones que son frecuentemente atendidas en servicios de urgencias. Si bien la incidencia de crisis hipertensiva es baja en menos del 1% de la población de hipertensos de Estados Unidos de América, esta condición puede ser de extrema gravedad y demanda una detección precoz y un manejo adecuado¹¹. En ensayos clínicos, la terapia antihipertensiva se ha asociado con reducciones en incidencias de ictus de un 35% a 40%, de infarto al miocardio de un 20% a 25%, y de insuficiencia cardiaca en más de un 50%.¹².

La hipertensión arterial sistémica es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo; afecta a 25% de la población adulta y su proporción es mayor conforme se incrementa la edad. Por otro lado, la Diabetes Mellitus es una pandemia en aumento constante. Para 1996 en América se calculó que vivían aproximadamente 30 millones de personas con Diabetes, más de la cuarta parte del total de los casos mundiales. Según la encuesta nacional de enfermedades crónicas realizada por la dirección general de Epidemiología de la Secretaría de Salud (1993), La prevalencia Nacional de Diabetes Mellitus tipo 2 para la población entre 20 y 69 años de edad fue de 6.7%. En el IMSS, los dos principales motivos de demanda de atención lo constituyen la hipertensión arterial esencial y la Diabetes Mellitus tipo 2.¹³

La Diabetes Mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La hiperglicemia crónica se asocia en el largo plazo a daño, disfunción e

insuficiencia de diferentes órganos, especialmente en los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. En 1977 la ADA (Asociación Americana de Diabetes), propuso una clasificación que está vigente. Se incluyeron cuatro categorías de pacientes y un 5º grupo de individuos que tienen glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes (también tienen mayor riesgo cardiovascular):

1. Diabetes Mellitus tipo 1
2. Diabetes Mellitus tipo 2
3. Otros tipos específicos de diabetes
4. Diabetes Gestacional
5. Intolerancia a la glucosa y glicemia de ayunas alterada ¹⁴

La Diabetes Mellitus tipo 2 presenta una importante morbilidad y mortalidad así como también una incidencia que está en aumento, que se asocia al aumento observado en la prevalencia de la obesidad. Diversas medidas han sido evaluadas con el fin de retrasar o prevenir su aparición, entre las cuales se incluyen cambios en el estilo de vida, fármacos insulinosensibilizadores, e inhibidores de la absorción de carbohidratos y lípidos, con resultados esperanzadores. En la actualidad los cambios en el estilo de vida entendido en el contexto de apoyo multidisciplinario al paciente, constituyen la intervención de mayor impacto.¹⁵

La nefrolitiasis es una enfermedad que ha ido aumentando su frecuencia. En los países industrializados tiene una incidencia del 12%. Mientras mejores son las condiciones socioeconómicas de un país, mayor es la cantidad de pacientes que padecen de cálculos en la vía urinaria. En México no existen estadísticas confiables de la incidencia de esta patología; en el Hospital General de México se ha calculado una incidencia de 24 por 10 000 habitantes, manejándose que entre 10 y 12 % de todos los individuos desarrollan en algún momento de su vida litiasis.¹⁶

El dolor lumbar constituye uno de los problemas más frecuentes en el servicio de Urgencias, por ello puede llegar a ser la patología más costosa desde el punto de vista ocupacional e industrial, por el alto número de ausentismo laboral que ocasiona. De igual modo podemos asegurar que el 70 a 80% de la población mundial experimentara al menos un episodio de dolor lumbar significativo durante su vida. El médico de urgencias desempeña una función básica al atender cuidadosamente a estos pacientes. Una evaluación detallada de estos puede ser de gran importancia en los casos inusuales de enfermedad lumbar potencialmente mortal, ya que aunque la mayoría de episodios de dolor lumbar se debe a problemas menores, un cierto número de afecciones se enmascaran bajo esta clínica.¹⁷

Alrededor de 10 millones de pacientes por año visitan los servicios de urgencias por cefalea; muchas de éstas son de causa benigna requiriendo solamente de una adecuada historia clínica y un buen examen físico para hacer un diagnóstico correcto. Sin embargo, un pequeño porcentaje de cefaleas requiere de estudios especiales de diagnóstico y/o tratamiento urgente. La Cefalea puede ser un síntoma inicial de una patología que afecte la vida, causada por hemorragia subaracnoidea (HSA), hemorragia intracraneal, tumores, encefalitis, meningitis, vasculitis, trombosis de senos venosos y desordenes tóxico-metabólicos que es importante detectar a tiempo.¹⁸

El dolor abdominal en Urgencias es uno de los síntomas por el que con más frecuencia se acude a este servicio, constituyendo casi el 85% de las asistencias, sobre todo si aparece bruscamente. Es un síntoma frecuente que aparece en la mayoría de los trastornos intraabdominales; sin embargo, también puede ser la manifestación principal de afecciones localizadas fuera de la cavidad abdominal. La valoración de un dolor abdominal agudo en urgencias debe ser precoz, sin demoras y sin administrar analgésicos, sedantes o espasmolíticos hasta que no hayamos llegado a un diagnóstico concreto. Nuestra misión fundamental será establecer si un paciente tiene un abdomen agudo quirúrgico o no. Recordemos

que un 50% de los dolores abdominales que acuden a Urgencias quedan sin diagnóstico.¹⁹

Cada año se diagnostican en España más de seis mil casos de enfermedad inflamatoria intestinal, una patología que aunque no es mortal no tiene cura. La enfermedad inflamatoria intestinal afecta, principalmente a jóvenes de clase media-alta, por lo que muchos la definen como una enfermedad del mundo desarrollado, la enfermedad inflamatoria intestinal abarca dos trastornos específicos llamados enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa. La enfermedad de Crohn es una inflamación crónica de la pared intestinal, la cual se localiza en la parte más baja del intestino delgado y en el intestino grueso. La colitis ulcerosa es también una enfermedad crónica en la que el intestino grueso se ulcera y se inflama; esta nunca afecta al intestino delgado.²⁰

La epigastralgia aguda es un dolor abdominal agudo localizado en el epigastrio. Puede ser de origen abdominal, o referido por una causa extraabdominal. Como en todo dolor abdominal hay que establecer si se trata de un problema que requiere tratamiento quirúrgico inmediato (IAM, perforación visceral, o rotura de la aorta abdominal).²¹

El dolor abdominal es un síntoma frecuente que puede aparecer en la mayoría de los trastornos intraabdominales; sin embargo, también puede ser la manifestación principal de afecciones localizadas fuera de la cavidad abdominal. El elevado número de causas que pueden ser responsables del mismo y el carácter frecuentemente inespecífico que adoptan pueden dificultar enormemente el diagnóstico.²²

Muñoz F. y cols (2006) en un estudio para analizar las causas microbiológicas, distribución temporal, etaria, factores de riesgo, y características clínicas y evolutivas de los cuadros de gastroenteritis aguda infecciosa en pacientes de 0 a 14 años concluyó que el rotavirus fue la causa más frecuente de Gastroenteritis Aguda, de deshidratación y de ingreso. Entre los patógenos bacterianos *Campylobacter* fue más frecuente que *Salmonella*. *Salmonella* afectó a niños más

mayores frente a rotavirus y *Campylobacter* fue más grave. Los mejores preeditores de gastroenteritis bacteriana fueron la temporada estacional (primavera y verano) y la presencia de sangre en heces. Las deshidrataciones fueron muy poco frecuentes, siendo la mayoría leves a moderadas, lo que se relaciona con la accesibilidad a la atención sanitaria en España.²³

