



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

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

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR QUERETARO, QRO.

FACTORES DE RIESGO, CARACTERISTICAS FAMILIARES
Y CAUSAS DE CONSULTA MAS FRECUENTES.
CONSULTORIO 1. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR,
ISSSTE, QUERETARO, QRO.

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. CRISTINA RICARDA MUÑOZ PIMENTEL



ISSSTE

QUERETARO, QRO.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FACTORES DE RIESGO, CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y
CAUSAS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES. CONSULTORIO
1, CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, QUERÉTARO,
QRO.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. CRISTINA RICARDA MUÑOZ PIMENTEL

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

DR. SERGIO BARRAGÁN PADILLA
JEFE DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE

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

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N A M

QUERÉTARO, QRO. 2008

**FACTORES DE RIESGO, CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y
CAUSAS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES. CONSULTORIO
1, CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, QUERÉTARO,
QRO.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. CRISTINA RICARDA MUÑOZ PIMENTEL

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

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ÍNDICE GENERAL

- I. Título
- II. Marco teórico (marco de referencia o antecedentes)
- III. Planteamiento del problema
- IV. Justificación
- V. Objetivos
 - General
 - Específicos
- VI. Metodología
 - 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
- VII. Resultados
 - Descripción de los resultados
 - Tablas (cuadros) y gráficas
- VIII. Discusión (análisis) de los resultados encontrados
- IX. Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador)
- X. Referencias bibliográficas

II. MARCO TEÓRICO.

❖ ¿QUÉ ES LA MEDICINA FAMILIAR?

La medicina familiar es la atención médica integral con especial énfasis en la familia como unidad, como una responsabilidad y ética del médico en relación con la salud.

Se define como una disciplina académica con principios universales que responde a las necesidades que demanda la gente de buscar una atención médica de alta calidad, más personal y comprensiva que reemplaza la atención fragmentada e impersonal de otras especialidades (1).

La medicina familiar ha demostrado que puede aplicar una atención primaria excepcional al individuo y familias (2).

La atención primaria orientada a la comunidad fue propuesta hace décadas como una forma práctica de integrar los principios de medicina comunitaria y la salud pública en la prestación de la asistencia sanitaria (2).

El modelo ecológico familiar considera la salud como un estado natural que se ve afectado por diversos factores interrelacionados:

- a) Entorno (físico y social)
- b) Acceso a los servicios de asistencia sanitaria (preventiva, curativa, rehabilitadora)
- c) Herencia
- d) Estilo de vida personal

A través de este modelo ecológico la medicina es reconocida como una institución para mejorar la salud en forma preventiva, curativa y de rehabilitación. (2).

La medicina de familia surgió como especialidad a finales de la década de los años sesenta por el creciente descontento que existía frente a la filosofía biomédica y el sistema de asistencia sanitaria que estaban dominados por los médicos especialistas que ven a los pacientes como un conjunto de órganos.

La medicina de familia adopto un modelo más ecológico o biopsicosocial, donde era fundamental un enfoque holístico del individuo, una creencia en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y el cuidado del paciente en el contexto de la familia y la comunidad. (2)

Como disciplina académica, la medicina familiar ha proporcionado una paliación del concepto de la salud y un avance del conocimiento médico en diversas áreas.

En lo que se refiere al paciente hay una estrecha relación con el médico y ha aumentado la confianza y el conocimiento sobre la dinámica familiar.

Al definir la medicina y la practica familiares se ha aceptado la definición de Carmichael (autor), que la medicina familiar es la disciplina académica en la que el conocimiento y las habilidades de las áreas relevantes de la medicina y campos asociados se estudian se investigan y se enseñan. (3)

Mientras la práctica familiar no esté limitada a médicos familiares, debe constituir interés primario.

Perfil del médico familiar:

- a) La persona que establece el primer contacto con el paciente, proporcionando los medios de penetrar al sistema de atención de salud.
- b) Las necesidades de salud del paciente, presta atención medica personal dentro de uno o mas campos de la medicina, remitiéndolo, si lo cree conveniente a la institución de servicios médicos apropiada, preservando la continuidad de la atención.
- c) Es la que se responsabiliza de que el paciente reciba una atención continua e integral, y cuando es necesario, actúa como coordinador del equipo que proporciona estos cuidados.
- d) También acepta las responsabilidades de la atención global del paciente dentro del contexto de su medio ambiente incluyendo la comunidad y la familia o una unidad social comparable.
- e) Experto en la consulta externa y capaz de ir al individuo, a la familia y a la comunidad en los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación. (4).

❖ PANORAMA MUNDIAL DE LA MEDICINA FAMILIAR

Durante los últimos años, en la mayor parte de los países del mundo, se viven reformas en los sistemas nacionales de salud, el tema de La Medicina Familiar ha estado presente como puerta de entrada de los servicios de salud, como papel estratégico que los médicos familiares tienen como líderes en la materia (5).

El Colegio de Médicos Familiares (WONCA) organización que afilia a las Sociedades de Médicos Familiares de 55 países en 5 continentes, ha jugado un papel relevante en la promoción de la Medicina Familiar, gracias al trabajo que viene realizando desde hace más de 25 años, y en particular a la coordinación que ha establecido con la Organización Mundial de la Salud. (OMS). (6)

Por su parte, La Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) organismo que afilia a 15 países de Latinoamérica, España y Portugal, y en la que está representado México a través del Colegio Mexicano de Medicina Familiar ha efectuado también un intenso trabajo de promoción técnica académica y política de la Medicina Familiar en su ámbito de competencia(6).

Hablar de la Historia de la Medicina Familiar lo más relevante es hablar de los hechos del proceso de desarrollo a través de los años, y remontándonos a siglo XIX con la participación de personajes –no siempre médicos- en la atención de la salud de los individuos, y la población de los ricos era la gente que se atendía con los médicos mejor calificados los cuales se dedicaban a la práctica de la Medicina General.

Cada familia tenía su médico, usualmente el mismo para toda la familia, esto permitía la continuidad de la atención, en ese tiempo no se hablaba de medicina general como una entidad separada de la medicina; pero el contexto de esa práctica es el que dio origen a muchos de los postulados filosóficos y técnicos que ahora sustentan la especialidad en medicina familiar. (7).

El inicio del siglo XX es considerado por los estudiosos de la medicina como el inicio de la era de las especialidades.

En el año de 1910 se da a conocer el informe Flexner el cual es considerado como el documento que marca la declinación de la práctica de la medicina general a favor del desarrollo de las especialidades médicas.

La medicina familiar comienza en la segunda mitad del siglo XX a ser vista como una disciplina clínica, formulándose programas de adiestramiento en la especialidad; esto paralelamente se presenta también en los Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña y Australia.

Esta disciplina de la práctica de la medicina familiar se hizo también fundamental en América Latina y el Caribe.

En el caso de México se presentaron unos acontecimientos relevantes. En el año de 1954 hubo médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que plantearon un primer esbozo de lo que es la medicina familiar y propusieron un esquema de trabajo de algunas unidades médicas de medicina familiar. El proceso se implantó hasta 1971; cuando inician los cursos de especialización en medicina familiar.

En 1974 la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) otorga el reconocimiento académico de la disciplina.

En 1975, en esa misma universidad se crea el primer Departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica.

En 1980 La Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) inician la formación de especialistas en Medicina Familiar. (7).

- ❖ **La Medicina Familiar comprende una serie de actividades fundamentales basada en tres ejes:**

ESTUDIO DE LA FAMILIA

Estudiar la Familia permite el entendimiento del entorno biopsicosocial en que se desarrolla de vida de cualquier individuo. (8)

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Que favorece el seguimiento de salud-enfermedad de los individuos, sin importar edad, sexo, raza y/o naturaleza de la enfermedad. (8)

ACCIÓN ANTICIPATORIA

Basada en un enfoque de riesgo que brinda la oportunidad de planear estrategias de acción en la atención y medidas preventivas en la población expuesta. (8)

❖ ESTUDIO DE LA FAMILIA

La familia es la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, de matrimonio o unión libre que viven bajo un mismo techo.

La OMS señala que por familia se entiende a los miembros de un hogar emparentados entre si, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

La familia puede considerarse como la mejor opción para vivir en asociación; es la unidad básica de la enfermedad y la salud. Es un grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia.

Es la familia la que en condiciones ordinarias tiene la función mas importante en la formación de la identidad, ya que durante sus primeros años de vida el individuo recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica, psicológica y social siendo en esta primera etapa de la vida muy importante las figuras de la madre y el padre para su identificación en la vida adulta.

Una de las funciones más importantes de la familia son la seguridad psíquica de sus miembros, la satisfacción sexual de los cónyuges, la seguridad física, la procreación, y la socialización y la contribución económica.

La familia constituye el núcleo de la sociedad, representa el tipo de comunidad perfecta, pues en ella se encuentran unidos todos los aspectos de la sociedad: económicos, jurídicos, socioculturales y psicológicos.

