



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE QUERETARO, QRO.

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA, FACTORES
DE RIESGO Y CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS
USUARIAS DEL CONSULTORIO NO. 4 TURNO
MATUTINO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE QUERETARO, QRO.

TRABAJO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MA. GUADALUPE MENDEZ CRUZ



QUERETARO, QRO. 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios por haberme dado la vida, por permitirme desarrollarme en el ámbito personal y profesional.

A mis hijos por su paciencia y comprensión.

A mi esposo por su apoyo incondicional, ya que sin el me hubiese sido difícil culminar mi trabajo.

A mis padres mi eterno agradecimiento, por enseñarme buenos valores, los cuales me han ayudado a lo largo de mi vida, y en especial a mi madre por su dedicación a mi persona y darme a conocer a Dios.

Y a todas las personas que de alguna manera me ayudaron en el camino para la realización de este trabajo, amigos y maestros.

GRACIAS

INDICE

	Página
Marco teórico (marco de referencia o antecedentes)	2
Planteamiento del problema	38
Justificación	39
Objetivos:	40
General	
Específicos	
Metodología	41
Tipo de estudio	
Población, lugar y tiempo de estudio	
Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
Información a recolectar (Variables a recolectar)	
Método o procedimiento para captar la información	
Consideraciones éticas	
Resultados	46
Descripción de los resultados	
Tablas (cuadros) y gráficas	
Discusión (análisis) de los resultados encontrados	64
Conclusiones	66
Referencias bibliográficas	67
Anexos	69

MARCO TEÓRICO

Hacia los años sesenta surge la necesidad de que el médico general evolucione a ser un pilar fuerte en el primer nivel de atención, ya que el médico especialista estaba cayendo en las subespecialidades abarcando solo una parte de la Medicina, con su propio campo de conocimientos y metodología y un marco propio de actuación y estaba abandonado el lado humano y la atención integral del paciente cayendo en una atención despersonalizada y fragmentada, surgiendo así el Médico de Familia con un amplio campo de conocimientos propios en las distintas ramas de la Medicina, un marco propio de actuación, sobretodo en la Atención Primaria a la Salud y una metodología propia para ser aplicada en la consulta externa, siendo el primer punto el encuentro entre el médico, el paciente y su familia y así mejorar la relación médico-paciente que se había perdido. (1).

Este cambio se inicia en Canadá en 1966, y es en Estados Unidos de América donde se inicia oficialmente en el American Board of Family and Practice en el año de 1969 siendo la primera especialidad en crear la recertificación y la vigésima especialidad en ese país, con duración de 2 a 4 años la residencia médica .

La principal característica es dar Continuidad en la Atención médica preocupándose por una Medicina más humanística, integral, integrada y costo-efectiva; llega este cambio a México en 1971. (2). Y en 1972 se forma el Colegio Mundial de Médicos de Familia (WONCA), donde se han afiliado más de 80 países en el mundo; en 1977, el comité de ministros europeos declara una resolución en la cual establece que la medicina familiar debe ser la piedra angular de los sistemas de salud.(5)

En 1974 la UNAM, otorga el reconocimiento académico de esta disciplina, siendo un paso firme para la consolidación de nuestra especialidad. En 1975 se crea el primer Departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica, en esa misma Universidad y en 1980 la SSA y el ISSSTE inician la formación de Médicos Familiares. En 1998 se crea el Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar (CMCMF), para garantizar la capacidad técnica de estos especialistas.

En 1978 en la conferencia internacional de Alma-Ata, los países pertenecientes a la OMS propusieron la meta de salud en el año 2000 para todos.

En Latinoamérica y el Caribe en el año de 1981 se crea en Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), donde colaboran distinguidos Médicos Mexicanos. (5)

En 1991 WONCA y la OMS también emiten una declaración “El papel del médico de familia en los sistemas de atención a la salud” refiriéndose al rol del médico de familia dentro de la atención primaria.

En 1994 en Ontario, Canadá se lleva a cabo otra reunión que señala cómo el médico familiar en su ejercicio de su profesión, puede contribuir a la atención de las necesidades de la población.(5)

En 1996 el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) realiza en Buenos Aires Argentina una reunión de trabajo sobre la medicina familiar y la reforma en los sistemas de salud. Ese mismo año el CIMF se convierte en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, donde afilia actualmente a las sociedades nacionales de 17 países y en el 2002 lleva a cabo la Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar reuniendo a Ministros y Viceministros de salud de los 17 países, donde se establecen una serie de compromisos en materia de formación de Médicos Familiares en postgrado, y en el pregrado, además del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, quedando plasmados en la Declaración de Sevilla, incluyéndose México.

En junio del 2002 se aprueba por medio de WONCA la 6ª Región Mundial, llamada Región WONCA Iberoamericana-CIMF, convirtiéndose en una nueva región WONCA.(5)

El contexto mexicano del sistema de salud tiene como objetivo la universalidad en la cobertura de los servicios, la equidad y la calidad, estos aspectos en el país los puede garantizar solo una disciplina y esa es la Medicina Familiar.

CONCEPTOS BASICOS DE MEDICINA FAMILIAR

En la Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud (PRCAMEF), el cual tuvo lugar en la Ciudad Universitaria, México, DF., del 15 al 17 de junio del 2005 en el 5º Coloquio Nacional y 3º Internacional de Profesores Investigadores en Medicina Familiar. Fue el resultado del esfuerzo de los 5 organismos colegiados de mayor prestigio académico en la Medicina Familiar en México, con el objetivo de “alcanzar un consenso académico de conceptos y elementos básicos para el estudio y la práctica de la Medicina Familiar”.

Esto se hace con la finalidad de unificar criterios que se adapten a nuestro sistema de vida Familiar en México.

En los 50 años que lleva la Medicina Familiar han surgido cambios en cuanto a la estructuración y funcionamiento de las familias, por ejemplo con la gran cantidad de mujeres que salen a trabajar se han perdido los valores en las familias actuales, ahora tenemos familias en unión libre hetero u homosexuales, por lo tanto se deben de cambiar los conceptos actuales de las familias ya que estos siguen revolucionando.

Efectivamente los resultados de la PRCAMF nos orientan hacia la unificación de conceptos y criterios para la continuación de la práctica de la Medicina Familiar en México, así como la actualización de estos conceptos y criterios y continuar dando calidad en la atención familiar .

ELEMENTOS ESENCIALES DE LA MEDICINA FAMILIAR En la PRCFAMF

Se llego a la conclusión de las siguientes definiciones:

DEFINICION DE MEDICINA FAMILIAR

“Especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia”.

La medicina familiar comprende 3 ejes fundamentales: el estudio de la familia, la continuidad en la atención y la acción anticipatoria. (15)

El estudio de la familia se refiere a la identificación del entorno bio-psico-social en el que toda persona o individuo se desarrolla.

La continuidad en la atención se refiere a la orientación en el seguimiento del proceso salud-enfermedad de las personas, sin importar edad, sexo y la naturaleza de la enfermedad.

La acción anticipatoria está basada en un enfoque de riesgo y nos da la pauta de planear estrategias de atención y medidas de prevención en la población expuesta. (15)

Definiéndose al Médico de Familia como, el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.

Es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y 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. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar 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”

DEFINICION DE MEDICO FAMILIAR

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

PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR

Para definir el perfil del médico familiar se basa en el desempeño de su ejercicio profesional, sus conocimientos, habilidades, actitudes, valores y actividades que desarrolla en cada una de ellas. Las áreas que abarca son : Asistencial, administrativa, educativa e investigación.

En el área asistencial: Los conocimientos que el médico de familia debe de aplicar es una atención médica integral y continua tanto al individuo como a su familia, debe de tener un perfil epidemiológico, los clínicos requeridos por las necesidades de atención relacionados con el perfil epidemiológico, modelos de abordaje de la atención médica, modelos de relación médico paciente, conocimientos bioéticos, conocimiento de ciencias sociales, estudio de la salud familiar e informática.

Las habilidades que debe adquirir es ser efectivo y eficiente, orientador, debe existir una relación efectiva médico-paciente-familia, tomar decisiones compartidas, detectar oportunamente enfermedades indiferenciadas, usar los modelos de abordaje de la atención médica más adecuada al problema de salud que enfrenta, tener una capacidad resolutive o referir en forma oportuna, valorar con justicia los elementos subjetivos y objetivos durante la práctica médica y empatía con el paciente.

En cuanto a actitudes y valores, debe haber respeto al individuo y su contexto en cuanto a su cultura, el médico debe ser responsable, humanista, debe ser consiente de sus alcances y limitaciones profesionales, tener conciencia de su compromiso social, respeto a las normas éticas, compromiso y solidaridad en el vínculo con el individuo y su familia, compromiso de seguimiento del paciente durante su atención médica, compasión, sinceridad, honestidad y liderazgo.

Las actividades que debe aplicar es la atención continua e integral y de trabajo con la comunidad, orientar a la familia, trabajar en equipo, hacer prevención, curación, rehabilitación y paliación, aplicar atención de primer contacto, atención centrada en la persona y la familia, tomar decisiones compartidas, detección oportuna, manejar en forma integral padecimientos agudos y/o crónicos, utilizar modelos de abordaje de la atención de los pacientes en diversos escenarios.

En el área administrativa: El médico de familia debe tener conocimientos en la administración de servicios, en la economía y salud, debe tener liderazgo, saber sobre informática, conocer leyes y reglamentos en materia de salud.

Las habilidades que debe adquirir es ser gestor en coordinación con el equipo de salud y saber optimizar los recursos.

Las actitudes y valores, actitud de servicio, honradez, respeto a los individuos e instituciones.

En cuanto a las actividades a desarrollar son coordinar al equipo de salud. Optimizar recursos, promover el desarrollo organizacional e los diversos escenarios de trabajo.

En el área educativa: Los conocimientos serán en educación médica, lectura crítica, lectura de textos médicos en inglés e informática.

Las habilidades serán en educación y promoción de la salud, como asesor, como evaluador de los programas educativos y formador de nuevos recursos humanos.

Las actitudes y valores son el compromiso con su desarrollo profesional, así como compromiso y respeto con sus educandos.

Las actividades es educar, promover la salud, asesorar, desarrollar y actualizar sus conocimientos y habilidades.

En el área de investigación: Los conocimientos serán conocer la Metodología de la Investigación, estadística e informática.

Las habilidades a desarrollar es la evaluación de los resultados de la investigación y su aplicación práctica.

Actitudes y valores: Ética y rigor metodológico.

Las actividades a desarrollar son planear, diseñar, conducir proyectos de investigación y difundirlos en los medios existentes. (4)

CONCEPTOS BASICOS PARA EL ESTUDIO DE LAS FAMILIAS

CONCEPTO DE FAMILIA.-“Es un grupo social, organizado como un sistema abierto, construido por 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”.

ESTRUCTURA FAMILIAR.-Es un conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran el grupo familiar.

FUNCIONES DE LA FAMILIA:

Se refiere a las tareas que les corresponde realizar a cada uno de los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

- ❖ **Socialización.-** Se refiere a la promoción de las condiciones que favorecen en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de sus valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- ❖ **Afecto:** es la interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la unión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- ❖ **Cuidado:** es la protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diferentes necesidades del grupo familiar.
- ❖ **Estatus:** es la participación y la transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- ❖ **Reproducción:** Es la continuidad de nuevos miembros a la sociedad.
- ❖ **Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.**

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

Se clasifican en 5 ejes fundamentales:

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

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA DE ACUERDO AL PARENTESCO

Es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción matrimonio u otra relación análoga a esta.

Con parentesco:

- **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 sin 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 o 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 realiza funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos y hermanos, etc.).

SIN PARENTESCO:

- **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. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etc.

CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA:

Esta presencia física en el hogar es importante para la práctica de la Medicina Familiar ya que se pueden identificar ciertos riesgos de enfermedades transmisibles infecciosas, además está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias. Se clasifican de la siguiente manera:

- **Núcleo integrado.-** Presencia de ambos padres en el hogar.
- **Núcleo no integrado.-** No hay presencia física de algunos 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 los familiares colaterales (tíos. Primos, abuelos, etc.).

CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA:

Con esta clasificación identificamos familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas y del origen de los recursos de subsistencia aportada por el jefe de familia.

- **Agrícolas y pecuarias.**
- **Industrial**
- **Comercial.**
- **Servicios.**

CON BASE EN SU NIVEL ECONOMICO:

Influye significativamente en diversos elementos vinculados con la salud. Se han observado enfermedades relacionadas en forma importante con la pobreza y es de suma importancia evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud del individuo y su familia. En estudios recientes se ha visto que el ingreso familiar no es el único factor de riesgo pero si uno de los más importantes.

NUEVOS ESTILOS DE VIDA PERSONAL FAMILIAR ORIGINADOS POR LOS CAMBIOS SOCIALES:

Esto se debe a los cambios sociales que se han generado en la actualidad y que han generado otras formas o estilos de convivencia, los cuales repercuten en la salud individual y familiar.

- **Persona que vive sola.-**Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital.

- **Matrimonios o parejas de homosexuales.-** Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos.
- **Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos.-** Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.
- **Familia grupal.-** Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro el grupo.
- **Familia Comunal.-** Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.
- **Poligamia.-** Incluye la poliandria y la poliginia.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Esta comprende como en todos los seres vivos nacer, crecer, reproducirse y morir, actualmente se utiliza la clasificación de Geyman:

- ❖ **Fase de matrimonio.-** La cual comprende desde el vínculo del matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.
- ❖ **Fase de expansión.-** Se refiere la llegada e integración de los nuevos miembros de la familia.
- ❖ **Fase de dispersión.-** Esta fase abarca desde la edad escolar de los integrantes de la familia hasta la adolescencia.
- ❖ **Fase de independencia.-** Esta se presenta cuando alguno de los hijos de mayor edad se casa formando nuevas familias.
- ❖ **Fase de retiro y muerte.-** En esta etapa la familia se enfrenta a situaciones críticas como la jubilación, el desempleo, la viudez y el abandono.

DINAMICA FAMILIAR

Se refiere a un proceso en el que intervienen transacciones, interacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de la familia, que tiene un contexto cambiante en cada etapa de evolución de la familia y permite o no, la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del equipo familiar.

Robert B. Taylor menciona la Condición mínima en las familias, que la comunicación debe ser efectiva, coherente entre lo que expresamos y los que decimos, ya que si no es así puede llevar a una familia a tener dificultades para resolver sus conflictos. Es necesario que todos los miembros de la familia puedan expresar sus necesidades, emociones y expectativas sin temor a ser rechazados o no considerados por los demás.

El conflicto es un hecho básico de la vida y una oportunidad para ir creciendo y aprendiendo, sin embargo en muchas relaciones se trata de evitar, ya que nuestra cultura tiende a desvalorizar y crear cierto temor frente a las diferencias de opinión y tendemos a relacionar conflicto con una resolución violenta, ya sea física o psicológica. Entendiendo por conflicto como el pensar u opinar diferente y se asocia a sentimientos muy íntimos como tensiones, acusaciones, falta de disposición a escuchar, a comprometerse, falta de acuerdo.; si este no es resuelto los sentimientos asociados a él quedan guardados y se acumulan cada vez que hay un conflicto, produciendo un desgaste enorme de energía en las personas, puede llegar a estallar y manifestarse en conductas violentas, sin haber llegado al problema de fondo.

También menciona que los roles familiares deben ser claros y que cada miembro de la familia cumpla con sus roles ya establecidos.

Muchas veces las tareas habituales del hogar llegan a ser responsabilidad solo de algunos miembros de la familia y la condición mínima está dirigida a que todos los miembros de la familia tengan alguna responsabilidad en las tareas del hogar.