1.2 Definición de la Medicina Familiar.

Se puede definir como un conjunto de conocimientos acerca de los problemas confrontados por los Médicos de Familia. Como en otras disciplinas prácticas, el conjunto de conocimientos abarcados por la Medicina Familiar incluye no sólo conocimientos efectivos, sino también habilidades y técnicas. A los miembros de una disciplina clínica se les pueda identificar no tanto por lo que saben, sino por lo que hacen. Por eso, para describir a la Medicina Familiar es mejor comenzar por los principios que gobiernan nuestras acciones. Describiré nueve de ellos, de los cuales ninguno resulta exclusivo para la medicina familiar. Los cuales tomados en conjunto representan un concepto del mundo, un sistema de valores y una actitud ante los problemas claramente distintos de los que caracterizan otras disciplinas:

1.2.1 Principios de medicina familiar según Mc Whinney²⁴

1. El Médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupos de enfermedades o técnicas especiales. El interés está abierto en dos sentidos. En primer lugar no se limita a un tipo de problema sanitario. El Médico de Familia se encuentra disponible para cualquier problema de salud experimentado por personas de cualquier sexo y edad. En segundo lugar, el compromiso no tiene un punto final definido. No termina con la curación de la enfermedad, el final del tratamiento o el diagnóstico de una enfermedad incurable en muchos casos, el compromiso comienza cuando la persona está sana, antes de que haya desarrollado cualquier problema. Tras unos pocos años de servicio, el Médico de Familia desarrolla un interés por sus pacientes que van más allá de las dolencias que estos padecen.

2. El Médico de Familia intenta comprender el contexto de la enfermedad. Para comprender bien una cosa, necesitamos verla fuera y dentro de su medio ambiente, y tener en cuenta toda una gama de variaciones. Cuando un paciente ingresa en el hospital, se oculta gran parte del contexto de su enfermedad. La atención se centra en el primer plano y no en el fondo. El resultado es en muchos casos un aspecto limitado de la dolencia.
3. El Médico de Familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria. Puesto que el Médico de Familia ve a cada paciente en promedio cuatro veces al año. Tiene muchas oportunidades para practicar la medicina preventiva.
4. El Médico de Familia considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo. Los clínicos piensan normalmente en términos de un solo paciente, y no como debe ser en grupos de población. El Médico de Familia tiene que considerar ambos aspectos. Eso significa que un paciente no vacunado o al que no se le ha medido nunca la presión arterial, merece tanta atención como el que solicita consejo sobre el cuidado de los hijos o el tratamiento de la hipertensión. Ello implica un compromiso para mantener la salud de la población a la que se atiende, con independencia de que determinados individuos acudan o no a su consulta.
5. El Médico de Familia se considera así mismo parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria. Los Médicos de Familia pueden ser mucho más eficaces si emplean todos los recursos de la comunidad para beneficio de sus pacientes.
6. Desde un punto de vista ideal, los Médicos de Familia deben compartir el mismo hábitat que sus pacientes. Esto se ha hecho menos frecuente durante los últimos años. Sobre todo en las grandes ciudades, Los médicos han desaparecido virtualmente. Todas estas modificaciones forman parte de la tendencia reciente hacia la separación entre la vida y el trabajo. Los

Médicos de Familia necesitan ser todavía miembros visibles del vecindario. Debiera preocuparnos el que con frecuencia no lo sean.

7. El Médico de Familia atiende a los pacientes en la consulta, en sus domicilios y en el hospital. La distribución del tiempo y el interés hacia alguno de esos tres contextos variará de acuerdo con las circunstancias. En determinados momentos puede existir un desequilibrio entre ellos. En nuestros días se tiende a conceder menos importancia a la atención domiciliaria. Sin embargo, el punto más importante es que el Médico de Familia puede seguir a los pacientes sin tener en cuenta este tipo de fronteras.
8. El Médico de Familia concede más importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. Los Médicos de Familia siempre han tenido que conciliar esa actitud con la sensibilidad hacia los sentimientos y la valoración de las relaciones. Los Médicos de Familia saben bien que sus propios valores, actitudes y sentimientos son determinantes sobre la forma en que practican la medicina.
9. El Médico de Familia es un gestor de recursos. como médico de primer contacto, tiene el control de muchos recursos, el empleo de pruebas complementarias, la prescripción de tratamiento y el envío a especialistas. Los recursos son limitados en todas partes del mundo, por lo tanto el Médico de Familia tiene la responsabilidad de gestionarlos para proporcionar el máximo beneficio a sus pacientes.²⁴

1.2.2 Cuatro habilidades específicas que se desarrollan en el ejercicio de la medicina familiar.

- Solución de problemas indiferenciados en el contexto de una relación personal continuada con los individuos y la familia.
- Habilidades preventivas: identificación de los riesgos y las anomalías precoces en los pacientes conocidos por el médico.
- Habilidades terapéuticas: uso de la relación médico-paciente para aumentar al máximo la efectividad de todos los tipos de terapéutica.
- Habilidades para gestionar los recursos: empleo de los recursos de la comunidad para beneficio de los pacientes.²⁴

Probablemente la parte más difícil del trabajo del Médico de Familia es ¿cómo manejar los problemas de salud que atiende? En contraste, para el médico que trabaja en el hospital donde la dificultad radica en el diagnóstico. Esto no significa que el Médico de familia no deba interesarse en el diagnóstico, sino que debido al conocimiento de la familia, la naturaleza de los médicos de atención primaria, y el empleo del tiempo a través de una serie de visitas, el profesional de este nivel de atención se encuentra más implicado que el de la atención secundaria en los aspectos del manejo. Según Hennen la “quintaesencia de las habilidades de la práctica clínica y la continuidad de la atención es la base donde se sustenta la experiencia de los médicos de familia en que cada paciente es único”. El manejo del paciente es probablemente más individualizador en la práctica de la medicina Familiar que en ningún otro campo de la medicina. Incluso en pacientes con un diagnóstico exacto y bien definido, con un tratamiento efectivo y basado en un solo medicamento, si descuidamos algunos factores individuales, el tratamiento pudiera fracasar. Por ejemplo, ¿Qué seguridad hay de que el paciente cumpla las indicaciones o de que seguirá viniendo para controlarse?, aunque hemos puesto un caso que no es común en la Medicina Familiar, donde la mayoría de los problemas de salud revisten mayor complejidad.²⁵

Las familias incluyendo un manejo en la esfera psicológica es un asunto que interesa tanto a los Médicos Familiares como a los profesionistas de la salud mental. En la actividad cotidiana del Médico Familiar es frecuente encontrar patología fuertemente asociada con las disfunciones familiares. El Médico Familiar es el profesional de la salud capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria, continua e integral del individuo y su familia; siendo el responsable de la atención de sus pacientes y familias en forma total y permanente, constituyéndose así en la base y puerta de entrada al sistema de atención médica. Si el Médico Familiar refiriere al paciente con otro médico, ello no implicaría que haya finalizado su responsabilidad; está debe continuar e inclusive causar un efecto de mayor pertenencia por parte del paciente y su familia. La influencia de la familia ante las patologías crónico-degenerativas depende de varios factores:

1. Tipo de familia
2. Educación de cada miembro
3. Etapa de vida del ciclo familiar
4. Funcionalidad familiar
5. Ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas
6. Actitudes de los familiares acerca del dolor, invalidez y regímenes terapéuticos ²⁶

Elementos de Orientación familiar descritos por Irigoyen:

1. Se ayuda a los elementos de la familia a reconocer sus potencialidades.
2. Se promueve una relación más adecuada entre sexos y generaciones
3. Se fomenta la comunicación a la familia
4. Se favorece la reducción de la ansiedad en las relaciones interpersonales
5. Se facilita un manejo más adecuado de las situaciones críticas familiares
6. Se tiene como meta favorecer la salud familiar ²⁶

1.2.3 Definiciones de familia.

Organización Mundial de la Salud:

Miembros emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. ²⁵

Censo Canadiense:

Esposo y esposa, con o sin hijos, o padre o madre solos con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo. ²⁷

Censo Americano:

Grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, matrimonio o adopción. ²⁸

Salvador Minuchin.