Esta relación se basa en fuertes lazos afectivos y lo que afecta a un miembro afecta directa o indirectamente a toda la familia. Es una institución que influye con valores y pautas de conducta presentada por los padres, los cuales van conformando a sus hijos.

En cuanto a las funciones que tienen hay diversos tipos de familia que cumplen con características propias de acuerdo a la sociedad en que se desempeñan.

❖ FUNCIONES DE LA FAMILIA

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

1. Socialización: Promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
2. Afecto: Interacción de sentimientos y emociones de los miembros propiciando cohesión familiar y desarrollo psicológico.
3. Cuidado: Protección y asistencia para afrontar las diversas necesidades de la familia.
4. Estatus: participación de transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una posición en la sociedad.
5. Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad.
6. Desarrollo y ejercicio de la sexualidad. (8)

❖ ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

Conjunto de personas que de acuerdo a la distribución y orden integran al grupo familiar.

Se identifica en 5 fundamentos: Parentesco, presencia física en el hogar o convivencia, medios de subsistencia, nivel económico, nuevos tipos de convivencia individual – familiar originadas por cambios sociales. (9)

❖ CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN EL

PARENTESCO

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad.

- **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 ó ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de unión anterior.
- **Familia monoparental:** padre o madre con hijos.
- **Monoparental extendida:** padre o madre con hijos más otras personas con parentesco
- **Monoparental extendida compuesta:** padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
- **Extensa:** padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.
- **Extensa compuesta:** padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
- **No parenteral:** familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres.

SIN PARENTESCO

- **Mono parenteral extendida sin parentesco:** Padre o madre con hijos, mas otras personas sin parentesco.
- **Grupos similares a familias:** personas sin vínculos de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Ejemplo: grupos de amigos o estudiantes.(9).

❖ CON BASE EN LA PRESENCIA FÍSICA Y CONVIVENCIA

Es de suma importancia la presencia física en el hogar ya que de esta manera la familia tiene una mejor convivencia y ayuda mutua en cualquier caso de enfermedad y sobre todo en el desarrollo biopsicosocial.

- **Núcleo Integrado:** Presencia de ambos padres en el hogar.
- **Núcleo no integrado:** No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.
- **Extensa ascendente:** Hijos casados o en unión libre que viven en 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 (Abuelos, Tíos, Primos etc.)

❖ CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA

- De esta forma se identifican familias que dependen de recursos que se generan en las áreas:
- Agrícola y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

Estas diferentes posibilidades de origen de los recursos que permiten la subsistencia de las familias y en base a la combinación de las cuatro fuentes mencionadas, se asigna la clasificación correspondiente al origen de los

recursos de subsistencia aportada por el jefe de la familia.

❖ **CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SU NIVEL ECONÓMICO**

El nivel económico de la familia tiene cierta influencia en determinadas enfermedades relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar.

Se han realizado diversos estudios para determinar la economía familiar así como lo que se le puede denominar pobreza-riqueza y la importancia o impacto que reflejan en la salud como en la enfermedad.

❖ **NUEVOS ESTILOS DE VIDA PERSONAL-FAMILIAR ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES**

- **Persona que vive sola:** Sin familiar alguno. Independiente de su estado civil o etapa del ciclo de vida.
- **Matrimonio o parejas de Homosexuales:** parejas del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos.
- **Matrimonios o parejas de Homosexuales con hijos adoptivos:** Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.
- **Familia Grupal:** Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.
- **Familia Comunal:** Conjunto de personas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.
- **Poligamia:** Incluye la poliandria y la poliginia.(9)

❖ TIPOLOGÍA DE LA FAMILIA

En base a su Desarrollo puede ser:

- **Familia Moderna:** la característica principal es que la madre labora fuera del hogar igual que el padre.
- **Familia Tradicional:** el miembro proveedor, casi siempre está constituido por el padre.
- **Familia Arcaica o Primitiva:** me refiero específicamente a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.(10).

❖ CICLO VITAL DE LA FAMILIA

La atención longitudinal de la Medicina Familiar toma en cuenta que la familia tiene una historia natural que la hace transitar por diferentes etapas, durante las cuales cada uno de los miembros experimentan cambios; estas etapas conforman lo que se denomina Ciclo Vital de la Familia. En cada etapa se viven situaciones específicas que intervienen en el proceso de salud y enfermedad de la familia. (TennysonWilliams 1983). (10)

Esquema propuesto por Geyman en 1983:

- **Fase de Matrimonio:** Inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.
- **Fase de Expansión:** momento en el que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica, la familia se “expande”, crece y busca la mejor manera de organizarse y educar a los hijos.
- **Fase de Dispersión:** Todos los hijos asisten a la escuela y aún ninguno

trabaja. En esta etapa de la vida familiar el proceso se detiene un poco, ya que hay hijos en adolescencia y otros a punto de independizarse. Los padres viven nuevos retos y experiencias y algunas veces se tienen que ajustar a los actos y pensamientos modernistas de los hijos.

- **Fase de Independencia:** No es posible precisar el número de años transcurridos, al inicio de esta fase la pareja debe aprender a vivir nuevamente en independencia; sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos entre padres e hijos se fortalecen con el respeto de la privacidad de la nueva familia.
- **Fase de Retiro y Muerte:** Al igual que muchas situaciones difíciles o controversiales, se observa en esta fase el contraste entre entusiasmo e ilusión que se caracterizaba en la fase de matrimonio. Esta fase inicia desde el retiro del primer hijo hasta el retiro del último, después la muerte del primer cónyuge y por último la disolución con la muerte del segundo (10).

❖ FACTORES DE RIESGO

El término de “riesgo” implica la presencia o característica o factor que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas.

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociadas con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.

Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos etc.) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciéndose un fenómeno de interacción (11).

Son las causas que intervienen en la Familia en relación al proceso salud-enfermedad.

Es necesario identificar y analizar las características sociales, demográficas, económicas y familiares como objetivo principal para determinar las causas

principales que ponen en riesgo a la salud de la familia, para que de esta manera se identifiquen las necesidades de atención médica y así determinar prioridad en la gestión sanitaria considerando el enfoque de riesgo en la atención a la salud de la familia y de la población. (12).

Los factores de riesgo se pueden clasificar en base al tipo de familia que se estudie, como pueden ser:

- Hereditarios “Biológicos”
- Infecto-contagiosos
- Estilo de vida de la familia
- En base a la alimentación
- Funcionalidad familiar
- Etapa del ciclo de la familia
- Educación y característica diferente de cada miembro de la familia
- Creencias específicas de cada familia

Los programas prioritarios de atención médica que establece el Sistema Nacional de Salud, comprenden acciones o actividades relacionadas con una atención preventiva y sobre los factores de riesgo de determinadas enfermedades. (12).

En la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE QRO, realizamos las siguientes actividades preventivas:

- Aplicación permanente de vacuna
- Educación a la salud sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas e Infecciones de vías respiratorias superiores.
- Detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y de mama
- Detección y control de enfermedades crónico-degenerativas
- Detección y control de padecimientos infecto-contagiosos

❖ CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Una de las funciones principales de la Medicina Familiar y del médico de familias es la continuidad en la atención médica del individuo y su entorno familiar y de su comunidad.

En la medida que el médico familiar logre conocer las características biopsicosociales de las familias a las que atiende, la pirámide poblacional que estas conforman y así como las causas por las que éstas acuden a consulta; podrá tomar acciones concretas: como establecer programas preventivos, dar tratamientos oportunos y dar seguimiento al proceso de salud-enfermedad.

En la continuidad de la atención intervienen todos los aspectos de la medicina familiar y el médico familiar contrae el compromiso de ser consejero, intérprete, mediador e integrador de las familias a las que atiende. (8)

Irigoyen y Gómez proponen por primera vez un Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF), como una estrategia para llevar a cabo la práctica de la medicina de primer contacto para prestar servicios médicos y dar una atención de alta calidad.(8)

Todo esto conlleva a la continuidad de la atención médica y que la relación del médico con el paciente y su familia no termina con la duración de la enfermedad presentada en el lapso de la historia natural de una enfermedad.

Con la continuidad de la atención se da la relación médico-paciente la cual implica un establecimiento de un punto de confianza y empatía mutuo, o como Carmichael lo describió: “Relación de pertenencia”. En esta relación también se compenetrán las relaciones familiares y las relaciones interprofesionales. (13)

❖ ACCIÓN ANTICIPATORIA

Es la acción que se basa en un enfoque de riesgo que brinda la oportunidad de planear estrategias de atención y medidas preventivas en la población expuesta.

La declaración de Alma-Ata realizada en 1978, fue una piedra angular para la historia de la salud; en ella se definen los principios de atención primaria a la salud de todos los seres humanos del mundo.

Durante 1988, La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF declaran que la Atención Primaria a la Salud (APS) se ha arraigado y empieza a tener efectos mostrando una notable mejoría en la cobertura para la atención a la salud. (14).

La atención primaria a la salud debe estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y los problemas de salud concretos a cada individuo y su familia así como a su comunidad; deben abordarse a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, promoviendo al mismo tiempo la auto responsabilidad. (15).