Se puede observar a la familia como un sistema que se relaciona conformando redes de relaciones humanas, siendo importante para la familia conocer y “reconocer” sus redes.

La violencia intrafamiliar es un trastorno de la dinámica familiar, que requiere de un tratamiento especializado de alta complejidad. Es una situación de abuso de poder o maltrato físico o psíquico, de un miembro de la familia hacia otro integrante y manifestarse a través de golpes, insultos, manejo económico, chantajes, control de las actividades, abuso sexual, aislamiento de familiares y amigos, prohibición a trabajar fuera de la casa, abandono afectivo, humillaciones, o no respetar las opiniones.

Cuando un niño de la familia requiera estar internado en algún sistema de protección es muy importante que se mantenga el vínculo familiar, visitándolo regularmente; si esto no ocurre, el Apoyo Familiar deberá de investigar las razones junto con la familia para así llegar a un acuerdo y superarlas de alguna manera.

De igual manera si un joven de la familia se encuentra internado en algún sistema de privación de la libertad, se debe también mantener el vínculo con su familia como soporte. Al igual si este apoyo no se da investigar las razones y trabajarlas en conjunto con la familia. (13)

SALUD FAMILIAR

Es el buen funcionamiento de la familia en el aspecto psicológico, biológico y social, ya que esto influye para una buena salud, una interacción adecuada con otras familias y su entorno familiar de los integrantes de la familia.

EVALUACION DE LA FAMILIA

Es un proceso fundamental para llevar a cabo intervenciones promocionales y preventivas para la salud, establecimiento de diagnósticos, manejo, tratamiento, rehabilitación o paliación. Con este proceso se obtienen de los individuos y sus familias información que está en relación con los elementos que intervienen en el proceso salud-enfermedad, análisis y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial. Para llevar a cabo esta evaluación el médico de familia utilizará una estrategia de carácter clínico, incluyendo al individuo y su familia, integrando las esferas biológicas psicosociales a través del Estudio de Salud Familiar (ESF). Este estudio no se justifica en todas las familias que están bajo el cuidado de los médicos familiares, se recomienda solo en casos o padecimientos especiales y para su estudio existen algunos instrumentos básicos para el ESF, se mencionarán los más utilizados, probados y validados:

- ❖ Genograma
- ❖ Clasificación familiar
- ❖ Ciclo Vital familiar
- ❖ Apgar familiar
- ❖ FACES III
- ❖ Índice simplificado de pobreza familiar
- ❖ Escala de reajuste social de Holmes y Rahe.
- ❖ Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) de Sherbourne CD y Sewart AL de apoyo social.
- ❖ El Genograma: Representa gráficamente las principales características de un grupo familiar a lo largo del tiempo. Es de gran utilidad clínica y se le conoce también como familiograma el cual reconoce procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de varias generaciones. Este instrumento es fundamental para el médico familiar ya que le permite elaborar hipótesis diagnósticas biopsicosociales y nos conduce a intervenciones terapéuticas y de rehabilitación.(11)

EVALUACION DE LA FUNCION FAMILIAR

Esta se define a través de las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Si estas tareas se cumplen va a permitir la interacción con otros sistemas sociales y en consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional.

Esto genera que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no se cuenta en realidad con técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta, a que solamente se miden aspectos parciales de su función.

En Medicina Familiar la evaluación de la función familiar difiere de otras disciplinas científicas, ya que tiene características específicas con el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y que permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en Medicina Familiar.

En resumen se puede considerar que una familia es funcional si cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar.(4)

CODIGO DE BIOETICA EN MEDICINA FAMILIAR

La responsabilidad es un principio que a la luz de los cambios sociales, demográficos, políticos y económicos, los avances científicos y tecnológicos se van a traducir a una mayor complejidad dentro del proceso de toma de decisiones, esto obliga a los Médicos Familiares a desarrollar un marco bioético de referencia de la práctica profesional, el cual nos ayudará a un desempeño efectivo y ético ante estos cambios vertiginosos.

Para esto el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, AC. (En julio 2003) Identificó la necesidad de construir un Código de Bioética en la cual contenga las normas necesarias para guiar la conducta del médico familiar ante los nuevos dilemas éticos/deontológicos los cuales sirvieran para normar la calidad de su actuación profesional y se elaboró por vez primera versión e este Código de Bioética en Medicina Familiar.

FUNDAMENTACION BIOÉTICA

Asume que la dimensión moral de la Medicina Familiar exige a los profesionales de esta especialidad a un conjunto de actitudes, principios y valores que son producto de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y del respeto y observancia a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que necesitan de atención médica, como integrantes de una familia y de la sociedad en su conjunto.

El médico familiar asume que la relación con las personas que demandan sus servicios, así como la relación con otros profesionales de la atención de la salud y con quienes se forman bajo su responsabilidad para el desempeño de la Medicina Familiar y de la investigación en el cual se fundamenta el respeto a la dignidad humana, la cual se entiende como la condición del hombre que lo caracteriza como un ser racional, afectivo y volitivo con facultades y capacidades que lo hacen diferente a los demás seres de la biosfera.

Es así como la Medicina Familiar reclama así al profesional su disposición para prestar un servicio con calidad y eficiencia, al realizar tareas educativas y de investigación bajo el respeto, tolerancia, comprensión y responsabilidad moral, que se sostienen en los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y justicia, así como en valores como la vida digna, la salud, la libertad con responsabilidad y equidad.

El médico de familia asume así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad, en el marco de un auténtico humanismo.

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO

El éxito en el control de las principales enfermedades infecciosas, que hicieron estragos aun en los países más avanzados, han dado paso en las naciones a la aparición de un nuevo patrón de enfermedad con un nivel de vida más alto. Las enfermedades agudas graves han sido sobrepuestas a las enfermedades crónicas, trastornos del desarrollo, anomalías de la conducta, accidentes y una gama distinta de procesos infecciosos. La disminución de la mortalidad en los niños y en los adultos ha dado lugar a que en las generaciones subsecuentes aumente la población adulta mayor.(20)

A nivel mundial las causas de enfermedades en hombres de 15 años en adelante son: VIH/SIDA en un 7.4%, la enfermedad isquémica del corazón en un 6.8%, la enfermedad Cerebrovascular en un 5%, el desorden depresivo unipolar en un 4.8%, accidentes automovilísticos en un 4.3%, la tuberculosis en un 4.2%, los desordenes en el consumo el alcohol en un 3.4%, violencia en un 3.3%, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un 3.1%, la pérdida auditiva en el adulto mayores en un 2.7%.

En las mujeres de 15 años en adelante son: desordenes depresivos unipolares en un 8.4%, VIH/SIDA en un 7.2%, enfermedad isquémica del corazón en un 5.3%, la enfermedad Cerebrovascular con un 5.2%, cataratas en un 3.1%, pérdida auditiva en adultos mayores con un 2.1%, la enfermedad obstructiva crónica con un 2.7%, tuberculosis con un 2.6%, osteoartritis con un 2.0% y Diabetes mellitus en 1.9%.(22)

El número de habitantes en México en el 2005 fueron 103 263 383, de estos el número de habitantes en el Estado de Querétaro fue de 1 598 139 lo cual corresponde a un 1.54% de la población total del país. (9)

El 51.6% son mujeres y el 48.4% son hombres. Generalmente fallecen más hombres que mujeres, en el 2006 se registraron 127 defunciones de hombres por 100 mujeres. (10)

En México en los primeros años del siglo XXI ha surgido una serie de transformaciones globales y vertiginosas, nuestro sistema de salud posee grandes fortalezas pero también algunas debilidades por cumplir en cuanto a la protección a la salud para que esto sea un éxito.

.

En México predominan las enfermedades no transmisibles y las lesiones; se dice que están asociadas al envejecimiento de la población y al aumento de riesgos al estilo de vida poco saludables.

En los últimos 50 años en México se presenta un descenso importante de la mortalidad en todos los grupos de edad.

Los estilos de vida poco saludables son: el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala nutrición, consumo de drogas, vialidad insegura y prácticas sexuales de alto riesgo.

Según estimaciones de la Dirección General de Información de la Secretaría de Salud el 84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones y el 53% son en mayores de 65 años.

El 97% de los recién nacidos alcanzan su primer año de vida y las mujeres llegan a vivir casi 80 años.

En 1950 la mortalidad era de 16 defunciones por 1000 habitantes, en el 2005 fue de 4.4 por 1000 habitantes, produciéndose un aumento en la esperanza de vida paso de 49.9 en 1950 a 78 años en mujeres y 73 años en hombres en el 2005; en zonas rurales disminuye a 10 años la esperanza de vida y en las poblaciones indígenas apenas supera los 65 años.

La mortalidad se acompaña con la disminución de la natalidad; el número de hijos por mujer en edad reproductiva paso de 6.8 en 1970 a 2.2 en el 2006. La disminución de la mortalidad y de la natalidad, así, como el aumento en la esperanza de vida, da como resultado un envejecimiento poblacional y una disminución de la población infantil.

Los mayores de 65 años muestran una tasa de crecimiento superior al 4% anual, para el 2030 será del 12% de la población nacional.

Menos del 15% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, el 11% a lesiones accidentales o intencionales y un 73% a padecimientos no transmisibles.

La mortalidad en 1950 en los menores de 5 años se encontraban en un 50% y en un 15% en los mayores de 65 años; en el 2005 el 50% de las muertes en los mayores de 65 años y menos del 10% en los menores de 5 años.

Las principales causas de muertes el 33% en mujeres y el 26% en hombres son la Diabetes Mellitus, Enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro vasculares.

Las principales causas de muerte en el hombre en México en el 2005 fueron la Diabetes Mellitus en un 11.3%, la Enfermedad isquémica del corazón en un 10.9%, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en un 7.6%, la enfermedad cerebrovascular en un 4.7%, la EPOC en un 4.1%, las agresiones

en un 3.2%, accidentes de vehículo de motor en un 3.1%, Infecciones Respiratorias agudas bajas en un 2.9%. (23)

Por ejemplo en el IMSS los datos más importantes es el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, ocupando el primer lugar la Hipertensión Arterial con un 11%, la Faringitis Aguda 7% la Rinofaringitis Aguda 5%, la Diabetes mellitus no insulino dependiente 5%, la Diabetes mellitus no especificada 4%, la supervisión del Embarazo 4%, las infecciones agudas de vías respiratorias superiores 3%, la Diarrea y Gastroenteritis 3%, Otros trastornos del sistema urinario 3%, el Examen general de personas 2%(21)

Así mismo los 10 principales motivos de consulta en Nayarit México fueron : Enfermedades diarreicas, Enfermedades Respiratorias, Enfermedades Crónico-Degenerativas, Parasitosis, Micosis, Picaduras, Infecciones Urinarias, Artrosis, Cervicovaginitis y Otras. (15)

Dentro del consultorio No 4 de la C.M.F. ISSSTE Querétaro, México, las 10 principales causas de consulta tanto de primera vez como subsecuentes fueron en orden de aparición la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Infecciones Respiratorias altas, Dislipidemias, Infección de Vías Urinarias, Dispepsia, Enfermedades Diarreicas Agudas, Micosis (todas), Ansiedad, Osteoartrosis.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Etiología.- Es un padecimiento multifactorial. Puede ser primaria, idiopática, y/o esencial, y secundaria cuando su origen deriva de alteraciones de algunos órganos como son corazón, riñón, hígado, etc.

Frecuencia.- Afecta aproximadamente de 20 a 25% de la población mayor de 25 años de edad de raza blanca y 30% de la población de raza negra, en México el 26.6% de la población de 20 a 69 años de edad la padece, de estos el 90% sufre la hipertensión arterial sistémica esencial, primaria o idiopática.

Definición: Es una enfermedad, pero también puede ser un factor de riesgo importante para otras enfermedades, y se define cuando la Presión Arterial Sistólica es de 140 mm de Hg y presión arterial diastólica es de 90 mm de Hg en adultos.

Clasificación: Según cifras de JNC-2003

Categoría	TA sistólica mm/Hg	TA diastólica mm/Hg
Normal	menor de 120	menor de 80
Prehipertensión	120-139	80-89
Hipertensión		
Grado 1	140-159	90-99
Grado 2	160 o más	100 y más

Daño a órganos blanco y enfermedad cardiovascular hipertensiva evidente a nivel:

Cardiaco: hipertrofia ventricular izquierda de moderada a severa, disfunción cardíaca sistólica o diastólica, insuficiencia cardíaca sintomática, infarto del miocardio, angina de pecho, enfermedad isquémica del miocardio o revascularización previa.

Vascular: enfermedad arterial periférica, enfermedad arterial carotídea, aneurisma de la aorta, presión de pulso amplia (mayor de 65 mm-Hg).

Renal: albuminuria (excreción de albumina urinaria mayor de 300 mg/d), enfermedad renal crónica (tasa de filtración glomerular estimada menor de 60 mL/min) o insuficiencia renal terminal.

Cerebrovascular: accidente vascular cerebral e isquemia cerebral transitoria.

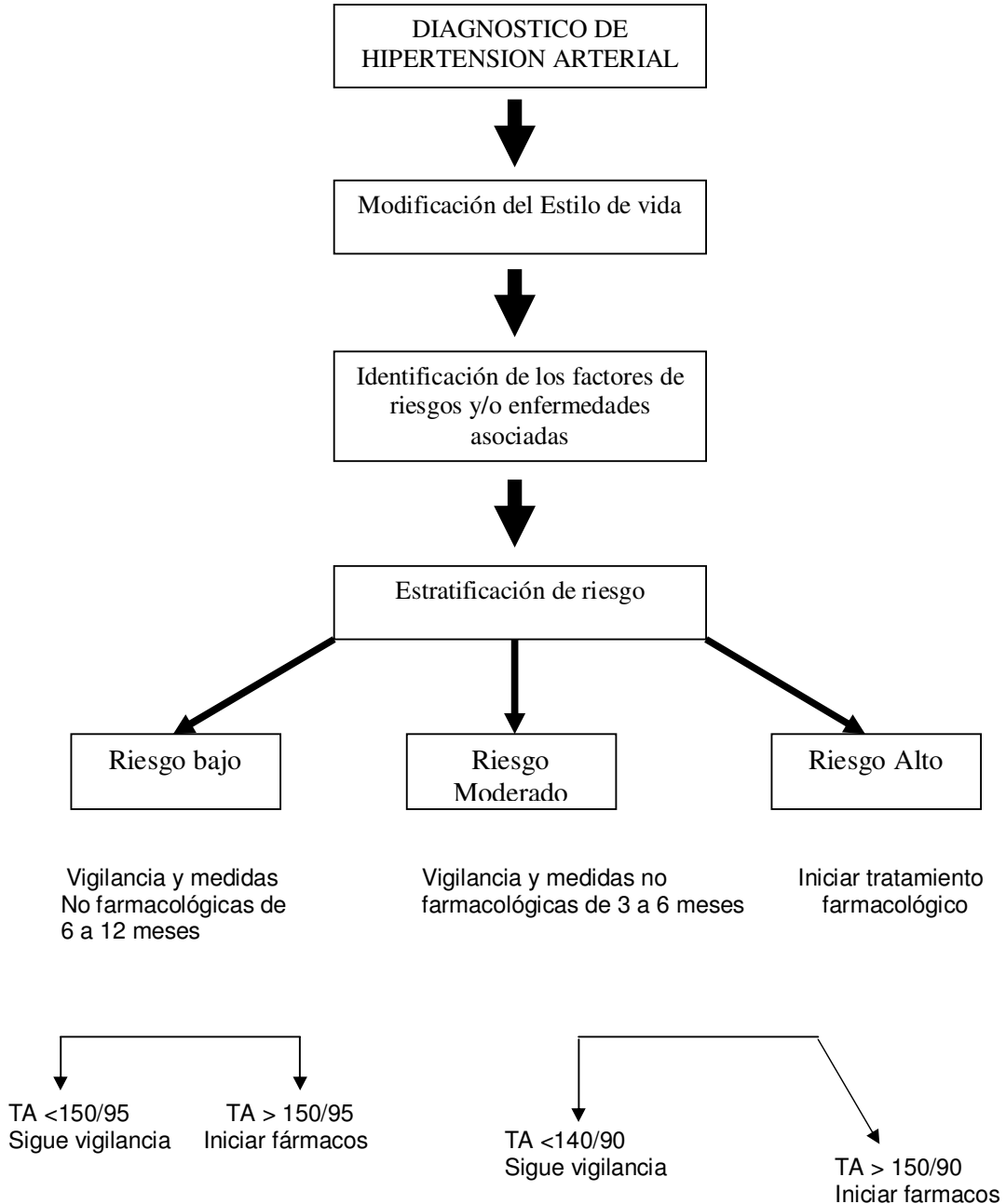
FACTORES DE RIESGO PARA LA ESTRATIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Factores de riesgo mayores:

- Tabaquismo
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus
- Edad mayor a 60 años
- Sexo (hombres), (mujeres postmenopáusicas).
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular.