Grupo en el cual los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos principalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia; y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares, y por su participación con grupos extrafamiliares.²⁹

Santacruz Varela

Es un grupo social primario, formado por individuos, unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general, comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar.²⁶

En el año de 2005 se llevó a cabo la primera reunión del Consenso Académico de Medicina Familiar en México, en el cual participaron:

- El Colegio Mexicano de Medicina Familiar AC.
- El Departamento de Medicina Familiar de la UNAM
- La Asociación Latinoamericana de profesores de Medicina Familiar.
- El Consejo Mexicano de certificación en Medicina Familiar AC.
- La Academia Mexicana de profesores de Medicina Familiar AC.

Con el objetivo de unificar criterios y definiciones, a 50 años del surgimiento de la Medicina Familiar en México, ya que aún se utilizaban conceptos de otros países con familias e individuos que viven se organizan y piensan diferente.³⁰

Nuevo concepto de Familia:

Grupo social en el que se encuentran representadas las principales uniones imperantes en el entorno social, incluyendo la libre elección, la cual representa una interacción que le permite cumplir determinadas funciones y compartir elementos psicológicos, sociales, biológicos que puedan generar salud o enfermedad.³⁰

Nueva clasificación:

- Parentesco
- Presencia física en el hogar o convivencia
- Medios de subsistencia
- Nivel económico
- Nuevos tipos de convivencia individual – familiar originado por cambios sociales.³⁰

La familia, como toda organización viva tiene un inicio, desarrollo y ocaso; tradicionalmente en el campo de la Medicina Familiar se utiliza la clasificación de Geyman.²⁵

1.2.4 Fases del ciclo vital familiar.

El estudio del ciclo vital familiar le permite al médico analizar la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución; los problemas de la familia cambian y las prioridades en las funciones de la familia varían de acuerdo a las etapas por las que pase en su ciclo vital. Con este conocimiento el médico puede prever una serie de fenómenos que afectan en una u otra forma la salud familiar.

- **Matrimonio.** Comienza con el establecimiento de una relación de pareja estable bien sea en concubinato o matrimonio y termina con el inicio del primer embarazo.
- **Expansión.** Comienza con el nacimiento del primer hijo y termina en el momento en que la pareja decide no tener más hijos.
- **Dispersión.** Etapa en que el primer hijo se separa del hogar para que otros agentes externos sean participes en la socialización, por ejemplo en la escuela. Se comienza a fraguar la dependencia y la autonomía del hijo. Finaliza cuando el hijo se separa del hogar y se independiza.
- **Independencia.** Comienza cuando el último hijo se separa del hogar y ambos miembros de la pareja están vivos y activos laboralmente y no dependen económicamente de los hijos, quedándose solos de nuevo. Finaliza cuando uno de ellos se jubila o muere.
- **Retiro o Muerte.** Es la fase final de una familia, comienza cuando uno de los miembros de la pareja se jubila o muere, quedando un solo miembro de la pareja, o cuando ambos están jubilados y dependientes.

1.2.5 Tipología de las Familias

A. Tipologías

1. **Familias extensas.** Esta constituida por más de dos generaciones en el lugar de los abuelos.
2. **Familia nuclear íntegra.** Son matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.
3. **Familia nuclear ampliada.** Familias en que se incluye a otras personas, que pueden tener algún vínculo consanguíneo (madre, tíos, sobrinos)

no tener vinculo de consanguinidad alguno, como es en el caso de las empleadas domesticas, o alguna persona que esté de visita en casa. Pero son importantes, ya que pueden ser causa de conflicto por problemas familiares o, en algunas ocasiones, de apoyo positivo o recurso familiar.

4. Familia monoparental. Es aquella en que un sólo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos.
5. Familia reconstituida. Es una familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior

B. Tipos de familia según las relaciones de parentesco.

1. Pareja conyugal la constituye la pareja. no incluye otros familiares.
2. Familias nucleares. Un núcleo central formado por la pareja conyugal e hijos; por la madre e hijos; por el padre e hijos. Puede darse o no la presencia de otros parientes.
3. Familias nucleares conyugales. Una pareja conyugal e hijos solteros. Se pueden subdividir a su vez en:

Nuclear – conyugal reducida: con menos de cinco miembros.

Nuclear – conyugal numerosa: con más de cinco miembros.

4. Familias extendidas. Una pareja conyugal con hijos o sin ellos y otros parientes que convivan en forma conjunta.
5. Familias extensas. Con más de una pareja conyugal con o sin hijos y la presencia o no de parientes.³¹

C. Tipos de familias según las etapas del ciclo de vida familiar.

Esta clasificación de la familia se hace tomando en cuenta los hijos de la madre en una familia. Es de suma importancia, pues dependiendo de la edad de los hijos, se puede establecer cuáles son los abordajes que corresponden como prioritarios.

1. Familias en la etapa inicial: hijo mayor entre 0 y 5 años de edad.
2. Familias en la etapa intermedia: hijo mayor entre 6 y 12 años de edad.
3. Familias en la etapa intermedia tardía: hijo mayor entre 13 y 19 años de edad.
4. Familias en la etapa final. Hijo mayor tiene 20 años o más.³¹

Thomas Kuhn menciona que la teoría del cambio de paradigmas es un conjunto de creencias aceptadas en una ciencia, que influyen profundamente en las mentes de los científicos, una vez establecidos y aceptados tales postulados, ya no se ponen en duda. En el Paradigma biomédico el trabajo del médico se encamina a describir tales enfermedades y a establecer sus causas. Pero la educación de los médicos no incluyó las razones que servían de base a esta teoría. Las enfermedades se convirtieron en nuestros compartimientos conceptuales, a lo cual intentamos acoplar el fenómeno de la enfermedad. Sin embargo, ningún paradigma se ajusta por completo a la naturaleza, siempre existen anomalías. Pero al inicio pueden ser ignoradas o no percibidas, finalmente las anomalías son reconocidas cada vez más y más, creando crisis hasta que son acogidas por un nuevo paradigma. El cambio es revolucionario, es como el cambio visual de la Gestalt (variación fundamental en la visión del mundo). En ciertas condiciones, el paradigma es útil hoy en día. Pero en otros contextos, especialmente el de medicina familiar se encuentran anomalías que cada vez resultan más difícil de olvidar.³²

1.2.6 Características del médico familiar ²⁴

- Es el profesional que ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continua a todo el individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.
- Es un generalista porque acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de la edad, sexo o diagnóstico de los pacientes.
- 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.
- 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.
- Ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o 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.
- 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 ésta es una posición privilegiada para detectar problemas familiares.
- 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.

- 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.
- Reconoce la importancia de las funciones de docencia, formación continua e investigación para la mejora de su competencia profesional, por un lado y para elevar el nivel científico de la atención primaria en nuestro país, por otro lado. Por ello en la medida de sus posibilidades y sin dejar a un lado las funciones asistenciales, se esfuerza en realizar actividades en ésta área.

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

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.³¹

Con parentesco	Características
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (Binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres

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

31

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

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

31

Estilos de vida 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 del ciclo vital
Matrimonio o pareja de homosexuales	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos
Matrimonio o pareja de homosexuales con hijos adoptivos	Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos
Familia grupal	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo
Familia comunal	Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos que viven comunitariamente, compartiendo todo excepto las relaciones sexuales
Poligamia	Incluye la poliandria y poliginia

31

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 ³¹

Con base en la etapa del ciclo vital familiar: La familia como toda organización viva tiene su inicio, desarrollo y ocaso; tradicionalmente en el campo de la medicina familiar se utiliza la clasificación de Geyman.