La mayoría de los países en desarrollo siguen luchando con la carga que representan las enfermedades tropicales y otras condiciones ligadas a la pobreza. Incluso la batalla contra las enfermedades contagiosas y lo que significa una población de edad avanzada con enfermedades crónico-degenerativas.

Es claro que el enfoque convencional de Atención Primaria a la Salud no tendrá ningún efecto si no ponemos todos los esfuerzos para transformar los sistemas de salud de acuerdo a los principios de atención primaria y de la estrategia “salud para todos”. (15)

Atención Primaria a la Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que el país pueda soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo.(15)

❖ EVALUACIÓN DE LA FAMILIA

Es un proceso fundamental que se lleva a cabo con la finalidad de estudiar a la familia y establecer un diagnóstico oportuno en el proceso de salud-enfermedad de las familias estudiadas.

Para llevar a cabo este proceso, el médico familiar utiliza estrategias clínicas del individuo y su familia a través del Estudio de Salud Familiar.

Los instrumentos básicos que más se utilizan y que han sido probados y validados son los siguientes:

Genograma (Familiograma, antes árbol genealógico)

Clasificación familiar

Ciclo Vital de la Familia

Apgar Familiar (16).

❖ PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

La mortalidad es el aspecto que, paradójicamente, mejor describe la situación de la salud de la población a nivel mundial.

Las causas de mortalidad en EUA con mayor índice de frecuencia son debido a enfermedades cardiovasculares en un 31.7%, en el Reino Unido de 38.7% y en México de un 10.32%.

En segundo lugar como causas de muerte en los 3 países estudiados lo encontrado son las siguientes: Tumores malignos en USA un 19.1%, Reino Unido 38.7% y México solamente un 3.4% a diferencia de los otros dos países.(17).

La Diabetes Mellitus ocupa un tercer lugar; en USA 2.64%, Reino Unido con 1.17%, mientras que en nuestro país se encuentra un 5.41%.

Dentro de las enfermedades transmisibles en general excluyendo el VIH encontramos que USA tiene un 5.09%, Reino Unido un 12.32% y México un 7.6%. Dentro de estas enfermedades destacan las Infecciones de Vías Respiratorias Agudas con más alto índice en Reino Unido con un 11.09%.

En nuestro país el descenso de la mortalidad se observa en forma sostenida desde poco antes de 1940; sin embargo esta disminución no se ha dado de manera homogénea en todo el territorio, siendo las áreas rurales y en particular los grupos étnicos los menos favorecidos con la dinámica observada (18).

De acuerdo a los estilos en los cambios de vida a nivel mundial y nacional el aumento en las enfermedades crónico-degenerativas es relevante en comparación con las enfermedades infecto-contagiosas.

En el Estado de Querétaro las causas de morbi-mortalidad más frecuentes se encuentran en primer lugar las enfermedades cardiovasculares en un 7.9% en 2°. Lugar la Diabetes Mellitus con un 4.7% y las Neoplasias en un 4.6%; esto indica de acuerdo al estudio a nivel mundial que las enfermedades crónico-degenerativas ocupan el primer lugar como causa de muerte. (19).

Dentro de las enfermedades transmisibles en general Querétaro presenta un 5.4%, incluyendo la Tuberculosis con un 3.7%, lo cual indica que a pesar de los programas preventivos y tratamientos supervisados aún no se ha logrado controlar la Tuberculosis en el Estado (21).

En el ISSSTE, Querétaro las causas de mayor morbi-mortalidad también se encuentran las Enfermedades cardiopulmonares, Hipertensión y Diabetes Mellitus.

En la Clínica de Medicina Familiar, Querétaro las causas de mayor morbilidad registradas son las Enfermedades de Vías respiratorias como consulta de primera vez; sin embargo el mayor número de consultas subsecuentes y enfermedades de control en nuestra población son la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus.(19).

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es de gran importancia realizar un estudio para conocer cuales son las causas mas frecuentes de consulta, los factores de riesgo y las características de las familias que acuden frecuentemente para solicitar atención medica en el consultorio No. 1 del turno matutino.

Ante la demanda de la cantidad y calidad de atención que solicitan, como medico familiar me puedo dar cuenta que al realizar diagnósticos oportunos y estar mas en contacto estrecho con los derechohabientes y sus familiares, se pueden ejercer medidas preventivas y hacer énfasis en los factores de riesgo para evitar enfermedades crónico degenerativas y/o contagiosas.

Además es de suma importancia conocer bien a cada familia y su entorno biopsicosocial, así como sus características tipológicas, de vivienda, económicas, religiosas y principalmente de salud.

Mantener una estrecha relación medico-paciente para que se mantenga una confianza en cada paciente como individuo y su familia, para que de esta manera se pueda realizar historia clínica confiable y detectar oportunamente cualquier alteración física o psíquica que afecte el entorno familiar, lo cual nos permitiría ofrecer medidas preventivas, dar tratamiento oportuno y rehabilitación en caso que se requiera.

Por lo tanto es necesario conocer las características de nuestras familias, para así crear la estrategia necesaria para su atención.

¿CUÁLES SON LAS FACTORES DE RIESGO, CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y CAUSAS DE CONSULTA MAS FRECUENTES DEL CONSULTORIO 1, CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, QUERÉTARO, QRO.?

IV. JUSTIFICACIÓN

Desde los orígenes de la epidemiología se ha considerado la desigualdad en la distribución de la enfermedad a diferentes grupos de individuos, por lo tanto esto refleja las desigualdades existentes en la estructura social. (22).

Si la epidemiología es el estudio de la distribución de los determinantes de la frecuencia de las enfermedades en la población, entonces la epidemiología familiar es el estudio de tales determinantes en los grupos de familias.

La unidad familiar era estudiada por científicos sociales, genetistas y practicantes generales de investigación; con el renacimiento del interés por la práctica familiar se ha desarrollado una disciplina de conocimientos más específicos a la familia. (22).

Es necesario que en la actualidad se realicen estudios de familias y no solo del individuo en forma aislada, ya que el estudio de una familia completa nos lleva a los médicos familiares a tener mejor conocimiento sobre la estructura de la familia a la que se estudia y sobre todo que tipo de familia es, su clasificación, el ciclo vital en que se encuentra y de esta forma podemos detectar oportunamente los factores de riesgo que presentan y así podemos tomar acciones médico preventivas para evitar enfermedades o en un momento dado, detectarlas en etapa temprana y dar tratamiento oportuno.

Al estar más en contacto con las familias que atendemos frecuentemente podemos lograr una compenetración y como médicos familiares especializados podemos dar una atención de mejor calidad y podemos enfocarnos a estar más en contacto estrecho con las necesidades propias del ser humano acorde a la etapa de vida en que se encuentre.(21).

Como médico familiar puedo estar más en contacto con los lazos de afecto que unen a una familia, conocer sus creencias, hostilidad, tensión, alegría, factores de riesgo biológicos y psico-sociales. Así como la línea del tiempo de cada uno de los miembros de las familias estudiadas. (22).

Por tal motivo he tenido el interés de estudiar a las familias que están asignadas al consultorio No 1 de la Clínica de Medicina Familiar Qro.

Detectar cual es la causa más frecuente por la que acuden a consulta y que factores de riesgo presentan. Como esté integrado el núcleo familiar y como está conformada la pirámide poblacional.

Un dato muy importante en el estudio del consultorio No 1 de la C.M.F. QRO, es que la población adscrita viven en la zona centro de la Ciudad, sectorizada por código postal y este dato me dará la pauta a determinar las causas más frecuentes de enfermedad y así podré determinar con mayor facilidad que acciones preventivas realizar para un mejor control médico.

Todos los datos antes mencionados justifican la realización del estudio en nuestras familias.

V. OBJETIVOS

❖ OBJETIVO GENERAL

Identificar cuales son las características familiares, los factores de riesgo y las causas más frecuentes de consulta de las familias que acuden a recibir atención médica en el consultorio No. 1 de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Querétaro, en el turno matutino.

Elaborar pirámide poblacional del consultorio del consultorio No. 1 de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Querétaro, en el turno matutino.

❖ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la población usuaria del consultorio No.1 turno matutino.
- Determinar las 20 principales causas de consulta de primera vez
- Determinar las 20 principales causas de consulta subsecuente
- Identificar las características y clasificación de las familias
- Determinar la Etapa del ciclo Vital de la Familia
- Identificar los factores de riesgo en las familias estudiadas
- Identificar la edad de los padres
- Determinar el grado de escolaridad de los padres
- Identificar el número de hijos y la edad
- Identificar los años de unión conyugal

VI. METODOLOGÍA

❖ TIPO DE ESTUDIO

- Observacional
- Descriptivo
- Retrospectivo
- Prospectivo
- Transversal

❖ POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en la población de Derechohabientes adscritos y que acuden frecuentemente al consultorio No 1 de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Querétaro.

La fase retrospectiva del estudio comprende desde el 1º. De Enero del 2007 al 31 de Diciembre del 2007, recolectando la información de las hojas de labores diarias del médico (Formato SM-10).