Lineamientos generales para el tratamiento de la hipertensión arterial.

ALGORITMO



TRATAMIENTO

Tratamiento: individualizar. Existen 2 tipos de tratamiento, farmacológico y no farmacológico.

No farmacológico: modificaciones en el estilo de vida:

- Control de peso corporal
- Aumento de la actividad física
- Manejo del estrés
- Eliminación o disminuir ingestión de alcohol
- Disminución de la ingesta de sal y eliminar hábito de fumar
- Mantener una ingesta adecuada de potasio, calcio y magnesio.
- Reducir la ingesta de grasas saturadas y colesterol. E incrementar la ingesta de futas, vegetales y consumir de preferencia grasas poliinsaturadas y alimentos ricos en fibra
- Reducir la ingesta de café, té y refrescos de cola.

Farmacológico: diuréticos, betabloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio (BCC), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de receptores de angiotensinas II (ARA II), inhibidores directos de retina y otros vasodilatadores.

El fármaco de primera elección: puede estar sujeto a efectos de otros factores clínicos concomitantes como la presencia de angina de pecho, insuficiencia cardíaca, hipertrofia ventricular izquierda, diabetes mellitus, obesidad, hiperlipidemia, gota y enfermedades broncopásticas.

Diuréticos:

Hidroclorotiazida: Dosis de 12.5 a 25 mg/día, inicial 25 mg en una toma.

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

Espironolactona: Dosis de 25 a 50 mg/día, inicial 50 mg en una a dos tomas. Inhibidor competitivo de la aldosterona, de utilidad en pacientes propensos a los efectos adversos de las tiazidas y afecciones asociadas a hiperaldosteronismo, antes de ajustar la dosis debe valorarse al paciente durante dos semanas.

Amilorida: Dosis de 5 mg/día, inicial 5 mg/días en una solo toma.

Antagonista Adrenérgicos de Acción Central. No alteran los lípidos ni retiene líquidos, tener precaución por síndrome de suspensión, contraindicados en Hipotensión Ortostática, Hepatopatía y embarazo.

Metildopa: Dosis de 250 a 1,000 mg/día, inicial 250 mg de 2 a 3 tomas.

Antagonista Beta Adrenérgicos. Disminuye la recurrencia de cardiopatía isquémica y la ansiedad, además son útiles en Glaucoma o Migraña. Precaución en enfermedades vasculares periféricas, diabetes mellitus tipo I,

insuficiencia cardiaca, espasmo coronario. Contraindicados en Asma, Bradicardia, Bloqueo A-V.

Atenolol: Dosis de 25 a 100 mg/día, inicial 50 mg/día en una toma.

Metoprolol: Dosis de 50 a 100 mg/día, inicial 50 mg en una o 2 tomas. Dosis bajas puede administrarse en pacientes con afecciones Broncoespásticas, Diabetes y Vasculopatía Periférica, comparados con los no cardioselectivos quizás tenga un efecto menos adverso sobre los niveles de colesterol.

Propranolol: Dosis 40 a 160 mg/día, inicial 40 mg/día en 2 o 4 tomas.

Antagonista Alfa Adrenérgico, producen vasodilatación periférica. No afecta el gasto cardiaco ni alteran los lípidos, no producen sedación, contraindicados en Hipotensión Ortostática.

Prazosina: Dosis 1 a 6 mg/día, inicial 1 mg de 3 a 3 tomas. Produce el denominado fenómeno de la primera dosis, que consiste en un síncope súbito cuando se administra por primera vez mas de 1 mg, se presenta en 1% de los pacientes. Para evitar esto, la dosis inicial debe ser 1 mg por la tarde/noche y posteriormente incrementarla si es necesario. Es posible que reduzca los niveles de colesterol total y lipoproteínas de baja densidad, aumentando las de alta.

BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO/CALCIO ANTAGONISTA

DIHIDROPIRINAS

Nifedipina: Dosis de 30 a 40 mg/día, inicial 10 mg en 1 o 3 tomas. Puede ser parcialmente útil en pacientes con Cardiopatía Isquémica e Has, cuando se emplea en la Hipertensión Sistólica Aislada en pacientes de edad avanzada, la dosis inicial debe reducirse a 5 mg para evitar una posible vasodilatación brusca. La incidencia de palpitaciones, sofocos o cefaleas se reduce considerablemente con la administración simultánea de un Beta Bloqueador. No debe usarse en pacientes con Estenosis Aórtica, Cardiomiopatía Obstructiva o Depresión del Miocardio. **No debe usarse para controlar urgencias Hipertensivas en forma sublingual.**

Felodipina: Dosis de 5 a 10 mg/día, inicial 5 mg/día en una toma.

Bloqueadores de receptores de Angiotensina II.

Losartan: Dosis de 25 a 100 mg en una o dos tomas.(29)

DIABETES MELLITUS

Definición: Es un síndrome orgánico multisistémico crónico, caracterizado por un aumento de los niveles de glucosa en sangre, considerado dentro de un grupo heterogéneo de enfermedades que forma parte del síndrome metabólico.

Epidemiología: Para el año 2000, de acuerdo con la OMS, se estimó que alrededor de 171 millones de personas eran diabéticos en el mundo y que llegarán a 370 millones en 2030. De acuerdo a la encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles el 8.2% de la población de 20-69 años padece DM 2. De ellos tiene conocimiento el 68.7% y el 31.3% lo ignoraba.(30)

Factores de riesgo:

- 1.- Antecedente familiar de DM2, Obesidad, Hipertensión, Hiperlipidemia.
- 2.- Obesidad más del 20% o un IMC mayor de 25 Kg/m².
- 3.- Raza (México-Americanos, Mexicanos, pima).
- 4.- Edad mayor de 45 años.
- 5.- Intolerancia a la glucosa, en ayuno o postprandio.
- 6.- Hipertensión Arterial.
- 7.- Hiperlipidemia.
- 8.- Antecedente de Diabetes Gestacional o al nacimiento de niños con más de 4.5 kgs.
- 9.- Ovario poliquísticos con elevación de dehidroepiandrosterona.
- 10.- Sedentarismo.(29)

Fisiopatología

Las células metabolizan la glucosa para convertirla en energía útil; por ello el organismo necesita recibir glucosa, absorberla para que circule en la sangre y se distribuya por todo el cuerpo, de la sangre entre al interior de las células para que pueda ser utilizada. Esto último sólo ocurre bajo los efectos de la insulina, hormona secretada por el páncreas.

En la diabetes mellitus el páncreas no produce o produce muy poca insulina (DM Tipo I) o las células del cuerpo no responden normalmente a la insulina que se produce (DM Tipo II).

Esto evita o dificulta la entrada de glucosa en la célula, aumentando sus niveles en la sangre (hiperglucemia). La hiperglucemia crónica que se produce en la diabetes mellitus tiene un efecto tóxico que deteriora los diferentes órganos y sistemas y puede llevar al coma y la muerte.

Varios procesos patológicos están involucrados en el desarrollo de la diabetes, estos varían desde destrucción autoinmune de las células β del páncreas con la posterior deficiencia de insulina como consecuencia característica de la DM tipo 1, hasta anomalías que resultan en la resistencia a la acción de la insulina como ocurre en la DM tipo 2. La etiología de la diabetes Gestacional es parecida a la de la DM tipo 2, debido a que las hormonas del embarazo pueden crear insulinoresistencia en una mujer predispuesta genéticamente a este padecimiento.(30)

Clasificación:

- Diabetes Tipo 1 (A: Inmunitaria, B: Ideopática).
- Diabetes Tipo 2.
- Otros tipos específicos.
- Gestacional.

Diabetes mellitus tipo 1

Este tipo de diabetes corresponde a la llamada, antiguamente, *Diabetes Insulino dependiente* o *Diabetes de comienzo juvenil*, esta se presenta mayormente en individuos jóvenes, aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida, y se caracteriza por la nula producción de insulina debida a la destrucción autoinmune de las células β de los Islotes de Langerhans del páncreas mediadas por las células T. Se suele diagnosticar antes de los 30 años de edad.

Diabetes mellitus tipo 2

Se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina). Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la obesidad. Varios fármacos y otras causas pueden causar este tipo de diabetes. Es muy frecuente la diabetes tipo 2 asociada a la toma prolongada de corticoides, frecuentemente asociada a la hemocromatosis no tratada. Insulinorresistencia. La diabetes tipo 2 influye un 80%-90% de todos los pacientes diabéticos.

Otros tipos de diabetes mellitus

Otros tipos de diabetes mellitus menores (< 5% de todos los casos diagnosticados):

- Tipo 3A: defecto genético en las células beta.
- Tipo 3B: resistencia a la insulina determinada genéticamente.
- Tipo 3C: enfermedades del páncreas.
- Tipo 3D: causada por defectos hormonales.
- Tipo 3E: causada por compuestos químicos o fármacos.

Síntomas y signos de DM no tratada o mal tratada:

- Poliuria, polidipsia y polifagia.
- Vaginitis en mujeres, balanitis en hombres.
- Pérdida de peso a pesar de la polifagia.
- Aparición de glucosa en la orina.
- Ausencia de la menstruación en mujeres.
- Aparición de impotencia en los hombres
- Dolor abdominal.
- Fatiga o cansancio.
- Cambios en la agudeza visual.
- Hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca, úlceras o heridas que cicatrizan lentamente.
- Debilidad.
- Piel seca
- Irritabilidad
- Cambios de ánimo

■ **Diagnóstico:**

Se basa en la medición única o continua de la concentración de glucosa en plasma.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció los siguientes criterios en 1999 para establecer con precisión el diagnóstico:

Síntomas clásicos de la enfermedad (Poliuria, Polidipsia, Polifagia y Pérdida de peso inexplicable) más una toma sanguínea casual o al azar con cifras mayores o iguales de 200mg/dl (11.1mmol/L)

Medición de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126mg/dl (7.0mmol/L). Ayuno se define como no haber ingerido alimentos en al menos 8 horas.

La prueba de tolerancia a la glucosa oral. La medición en plasma se hace dos horas posteriores a la ingesta de 75g de glucosa en 30ml de agua; la prueba es positiva con cifras mayores o iguales a 200mg/dl.(30)

Complicaciones: daña frecuentemente a ojos, riñones, nervios periféricos y vasos sanguíneos. Sus *complicaciones agudas* son (generalmente hipoglucemia, cetoacidosis, coma hiperosmolar no cetósico y acidosis láctica, esta última muy raramente) consecuencia de un control inadecuado de la enfermedad, mientras sus *complicaciones crónicas* (enfermedades cardiovasculares, nefropatías, retinopatías, neuropatías y daños microvasculares) son consecuencia del progreso de la enfermedad. Enfermedades a consecuencia de la diabetes.

Independiente del tipo de diabetes mellitus, un mal nivel de azúcar en la sangre conduce a las siguientes enfermedades:

- Microangiopatía.
- Polineuropatía.
- Pie Diabético.
- Retinopatía.
- Nefropatía.
- Esteatosis hepática.
- Macroangiopatía (infartos, apoplejías e Insuficiencia Venosa en las piernas).

Complicaciones agudas:

Estados hiperosmolares: comprenden dos entidades clínicas definidas: la cetoacidosis diabética (CAD) y el coma hiperosmolar no cetósico (CHNS). Ambos tienen en común, la elevación patológica de la osmolaridad sérica. Esto es resultado de niveles de glucosa sanguínea por encima de 250 mg/dL, llegando a registrarse, en casos extremos más de 1 000 mg/dL. La elevada osmolaridad sanguínea provoca diuresis osmótica y deshidratación, la cual pone en peligro la vida del paciente.

La cetoacidosis suele evolucionar rápidamente, se presenta en pacientes con DM tipo 1 y presenta acidosis metabólica; en cambio el coma hiperosmolar evoluciona en cuestión de días, se presenta en ancianos con DM tipo 2 y no presenta cetosis. Tienen en común su gravedad, la presencia de deshidratación severa y alteraciones electrolíticas, el riesgo de coma, convulsiones, insuficiencia renal aguda, choque hipovolémico, falla orgánica múltiple y muerte.

Los factores que los desencadenan suelen ser: errores, omisiones u ausencia de tratamiento, infecciones agregadas -urinarias, respiratorias, gastrointestinales-, cambios en hábitos alimenticios o de actividad física, cirugías o traumatismos, entre otros.

Hipoglucemia: Disminución del nivel de glucosa en sangre por debajo de los 50 mg/dL. Puede ser consecuencia de ejercicio físico no habitual o sobre esfuerzo, sobredosis de insulina, cambio en el lugar habitual de inyección, ingesta insuficiente de hidratos de carbono, diarreas o vómitos.(30)

Laboratorios

Exámenes de laboratorio de rutina de seguimiento y para monitorizar complicaciones en órganos blanco.

Determinación de microalbuminuria en orina de 24 h

Hemoglobina glucosilada

Perfil de lípidos

Química sanguínea.

Revisión anual por oftalmología, preferentemente revisión de fondo de ojo con pupila dilatada.

Revisión por cardiología, con monitorización de la presión arterial, perfil de lípidos y de ser necesario prueba de esfuerzo.

Revisión del plan de alimentación por experto en nutrición.

Revisión por podología por onicomicosis, tiñas, uñas enterradas. (30)

Objetivo: Prevención y adecuado control integral del paciente diabético. De acuerdo a la NOM-015-SSA2-1994):

- Estricto control de glucemia en ayunas 80-110.
- Evitar picos postprandiales de glucemia + 140.
- Mantener cada 2-3 meses hemoglobina glucosilada menor de 7%.
- Identificar a personas con riesgos de Síndrome Metabólico.
- Detectar hipertensión, hiperglucemia en ayunas o posprandial en personas con riesgos, mediante prueba de selección.(29)

CRITERIOS DE DIABETES MELLITUS

1. Glucemia en ayuno más de 126.
2. Glucemia 2 horas postprandial de 180-200.
3. Hemoglobina glucosilada mayor a 7%.(29)

Criterios de Prevención:

- Glucemia en ayunas 110-125
- Glucemia 2 postprandial 140-180
- Obesidad +25 IMC.
- Hipertensión, hiperlipidemia, ovarios poliquísticos.(29)

Tratamiento:

- ❖ Una dieta sana.
- ❖ Ejercicio físico moderado y habitual.
- ❖ Eliminar otros factores de riesgo cuando aparecen al mismo tiempo.