Ciclo vital familiar (Geyman)	
Fase de matrimonio	Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo
Fase de expansión	Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros de la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se expande.
Fase de dispersión	Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos
Fase de independencia	Etapa en que los hijos de mayor edad se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen
Fase de retiro y muerte	Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.

31

1.2.7 Funciones de la familia.

El conocimiento de estas funciones son de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia.

FUNCIONES DE LA FAMILIA	
Socialización	Transformar en un tiempo determinado a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en sociedad
Cuidado	Se identifican cuatro determinantes; alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.
Afecto	Definido como el objeto fundamental de transacción dentro de la familia
Reproducción	Durante siglos se observó como la función esencial de la familia. Suministrar nuevos miembros a la sociedad
Otorgamiento del estatus y nivel socioeconómico	Dar a un miembro de la familia un nivel socioeconómico así como transferirle derechos y obligaciones.

1.3.1 Planteamiento del Problema.

El conocer las principales causas de consulta en el servicio de urgencias, así como las características de las familias; permitirá ofrecer un mejor servicio a la población demandante, las características de un servicio de urgencias, es toda aquella consulta que pone en peligro inmediato la vida, o que puede redundar permanentemente en la calidad de vida del paciente.²⁴

La urgencia irreal o sentida es toda aquella solicitud de atención que puede esperar ser atendida en el servicio de consulta externa y que no pone en peligro la vida del paciente: como serían cuadros gripales, faringitis, rinofaringitis, otitis externas, rinitis alérgicas, problemas dermatológicos como tiñas, dermatitis de contacto, diarreas sin signos de deshidratación. Y por el contrario es importante informar sobre las consultas que ameritan atención inmediata, ya que de ello depende una recuperación adecuada. Son considerados causas de consulta urgentes los dolores torácicos, pacientes hipertensos descontrolados, diabéticos, descontrolados, dolores abdominales agudos, así como cólicos vesiculares y renales, heridas por arma de fuego u arma blanca, traumatizados por caídas o accidentes de tránsito, pacientes en los extremos de la vida con signos de dificultad respiratoria o fiebre, diarreas con signos de deshidratación, mordedura de serpientes, mordedura de perro y otros.³⁴

En un estudio realizado en España en un servicio de urgencias los motivos más frecuentes de consulta fueron: dolor, mareos, vértigo, náuseas, vómitos, diarreas, disnea, hipertensión arterial, palpitaciones, infecciones urinarias, convulsiones, intoxicaciones, urticarias, coma y traumatismos.³⁴

El servicio de Urgencias por sus características compatibles con un gran flujo de pacientes en un reducido espacio de tiempo, amerita una selección eficiente para dar prioridad al paciente que realmente se encuentra cursando con una patología que reviste urgencia sobre otra que podría ser derivada al servicio de consulta externa; la práctica efectiva de la medicina de urgencias requiere de una serie de características especiales. Según Wears y col. existen cinco factores sobre los cuales se desempeña el profesional de Urgencias: **la presión, el tiempo, el**

volumen de pacientes, la variedad de patologías, la información limitada que se obtiene en el interrogatorio, la limitación de opciones terapéuticas y de mucha importancia en nuestro caso los limitados recursos con que se cuentan. ³⁵

El tener información sobre las principales causas de consultas en el servicio de urgencias, así como el saber las características sociales de las familias que acuden a solicitar consulta, puede brindar la oportunidad de elaborar estrategias para poder proporcionar un mejor servicio a nuestra población demandante, así como también formular programas para informar, educar y concientizar a la población sobre el uso adecuado del servicio de urgencias. Ya que como se mencionó el abuso de solicitudes de consultas no urgentes saturan nuestro servicio y redundan en la atención y calidad del servicio otorgado.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una urgencia es toda aquella situación que en opinión del paciente y de su familia que toma la decisión, requiere de una atención médica inmediata. Ello hace que un Servicio de Urgencias, ya sea o no hospitalario, la cobertura asistencial no tenga más remedio que realizarse sobre un amplio espectro de pacientes que subjetivamente puedan calificar a su dolencia como una urgencia, lo cual ha producido a lo largo de los años una sobresaturación del servicio de Urgencias. ³⁶

En el Servicio de Urgencias se enfrentan serios problemas que aún no se han podido resolver, alta demanda de atención, carencia de recursos materiales, humanos y durante la última década, demandas o quejas médicas que secundariamente han motivado deterioro en la relación médico-paciente y entre el equipo médico; las instituciones de salud en el país, sufren exceso en la demanda de atención, con mayor intensidad en los servicios de urgencias, las que se encuentran saturadas de enfermos. Las causas de esta sobredemanda de atención es multifactorial: demanda excesiva en las unidades de Medicina Familiar, el paciente considera que en las salas de urgencias tienen más posibilidades de ser atendidos por médicos especialistas. Otros acuden con la esperanza de agilizar problemas administrativos como dictamen médico, licencias

médicas y lograr ingresar al hospital para estudio de un padecimiento que no se ha podido resolver en otra instancia, otros son enviados con padecimientos que no son calificados como urgencias.³⁷

1.4 Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las características de las familias y las principales causas de consulta en el servicio de Urgencias, Turno nocturno de la clínica Hospital Patricio Trueba de Regil” de la ciudad de San Francisco de Campeche?

1.5 Planteamiento del problema

“Debido a que se desconocen los datos principales de las familias usuarias del consultorio de urgencias turno nocturno y sus principales motivos de consulta se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características de las familias y las principales causas de consulta en el servicio de urgencias turno nocturno de la clínica hospital Patricio Trueba de Regil de la Ciudad de San Francisco de Campeche.

1.6 Justificación

El conocer las principales causas de consulta en el servicio de urgencias, así como las características familiares de la población demandante, nos brindará la oportunidad de ofrecer un mejor trato a nuestra derechohabiente, ya que al identificar las patologías que se atienden, podremos establecer medidas que rindan frutos positivos para un mejor diagnóstico y sobre todo un tratamiento adecuado. El servicio de urgencias amerita tener siempre presente las patologías que ponen en peligro la vida, y que un buen diagnóstico hacen la diferencia entre la vida y la muerte, o se dejen secuelas que marquen la vida de un ser humano, sin olvidar que en el momento actual las demandas médicas van en aumento sobre todo en los servicios donde la urgencia médica es el factor común en nuestros pacientes, por esto el conocer la frecuencia de las patologías que se atienden, así como las características de las familias, nos brindarán las herramientas necesarias, para ofrecer un mejor servicio a nuestra población, en conjunto con el equipo de salud, cuerpo de gobierno y trabajo social.

Plantearemos medidas para concientizar a la población de solicitar atención en el servicio de urgencias cuando en realidad lo sea, para esto es necesario realizar campañas de información sobre lo que es una consulta de urgencias. Es importante identificar el ciclo evolutivo de las familias demandantes así como también los factores de riesgo que se presentan y pueden propiciar desequilibrio cuyo restablecimiento dependerá de los mecanismos que la familia haya desarrollado para afrontarlos. Además que la identificación de estos comportamientos llevan al médico familiar al diseño de una intervención oportuna.

1.7 Objetivo General

Identificar las principales causas de consulta y las características sociales de las familias que solicitan consulta en el servicio de urgencias turno nocturno de la clínica hospital “Patricio Trueba de Regil” de la ciudad de San Francisco de Campeche.

1.7.1 Objetivos Específicos.

1. Identificar las 10 principales causas de consulta.
2. Clasificar las características de las familias con relación a su parentesco.
3. Especificar las características de las familias sin familias.
4. Evaluar las características de las familias con base a la presencia física y convivencia.
5. Determinar las características de las familias con base a los estilos de vida originados por cambios sociales.
6. Identificar las características de las familias con base en sus medios de subsistencia.
7. Conocer las características de las familias con base en la etapa de ciclo vital familiar.