La información se realizó en forma manual con paloteo para determinar las 20 principales causas por las que los pacientes acuden a consulta, se seleccionaron las de 1ª. Vez y subsecuentes.

La fase prospectiva del estudio comprende de Febrero a Junio del 2008, aplicando las cédulas de identificación familiar, con las cuales se determina la pirámide poblacional y las variables detectadas en el estudio.

La información para realizar los resultados y variables de las encuestas familiares (CEBIF) los trabajé en formatos de Excel en computadora

❖ CRITERIOS DE SELECCIÓN

• INCLUSIÓN

Derechohabientes adscritos al consultorio No. 1 de la C.M.F. Querétaro en el turno matutino.

Derechohabientes que acudieron a consulta en el periodo en que se realizaron las encuestas.

Derechohabientes de ambos sexos

Derechohabientes que aceptaron a contestar la encuesta

• EXCLUSIÓN

Población no usuaria

Población no adscrita al consultorio No. 1

Los derechohabientes que no contestaron correctamente la encuesta

Los pacientes que no acudieron a consulta en el periodo del estudio

Los pacientes con discapacidades para contestar la encuesta

• ELIMINACIÓN

Los expedientes incompletos

Los de expedientes dados de baja

Los menores de edad

Las cédulas incompletas

❖ VARIABLES

Cualitativas con escala nominal

Cuantitativas con escala ordinaria

❖ VARIABLES CUALITATIVAS

Tipo de familia

Ocupación de cada uno de los miembros de la familia

Escolaridad

Parentesco en las familias

Familias sin parentesco

Estilo de vida de las familias

Estado civil

Años de unión conyugal

Etapas del ciclo vital de la familia

Factores de riesgo en la familia

❖ VARIABLES CUANTITATIVAS

Número total de individuos

Número de individuos de sexo masculino

Número de individuos del sexo femenino

Edad por grupo etáreo

Edad del padre

Edad de la madre

Años de unión conyugal

Número de hijos de 0 a 10 años

Número de hijos de 11 a 19 años

Número de hijos de 20 o más años

Número total de hijos

❖ TIPO DE MUESTRA

No probabilístico por cuota

❖ TAMAÑO DE LA MUESTRA

El estudio de 100 familias encuestadas aplicando la cédula de identificación familiar.

Hojas de labores del médico (SM-10) de un año de trabajo del 1º. De Enero al 31 de Diciembre del 2007.

❖ PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN

El procedimiento que se realizó para recabar la información y elaborar el estudio de MOSAMEF aplicado al consultorio No. 1 de La Clínica de Medicina Familiar Querétaro fue de la siguiente manera:

Se solicitó permiso a las autoridades del área de estadísticas para que se proporcionaran las hojas de labores diarias del médico (SM10) correspondientes al periodo del 1º. De Enero al 31 de Diciembre del 2007 para captura de la información de las de las 20 principales causas de consulta de 1ª. Vez y subsecuentes, así como el total de consultas en el año.

La captura se realizó en forma manual por medio de paloteo en hojas blancas. Se solicitó la autorización de la médica titular del consultorio No 1 para realizar las cédulas básicas de información familiar, de las cuales se recabó la información de los datos generales de la familia y la pirámide poblacional. En el periodo comprendido de marzo a mayo del 2008.

El escrito se realizó en computadora utilizando los programas: Word y Excel.

❖ CONSIDERACIONES ÉTICAS

DECLARACIÓN DE HELSINKI

Para realizar estudios en materia de investigación médica, el investigador se hace responsable de cumplir con los códigos éticos establecidos en la declaración de Helsinki que a sido promulgada por la Asociación Médica Mundial (WMA) como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la experimentación con seres humanos. Es considerada como el documento más importante en la ética de la investigación con seres humanos.

La declaración de Helsinki fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones creciendo considerablemente su longitud de 11 a 32 párrafos.

La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte de ella.

Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.

LEY GENERAL DE SALUD

El congreso de los Estados Unidos Mexicanos decreta La Ley General de Salud.

TITULO PRIMERO (Disposiciones Generales)

CAPITULO ÚNICO (Última Reforma DOF-30-05-08)

Artículo 1º. La presente ley reglamente el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona que tiene en los términos del Artículo 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades Federales en materia de salubridad general.

Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2°. El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades en la Fracción VII, el desarrollo de la enseñanza e investigación Científica y tecnológica para la salud (24).

LEY GENERAL DEL ISSSTE

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos.

Tomo DCXLII No 22 México, D.F. sábado 31 de marzo de 2007

En materia de Salud, Capítulo II. Sección I; Artículo 27. El Instituto establecerá 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.

El seguro de salud incluye los componentes de atención médica preventiva, atención médica curativa y de maternidad y rehabilitación física y mental.

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 (25).

❖ VII. RESULTADOS

En el estudio de investigación realizado en el Consultorio 1, de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Querétaro, se obtuvieron los siguientes resultados.

De las hojas de labores diarias del médico (SM-10) correspondientes a la consulta de un año, del 1º de Enero al 31 de Diciembre del 2007, obtuve las 20 causas de consulta de 1ª vez con un total de 1053 pacientes y se encontró que ocupan el primer lugar las Rinofaringitis con 192 pacientes que corresponden a un 18.93% de la población atendida. (Tabla y Gráfica No. 1).

De las mismas hojas también se obtuvieron las 20 principales causas de consultas subsecuentes con un total de 4026, encontrando en primer lugar la Hipertensión Arterial con 1403 consultas y un 34.85%; en segundo lugar la Diabetes Mellitus total de 719 y un 17.86% (Tabla y Grafica No 2).

El total global de consultas atendidas en el consultorio 1, fue de 5079 en un año.

Se aplicó la cédula básica de identificación familiar a 100 pacientes que acudieron a consulta en el periodo del 3 Marzo al 5 de Junio del 2008, de las cuales se obtuvieron diversos resultados que se explicarán en las siguientes tablas y gráficas.

Pirámide Poblacional dividida por grupo de edades y sexo.

Se recabó la información de las cédulas de identificación familiar y predomina la mayor población el grupo de mayores de 65 años, siguiendo en cantidad los grupos de 45 a 49 y posteriormente de 40 a 44 años; así mismo hago mención que el predominio en sexo es femenino siendo 171 mujeres y masculinos 142 individuos, dando un total de 313 los que conforman la pirámide (Tabla y Gráfica No 3).

Clasificación de la Familia con base en su Parentesco se observa que la gran mayoría son nuclear simple en un 54.95% y nuclear numerosa solo un 18.02% (Tabla y Gráfica No 4).

Con base en la presencia física y convivencia de las familias encontramos que la gran mayoría están conformadas con un núcleo integrado en un 59.8% y sólo

y 18.85% el núcleo familiar no está integrado (Tabla y Gráfica No 5).

Con base en los medios de subsistencia la gran mayoría de las familias viven por servicios en un 83.85% (Tabla y Gráfica No. 6).

En las familias estudiadas no se encontraron grupos sin parentesco, ni grupos similares a familias originados por los nuevos estilos de vida originados por cambios sociales (Tablas No 7 y 8).

En la Etapa del Ciclo Vital de la Familia se encontró que una gran mayoría viven la etapa de Retiro y Muerte con un 32.5%, etapa de Dispersión 29.5% y la etapa de Independencia un 25.41%. (Tabla y Gráfica No 9).

La edad de los hijos de la mayoría de las familias son mayores de 20 años, esto coincide con las etapas del ciclo vital de la familia mayormente detectadas (Tabla y Gráfica No 10)

En lo que se refiere al estado civil de las personas estudiadas encontramos que el mayor número es de solteros, lo cual corresponde a los hijos en un 50.16% y en padres casados es un 39.94%. En personas divorciadas, viudos, unión libre y madres solteras el porcentaje es menor a 2 (Tabla y Gráfica 11)

El grado de escolaridad de las familias estudiadas en la gran mayoría es profesional en padres, madres e hijas; sin embargo se encuentra que se tienen estudios básicos y medios. No se encontraron personas analfabetas (Tabla y Gráfica No 12).

Los factores de riesgo mayormente detectados fueron Hipertensión Arterial en un 12.68%, Diabetes Mellitus en un 10.78%; además de 3 factores de riesgo de importancia para desencadenar las patologías antes descritas son la Obesidad, tabaquismo y alcoholismo. Estos factores de riesgo fueron detectados tanto en padres como en madres e hijos mayores (Tabla y Gráfica No 13).