- ❖ Educación Terapéutica en Diabetes , impartida por profesionales sanitarios específicamente formados en Educación Terapéutica en Diabetes .(médicos o enfermeros/as).

Tanto en la diabetes tipo 1 como en la tipo 2, como en la gestacional, el objetivo del tratamiento es restaurar los niveles glucémicos normales, entre 70 y 105 mg/dl. En la diabetes tipo 1 y en la diabetes gestacional se aplica un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos de la insulina. En la diabetes tipo 2 puede aplicarse un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos, o bien, un tratamiento con antidiabéticos orales.

Tratamiento Farmacológico

- Biguanidas
- Sulfonilureas
- Inhibidores de la Alfa-glucosidasa
- Secretagogos no sulfonilureicos
- Tiazolidinedionas
- Insulina

Drogas disponibles

		Dosis diaria	Vida $\frac{1}{2}$	T. Acción	Presentación
Sulfonilureas	Clorpropamida	100-500 mg/d	36 hs	60 hs	250 mg
	Glibenclamida	2,5-20 mg/d	10 hs	16-24 hs	5 mg
	Glipizida	2,5-40 mg/d	3 hs	12 hs	5 mg
	Gliclazida	80-240 mg/d	8-10 hs	12 hs	80 mg
	Glimepirida	1-8 mg/d	5 hs	24 hs	2 y 4 mg
Metaglinidas	Repaglinide	1,5-8 mg/d	1 h	3-4 hs	0,5- 1 y 2 mg

Meglitinidas: Mecanismo de acción

- Se unen a los receptores de las células Beta en sitios distintos a los de las sulfonilureas
- También se unen al receptor de sulfonilureas, con escasa afinidad
- Ocupan el receptor durante un periodo de tiempo muy corto
- Estimulan la secreción de la primera fase de la insulina
- Estimulan la secreción de insulina preformada.
- Acción más rápida y corta que las SU.
- Periodo refractario de las células β corto.
- Reduce las excursiones glucémicas prandiales.
- Disminuye las hipoglucemias.

- Disminuye las hiperinsulinemias.
- Acción casi exclusiva sobre canales de K ATP pancreáticos.

Drogas disponibles

		Dosis diaria	Vida $\frac{1}{2}$	T.Acción	Presentación
Biguanidas	Metformina	500-2550 m/d	3-6 hs	6-12 hs	500-850 mg
Tiazolidinedionas	Rosiglitazone	2-8 mg/d	6 hs.	18 hs	4 mg
	Pioglitazone	30-45 mg/d	3-7 hs	16-24 hs.	30-45 mg
I. α -glucosidasa	Acarbose	50-300mg/d			50-100 mg

Tiazolidinedionas

- Troglitazona
- Rosiglitazona
- Pioglitazona

Tiazolidinedionas

A- Efectos metabólicos y cardiovasculares

- Se une y activa receptores nucleares (PPAR) los que regulan específicamente la transcripción de genes.
- Estos receptores expresan proteínas específicas las que juegan un rol importante en la regulación del metabolismo de los HC y de lípidos.
- La expresión de estas proteínas mejora la acción de la insulina en las células, produciéndose un reforzamiento de la señal generada por el receptor de insulina.

Algoritmo terapéutico

En pacientes Obesos

a) Iniciar con plan de alimentación, ejercicio y reducción de peso

Luego de 1-3 meses

b) Insistir cumplimiento plan alimentación, agregar biguanidas o inhibidores o α -glucosidasa o glitazonas. Si no hay alternativas usar sulfonilureas

Luego de 1-3 meses

c) Revisar el cumplimiento del tratamiento. no farmacológico

Luego de 1-3 meses

d) Agregar sulfonilureas.

Luego de 1-3 meses

FALLA SECUNDARIA

Si presenta pérdida acelerada de peso, clínicamente inestable, con tendencia a la cetosis; se debe indicar plan de alimentación e INSULINA

En pacientes con Normopeso

a) Si se presenta clínicamente estable indicar plan de alimentación, ejercicio y sulfonilureas desde el inicio.

Luego de 1-3 meses

b) Agregar biguanidas o inhibidores de la α -glucosidasa o glitazonas

Luego de 1-3 meses

c) FALLA SECUNDARIA

Si presenta pérdida acelerada de peso, clínicamente inestable, con tendencia a la cetosis; se debe indicar plan de alimentación e INSULINA

Tratamiento combinado Racionalidad

Combinación de dos drogas de diferente acción

1. Sulfonilureas + Insulina
2. Biguanidas + Insulina
3. Acarbose o secretagogos + Insulina
4. Tiazolidinedionas + Insulina
5. Metaglinidas + Biguanidas

Indicaciones de tratamiento insulínico

1. Diabetes tipo 1
2. Cetoacidosis - Coma hiperosmolar
3. Diabetes Gestacional
4. Diabetes tipo 2:
 - a) Transitorias:
 - Cirugía
 - Traumatismos
 - Infecciones
 - Enfermedades del aparato digestivo
 - Quemados severos
 - Desnutrición – bajo peso
 - IAM
 - b) Permanentes:
 - Falla Secundaria a los HO
 - Insuficiencia hepática
 - Insuficiencia renal

Análogos de la Insulina

A- De acción rápida

- NPL
- Lispro
- Insulina Aspartato

B- De acción lenta

- WW 99 - 532
- NN 304
- Insulina glargina

Insulina glargina:

Agregado de 1 molécula de glicina en la cadena A y 2 moléculas de arginina en la cadena B.

- Comienzo de acción a las 3 - 4 hs. de inyectada
- Vida media > 24 hs.
- Perfil de insulinemia uniforme
- Efectividad similar a otras insulinas, con reducción de las hipoglucemias, en especial las nocturnas (28)

RINOFARINGITIS

Definición

Se le conoce también como coriza, rinitis aguda, infección respiratoria alta y nasofaringitis aguda.

Etiología y frecuencia

Incluye casi 200 tipos de virus de las siguientes familias:

Rinovirus, influenza; coronavirus; parainfluenza; sincisial respiratorio; echo, adenovirus, reovirus, herpes simple.

En tanto los agentes bacterianos son:

Streptococcus del grupo A, H, Influenza e, B pertussis, M pneumoniae.

Epidemiología

El huésped, el reservorio, la fuente y el portador es el humano, el mecanismo de transmisión es el contacto directo (vía aérea y autoinoculación nasal o conjuntival), el período de incubación es variable de acuerdo al agente etiológico, 1- 14 días, con más frecuencia de 48 a 72 horas. Ocupa el primer lugar de demanda de consulta de primer nivel en el ISSSTE ya que etiológicamente su incidencia viral es la más frecuente (25%), la prevalencia específica en cuanto a sexo refleja una afectación de un 58% para mujeres vs. 42% hombres, afecta a todos los grupos etareos, pero la frecuencia máxima es entre los grupos extremos de la vida representando juntos el 53%, el cual refleja incrementos sobre todo en épocas de frío y transición de clima.

Tipos de padecimiento

La nasofaringe es la puerta de entrada de las infecciones del tracto respiratorio superior, el agente patógeno se implanta directamente sobre la mucosa y produce las manifestaciones clínicas por acción directa como en los virus o por medio de toxinas como en las bacterias.

Clasificación

Viral y bacteriana.

Prevención primaria

Debe hacerse básicamente, por medio de la educación higiénica, evitando aglomeraciones en época de epidemia y por el aislamiento hasta donde sea posible. El aislamiento y la cuarentena de estos enfermos es poco práctico porque empieza a ser infectantes antes de iniciar manifestaciones.

Detección

Rinorrea y hialina, sensación de cosquilleo y dolor en faringe, congestión y edema de la mucosa nasofaríngea, enrojecimiento de conjuntivas y epifora, acompañados de fiebre poco elevada, artralgias, cefalea y mialgias. La evolución general del padecimiento es hacia la curación en un plazo no mayor de siete días.

EF; Faringe hiperémica, rinorrea hialina, fiebre poco elevada.

Diagnóstico

Es clínico, es de importancia dilucidar entre etiología viral y bacteriana, siendo la viral más frecuente, el aspecto del moco nasal en el viral es hialino y en el bacteriano purulento, la evolución viral es corta, (1 – 3 días), benigna y cura espontáneamente, contrariamente a la etiología bacteriana, frecuentemente complicación del cuadro viral, de evolución mas tardía (3 – 7 días) su cura amerita antibioticoterapia, está indicado el cultivo cuando la Rinofaringitis se prolonga a pesar del tratamiento y control.

Tratamiento general

Tratamiento general:

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

Tratamiento específico:

- Analgésicos

Paracetamol (acetaminofén)

Tabletas 500mg o solución oral 100mg/dl, supositorios 300mgs.

Posología: niños 40 a 480 mg según edad y peso, regularmente 10 mg/kg/dosis cada 4 a 6 hrs por 2 a 3 días.

Adultos: 300 a 600 mg cada 6 a 8 hrs, dosis máxima 2.6 g/día por 2 a 3 días.

Naproxén: Adultos 250 a 500mgs dos veces al día por 2 a 3 días.

Otros:

Acido acetil salicílico: no recomendable en lactantes, ni en dosis mayores de 3.5g por día. Tabletas 500mgs de 300mgs

Posología Niños de 30 a 65 mg/Kg/día en 3 a 4 tomas de 2 a 3 días.

Adultos: 250 a 500 mg cada 8 hrs de 2 a 3 días.

Metamizol sódico: comprimidos 500mg por 2 a 3 días.

Adolescentes y adultos: 250 a 1,000 g cada 6 a 8 hrs por 2 a 3 días.

- Descongestivos:

Clorfenamina compuesta: paracetamol 500mgs, cafeína 25mgs, fenilefrina 5mg, clorfenamina 4 mg. No se recomienda en menores de 8 años.

Posología: Adultos 1 cada 8 hrs por a 3 días.

Fenilefrina: Solución nasal 2.5 mg/ml fco. 15 ml.

Posología Niños y adultos de 1 a 2 gotas cada 6 a 8 hrs por 3 días.

Gotas nasales de manzanilla: inocuo mantiene humedad y permeabilidad, recomendable en niños de 3 a 4 gotas, durante el tiempo necesario.

- Antibióticos:

Solo en caso de complicación por etiología bacteriana: El tiempo para evaluar la efectividad de un antibiótico es de 72 hrs.

Primera opción: Penicilina

(iniciar con dosis de procaína y terminar con benzocaína).

Penicilina benzatínica: (presentaciones 600,000 y 1,200,000 Unidades)

Niños: (50,000 UI Kg/día) menores de 28 kg 300,000-600,000 U. Mayores de 28 kg 900,00 U. una sola dosis.

Adultos: 1.2 millones en una sola dosis.

Penicilina Procaína: (Presentaciones 400,000 a 800,000 Unidades)

Niños: 10000 a 50000 UI / kg / día IM cada 24 horas durante 7 días. 7 dosis.

Adultos: 600,000 a 1,200,000 / día / durante 7 días. 7 dosis

Alergia a la penicilina:

Eritromicina polvo o gránulos para suspensión 250 mg/5 ml envase 100 ml – cápsulas o tabletas 500 mg 20 cápsulas o tabletas.

Niños: 30-50 mg / kg / día / c 6 horas / 7 días. Suspensión. De 4 a 5 días.

Adultos: 250 mg c 6h o 500 mg c 12h. 7 días. De 4 a 5 días.

Otros:

Segunda opción: Amoxicilina

Niños: 20-40 mg / kg /d divididos en tres dosis cada 8 horas. Suspensión de 4 a 5 días.

Adultos: 250-500 mg c/ 8 horas. De 4 a 5 días.

Tercera opción

Cefalexina tabletas o cápsulas 500 mg

Niños: 25 a 100 mg / kg / día en 4 tomas. 7 días. De 4 a 5 días.

Adultos: 500 mg c 6 horas 7 días. De 4 a 5 días.(29)

FARINGOAMIGDALITIS

Definición

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

Etiología y frecuencia

El 90% incluye etiología viral y solo el 10% o menos etiología bacteriana primaria. Incluye casi 200 tipos de virus de las siguientes familias:

Influenza, parainfluenza, adenovirus, herpes simple, coxsackie, epstein barr.

En tanto los agentes bacterianos son:

Streptococcus pyogenes (estreptococo A beta hemolítico) Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus, Corynebacterium diphtheriae.

Epidemiología

El huésped, el reservorio, la fuente y el portador es el humano, el mecanismo de transmisión es el contacto directo (vía aérea y autoinoculación nasal o conjuntival), el periodo de incubación es variable de acuerdo al agente etiológico 1-14 días, con más frecuencia de 48 a 72 horas. Ocupa el 2° lugar de incidencia en la consulta de primer nivel en el ISSSTE, dentro del grupo de infecciones respiratorias representa el 28%, distribuyéndose en una proporción similar en todos los grupos etareos.

Lesión

La nasofaringe es la puerta de entrada de las infecciones del tracto respiratorio superior, el agente patógeno se implanta directamente sobre la mucosa y produce las manifestaciones clínicas por acción directa como en los virus o por medio de toxinas como en las bacterias.

Clasificación

Viral y bacteriana (purulenta, membranosa y vesiculosa)

Prevención primaria

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

Detección

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

Exploración física: faringe hiperémica, amígdalas hipertróficas y edematosas con exudado purulento, membranas (estreptococcica son de color blanco-gris), úlceras (según la forma clínica).

Diagnóstico

Es clínico. Idealmente se debe hacer cultivo faríngeo en los casos rebeldes al tratamiento, en sospecha de fiebre reumática, glomerulonefritis difusa aguda, escarlatina o septicemia con puerta de entrada por faringe difteria.

Tratamiento y control

Tratamiento general:

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

Tratamiento específico: (aplicar criterio en función de la etiología)

- **Analgésicos.**

Paracetamol (acetaminofén)

Tabletas 500 mg 10 tabletas / solución oral 100 mg / ml frasco gotero 15 ml / supositorios 300 mg 3 supositorios / supositorios 100mg 3,6, o 10 supositorios.

Niños 40 a 480 mg según edad y peso, regularmente 10 mg / kg / dosis cada 4 a 6 horas por 2 o 3 días.

Adultos: 300 a 600 mg cada 6 a 8 horas, dosis máxima 2.6 g / día por 2 o 3 días.

Naproxén:

Adultos: 250-500 mg dos veces al día por 2 o 3 días.

Otros:

Acido acetil salicílico: no recomendable en lactantes, ni dosis mayores de 3.5 g / día.

Tabletas 500 mg 20 tabletas / tableta soluble 300 mg 20 tabletas / gragea con capa entérica 500 mg 20 grageas.

Niños: 30 a 65 mg / kg / día en 3-4 tomas por 2 o 3 días.

Adultos: 250 a 500 mg cada 8 horas por 2 o 3 días.

Metamizol sódico: comprimidos 500 mg por 2 o 3 días.

Adolescentes y adultos: 250 mg a 1 g cada 6 a 8 horas por 2 o 3 días.

- **Antibióticos**

Solo en caso de complicación por etiología bacteriana.

El tiempo para evaluar la efectividad de un antibiótico es de 72 horas.

Primera opción: Penicilina

Penicilina Procaína: Presentaciones de 400000 a 800000 Unidades.

Niños: 10000 a 50000 UI/Kg/día IM cada 24 horas durante 7 días.