2 Material y Métodos.

2.1 Tipos de estudio: observacional, descriptivo, ambispectivo y transversal.

2.2 Población, Lugar y tiempo; Derechohabientes del ISSSTE y/o población abierta que solicitan consulta en el servicio de Urgencias en la Clínica Hospital “Patricio Trueba de Regil” de la Ciudad de San Francisco de Campeche en el período comprendido Octubre de 2007 a Febrero de 2008.

2.3 Tipo de Muestra: No probabilística.

2.4 Tipo de muestra.

- Aleatoria. Por tómbola.
- Representativo.
- Por cuota (100 familia)

2.5 Procedimientos a realizar:

Previo conocimiento y autorización del Director Médico de la Clínica Hospital ISSSTE “Patricio Trueba de Regil”, de San Francisco de Campeche. Previa preparación de material a utilizar en las encuestas que se aplicarán a las familias seleccionadas. A las personas que acuden a solicitar atención médica en el servicio de Urgencias turno nocturno. Se procede mediante método aleatorio por tómbola invitándoles a participar en el estudio informándoles y explicándoles que su intervención en esta investigación redundará en una mejor atención en el servicio. A los pacientes aceptantes se les asegurará la confidencialidad de los datos otorgados, como acto seguido se les aplicara la encuesta a los pacientes que hayan sido seleccionados y estos a la vez aceptado participar.

De esta manera se seleccionarán 100 usuarios del servicio de urgencias, con las características de elección ya descritas.

Con la información obtenida de las encuestas se procederá a crear una base de datos en paquete estadístico PPSS. Con los resultados obtenidos de esta base de datos se procederá a graficar los mismos.

Consideraciones éticas.

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, sus representantes legales deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación.

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión.

Familias y población abierta que solicitan consulta en el servicio de urgencias en la clínica hospital del ISSSTE “Patricio Trueba de Regil” de San Francisco de Campeche.

Criterios de exclusión.

Familias o usuarios que se niegan a participar en el estudio.

Criterios de eliminación.

Encuestas incompletas.

Encuestas ilegibles.

Familias o usuarios que ya habiendo aceptado entrar al estudio se nieguen a continuar aportando información.

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

Datos Generales de las familias.

Nombre: **Estado Civil.**

Definición conceptual: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Definición operacional: Es la situación en la que se encuentra una persona pudiendo ser soltero/a, casado/a, divorciado/a, Viudo/a.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Valores asignados: Casados, unión libre, otros

Nombre: **Años de unión conyugal.**

Definición conceptual: Tiempo transcurrido de unión, conformidad o alianza en matrimonio.

Definición operacional: Tiempo unido a una persona en matrimonio.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición: Discontinua.

Valores asignados: 0 - 9 años, 10-19, 20-29, 30 y más

Nombre: **Edad.**

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Definición operacional: Años de vida de una persona.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición: Discontinua.

Valores asignados: 15-64 años

Nombre: **Ocupación de los Padres.**

Definición conceptual: Es la tarea que desempeña en su centro de trabajo y por lo cual recibe un ingreso en dinero o en especie y puede estar relacionado o no con su profesión.

Definición operacional: Es la labor a la que se dedica una persona.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Valores asignados: profesional, empleado federal y labores del hogar.

Nombre: **Escolaridad.**

Definición conceptual: Tiempo que se asistió a una escuela, o establecimiento docente.

Definición operacional: Grado de estudios máximos a los que llegó una persona.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Ordinal.

Valores asignados: profesional, medio superior, primaria, técnico.

Nombre: **Número de hijos.**

Definición conceptual: Cantidad de hijos concebidos en el matrimonio.

Definición operacional: Cuantos hijos se tuvieron en la relación de pareja.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición: Discontinua.

Valores asignados: 0-10, 11-19, 20 o más

Clasificación de la familia

Nombre: **Parentesco.**

Definición conceptual: Del latín parens-parentis que significa padre o madre, es el vínculo, conexión, enlace o relación que existe entre dos personas

Definición operacional: Es la relación familiar que existe entre dos personas.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Valores asignados: Nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida (binuclear), monoparental, monoparental extendida, extensa, extensa compuesta, no parental.

Nombre: **Sin parentesco.**

Definición conceptual: Sin- negación, no hay. Parens-parentis. Padre o madre, vínculo y conexión. Entre dos personas.

Definición operacional: No hay relación o conexión entre dos personas.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Valores asignados: Monoparental extendida sin parentesco, grupos similares a familias.

Nombre. **Con base en la presencia física y convivencia.**

Definición conceptual: Persona representada, que está presente en persona, que interactúan en familia.

Definición operacional: Que esta presente en la casa y hay una convivencia y ayuda mutua.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: Nominal.

Valores asignados: Núcleo integrado, núcleo no integrado, extensa ascendente, extensa descendente, extensa colateral.

Nombre. **Estilos de vida originados por cambios sociales.**

Definición conceptual: Manera de vida, que nace por acción y efecto de necesidades sociales.

Definición operacional: Necesidad de cambio, por la vida en continuo y acelerado movimiento, propiciado por el desarrollo de la sociedad y nuevos estilos de vida propios de ciudades desarrolladas.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Valores asignados: Persona que vive sola, parejas de homosexuales sin hijos, parejas homosexuales con hijos adoptivos, familia grupal, familia comunal, poligamia.

Nombre. **Con base a sus medios de subsistencia.**

Definición conceptual: En relación al conjunto de medios necesarios para el sustento de la vida humana.

Definición operacional: Entiendase lo que percibimos de nuestro trabajo para mantener a nuestra familia.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Valores asignados: Agrícola o pecuarias, industrial, comercial, servicios.

Nombre: **Etapas del ciclo vital familiar**

Definición conceptual: Desarrollo del periodo de tiempo en que se encuentra la familia.

Definición operacional: Etapa en la que se encuentra la familia, lo cual nos brinda la oportunidad de intervenir ante un desajuste o conflicto manifestado.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal.

Valores asignados: Matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte.

Nombre: **Causas de consulta**

Definición conceptual: Motivo o razón de consulta.

Definición operacional: Solicitud de atención médica

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Valores asignados: Infecciones respiratorias agudas, dolor abdominal, contusiones, gastroenteritis, hipertensión arterial sistémica, cefaleas, urticarias, trastornos psiquiátricos, cólico renal, diabetes mellitus tipo 2.

3. Resultados

En este estudio dado las características propias de su realización en el servicio de urgencias sólo se hará mención del total de los pacientes atendidos. Los cuales fueron un total de 1431, correspondiendo a 984 del sexo femenino y 447 del sexo masculino, en el periodo comprendido de Octubre 2007 a Febrero 2008.

En lo relacionado al estado civil de las 100 familias, 78 fueron casados (78 %), 3 en unión libre (3 %), 6 solteros (6 %), 4 divorciados (4 %) y 9 viudos (9 %).

Años de unión conyugal; 0 a 9 correspondió a (20 %), de 10 a 19 correspondió a (10 %), de 20 a 29 correspondió el (25 %), 30 y más correspondió a (12 %).

La edad del padre de las 100 familias en estudio, el mayor número se ubicó en el grupo de edad de entre 55 y 59 años de edad con (21 %). Seguido del grupo de 35 a 39 y 40 a 44 años de edad, con (6 %) cada uno. Y el grupo de 25 a 29 años de edad con (2 %).

En cuanto a la edad de la madre, el mayor número se ubicó entre 55 y 59 con un total de (23 %), siguiendo el grupo de 30 a 34 años con total de (12 %) y el grupo de 30 a 34 y más con total de (14 %), y en último lugar el grupo de 50 a 54 años con (3 %).