❖ TABLAS Y GRAFICAS

TABLA No. 1

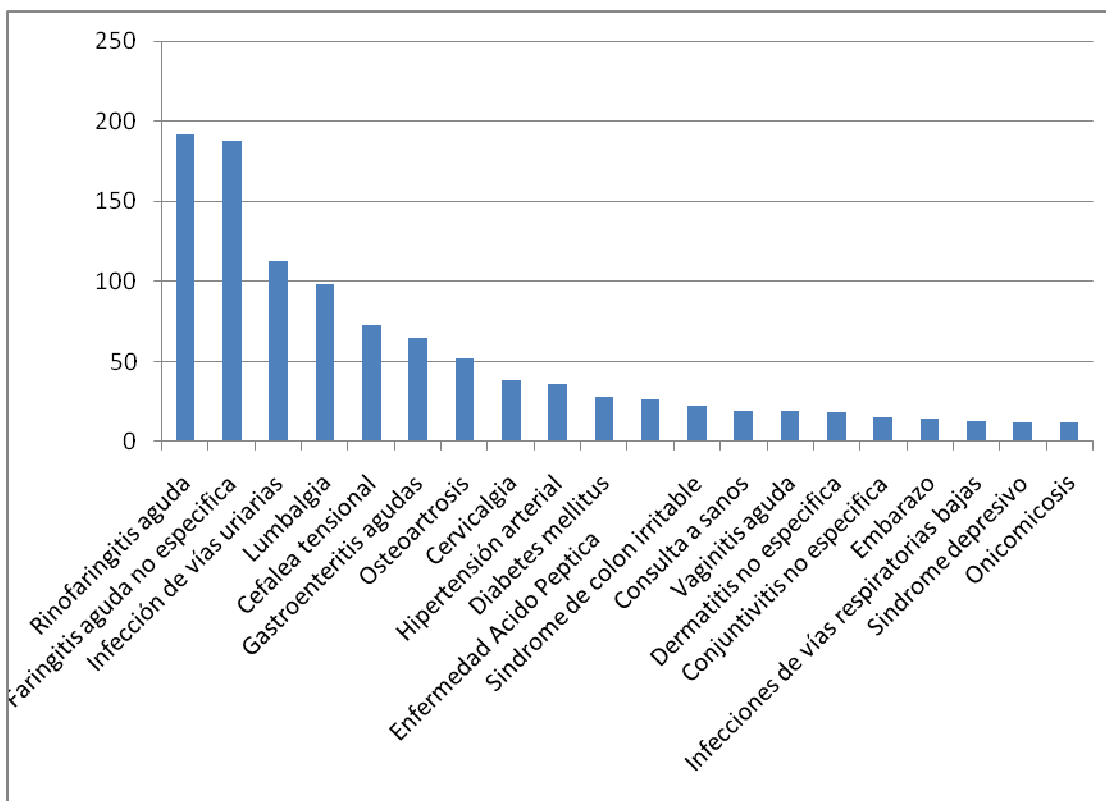
LAS 20 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ DEL CONSULTORIO No 1 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR QUERÉTARO DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2007

| | | |
|---|------|---------|
| Rinofaringitis aguda | 192 | 18.23% |
| Faringitis aguda no especifica | 188 | 17.85% |
| Infección de vías urinarias | 113 | 10.73% |
| Lumbalgia | 98 | 9.31% |
| Cefalea tensional | 73 | 6.93% |
| Gastroenteritis agudas | 65 | 6.17% |
| Osteoartrosis | 52 | 4.94% |
| Cervicalgia | 38 | 3.61% |
| Hipertensión arterial | 36 | 3.42% |
| Diabetes mellitus | 28 | 2.66% |
| Enfermedad Acido Peptica | 26 | 2.47% |
| Síndrome de colon irritable | 22 | 2.09% |
| Consulta a sanos | 19 | 1.80% |
| Vaginitis aguda | 19 | 1.80% |
| Dermatitis no especifica | 18 | 1.71% |
| Conjuntivitis no especifica | 15 | 1.42% |
| Embarazo | 14 | 1.33% |
| Infecciones de vías respiratorias bajas | 13 | 1.23% |
| Síndrome depresivo | 12 | 1.14% |
| Onicomycosis | 12 | 1.14% |
| TOTAL | 1053 | 100.00% |

Fuente de Información: Hoja de registro de labores diarias del medico.
(SM10)

GRAFICA No. 1

LAS 20 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ DEL CONSULTORIO No 1 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR QUERÉTARO DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2007



Fuente de Información: Hoja de registro de labores diarias del medico.
(SM10)

TABLA No. 2

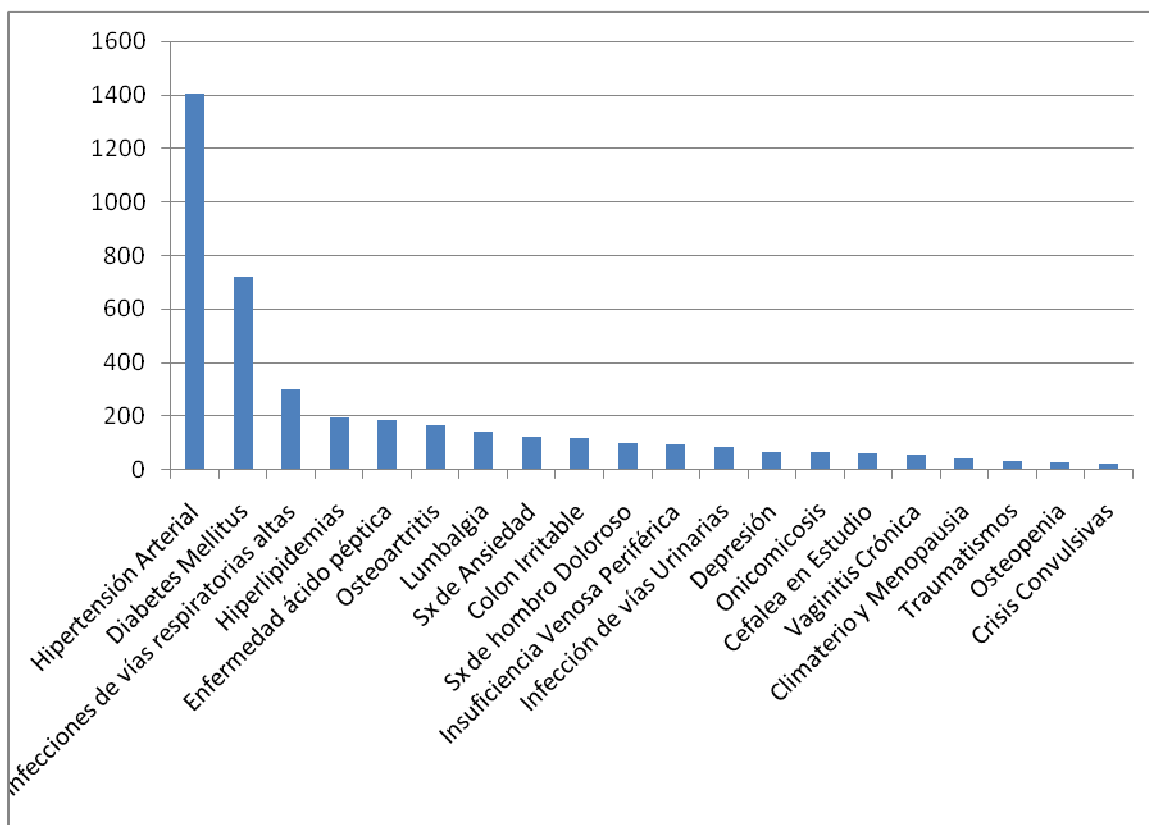
LAS 20 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTES DEL CONSULTORIO No 1 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE QUERÉTARO, DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2007

| | | |
|---|------|---------|
| Hipertensión Arterial | 1403 | 34.85% |
| Diabetes Mellitus | 719 | 17.86% |
| Infecciones de vías respiratorias altas | 301 | 7.48% |
| Hiperlipidemias | 198 | 4.92% |
| Enfermedad ácido péptica | 187 | 4.64% |
| Osteoartritis | 167 | 4.15% |
| Lumbalgia | 142 | 3.53% |
| Sx de Ansiedad | 123 | 3.06% |
| Colon Irritable | 121 | 3.01% |
| Sx de hombro Doloroso | 98 | 2.43% |
| Insuficiencia Venosa Periférica | 96 | 2.38% |
| Infección de vías Urinarias | 87 | 2.16% |
| Depresión | 69 | 1.71% |
| Onicomycosis | 68 | 1.69% |
| Cefalea en Estudio | 62 | 1.54% |
| Vaginitis Crónica | 56 | 1.39% |
| Climaterio y Menopausia | 43 | 1.07% |
| Traumatismos | 35 | 0.87% |
| Osteopenia | 28 | 0.70% |
| Crisis Convulsivas | 23 | 0.57% |
| TOTAL | 4026 | 100.00% |

Fuente de Información: Hoja de registro de labores diarias del medico. (SM10)

GRAFICA No. 2

LAS 20 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTES DEL CONSULTORIO No 1 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE QUERÉTARO, DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2007



Fuente de Información: Hoja de registro de labores diarias del medico.
(SM10)