Adultos: 600,000 a 1,200,000/día/durante 7 días.

Alergia a la penicilina:

Eritromicina polvo o gránulos para suspensión 250mgs/5ml o cápsulas o tabletas 500mgs .

Posología: Niños 30-50 mg/kg/día/c 6hrs/7 días. Suspensión.

Adultos: 250 mg cada 6 hrs o 500mgs cad 12 hrs por 7 días.

Segunda opción: Amoxicilina.

Posología: Niños 20-40 mg/kg/día una cada 8 hrs. Suspensión durante 7 días.

Adultos: 250-500mgs cada 8 hrs durante 7 días.

- **Mucolíticos:** Ambroxol.

Comprimidos 30 mg o solución oral 300 mgs/100ml.

Niños menores de 2 años: media cucharadita cada 12 hrs, durante 3 a 4 días.

Niños mayores de 5 años: una cucharadita cada 8 hrs , durante 3 a 4 días.

Adultos: inicial 30 mg cada 8 hrs, sostén 30 mg cada 12 hrs, durante 3 a 4 días.

- **Antitusivos** (previa valoración clínica ya que puede complicar la enfermedad, si no se prescribe justificadamente).

Dextrometofan : jarabe 15 mg/ml envase 60 ml- 10 mg/5 ml envase 120ml.

Niños 2 a 6 años: de un cuarto a media cucharada cada 8 hrs, dosis máxima 30 mg/día, durante 3 a 4 días.

Niños de 6 a 12 años: media a una cucharadita cada 8 hrs, dosis máxima 60 mg/día, durante 3 a 4 días.

Adultos: una a 2 cucharaditas cada 8 hrs, dosis máxima 120mg/día, durante 3 a 4 días.

Benzonatato: perlas 100 mg o supositorios 50 mg.

Niños menores de 10 años: 8 mg/kg/día cada 6 u 8 hrs durante 3 a 4 días.

Niños mayores de 12 años: 1 perla cada 8 hrs, por 3 a 4 días.

Adultos: 2 perlas cada 8 hrs, durante 3 a 4 días.

En los casos de fiebre reumática dar Tx preventivo con penicilina benzatínica cada 21 días.

Amigdalectomía: indicaciones absolutas (apnea del sueño, cor pulmonale)

Indicaciones relativas (amigdalitis estreptococcica reincidente).

Complicaciones frecuentes de Otitis y Mastoiditis.(29)

FACTORES DE RIESGO

Determinación de los factores de riesgo:

En una sociedad hay comunidades grupos de individuos y familias o individuos que son más susceptibles que otros de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes, muertes prematuras, o sea, que son más vulnerables. Las enfermedades no se presentan aleatoriamente y esa vulnerabilidad tiene sus razones.

Esta vulnerabilidad es dada por la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicos, psicosociales que al actuar entre sí o individualmente desencadenan la presencia de un proceso.

Factor de riesgo es alguna característica o circunstancia detectable de una o varias personas que se conoce esta asociada a un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar expuesto a un proceso mórbido. Por lo tanto el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística.

Los factores de riesgo: Ambientales, biológicos, de comportamiento, socio-culturales y económicos, pueden sumarse a otros factores de riesgo, aumentando el efecto aislado de cada uno de ellos produciéndose un efecto de interacción.(17)

Entendiéndose por riesgo genéticamente hablando como la probabilidad de que un hecho adverso se produzca. Epidemiológicamente se define como la probabilidad de que una persona libre de una enfermedad concreta desarrolle la enfermedad durante un período determinado (Rochman 1998). (18)

Utilización de los factores de riesgo

Objetivos:

- a) **Predicción.**-Si un factor de riesgo está presente significa un riesgo aumentado de presentar en un futuro una enfermedad.
- b) **Causalidad.**-No siempre un factor de riesgo es causal.
- c) **Diagnóstico.**- Si hay un factor de riesgo aumenta la probabilidad de presentar enfermedad.
- d) **Prevención.**-Si el factor de riesgo es conocido asociado con una enfermedad, su eliminación reducirá la probabilidad de presentarse. Siendo este el objetivo de la prevención primaria.

Cuantificación del riesgo

Constituye un elemento esencial y fundamental en la formulación de políticas y prioridades, no dejando hueco a la intuición ni a la casualidad.

- a) **Riesgo absoluto.**-El cual mide la incidencia del daño en la población total.
- b) **Riesgo Relativo.**- Este compara la frecuencia con que ocurre el daño entre los que tienen el factor de riesgo y los que no lo tienen.(17)

Ejemplos:

Son los factores que intervienen en la relación familia –enfermedad.: Tipo de familia, Educación de cada miembro, Etapa del ciclo vital de la familia, Funcionalidad Familiar, Ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas, Actitudes de los familiares acerca del dolor, invalidez y regímenes terapéuticos. (12)

Son los factores de riesgo para la Enfermedad Isquémica del corazón y la Enfermedad Vascul ar Cerebral: sobrepeso y obesidad que afecta al 70% de la población de 20 años y más; tabaquismo, Colesterol elevado, Hipertensión Arterial , sedentarismo, triglicéridos elevados, stress y Diabetes Mellitus.(23)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es de suma importancia que el médico de familia conozca con detalle las características biopsicosociales de las familias que atiende, la pirámide poblacional, así como los motivos de consulta, así estará en posibilidades de iniciar acciones concretas; establecer programas de actividades para la salud y preventivas, detección temprana y tratamientos oportunos, dar un seguimiento efectivo y ser el coordinador de los recursos con que cuenta la comunidad para el cuidado de la salud.(15)

A nivel nacional, la población derechohabiente del ISSSTE en 2007 fué de 10 972 000, asegurados permanentes y eventuales 2 453 000, familiares de asegurados 7 380 000, pensionados 279 000, jubilados 333 000, familiares de pensionados y jubilados 528 000 (6)

El perfil epidemiológico que hoy caracteriza a nuestro país esta formado por las enfermedades crónico-degenerativas y lesiones, debido a una naturaleza compleja, asociado a las condiciones de vida de la sociedad, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos.

Si estas enfermedades no son atendidas a tiempo provocan doble costo social, aumenta la discapacidad y aumento en el costo-tratamiento, provocando un círculo vicioso pobreza-enfermedad-pobreza. El objetivo es lograr hacer intervenciones costo-efectivas y fortalecer las acciones de prevención y promoción realizando alternativas más viables y enfrentando padecimientos de tratamientos costosos y prolongados, adoptando estilos de vida saludables, fomentando el autocuidado de la salud, impulsar la prevención de enfermedades y discapacidades para mejorar las condiciones de salud general, con un mejor desarrollo económico y social para nuestro país.(23)

Dentro de la población derechohabiente se ha visto la necesidad de conocer las características propias de cada familia, quienes las conforman, los tipos de familia, en que etapa del ciclo vital se encuentran para así detectar si es una familia funcional o disfuncional; como es su entorno bio-psicosocial en el que se desarrollan, cuales son las principales causas de enfermedades y factores de riesgo para así dar una atención con más calidad de acuerdo a sus necesidades y así implementar estrategias preventivas, curativas y de rehabilitación más apropiadas. De acuerdo a la edad identificar cual es el grupo más necesitado, ya que cada vez más aumenta la población adulta y por lo tanto las enfermedades crónico-degenerativas tienden a ser las primeras causas de consulta.

¿Cuáles son las características, factores de riesgo, así, como las causas de consulta más frecuentes de las familias usuarias del consultorio # 4 de la CMF Querétaro. ISSSTE?

JUSTIFICACION

La acción fundamental del médico y de los demás profesionales de la salud, por varios años ha sido orientada hacia la atención clínica curativa; por lo que es necesario conseguir avances en la línea del desarrollo de la atención primaria a la salud, se requiere dar prioridad a las actividades preventivas y de promoción a la salud, ya que estas constituyen el núcleo esencial de su filosofía y estrategia.(15)

A nivel estatal en el 2006 Querétaro contaba con 19 Unidades, 9 propias, 8 en convenio, 2 subrogadas. La población amparada en el 2006 fue de 111 530, trabajadores 25,256, familiares 70 553, pensionista 8 061, familiar de pensionista 7 660. (14)

En Querétaro las causas de morbi-mortalidad más frecuentes fueron las enfermedades cardiovasculares en un 7.9%, la Diabetes Mellitus con un 4.7% y las Neoplasias en un 4.6% .

A nivel local en el ISSSTE Querétaro las causas de mayor morbi-mortalidad son las crónico-degenerativas como las enfermedades cardiovasculares, la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus.

Y en la Clínica de Medicina Familiar Querétaro, las causas de mayor morbilidad son las Enfermedades de Vías Respiratorias como motivos de consulta de primera vez y la Hipertensión Arterial Sistémica, así, como la Diabetes Mellitus como motivos de consulta subsecuente.(25)

En la actualidad y desde hace ya mucho tiempo se requiere que el médico general este preparado para enfrentar de manera más oportuna y efectiva la atención primaria a la salud, es así que la medicina se ha modernizado, especializado y tecnificado para así ofrecer un servicio más integral , no solo ver al ser humano en su aspecto físico sino en todo su contexto bio-psicosocial.

Siendo así que nos enfoquemos de una manera mas de acuerdo a las necesidades propias del ser humano y su familia y sea tratado como nosotros desearíamos que fuésemos tratados, con conocimiento de causa, con calidad y calidez humana, haciendo sentir a nuestros pacientes que son importantes para nosotros, tanto él como su familia.

Es por eso que los médicos de familia deben realizar un estudio más profundo de sus pacientes para conocer los aspectos más relevantes que acontecen en su población adscrita, detectar a tiempo factores que pongan en riesgo la salud de las familias, así como determinar cuáles son las principales causas de consulta y conocer las características propias de las familias para así tomar acciones rápidas de prevención, detección oportuna y así evitar tratamientos costosos.

Es importante saber que los Derechohabientes del ISSSTE a nivel estatal son de 98,913 y los usuarios del ISSSTE son de 92,636. (7)
Para llevar a cabo este trabajo se cuenta con el apoyo de nuestros directivos, el archivo clínico, vigencia de derechos, estadística, así como la utilización del consultorio para la aplicación de las cédulas .

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las causas de consulta, características familiares y factores de riesgo más frecuentes de la población derechohabiente que acude al consultorio No 4 CMF Querétaro, Qro. México Turno matutino.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

A) Determinar la pirámide poblacional del consultorio No 4 de la CMF Qro. ISSSTE.

B) Determinar las 20 principales causas de consulta de primera vez.

C) Determinar las 20 principales causas de consulta subsecuente.

E) Identificar las características familiares

a).-Datos generales de la familia como son: edad, sexo, escolaridad, ocupación, religión, años de unión conyugal y número de hijos.

b) Clasificación de la familia.: en cuanto al parentesco, sin parentesco, con base en la presencia física y convivencia, estilos de vida originados por cambios sociales, con base en sus medios de subsistencia y etapa del ciclo vital

F) Identificar los factores de riesgo presente en las familias estudiadas.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

- Observacional
- Descriptivo
- Transversal
- Prospectivo
- Retrospectivo

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO

Derechohabientes adscritos y que acuden al consultorio # 4, en la Clínica de Medicina Familiar, del Turno matutino ISSSTE Querétaro, Qro. México.

La fase retrospectiva abarca desde el 1ro de febrero del 2007 al 31 enero del 2008.

La fase prospectiva abarca desde 02 de mayo al 02 de junio del 2008.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Fija, 100 Familias encuestadas.

Hoja SM-10 de un año del 1 Febrero 2007 al 31 de Enero 2008.

TIPO

No Probabilística por cuota o por conveniencia.

CRITERIOS DE:

INCLUSION:

- a) Familias adscritas que acuden al consultorio # 4 de la CMF Querétaro, Qro. Turno matutino ISSSTE México.
- b) Los que contestan la cédula de recolección de datos en el periodo en que se analiza a las familias.
- c) Las cédulas completas.
- d) Todos los pacientes inscritos en la hoja de informe diario SM-10 registrados en tiempo y forma para los motivos de consulta.
- e) Derechohabientes que aceptaron contestar la encuesta

EXCLUSION:

- a) Los derechohabientes que no están adscritos al consultorio No 4 CMF Qro .México.
- b) Los que no desearon participar.
- c) Los menores de edad.
- d) Los pacientes que no acudieron a consulta en el período de la aplicación de la cédula.

ELIMINACION:

- a) Las cédulas incompletas.
- b) Los que no contestaron correctamente la cédula de recolección de datos.
- c) Los diagnósticos dudosos o ilegibles de la hoja SM-10.

VARIABLES

VARIABLES CUALITATIVAS:

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	VALOR DE LA VARIABLE
Escolaridad	Grado de enseñanza alcanzado.(16)	cualitativa	nominal	Básica, media, media superior técnica, superior, analfabeta.
Ocupación	Acción y efecto de ocupar u ocuparse, empleo, oficio o dignidad.(16)	cualitativa	nominal	Empleado, técnico, estudiante, profesional, comerciante, hogar, pensionado.
Clasificación de la familias en base al parentesco.	Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.(4)	cualitativa	nominal	Nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida, monoparental, monoparental ext, extensa, extensa compuesta, monoparental ext. compuesta, y no parental.
Clasificación de las familias sin parentesco	Aquellas familias sin vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad analoga a esta.(4)	cualitativa	nominal	Monoparental extendida sin parentesco, y grupos similares a familias.
Clasificación de las familias con base a la presencia física y convivencia	la presencia física en el hogar implica un grado de convivencia la presencia física esta vinculada también con la identificación del jefe de familia la interacción psicosocial de los miembros de la s familias.(4)	cualitativa	nominal	Núcleo integrado, núcleo no integrado, extensa ascendente, extensa descendente, extensa colateral.
Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia	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.(4)	cualitativa	nominal	Agrícolas pecuarias, industrial, comercial y servicios.
Clasificación de la familia por estilos de vida originados por los cambios sociales.	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 repercute en la salud individual y familiar.(4)	cualitativa	nominal	Persona que vive sola, parejas homosexuales sin hijos, parejas homosexuales con hijos adoptivos, familia grupal, familia comunal, y poligamia.

Genero	Categoría gramatical por la que se clasifican en masculinos y femeninos.(16)	cualitativa	nominal	Femenino y masculino
Etapas del ciclo vital familiar	En el curso del desarrollo familiar cada familia pasa por varias etapas en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros . Toda organización viva tiene su inicio, desarrollo y ocaso (según Geyman). (8)	cualitativa	nominal	Matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte.
Factores de riesgo	Es la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.(17)	cualitativa	nominal	dm2, HAS, Enf.corazon,CaCu., Ca de mama.Ca. Próstata, Otro cáncer, Insuf. renal, Enf. Cerebro vascular, Asma bronquial,Sida/VIH, Otra ETS,Hepatitis B o C, TBP. , Desnutrición, Obesidad, anorexia/bulimia, tabaquismo, alcoholismo, otra farmacodep., enfisema, psiquiatricas, violencia intrafam., discapacidad, riesgo ocupacional.

VARIABLES CUANTITATIVAS:

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	VALOR DE LA VARIABLE
años de unión conyugal	Período de doce meses a contar desde un día cualquiera en que se llevo a cabo la unión.(16)	cuantitativa	Discontinua	en numeros enteros en años meses
Edad de los integrantes de la familia	Tiempo de existencia o duración en años.(16)	Cuantitativa.	Discontinua	En numeros enteros en años
Número de hijos por grupo de edades	Conteo de hijos y clasificación por edades.(4)	Cuantitativa	Discontinua	Numero de hijos entre 0 a 10 ^a , de 11 a 19 ^a y de 20 ^a o más ⁱ

METODO O PROCEDIMIENTO

Con el debido permiso de las autoridades competentes, se solicitaron las hojas de informe diario del médico del consultorio 4 del turno matutino de la CMF en el departamento de estadística de un año que corresponden del 1 Febrero 2007 al 31 de Enero 2008 y se hizo la captura de la información por medio de paloteo en hojas blancas, identificando las 20 principales causas de demanda de atención.