En cuanto a la ocupación de los padres de las 100 familias; el mayor número correspondió al de profesional con un total de (56 %), el empleado federal con (16 %), por último corresponde a labores del hogar con (18 %).

Al referirnos a la escolaridad de los 100 padres de familia en estudio, el porcentaje mayor se encuentra en el nivel de profesional con un número de (65 %), le sigue el nivel técnico con (32 %).

En lo tocante al número de hijos de las familias encuestadas, le correspondió el mayor número al rango de 20 años ó más con 164, seguida de 11 a 19 años con 36 y de 0 a 10 años con 18.

En cuanto al tipo de familia según su composición de 100 familias encontramos el tipo nuclear con un (10 %), nuclear simple (63 %), nuclear numerosa (2 %), reconstruida (binuclear) (1 %), monoparental (11 %), monoparental extendida (5 %), extensa (8 %), extensa compuesta, no parental y sin parentesco (monoparental extendida sin parentesco y grupos similares a familias) no se registraron.

En relación a su presencia física y convivencia el tipo de familia que predominó fue núcleo integrado con (74 %) y en segundo lugar núcleo no integrado con (14 %). Extensa ascendente con (13 %) y por último extensa descendente con (2 %), extensa colateral y sin parentesco no se registraron.

Con base a la presencia física y convivencia, el núcleo no integrado fué el predominante con (71 %)

Estilos de vida originados por cambios sociales los cuales comprenden personas que viven solas, parejas de homosexuales sin hijos, parejas homosexuales con hijos adoptivos, familia grupal, familia comunal y poligamia no se registraron casos.

Con base a sus medios de subsistencia al concepto de servicios le correspondió (88 %), comercial (8 %), agrícola (4 %).

La característica de las familias con base en el ciclo vital familiar, al matrimonio le correspondió (3 %), expansión (47 %), dispersión (18 %), independencia (13 %), retiro y muerte (19 %).

De los 10 principales motivos de consulta, el padecimiento que predominó fueron las infecciones respiratorias agudas con 419 consultas (30.8 %), posteriormente

el dolor abdominal con 229 consultas (16.8 %), contusiones 172 consultas (12.6 %), gastroenteritis 136 consultas (10 %), hipertensión arterial sistémica 104 consultas (7.6 %), cefaleas 74 consultas (5.4 %), urticaria 66 consultas (4.8 %), trastornos psiquiátricos 57 consultas (4.1 %), cólico renal 52 consultas (3.8 %), diabetes mellitus tipo 2 49 consultas (3.6 %).

TABLAS Y GRÁFICAS

ESTADISTICA BÁSICA

Distribución de la población por grupos quinquenales de edad, según sexo del consultorio de urgencias turno nocturno de la Clínica Hospital “Dr. Patricio Trueba de Regil”.

GRUPO DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 a 4	82	62	144
5 a 9	48	65	113
10 a 14	55	60	115
15 a 19	45	78	123
20 a 24	14	45	59
25 a 29	12	44	56
30 a 34	16	76	92
35 a 39	20	81	101
40 a 44	14	90	104
45 a 49	14	76	90
50 a 54	16	60	76
55 a 59	22	83	105
60 a 64	13	44	57
65 a 69	15	31	46
70 a 74	20	26	46
75 a 79	10	28	38
80 a 84	12	23	35
85 a 89	1	19	20
90 a 94	0	8	8
95 Y MAS	0	3	3
Total	429	1002	1431

Fuente SMA 10 del Consultorio Turno nocturno del servicio de Urgencias.

Datos Generales de la familia.

Estado civil de los padres.

EDO. CIVIL	NO. FAMILIAS	%
SOLTERO	6	6
CASADOS	78	78
UNION LIBRE	3	3
DIVORCIADO	4	4
VIUDO	9	9
TOTAL	100	100

Fuente: cedula básica de identificación familiar

Años de unión conyugal.

AÑOS	FAMILIAS	%
0-9	20	20
10-19	10	10
20-29	25	25
30 Y MAS	12	12

Fuente: cedula básica de identificación familiar

Edad del padre.

AÑOS	FAMILIAS	%
15-19	0	0
20-24	0	0
25-29	2	2
30-34	0	0
35-39	6	6
40-44	6	6
45-49	0	0
50-54	6	6
55-59	21	21
60 y más	0	0

Fuente. Cédula básica de identificación familiar

Edad de la madre.

AÑOS	FAMILIAS	%
15-19	0	0
20-24	0	0
25-29	0	0
30-34	12	12
35-39	0	0
40-44	9	9
45-49	0	0
50-54	3	3
55-59	23	23
60 y más	0	0

Fuente. Cédula básica de identificación familiar

Ocupación.

OCUPACION	NUMERO	%
Profesional	56	56
Empleado federal	16	16
Labores del hogar	18	18

Fuente. Cédula básica de identificación familiar

Escolaridad.

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
Profesional	65	65
Medio superior	0	0
Primaria	0	0
Técnico	32	32

Fuente. Cédula básica de identificación familiar

Número de hijos

NÚMERO DE HIJOS	NÚMERO	PORCENTAJE
0-10	18	18
11-19	36	36
20 o más	164	164

Fuente. Cédula básica de identificación familia

Clasificación de la familia.

PARENTESCO	NÚMERO	PORCENTAJE
Nuclear	10	10
Nuclear simple	63	63
Nuclear numerosa	2	2
Reconstruida (Binuclear)	1	1
Monoparental	11	11
Monoparental extendida	5	5
Extensa	8	8
Extensa compuesta	0	0
No parental	0	0

Fuente: cédula básica de identificación familiar

SIN PARENTESCO	NÚMERO	PORCENTAJE
Monoparental extendida sin parentesco.	0	0
Grupos similares a familia	0	0

Fuente: cédula básica de identificación familiar

CON BASE EN LA PRESENCIA FÍSICA Y CONVIVENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
Núcleo integrado	71	71
Núcleo no integrado	14	14
Extensa ascendente	13	13
Extensa descendente	2	2
Extensa colateral	0	0

ESTILOS DE VIDA ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES	NÚMERO
Persona vive sola	0
Pareja homosexual sin hijos	0
Pareja homosexual con hijos adoptivos.	0
Familia grupal	0
Familia comunal	0
Poligamia	0

Fuente: cédula básica de identificación familiar

CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
Agrícola	4	4
Industrial	0	0
Comercial	8	8
Servicios	88	88

Fuente: cédula básica de identificación familiar

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR	NÚMERO	PORCENTAJE
Matrimonio	3	3
Expansión	47	47
Dispersión	18	18
Independencia	13	13
Retiro y Muerte	19	19

Fuente: cédula básica de identificación familiar

10 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTAS

No.	DIAGNÓSTICO	No. DE CONSULTAS	%
1	Infecciones respiratorias agudas	419	30.8
2	Dolor abdominal agudo	229	16.8
3	Contusiones	172	12.6
4	Gastroenteritis	136	10.0
5	Hipertensión arterial sistémica	104	7.6
6	Cefaleas	74	5.4
7	Urticarias	66	4.8
8	Trastornos psiquiaticos	57	4.1
9	Cólico renal	52	3.8
10	Diabetes mellitus tipo 2	49	3.6
	Total	1431	99.5

Fuente: Informe Diario de labores del médico.

4. Discusión.

De acuerdo con los resultados en la población estudiada se observan datos similares al censo general de la población nacional y estatal hasta el año 2005 según reportes del INEGI, el mayor número se ubicó en el grupo de edad de 40-44 años para mujeres y para hombres en el grupo de edad de 0-4 años, en comparación con datos de INEGI a nivel nacional donde el grupo predominante es el de 10-14 años en hombres y mujeres respectivamente , aquí es importante hacer notar que la población de 0-4 años fue la más demandante y que dada las características del servicio de urgencias, nos da la pauta para incorporar estrategias para educar al núcleo familiar sobre enfermedades frecuentes como IRAS, la cual ocupó el primer lugar en las enfermedades más frecuentes en éste estudio.