TABLA No. 3

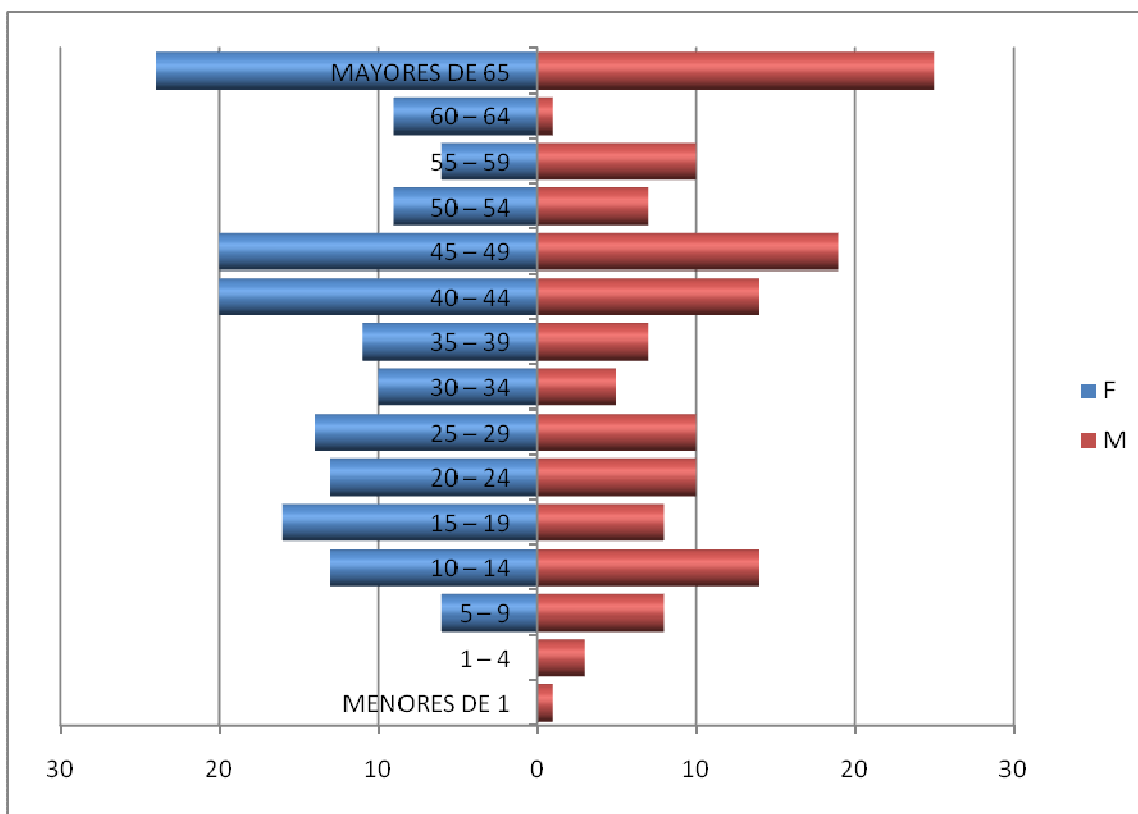
POBLACIÓN ESTUDIADA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DEL
CONSULTORIO No. 1 CMF QUERÉTARO.

| | F | M | Total general |
|----------------------|------------|------------|----------------------|
| MENORES DE 1 | 0 | 1 | 1 |
| 1 – 4 | 0 | 3 | 3 |
| 5 – 9 | 6 | 8 | 14 |
| 10 – 14 | 13 | 14 | 27 |
| 15 – 19 | 16 | 8 | 24 |
| 20 – 24 | 13 | 10 | 23 |
| 25 – 29 | 14 | 10 | 24 |
| 30 – 34 | 10 | 5 | 15 |
| 35 – 39 | 11 | 7 | 18 |
| 40 – 44 | 20 | 14 | 34 |
| 45 – 49 | 20 | 19 | 39 |
| 50 – 54 | 9 | 7 | 16 |
| 55 – 59 | 6 | 10 | 16 |
| 60 – 64 | 9 | 1 | 10 |
| MAYORES DE 65 | 24 | 25 | 49 |
| TOTAL | 171 | 142 | 313 |

Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF)

GRAFICA No. 3

PIRÁMIDE POBLACIONAL POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DEL CONSULTORIO No. 1 CMF QUERÉTARO.



Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF).

En esta gráfica se observa que el grupo que predomina son los mayores de 65 años, luego le sigue edades entre 40 y 49 años.

Otra observación importante es que la mayoría son del sexo femenino.

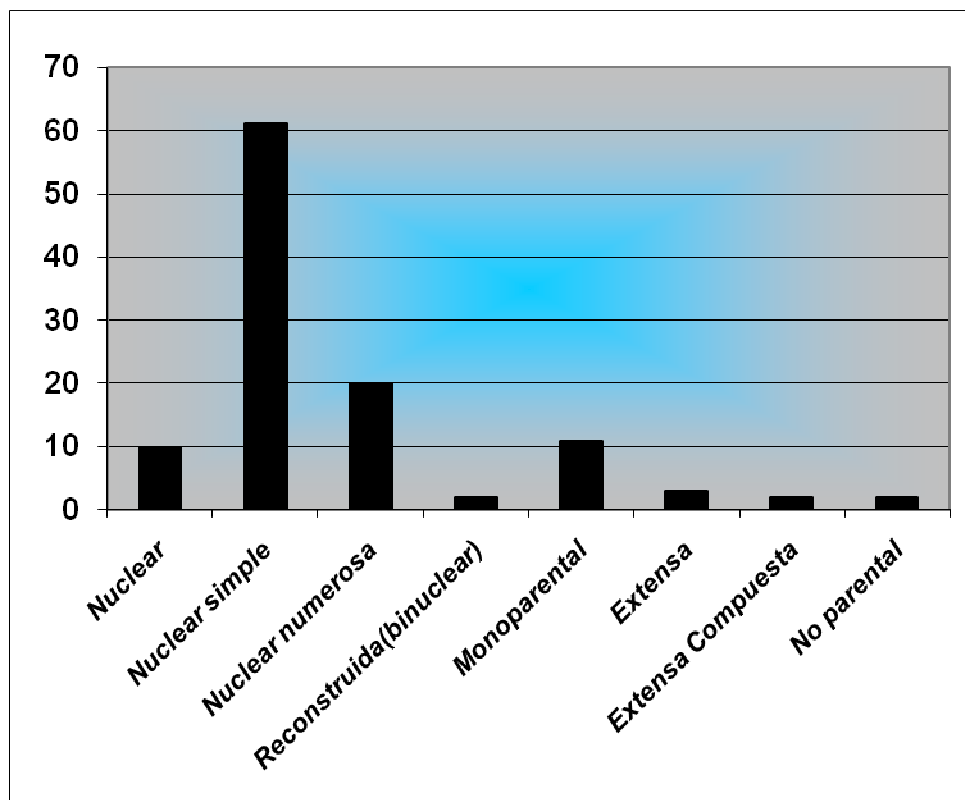
TABLA No. 4

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN EL PARENTESCO

| | | |
|-------------------------|-----|---------|
| Nuclear | 10 | 9.01% |
| Nuclear simple | 61 | 54.95% |
| Nuclear numerosa | 20 | 18.02% |
| Reconstruida(binuclear) | 2 | 1.80% |
| Monoparental | 11 | 9.91% |
| Extensa | 3 | 2.70% |
| Extensa Compuesta | 2 | 1.80% |
| No parental | 2 | 1.80% |
| TOTAL | 111 | 100.00% |

GRAFICA No.4

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN EL PARENTESCO



Fuente: Cedula de identificación familiar.

Se observa que el mayor número de familias son nuclear simple y en segundo lugar la nuclear numerosa.