El estudio de las familias se realizó por medio de la cedula básica(CEBIF) en el consultorio del 02 de mayo al 02 de junio 2008 efectuada por el médico adscrito, la entrevista fue cara a cara.

Uso de computadora utilizándose los programas: Word y Excel .

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó para calcular frecuencias y porcentajes

CONSIDERACIONES ETICAS

Según la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud se apega al capítulo único título primero de disposiciones generales, así como en título seguido de los aspectos éticos de la Investigación en seres humanos, que según el artículo 17, este trabajo corresponde a una Investigación sin riesgo.(25)

También esta acorde con las recomendaciones para guiar a los médicos en la Investigación donde participan seres humanos manifestado en la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial celebrada en Edimburgo Escocia Octubre del 2000. La misión del médico es proteger la salud de la población y se basa en principios básicos, investigación médica combinada con atención profesional e investigación biomédica no terapéutica en seres humanos.(24)

La Ley General del ISSSTE en materia de salud, Capítulo II. Sección 1, Artículo 27. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, establece un seguro de salud que tiene por objeto proteger, promover y restaurar la salud de sus derechohabientes, otorgando servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad.

Artículo 28.- El Instituto diseñará, implantará y desarrollará su modelo y programa de salud en atención a las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de sus derechohabientes.(27)

RESULTADOS

➤ PIRÁMIDE POBLACIONAL

La pirámide poblacional se obtuvo de la aplicación de las cédulas de identificación familiar (CEBIF) en 100 familias encuestadas con un total de 413 individuos adscritos al consultorio No. 4, correspondiendo al sexo masculino el 46.97% y al sexo femenino el 53.03%.

Los grupos del sexo masculino que están constituidos por los más altos porcentajes son individuos entre 40 a 44 años, entre 45 a 49 años y entre 65 y más, con un 5.08%.

El grupo del sexo femenino más numerosa se encuentra entre 30 a 34 años. Tabla y gráfica 1.

➤ DIAGNÓSTICO FAMILIAR

En las 100 familias se aplicó la CEBIF encontrándose que las familias analizadas en su mayoría tiene una escolaridad superior con el 33.91%, media superior 23.10%, básica 22.85%, media 18.43%, analfabeta 1.72%. Tabla y gráfica 2.

En cuanto a la ocupación, el mayor porcentaje es de Empleados con un 23.97%, estudiante 23%, profesional 22.52%, técnico 8.47%, comerciante 4.84%, pensionado 3.15%. Tabla y gráfica 3.

En religión, el más alto porcentaje es el de Católicos con 98.31%, cristiano 6.97%, ateo 0.73%. Tabla y gráfica 4.

Los años de unión conyugal el mayor porcentaje es de 20 a 29 años con un 25.81%, de 10 a 19 años 23.66%, 30-39 años 20.43%. Tabla y gráfica 5

El número de hijos que se encontró fueron de 20 años a más en un 74.10%, 11- 19 con un 17.47%, de 0 a 10 con un 8.43%. Tabla y gráfica 6.

La mayoría de las familias en cuanto al parentesco predominó la familia Nuclear Simple con un 56.19%, nuclear numerosa 15.24%, monoparental 8.57%, monoparental extendida 7.62%, nuclear 5.71%, extensa 1.90%, reconstruida (binuclear) y extensa compuesta 0.95%. Tabla y gráfica 7.

Sin parentesco no se encontraron familias en este rubro.

Con base en la presencia física y convivencia en la mayoría de las familias predomina el Núcleo Integrado con un 68.52, núcleo no integrado 15,74%, extensa ascendente 12.96%, extensa descendente 1.85%, extensa colateral 0.93%. Tabla y gráfica 8.

Con base a sus medios de subsistencia, predominó el rubro de los servicios con un 82.57%, comercial 13.76%, agrícola o pecuarias e industrial 1.83%. Tabla y gráfica 9.

La etapa del ciclo vital de la familia, la mayoría se encuentra en etapa de Retiro y Muerte con un 31.78%, dispersión 30.84%, independencia 26.17%, expansión 10.28%, matrimonio 0.93%. Tabla y gráfica 10.

➤ MORBILIDAD

Se identificaron 100 familias. El registro de consultas del 1° de febrero 2007 al 31 de enero del 2008 fueron en total aproximadamente 4289. Dentro de las causas de consulta más frecuente de primera vez, obtenidas de la hoja diaria de labores del médico SM-10 fueron las infecciones respiratorias altas con un 27.86%, infección de vías urinarias 13.87%, enfermedades diarreicas crónicas 9.92%, hipertensión arterial 6.36%, diabetes mellitus 5.09% infecciones vaginales 4.45%, control de embarazo 3.31%, micosis 2.93%, lumbalgias 2.67%, obesidad y osteoartrosis 2.54% y otras. Tabla y gráfica 11.

De las causas de consulta subsecuentes se encontró en primer lugar a la hipertensión arterial sistémica con un 33.37%, diabetes mellitus 14.64%, dislipidemias 5.62%, infecciones respiratorias altas 5.45%, dispepsia (gastritis ERGE) 5.37%, enfermedades diarreicas agudas 4.77%, ansiedad 3.77%, micosis 3.65%, osteoartrosis 3.17%, lumbalgias 3.03% y otras. Tabla y gráfica 12.

Entre los factores de riesgo el más encontrado en las familias fue la obesidad con un 20.30%, diabetes mellitus 15.94%, tabaquismo 14.45%, alcoholismo 9.86%, hipertensión arterial 6.77%, enfermedad del corazón 6.77%, asma bronquial 3.56%, violencia intrafamiliar 3.33%, otro CA 2.87%, enfermedades psiquiátricas 2.75% y otras. Tabla y gráfica 13.

La toxicomanía más encontrada fue el tabaquismo.

TABLA No. 1 PIRAMIDE POBLACIONAL CONSULTORIO No. 4 CMF QUERETARO

EDAD	MUJERES	HOMBRES
0 - 4	0,24%	1,21%
5 - 9	2,66%	1,21%
10 - 14	4,12%	3,87%
15 - 19	3,15%	2,91%
20 - 24	4,84%	4,84%
25 - 29	5,57%	4,12%
30 - 34	5,81%	3,39%
35 - 39	2,18%	2,91%
40 - 44	4,12%	5,08%
45 - 49	5,57%	5,08%
50 - 54	4,36%	2,42%
55 - 59	2,91%	2,18%
60 - 64	2,42%	2,66%
65 - +	5,08%	5,08%

Fuente CEBIF Consultorio 4 CMF Gro.

GRÁFICA No.1 PIRÁMIDE POBLACIONAL

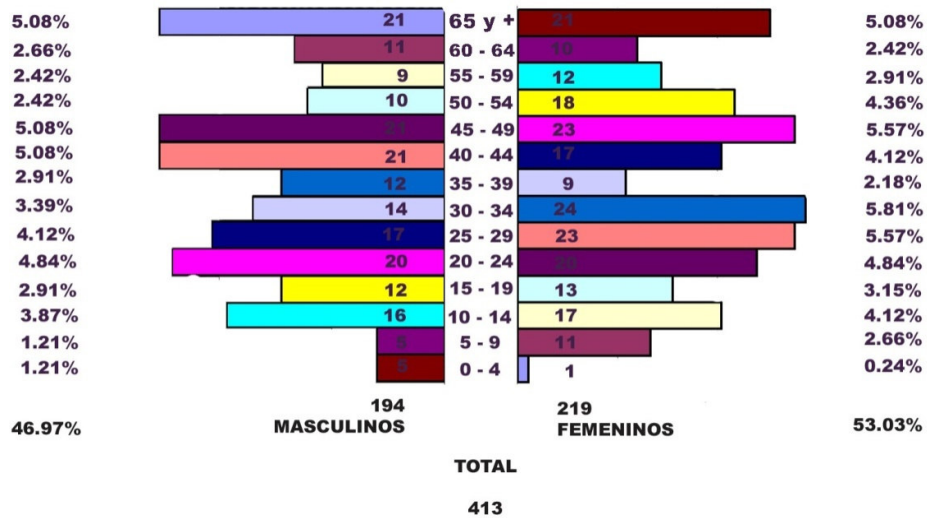


TABLA No. 2

ESCOLARIDAD	F	%
ANALFABETA	7	1,72
BÁSICA	93	22,85
MEDIO SUP.	94	23,10
MEDIA	75	18,43
SUPERIOR	138	33,91
	407	100,00

Fuente CEBIF Consultorio 4 CMF Qro.

GRÁFICA No. 2 ESCOLARIDAD

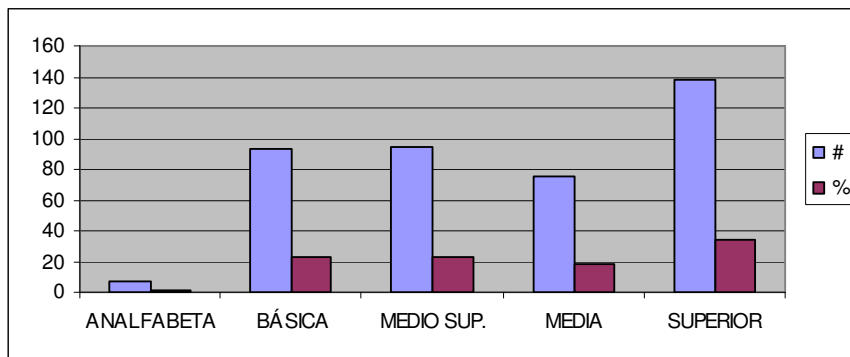


TABLA No. 3

OCUPACIÓN	F	%
COMERCIANTE	20	4,84
EMPLEADO	99	23,97
ESTUDIANTE	95	23,00
HOGAR	58	14,04
PENSIONADO	13	3,15
PROFESIONAL	93	22,52
TÉCNICO	35	8,47
	413	100,00

Fuente CEBIF Consultorio 4 CMF Gro.

GRÁFICA No. 3 OCUPACIÓN

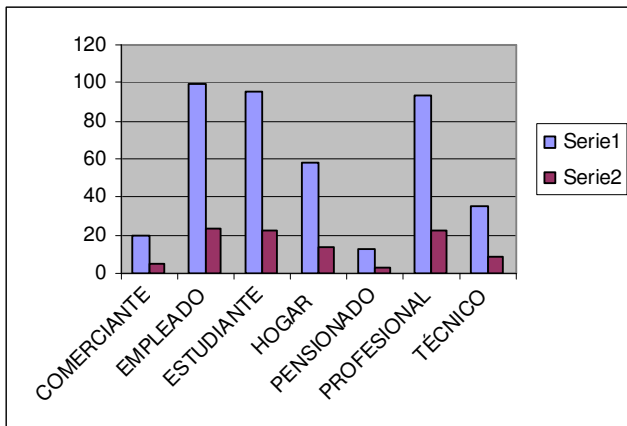


TABLA No. 4

RELIGIÓN	F	%
ATEO	3	0,73
CRISTIANO	4	0,97
CATÓLICO	406	98,31
	413	100,00

Fuente CEBIF Consultorio 4 CMF Qro.

GRÁFICA No. 4 RELIGIÓN

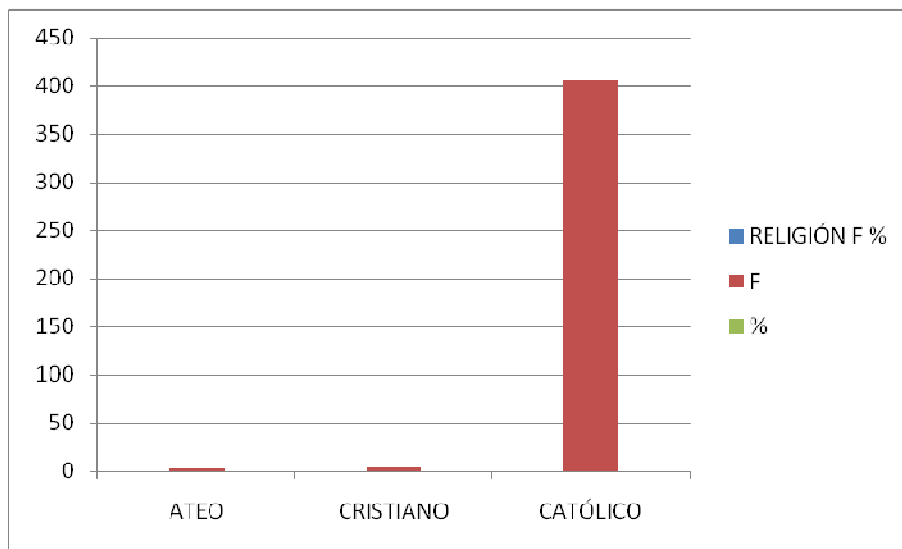


TABLA No. 5

AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL	F	%
0 - 9	9	9,68
10 - 19	22	23,66
20 - 29	24	25,81
30 - 39	19	20,43
40 - 49	9	9,68
50 - +	10	10,75
	93	100,00

Fuente CEBIF Consultorio 4 CMF Qro.

GRÁFICA No. 5 AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL

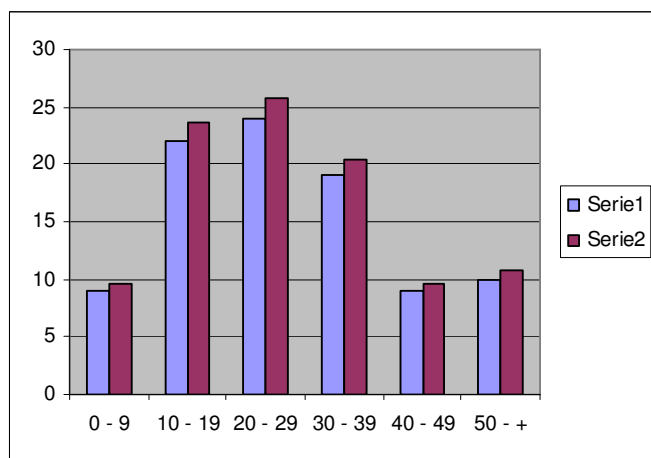


TABLA No. 6

No DE HIJOS	F	%
Hasta 10 años de edad	28	8,43%
De 11 a 19 años de edad	58	17,47%
De 20 a más años de edad	246	74,10%
TOTAL	332	100,00%

Fuente CEBIF Consultorio 4 CMF Qro.