De las familias en estudio en cuanto al estado civil el grupo de mayor predominio fue el de los casados con un 78% lo cual concuerda con los reportes del INEGI a nivel nacional.

En los años de unión conyugal predominó el grupo de 20-29 años y el de menor duración el grupo de 10-19 años, lo cual nos da una idea que en provincia y principalmente en nuestra población predominan los matrimonios longevos, pudiendo capacitar a ésta población sobre enfermedades crónicas degenerativas a las cuales están expuestos.

En la edad del padre el mayor número se ubicó entre el grupo de 55-59 años, lo cual corresponde a la edad de la madre en el mismo rango de 55-59 años.

En relación al parentesco predomina la familia nuclear simple , lo cual nos da idea que nuestra población demandante sigue prevaleciendo los lazos indisolubles de la familia; por lo cual redoblabremos esfuerzos para dar un mejor servicio a nuestros usuarios.(padre, madre e hijos)

En relación a la familia sin parentesco los cuales comprenden monoparental extendida sin parentesco y grupos similares a familias, no hubo registro en éste estudio.

En relación a la presencia física y convivencia, el núcleo integrado prevaleció lo cual nos indica que la familia integrada prevalece en nuestra comunidad.

En relación a los estilos de vida originados por cambios sociales, los cuales comprenden personas que viven solas, parejas de homosexuales sin hijos, parejas de homosexuales con hijos adoptivos, familia grupal, familia comunal y poligamia no hubo registro en éste trabajo.

En relación a los medios de subsistencia predominó la categoría de servicios.

Las características de las familias con base en su ciclo vital, predominó la etapa en expansión, siendo la de menor frecuencia el matrimonio, cada etapa del ciclo vital tiene su peculiaridad y riesgos para los integrantes, por lo cual en conocerla nos brinda la oportunidad de orientar a nuestra población; en la etapa de expansión al ser una etapa en la que se incorporan nuevos miembros a la familia, el estar bien organizados, es de vital importancia, la armonía es siempre importante.

Las causas de motivo de consulta nos indican que las infecciones de vías respiratorias superiores ocupan el primer lugar lo cual concuerda con el reporte nacional y estatal del INEGI, le siguen los dolores abdominales, las contusiones, las gastroenteritis, la hipertensión arterial, lo cual no concuerda con los datos del INEGI, donde las enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 siguen ocupando los primeros lugares en frecuencia tanto a nivel estatal como nacional, es éste estudio la diabetes ocupó el último lugar de las 10 causas de consulta más frecuentes, le siguen las cefaleas, las urticarias, los trastornos psiquiátricos, los cólicos renales.

5. Conclusiones

Se logró cumplir con el objetivo general de conocer algunas de las características biopsicosociales de una parte de la población que solicitó consulta en el servicio de urgencias turno nocturno de la clínica hospital Patricio Trueba de Regil de la ciudad de San Francisco de Campeche, así como las principales causas de consulta demandante en ésta población.

Los datos generales de las familias reportaron que la mayoría son casados, mayores de 50 años, que en su mayoría son profesionistas, con un grado de escolaridad de licenciatura.

En cuanto a la clasificación de la familia la mayoría se encuentra en el rango de nuclear simple, núcleo integrado, son empleados federales y la etapa del ciclo familiar que predomina es el de expansión. En tanto en el rubro de sin parentesco y estilos de vida originados por cambios sociales no hubo registros.

5.1 Estrategias de Prevención.

El servicio de urgencias es una de las áreas del hospital cuya actividad asistencial crece a mayor ritmo; en muchas ocasiones, se acude a los servicios de urgencias para solucionar patologías que pueden ser tratadas en el servicio de consulta externa, la demanda de consulta rápida e inmediata no está en relación a su gravedad, por lo cual es importante dar a conocer, difundir y educar a la población sobre el uso del servicio de urgencias, contando con el apoyo de todo el equipo de salud del hospital. Informar a nuestras familias derechohabientes como deben utilizar la atención médica del servicio de urgencias para su beneficio; dada las características de este servicio, en el cual la demanda es muy diversa y de complejidad variable, sin duda es un vínculo muy importante con la población derechohabiente, ya que se atienden y resuelven una gran variedad de patologías.

Por lo que concluyo que este trabajo me da la oportunidad de conocer las causas más frecuentes de consulta de mi población y así poder realizar un diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno, así como brindar una atención de mejor calidad. Es importante hacer mención del cambio de aptitud experimentado durante la realización de este trabajo reafirmando mi vocación de servicio. No olvidemos que la formación como médicos familiares, nos brinda la oportunidad de empatizar con nuestros pacientes.

En lo relacionado con la frecuencia de consultas encontradas daremos mayor énfasis a la promoción de la salud y protección específica, dirigido a las madres de familia sobre temas como el crecimiento y desarrollo del niño, educación al adolescente, salud reproductiva, prevención de adicciones, que aunque por las características propias del servicio se implementaran estrategias de información con cartelones y trípticos apoyados por médicos becarios, estudiantes de Medicina y personal de enfermería así como trabajadoras sociales.

La capacitación, educación y trato amable de todo el personal involucrado es de vital importancia para una atención óptima y de excelencia que es nuestra misión. Como Médico y como institución es importante enfatizar que del nivel académico dependerá el desarrollo del país. Tenemos que salir del subdesarrollo e integrarnos a los países del primer mundo, por lo cual es importante empezar con nuestra actividad diaria, nuestra atención con cada paciente debe ser como si fuera el primero y el último, el ser médico es una bendición de Dios, y el ser Médico Familiar nos brinda la oportunidad de ganar el cielo aquí en la tierra, y de rescatar el respeto, la admiración y el amor de nuestros pacientes. Estos sentimientos han resurgido con más fuerza en la realización de este trabajo, esperando contribuir al bienestar integral de mi universo de trabajo.

6. Referencias Bibliográficas

1. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (2006). La demanda de servicios de urgencias.44 (3): 261. Disponible:
Http://www.medigraphic.com/español/ehtms/eim2006/e-im063cm_im063h.htm
2. Sistema integral de urgencias Médicas. (2007).Secretaria de Salud.
Recuperado 01-11-07. Disponible en:
<Http://www.salud.df.gob.mx/index2.php?option=comcontent&dopdf=1&id=1243>
3. Duran Roja C. (2006) atención humana del paciente de Urgencias. Fundación Santa Fe de Bogotá Recuperado 01-11-07. Disponible en:
Http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Enfermeria/Atención_humana_del_paciente_de_urgencias.pdf
4. Conde Mercado J. Boletín del Hospital Juárez de México (2005). Hacia la calidad total y la mejora continúa. 21 (5). Órgano de difusión del comité de mejora continúa Hospital Juárez de México. Recuperado 01-11-07. Disponible en: Http://www.hospitaljuarez.com.mx/boletines/boletín_21.pdf
5. Gastelu Valdez V. Chamorro M, García Núñez M, Vena Fernández F, Conde Amiano F. (2002) Evaluación de la atención urgente en un centro de salud .Adecuación a la demanda. Servicio Andaluz de Cádiz. Recuperado 02-11-07. Disponible en:
<Http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/ctrosalud2002/8/487-494.pdf>
6. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y emergencias. 2000. estudio epidemiológico de las infecciones en el área de urgencias.12: 80-89
Recuperado 18-11-07. Disponible en: <http://www.semes.org/revista/vol12-80-89.pdf>

7. Germán González, Lía Valencia M, Agudelo Venegas N, Acevedo L, Vallejo I. 2007. Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín, Colombia, 2005-2006. 27 (2) Bogotá. Recuperado 22-10-2007. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0120-41572007000200005...
8. Saldías F, Cabrera D, Salminihac I, Agar V. 2007. Evaluación del juicio clínico y las guías de decisión en la pesquisa de pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad en la unidad de emergencia. 23. (2). Recuperado 30-10-2007. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?escript=sci_arttext&pid=s0717-73482007000200002&lng...
9. Hernández P. 2000. Otitis media aguda. Guías Médicas para el manejo de Urgencias. Federación panamericana de Asociaciones de facultades de Medicina. Recuperado 22-10-2007. Disponible en:
http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/guias/Trauma-ojos-orl/Otitiis_media_aguda.pdf
10. hipertensión arterial diagnostico y tratamiento. 2006. Boletín trimestral. año 1 n. 3, 2006.Enlaces Médicos. Recuperado 22-10-2007. Disponible en:
http://www.insp.mx/portal/centros/cenid/pdf/boletin_FFMM-1.pdf
11. Fernández M, Sarmiento C, Bastías M, Jara J. 2003. estudio de hipertensión arterial en un servicio de urgencia: evolución a dos años. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. Vol. 14.