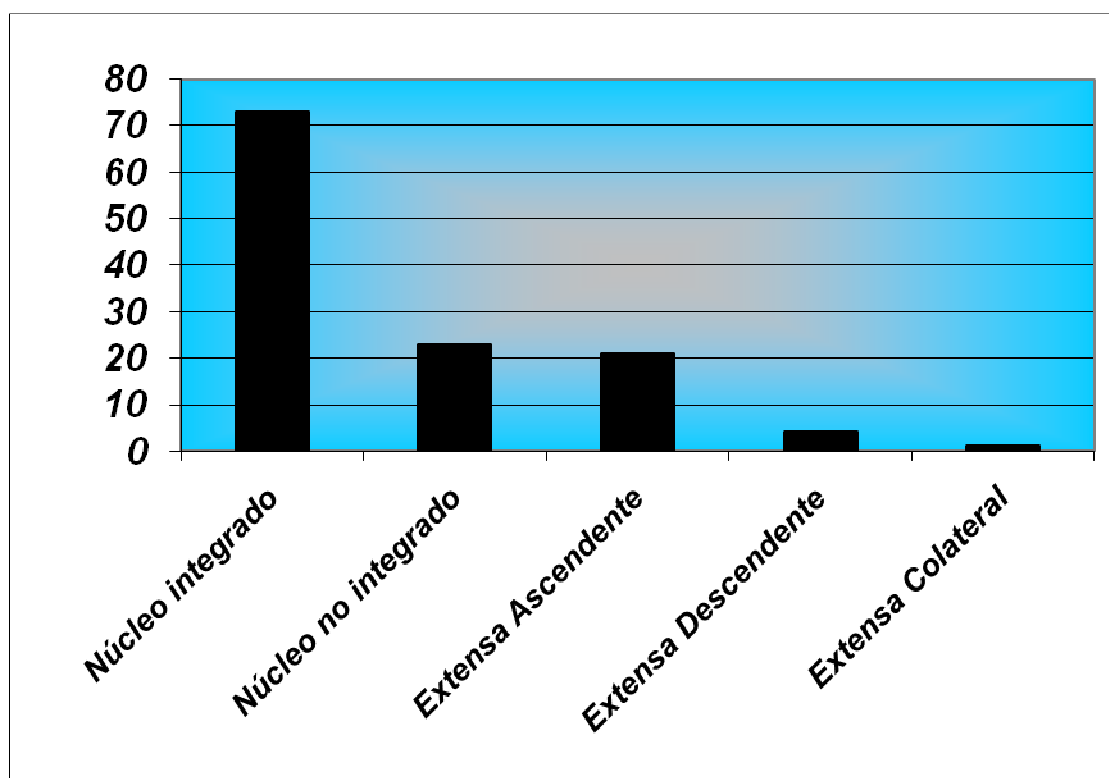
TABLA No 5

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

| | | |
|---------------------|-----|---------|
| Núcleo integrado | 73 | 59.84% |
| Núcleo no integrado | 23 | 18.85% |
| Extensa Ascendente | 21 | 17.21% |
| Extensa Descendente | 4 | 3.28% |
| Extensa Colateral | 1 | 0.82% |
| TOTAL | 122 | 100.00% |

GRAFICA No 5

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



Fuente: Cedula de identificación familiar

En esta tabla y gráfica se observa que las familias en base a su presencia física y convivencia, en la gran mayoría el núcleo está integrado.

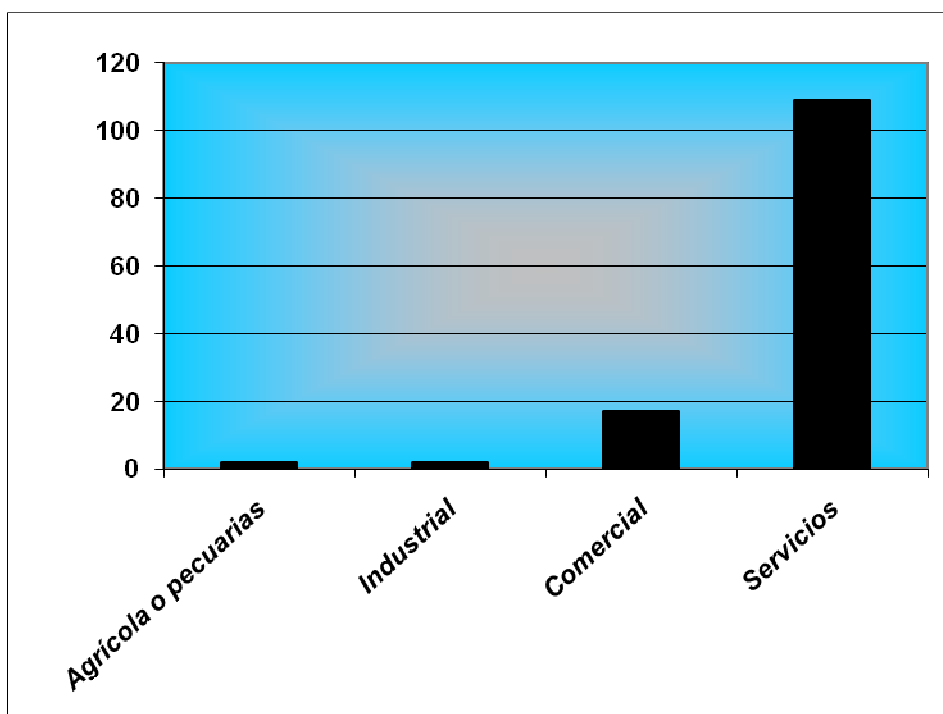
TABLA No 6

CON BASE EN SUS MEDIOS SUBSISTENCIA:

| Agrícola o pecuarias | Industrial | Comercial | Servicios | TOTAL |
|-----------------------------|-------------------|------------------|------------------|----------------|
| 2 | 2 | 17 | 109 | 130 |
| 1.54% | 1.54% | 13.08% | 83.85% | 100.00% |

GRAFICA No 6

CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA



Fuente: Cedula de identificación familiar.

En esta tabla y gráfica se observa que la gran mayoría de las familias sus medios de subsistencia es por servicios.

TABLA No. 7

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA SIN PARENTESCO:

| | | | |
|---|-----|---------------------------------|---|
| Monoparental extendida parentesco | sin | Grupos similares familias | a |
| 0 | | 0 | |

Fuente: Cedula de identificación familiar (CEBIF)

TABLA No. 8

ESTILOS DE VIDA ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES

| | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|-------------------|--------------------|-----------|
| Persona que vive sola | Pareja homosexuales sin hijos | Parejas homosexuales con hijos adoptivos | Familia Grupal | Familia Comunal | Poligamia |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

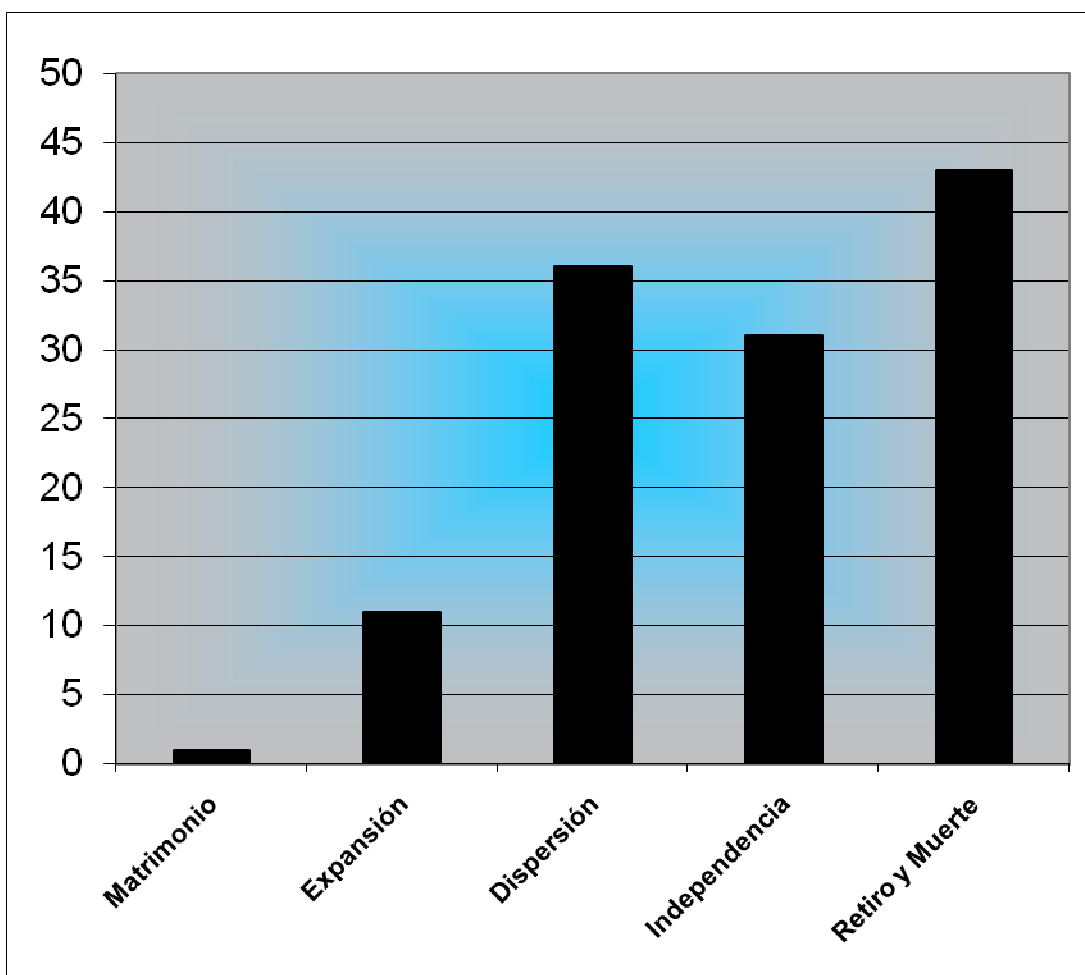
Fuente: Cedula de identificación familiar

Estas tablas nos muestran que en las familias estudiadas no hay grupos sin parentesco, ni otro tipo de grupo similares a familias originados por los cambios sociales.