GRÁFICA No. 6 NÚMERO DE HIJOS

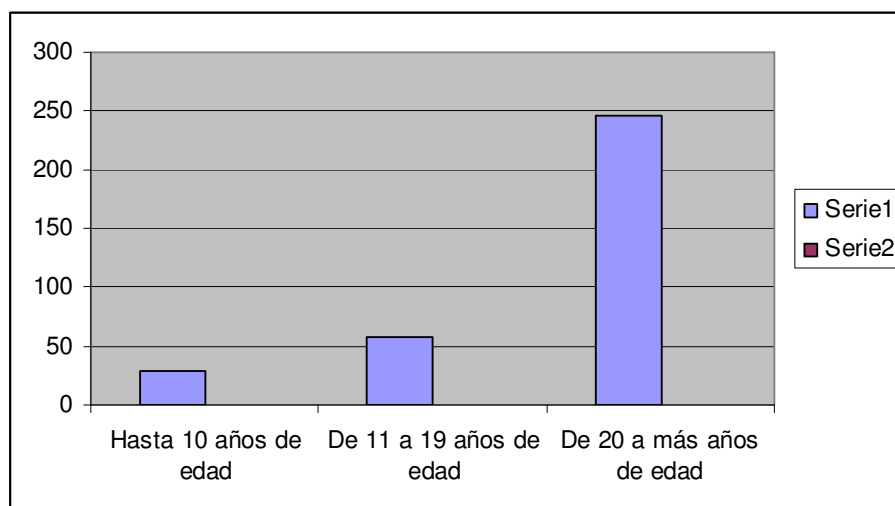


TABLA No. 7

PARENTESCO	F	%
NUCLEAR	6	5,71
NUCLEAR SIMPLE	59	56,19
NUCLEAR NUMEROSA	16	15,24
RECONSTRUIDA (BINUCLEAR)	1	0,95
MONOPARENTAL	9	8,57
MONOPARENTAL EXTENDIDA	8	7,62
EXTENSA	2	1,90
EXTENSA COMPUESTA	1	0,95
NO PARENTAL	3	2,86
	105	100,00

Fuente CEBIF Consultorio 4 CMF Qro.

GRÁFICA No. 7 PARENTESCO

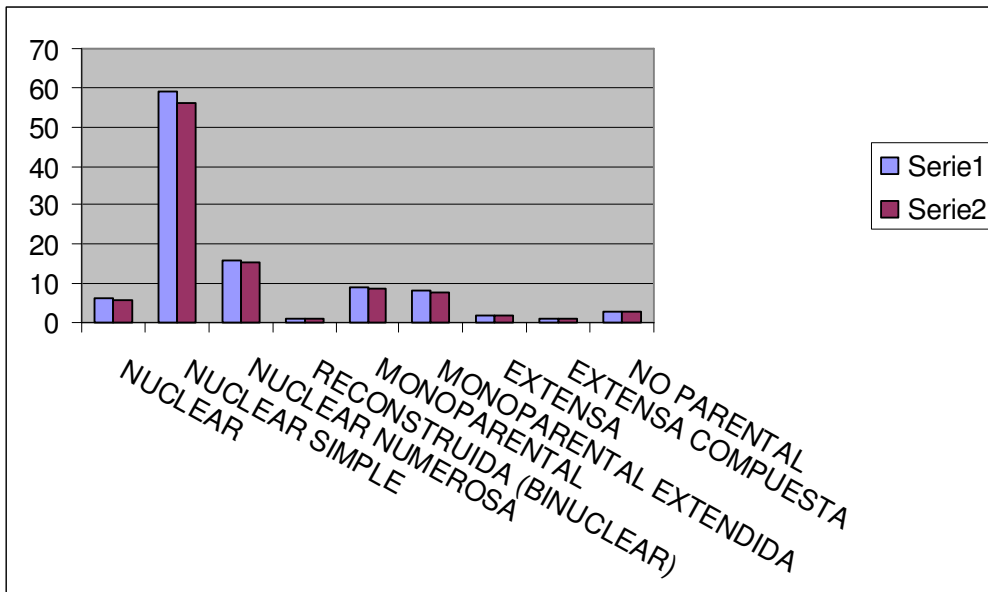


TABLA No. 8

CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA	F	%
NUCLEO INTEGRADO	74	68,52
NUCLEO NO INTEGRADO	17	15,74
EXTENSA ASCENDENTE	14	12,96
EXTENSA DESCENDENTE	2	1,85
EXTENSA COLATERAL	1	0,93
	108	100,00

Fuente CEBIF Consultorio 4 CMF Gro.

GRÁFICA No. 8 CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA

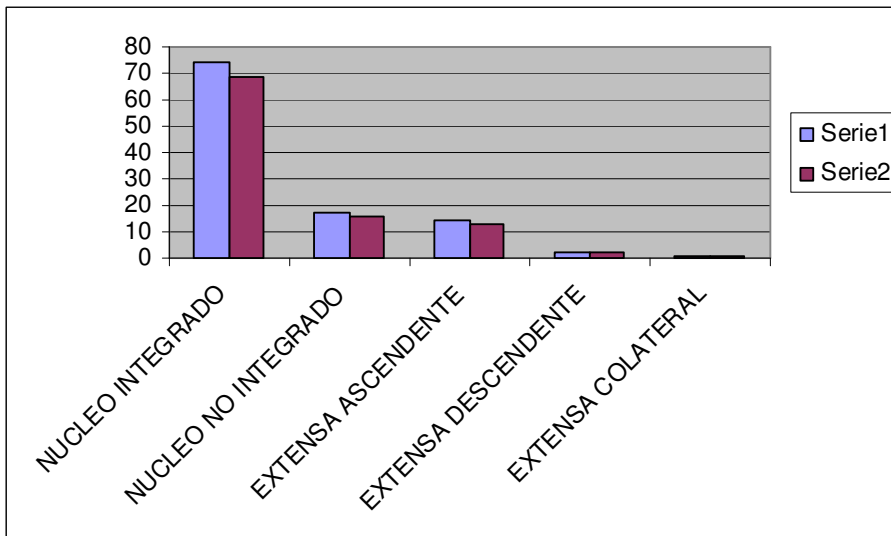


TABLA No. 9

CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA	F	%
AGRICOLA O PECUARIAS	2	1,83
INDUSTRIAL	2	1,83
COMERCIAL	15	13,76
SERVICIOS	90	82,57
	109	100,00

Fuente CEBIF Consultorio 4 CMF Qro.

GRÁFICA No. 9 CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA

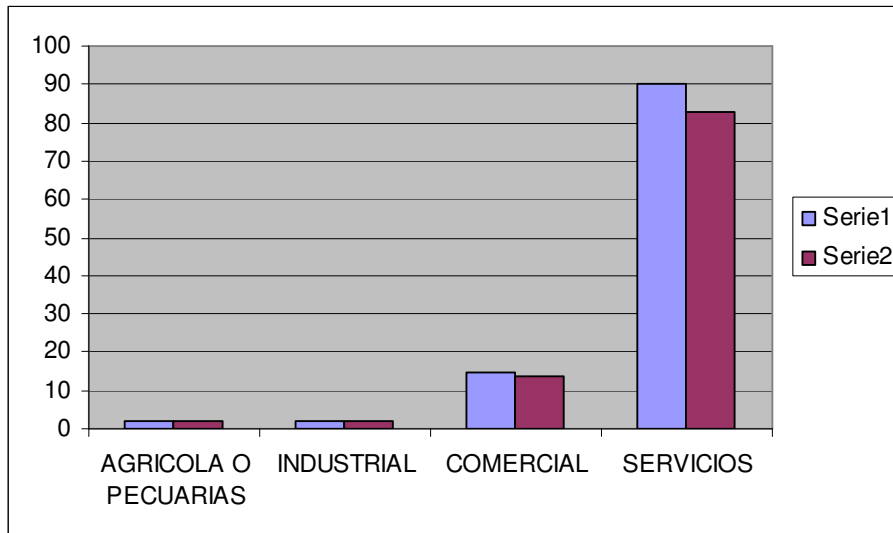


TABLA No. 10

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR	#	%
MATRIMONIO	1	0,93
EXPANSION	11	10,28
DISPERSION	33	30,84
INDEPENDENCIA	28	26,17
RETIRO Y MUERTE	34	31,78
	107	100,00

Fuente CEBIF Consultorio 4 CMF Gro.

GRÁFICA No. 10 ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR

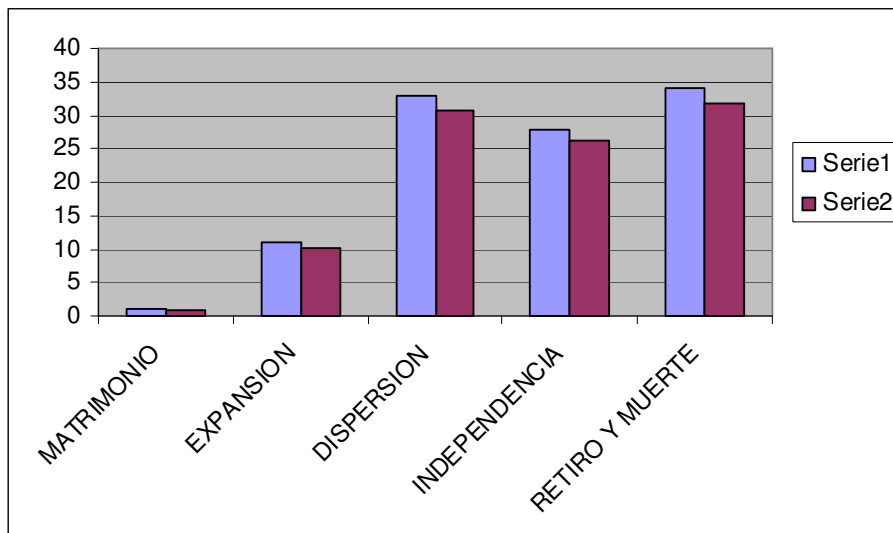


TABLA No. 11
DEL CONSULTORIO No. 4 DE LA CMF QRO ISSSTE. JUNIO 2008

VEINTE CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ			
No.	Causas de consulta	Frecuencia	Porcentaje
1	Infecciones Respiratorias Altas	219	27.86%
2	Infección de Vías Urinarias	109	13.87%
3	Enfermedades Diarreicas Crónicas (Colitis, otras)	78	9.92%
4	Hipertensión Arterial	50	6.36%
5	Diabetes Mellitus	40	5.09%
6	Infecciones vaginales	35	4.45%
7	Control de Embarazo	26	3.31%
8	Micosis (todas)	23	2.93%
9	Lumbalgias	21	2.67%
10	Obesidad	20	2.54%
11	Osteoartrosis	20	2.54%
12	Conjuntivitis	19	2.42%
13	Dislipidemia	18	2.29%
14	Cefalea en Estudio	17	2.16%
15	Mastopatía Fibroquistica	16	2.04%
16	Climaterio y Menopausia	16	2.04%
17	Traumatismos en general	16	2.04%
18	Infecciones Respiratorias Bajas	15	1.91%
19	Salmonelosis	14	1.78%
20	Ametropias	14	1.78%
TOTAL		786	100%

Fuente hoja SM-10 Estadística CMF Qro.

GRÁFICA No. 11 CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ

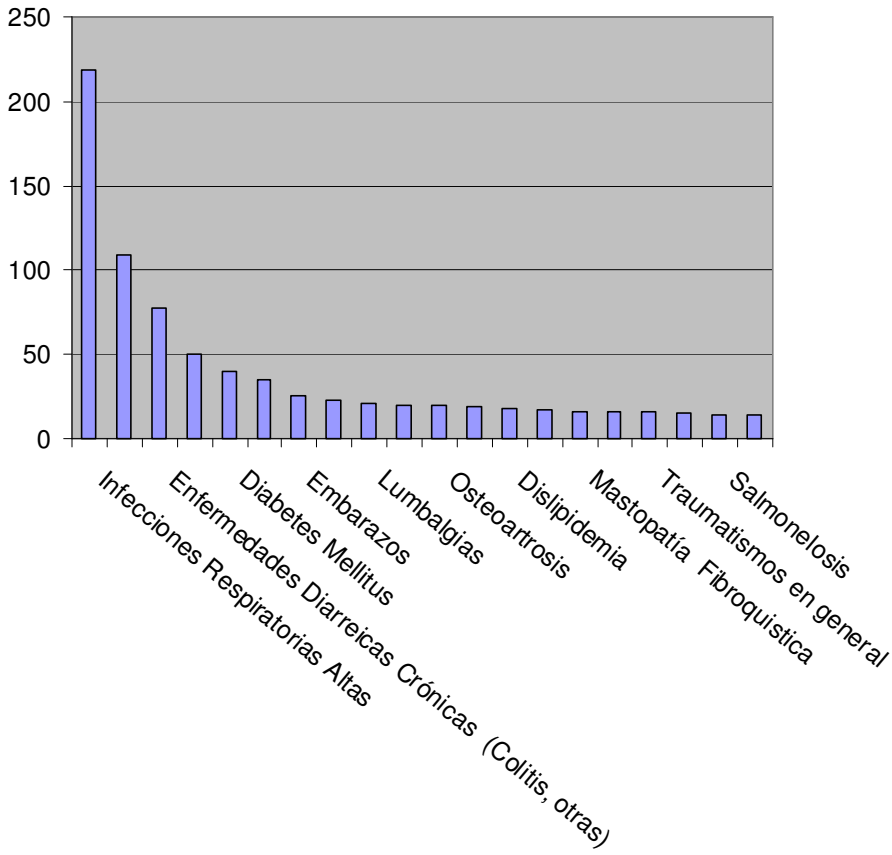


TABLA No. 12
DEL CONSULTORIO No. 4 DE LA CMF QRO, ISSSTE JUNIO 2008

VEINTE CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA SUBSECUENTE			
No.	Causas de consulta	Frecuencia	Porcentaje
1	Hipertensión Arterial	1169	33.37%
2	Diabetes Mellitus	513	14.64%
3	Dislipidemias	197	5.62%
4	Infecciones Respiratorias Altas	191	5.45%
5	Dispepsia (gastritis, ERGE)	188	5.37%
6	Enfermedades Diarreicas Agudas	167	4.77%
7	Ansiedad	132	3.77%
8	Micosis	128	3.65%
9	Osteoartrosis	111	3.17%
10	Lumbalgias	106	3.03%
11	Insuficiencia Venosa Periférica	89	2.54%
12	Infección de Vías Urinarias	87	2.48%
13	Depresión	85	2.43%
14	Osteoporosis	72	2.06%
15	Osteopenia	58	1.66%
16	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	58	1.66%
17	Tiroides (Hipo e Hipertiroidismo)	40	1.14%
18	Climaterio y Menopausia	40	1.14%
19	Cefalea en Estudio	37	1.06%
20	Infecciones Vaginales	35	1%
TOTAL		3503	100%

Fuente hoja SM-10 Estadística CMF Qro.