12. Bravo Toledo R, Molina Díaz R, Martí Canales J, Grupo de HTA de la SAMFYC. 2003. Séptimo Informe del Joint Nacional Comité sobre prevención, Detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial. Recuperado 09-10-2007. Disponible en:
<File://E:/CONSULTAS MEDICASCONTENIDOS TEMATICOS 2007/JNC-7> en español...
13. Gómez López V, Navarrete Escobar A, García Ruiz M, Galván González F. 2004. diabetes mellitus e hipertensión arterial. Revista médica del IMSS; 42 (4):331,335. recuperado 19-10-2007. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/NR/rdeonlyres/E4B5751-9FA3-4F71-9AED-85CF26FD4C5F/0/2004rm4204dmhipertension.pdf>
14. Diabetes mellitus definición y etiopatogenia. 2006. Escuela de Medicina Universidad de Chile. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/integradoTercero/apfisiopSist/nutricion/nutricionPDF/DiebetesMellitus.pdf>
15. Liberman Lahsen G. 2003. Sección de endocrinología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Prevención de diabetes mellitus tipo 2. Revista chilena de Nutrición. 30 (2): 80-90. recuperado 30-10-2007. Disponible en.
http://www.scielo.cl/scielo.php?escript=sci_arttex&pit=SO717-7518200333200002&ing=es&nrm=iso>ISSN 0717-7518.
16. Centro estatal de información en salud Toluca México. 2004. Medicina de urgencias primer nivel de atención. Sección 6
Recuperado 30-10-2007. Disponible en:
<http://salud.edomexico.org.gob.mx/html/enseñanza/dsalud/litiasis%20renourete ral.pdf>

17. Roig García J, García Criado E, Torres Trillo M. 2004. lumbalgia y lumbociática aguda. Su manejo como urgencia en Atención Primaria. 23 (8) : 487-419. recuperado 30-10-07. Disponible en:
<http://www.semergen.es/seemergen2/cda/documentos/revistas/pdf/numero8/urgencias.pdf>
18. Revisiones Médicas. Grupo institucional. Fundación Santafé de Bogotá. 2002. Manejo de cefalea en urgencias. Médico legal Pp71-76
Recuperado 30-10-07. Disponible en:
http://www.medicolegal.com.co/ediciones/2_2002/recursos/pdf/rev_med_1.pdf
19. Jiménez Aranda L, Tybos F, Leiva Fernández J, Buforn Galiana A, Toscazo González R. 2004 Dolor abdominal en urgencias. Hospital clínico Universitario Virgen Victoria Málaga. Recuperado 18-11-07. Disponible en:
<http://www.medynet.com/usuarios/graguilar/manual%20de%20urgencias%20y%20emergencias/dolor.abd.pdf>
20. Revista discapacidades Crohn y colitis ulcerosa. Grupo Andaluz para el estudio de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. 2002: 48-50. Recuperado 30-10-07. Disponible en: http://www.famma.org/discapacidades/d020_crohn.pdf
21. Sánchez T, Moreno Izco I, García Mouriz E. 2004. Epigastralgia aguda. Libro electrónico de temas de urgencia. Digestivas y quirúrgicas. Servicio Navarra de Salud. Osumbidea. Recuperado 30-10-07. Disponible en:
<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencias/5.Digestiva>
22. Plan Andaluz de urgencia y emergencias. 1999. manejo del dolor abdominal agudo. revisión 0. manual 5: 0-7. Disponible en:
<http://personal.telefonica.terra.es/webweb/enfermeriaavanzada/MANUALES%20EMERGENCIAS/dolor%20abdominal.pdf>

23. Muñoz E, Bretón J. R, Sanz I, Nogueira J. M, Hernández R. 2006. Etiología y clínica de la gastroenteritis aguda infecciosa en urgencias de pediatría en un hospital Valenciano.
24. Arteaga Aceves, Castro Cante, Granel Guerrero, Lazcano Esperón. 1994. Vol. 1. Módulo de clínica en medicina Familiar. Curso de especialización en medicina familiar, para médicos generales. ISSSTE
25. Irigoyen Coria A, Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2004
26. Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina F, Fernández Ortega, Mazón Ramírez J. 2007. Orientación Familiar o terapia de familia disyuntiva del médico familiar. Boletín Médico Familiar. Recuperado 30-10-2007. Disponible en:
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/vol53-4/ivmf53-2htm>
27. Santa Cruz Varela J. Medicina social, Rev. Med. IMSS, (Méx.) 1983, 21:348-357
28. CONN: Medic. Familiar Editorial Interamericana .México, 1995
29. Rodríguez Martines M. La familia multiproblematica y el modelo sistémico. Recuperado 24-10-07. Disponible en:
<http://www.google.com.mx/search?q=definicion+de+familia+salvador+minuchin&hl=es&start=10&sa=N>
30. Consenso Académico de Medicina Familiar
Recuperado 24-10-2007. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051a.pdf>
31. Archivos de Medicina Familiar. 2005 Conceptos básicos para el estudio de las familias. 7 (1): 15-19. Recuperado 13-03-08. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051a.pdf>

32. Kuhn T. 2004. Paradigmas biomédico. Recuperado 24-10-07. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/120/12022113.pdf>
33. Pérez Morales A. (1999), Problemas éticos en la atención de urgencias. Descripción de experiencias. Revista Cubana de Enfermería 15 (2) Ciudad de la Habana Mayo-Agosto. Recuperado 24-10-07. Disponible en:
http://scielo.cu/scielo.php?pid=S0864-03191999000200014&script=sci_arttext
34. Breijo Márquez F. (2007) Guías de valoración y tratamiento de eventos mas frecuentes en un servicio de emergencias. Revista electrónica de portales Médicos. Recuperado 31-10-07. Disponible en: <Http://www.portalesmedicos>
35. Duarte S, Rúveda F, Fernández E, Parras J. (2003) Motivos de consulta y flujo de pacientes en el servicio de emergencias de un centro cardiovascular de derivación. Instituto de Cardiología Juana Francisca Cabral, Corrientes. Recuperado 30-10-07. Disponible en: <Http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl33.pdf>
36. Márquez Cabeza J. J, Domínguez Quintero B, Méndez Sánchez J, Gómez Álvarez B, Toronjo Romero S. (2007). Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un Hospital General. Medicina Familiar y Comunitaria 19: 70-78. Hospital Juan Ramón Jiménez. Recuperado 30-10-07. Disponible en: Http://www.semes.org/revista/vol19_2/5.pdf
37. Juárez Ocaña R. 2001. Problemas que enfrenta el Médico de Urgencias. Carta Editorial. 4 (3): 85-86. Recuperado 02-11-07. Disponible en:
<Http://wwwmedigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2001/tm013c.pdf>