GRAFICA No. 12 CAUSAS CONSULTAS SUBSECUENTES

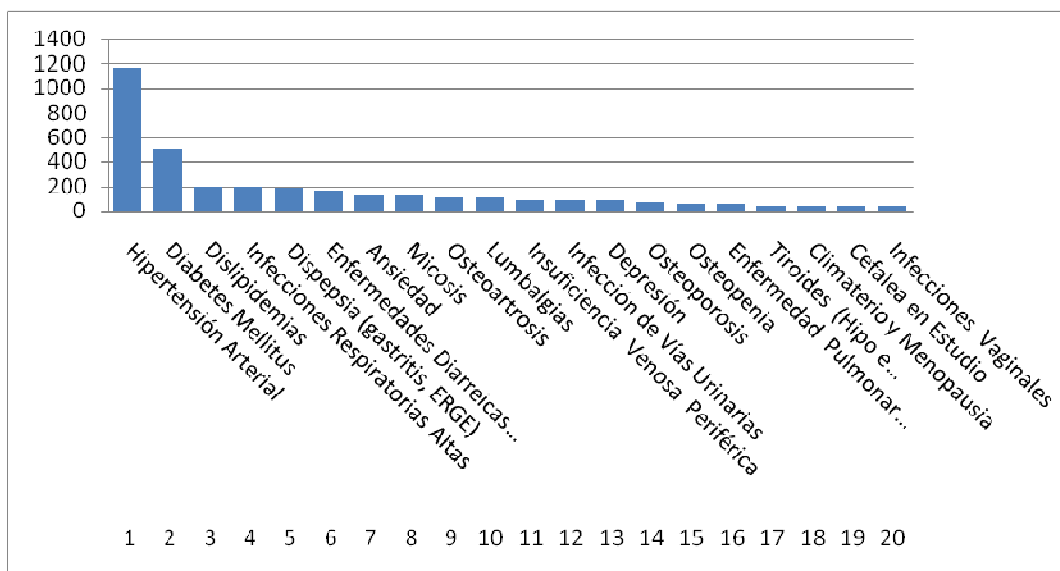
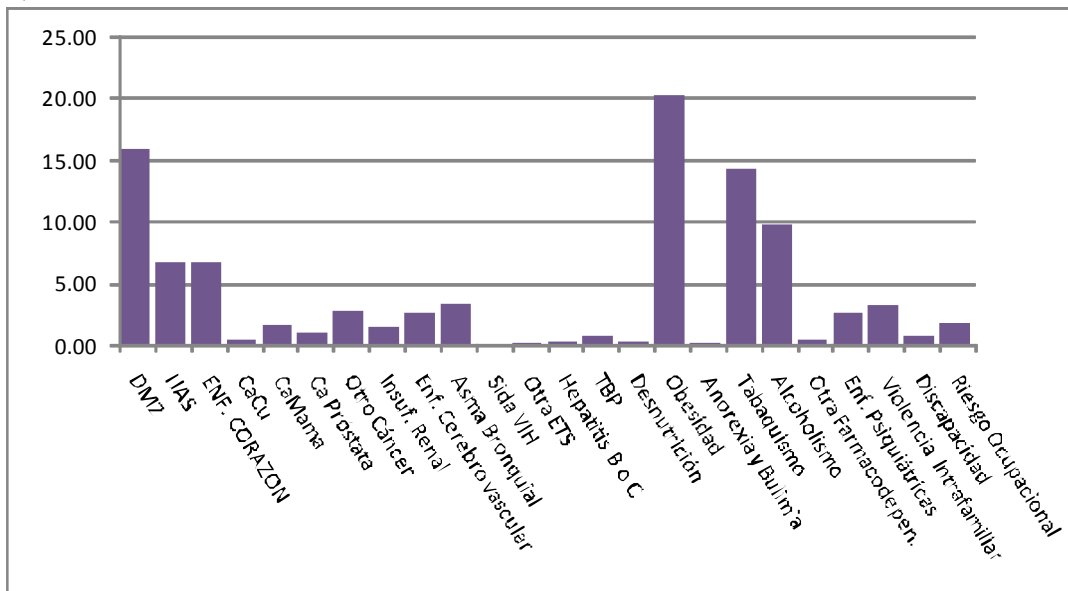


TABLA No. 13 FACTORES DE RIESGO DEL CONSULTORIO No 4 DE LA CMF QRO.

FACTOR DE RIESGO	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS	TOTAL	%
DM2	19	20	2	60	38	139	15.94
HAS	7	8	2	29	13	59	6.77
ENF. CORAZON	7	8	2	29	13	59	6.77
CaCu	0	1	0	2	2	5	0.57
CaMama	0	3	0	4	8	15	1.72
Ca Próstata	1	0	0	5	4	10	1.15
Otro Cáncer	1	1	0	15	8	25	2.87
Insuf. Renal	2	1	1	7	3	14	1.61
Enf. Cerebro vascular	1	1	0	15	7	24	2.75
Asma Bronquial	2	5	9	7	8	31	3.56
Sida VIH	0	0	0	0	0	0	0.00
Otra ETS	1	0	1	0	0	2	0.23
Hepatitis B o C	0	0	2	0	2	4	0.46
TBP	0	2	0	3	3	8	0.92
Desnutrición	1	0	1	0	2	4	0.46
Obesidad	25	46	30	28	48	177	20.30
Anorexia y Bulimia	0	0	2	0	0	2	0.23
Tabaquismo	38	9	18	27	34	126	14.45
Alcoholismo	29	2	11	10	34	86	9.86
Otra Farmacodepen.		0	2	0	3	5	0.57
Enf. Psiquiátricas	3	7	4	4	6	24	2.75
Violencia Intrafamiliar	9	8	4	5	3	29	3.33
Discapacidad	1	0	4	0	3	8	0.92
Riesgo Ocupacional	6	4	4	0	2	16	1.83
TOTAL	153	126	99	250	244	872	100.00

Fuente CEBIF Consultorio 4 CMF Qro.

GRAFICA No 13 FACTORES DE RIESGO DEL CONSULTORIO No 4 C.M.F. QRO.



DISCUSION

Dentro de la población censada en este consultorio, la mayoría de las personas se encuentran entre la edad adulta y envejecida, esto nos da un panorama de la situación actual que estamos viviendo tanto a nivel mundial, nacional, estatal y local en el cual cada vez mas va en aumento la inversión de la pirámide poblacional, donde cada día hay mas viejos y las enfermedades crónico-degenerativas ocupan las primeras causas de morbi-mortalidad esto coincide con según estimaciones de la Dirección General de Información de la Secretaría de Salud el 84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no transmisibles. (23)

Así mismo la población femenina sobresale, coincidiendo con la literatura en el marco teórico el cual nos dice que el 51.6% son mujeres y el 48.4% son hombres. Generalmente fallecen más hombres que mujeres, en el 2006 se registraron 127 defunciones de hombres por 100 mujeres. (10). Esto junto con la disminución de la natalidad traduce la sobrevivida más en la mujer que en el hombre. produciéndose un aumento en la esperanza de vida que paso de 49.9 en 1950 a 78 años en mujeres y 73 años en hombres en el 2005. (23)

La ocupación predominante es la de empleado y la escolaridad en su mayoría son profesionales, esto nos habla de que la población en estudio tiene una preparación académica y una cultura mayor que la población en general, esto se debe a que el ISSSTE tiene una población cautiva de los trabajadores del estado que tienen un buen nivel académico; esto nos forza a estar mejor preparados para una mejor atención y llenar sus expectativas a diferencia de una población académicamente baja.

El grupo de edad en cuanto al número de hijos hay más jóvenes y los años de edad conyugal está entre 20 y 29 años lo cual nos orienta a que hay más jóvenes que niños y así reorientar nuestra atención también hacia los problemas de los jóvenes.

Además las familias se encuentran dentro de las simples nucleares y con núcleo integrado; lo cual refleja que aún predominan las familias modernas tradicionales y conservadoras.

En la población estudiada con base en sus medios de subsistencia predominan las familias que prestan sus servicios en una institución pública o privada y esto nos puede orientar a determinar de que se enferman nuestros derechohabientes.

En cuanto al ciclo vital las familias se encuentran en su mayoría en la etapa de retiro y muerte, de ahí la importancia de que nos enfrentamos cada día más a enfermedades crónico degenerativas; esto va en relación también a las primeras causas de consulta encontradas como la hipertensión arterial, diabetes mellitus e infecciones de vías respiratorias altas, coincidiendo con datos del IMSS a nivel nacional donde la hipertensión arterial las enfermedades respiratorias altas y la diabetes mellitus ocupan los primeros lugares (21) y así

ofrecer a la población una atención más enfocada hacia esta problemática existente y redoblar esfuerzos para un resultado exitoso.

El segundo lugar del ciclo vital lo ocupa la fase de dispersión traduciéndose en una dependencia económica de los hijos.

También es de llamar la atención que en los rubros en cuanto a la clasificación de las familias; sin parentesco y los estilos de vida originados por cambios sociales no se registro ninguno; quizá esto se deba a que la sociedad en la que vivimos aún conserva principios morales o les da pena expresar su situación familiar por los tabús aún existentes.

Los factores de riesgo más presentados son la obesidad, diabetes mellitus, tabaquismo y alcoholismo, lo cual nos habla de que si no hacemos prevención en la población estudiada aumentará el riesgo de presentar enfermedades cardio-vasculares y cerebro-vasculares, este coincide con otros reportes ya mencionados.

Es por todo esto que el médico de familia debe de identificar en su población adscrita, las características, factores de riesgo y causas de consulta por las que sus familias están pasando para así actuar con medidas y consejos anticipados para mantener la salud en equilibrio de las familias.

El identificar estos aspectos en el estudio de las familias nos abre un panorama más amplio para entender la problemática de los grupos familiares que asisten al consultorio.

CONCLUSIONES

El objetivo general se logro, el cual era identificar las características de las familias estudiadas así como los factores de riesgo y causas de consulta de la población adscrita al consultorio No. 4 de la CMF ISSSTE Querétaro México.

En general son familias tradicionales, modernas, integradas y nucleares y predominantemente en etapa de retiro y muerte. Con una educación superior.

Los principales padecimientos encontrados son las enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, dislipidemias y las infecciones de vías respiratorias altas.

Entre los factores de riesgo encontrados predominaron la obesidad, la diabetes mellitus, el tabaquismo y el alcoholismo.

Recomendaciones o sugerencias

- a) Se propone implementar medidas de prevención primaria a la salud a los derechohabientes y no solo dar una atención curativa, ir más allá para anticipar daños a la salud, promoviendo, sensibilizando y participando en forma activa y entusiasta en los círculos de apoyo para la , formación de los grupos de ayuda mutua, de acuerdo a sus diferentes necesidades o enfermedades que aquejan a la población como : diabetes mellitus, hipertensión, adicciones, enfermedades mentales, obesidad, osteoporosis, etc. Y así dotar de herramientas específicas a la población para enfrentar sus padecimientos ya existentes y prevenir otros; así también proponer estrategias para mantener a los derechohabientes con un bienestar físico y mental y mejorando su entorno biopsicosocial.
- b) Reconocer los factores de riesgo de la población en forma oportuna para detectarlas a tiempo y manejarlas con prontitud, dar atención antes de que ocurran daños más agresivos y prevenir las complicaciones y secuelas, limitando el daño.
- c) Implementar medidas de rehabilitación física y psicológica para corregir en lo posible los daños producidos por alguna secuela y así integrar al paciente en lo posible a una mejor condición y calidad de vida.
- d) Seguir realizando estudios de investigación en Medicina Familiar para concientizar a la comunidad, autoridades y a nuestras Instituciones de la necesidades que aquejan a la población en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-*La medicina de familia: Historia* (SEMFYC). <www.semfyc.es/es/informativo/la_especialidad/> Extraído en Mayo 2008.
- 2.-*Medicina Familiar*. Wikipedia, la enciclopedia libre <es.wikipedia.org/wiki/Medicina_Familiar> Extraído Abril 2008
- 3.- F.J. Gallo Vallejo, R. Alisent Trota, J. Diez Espino, C. Fdez Sánchez, G. Foz i Gil, M.I. Granados Menéndez y F. Lago Deibe. *Perfil profesional del médico de familia*. Vol. 2 Num. 4,15 de marzo 1999.
- 4.-Artículo *Elementos esenciales de la Medicina Familiar*. La Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud.15-17 de Junio de 2005.
- 5.-Domínguez del Olmo J. Artículo *La medicina familiar en México y en el Mundo*. ArchMedFam 2003; 5(4):136-139.
- 6.-PR. *De Primer informe gobierno, 2007*. Anexo Estadístico. México. D.F. 2007.
- 7.-Estadísticas Estatales del ISSSTE. SEDESU, 2005. <<http://www.queretaro.gob.mx/>> Extraído en Abril de 2008.
- 8.-Irigoyen, Arnulfo. *Nuevos fundamentos de Medicina Familiar*. Editorial MEM. Tercera edición 1982-2007 Pág. 187.
- 9.-*Número de habitantes*.Cuéntame de México 2005. INEGI <<http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=>> Extraído en Abril de 2008.
- 10.-*Estadísticas a propósito del día internacional de la mujer*. INEGI marzo 2008. <www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2008/mujer10.doc> Extraído en abril de 2008.
- 11.- Irigoyen-Coria, Arnulfo y Morales de Irigoyen Herlinda. *Nuevo Diagnóstico familiar*. Editorial MFM Págs. 21 -25. Primera edición.
- 12.-Irigoyen-Coria, Arnulfo y Morales de I., Herlinda. *Nuevo Diagnóstico familiar*. Editorial MFM Págs. 16. Primera edición.
- 13.-. Robert B. Taylor, Alan D., Thomas A. Johnson, Jr D. Melessa P., Joseph E. Scherger. *Medicina de Familia Principios y Práctica*. Aspectos actuales y perspectivas futuras. 5ª Edición. Editorial Spring-Verlag Ibérica. Capítulo 1. pág: 3-6.1999.

- 14.-*Anuario Estadístico del ISSSTE*. <estadistica.issste.gob.mx/Notas.doc>
Extraído en Abril de 2008.
- 15.-Medina-Carrillo L, Lomeli-Guerrero LE,Irigoyen-Coria. *Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: estrategia para la formación de recursos humanos para la salud en Nayarit*, México. Arch Med Fam 2000;2(2):41-46.
- 16.- Gran Diccionario Enciclopédico. Time Life. Ediciones culturales internacionales 2006.
- 17.-Pita Fernández S, Vita Alonso MT, Carpente Montero J. *Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística*. A Coruña. Cad Aten Primaria 1997;4:75-78. Actualización 19/10/2002.
- 18.-C.A. Gonzalez Svaletz-A.Aguado Trigueros. Artículo *Aspectos Generales*.
- 20.-Mc Whinney IR. *Medicina de Familia*.Barcelona.Editorial Mosby-Doyma. Págs 79-80 1995.
- 21.-Dirección de Prestaciones Médicas IMSS. *Motivos de Consulta en medicina familiar en el IMSS*. Rev Med IMSS 2003; 41 (5): 441-448.
- 22.- *Informe sobre la salud en el mundo 2003*. OMS Forjemos el futuro, <<http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/indexx3.html>> Extraído en Abril de 2008.
- 23.- *Programa nacional de salud 2007- 2012* <www.google.com.mx> Extraído en Abril de 2008.
24. *Declaración de Helsinki*. Pautas Éticas Internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos. ISBN 9290360569. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) 1993, Ginebra, pp. 53-56
- 25.-Ley general de salud, <http://www.diputados.gob.mx/Leyes> Biblio/pdf/142,pdf
- 26.- Clínica de Medicina Familiar. Estadística 2007.
- 27.- Ley General del ISSSTE
- 28.-Diabetes Mellitus: manejo actual. 11 edición
<http://www.intermedicina.com/guías/gui023.htm>, extraído julio 2008.
- 29.-Subdirección General Médica y Subdelegación Médica Querétaro. Guías Terapéuticas. Enero 2006. ISSSTE.



CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia: _____ No. Expediente del informante: _____

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Parentesco	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Religión

Años de unión conyugal: _____

Número de hijos (hasta de 10 años de edad): _____

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): _____

Número de hijos (de 20 ó más años de edad): _____

TOTAL: _____

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 ()

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

FACTOR DE RIESGO	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
DM2					
HAS					
Enfs. Corazón					
CaCu.					
Ca mama.					
Ca. Próstata.					
Otro Cáncer.					
Insuf. renal					
Enf. Cerebro vascular.					
Asma bronquial.					
Sida/VIH					
Otra ETS					
Hepatitis B ó C					
TBP					
Desnutrición.					
Obesidad.					
Anorexia/bulimia.					
Tabaquismo					
Alcoholismo.					
Otra farmacodep.					
Enfs. Psiquiátricas.					
Violencia intrafamiliar.					
Discapacidad.					
Riesgo ocupacional.					

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