TABLA Y GRAFICA No. 9

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR

| Matrimonio | Expansión | Dispersión | Independencia | Retiro y Muerte | TOTAL |
|------------|-----------|------------|---------------|-----------------|---------|
| 1 | 11 | 36 | 31 | 43 | 122 |
| 0.82% | 9.02% | 29.51% | 25.41% | 35.25% | 100.00% |



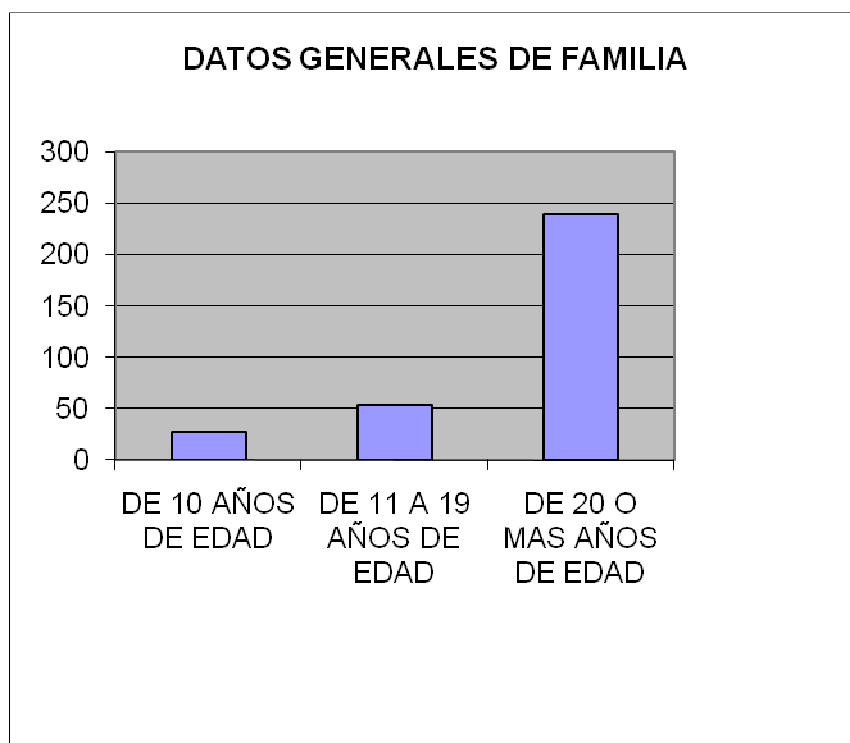
Fuente: Cedula de identificación familiar (CEBIF).

En esta tabla y gráfica encontramos que la mayoría de las familias estudiadas se encuentran en la etapa de Retiro y Muerte, en 2º lugar de Dispersión y en 3º la fase de Independencia.

TABLA Y GRAFICA No. 10

EDAD DE LOS HIJOS DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No 1

| | | |
|--------------------------|-----|---------|
| HASTA DE 10 AÑOS DE EDAD | 27 | 8.44% |
| DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD | 54 | 16.88% |
| DE 20 O MAS AÑOS DE EDAD | 239 | 74.69% |
| TOTAL | 320 | 100.00% |



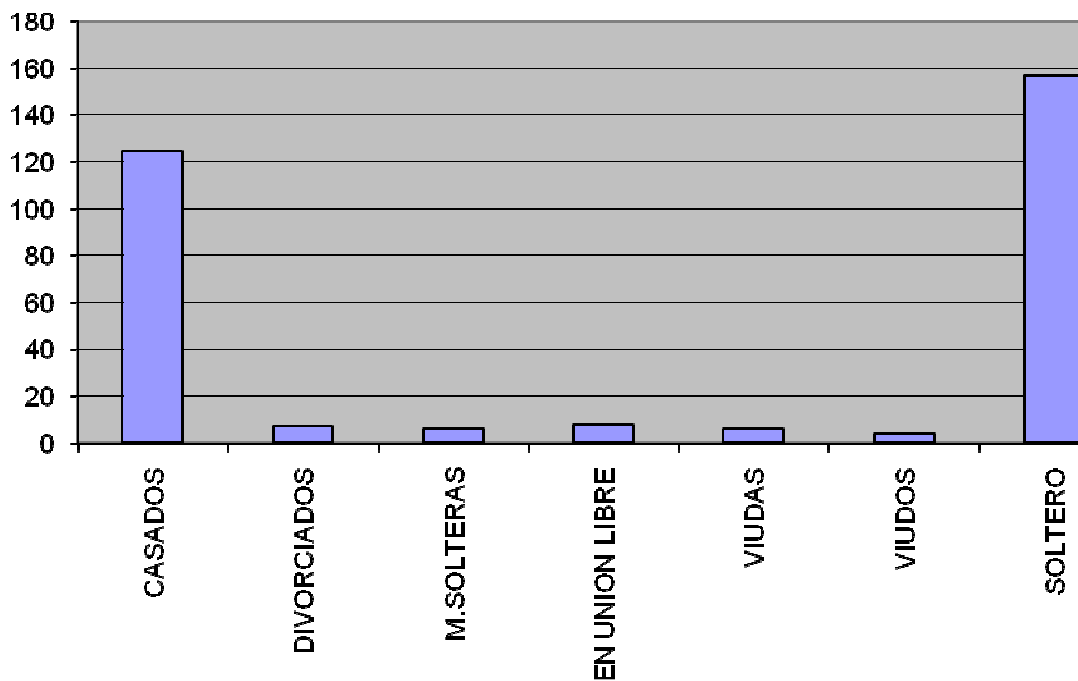
Fuente: Cedula de identificación familiar (CEBIF).

En esta tabla y gráfica se observa que la edad de los hijos es mayores de 20 años.

TABLA Y GRAFICA No.11

ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO 1

| ESTADO CIVIL | Total | PORCENTAJE |
|----------------|-------|------------|
| CASADOS | 125 | 39.94% |
| DIVORCIADOS | 7 | 2.24% |
| M. SOLTERAS | 6 | 1.92% |
| EN UNIÓN LIBRE | 8 | 2.56% |
| VIUDAS | 6 | 1.92% |
| VIUDOS | 4 | 1.28% |
| SOLTERO | 157 | 50.16% |
| TOTAL | 313 | 100.00% |



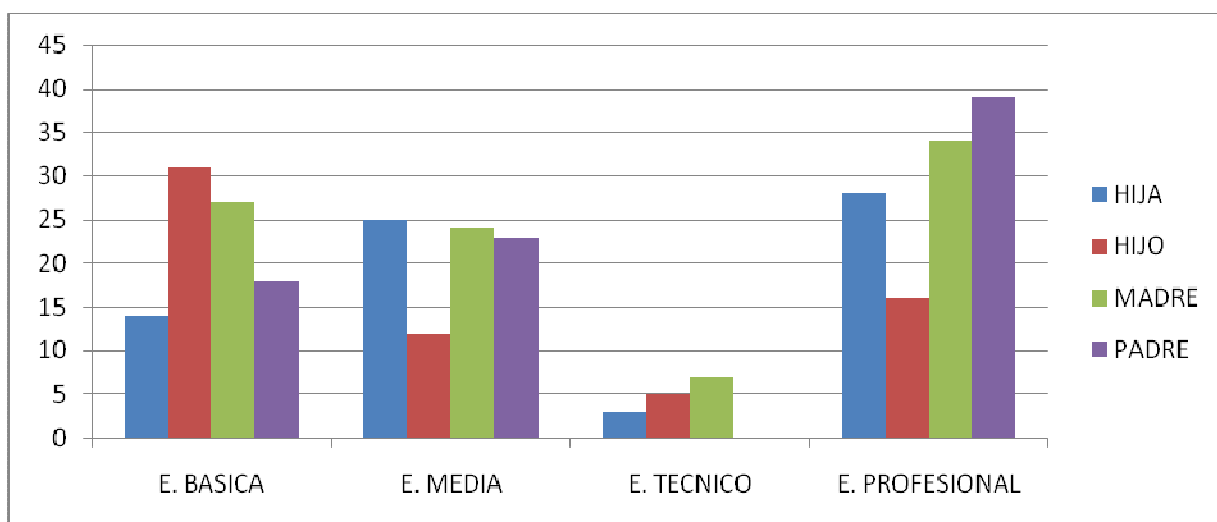
Fuente: CEBIF

En la gráfica se observa que el mayor número de individuos son solteros e en segundo lugar los casados.

TABLA Y GRAFICA No. 12

ESCOLARIDAD DE LOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO NÚMERO 1

| ESCOLARIDAD | PADRE | % | MADRE | % | HIJO | % | HIJA | % | Total general |
|-------------|-------|--------|-------|--------|------|--------|------|-------|---------------|
| BÁSICA | 18 | 5.88% | 27 | 8.82% | 31 | 10.13% | 14 | 4.58% | 90 |
| MEDIA | 23 | 7.52% | 24 | 7.84% | 12 | 3.92% | 25 | 8.17% | 84 |
| TÉCNICO | | | 7 | 2.29% | 5 | 1.63% | 3 | 0.98% | 15 |
| PROFESIONAL | 39 | 12.75% | 34 | 11.11% | 16 | 5.23% | 28 | 9.15% | 117 |
| | | | | | | | | | 306 |



Fuente: Cédula de Identificación Familiar (CEBIF).

En esta tabla y gráfica se observa que el grado de escolaridad que predomina en padres, madres e hijas es profesional. En segundo lugar la mayoría de los miembros tienen educación básica y media.

TABLA No. 13

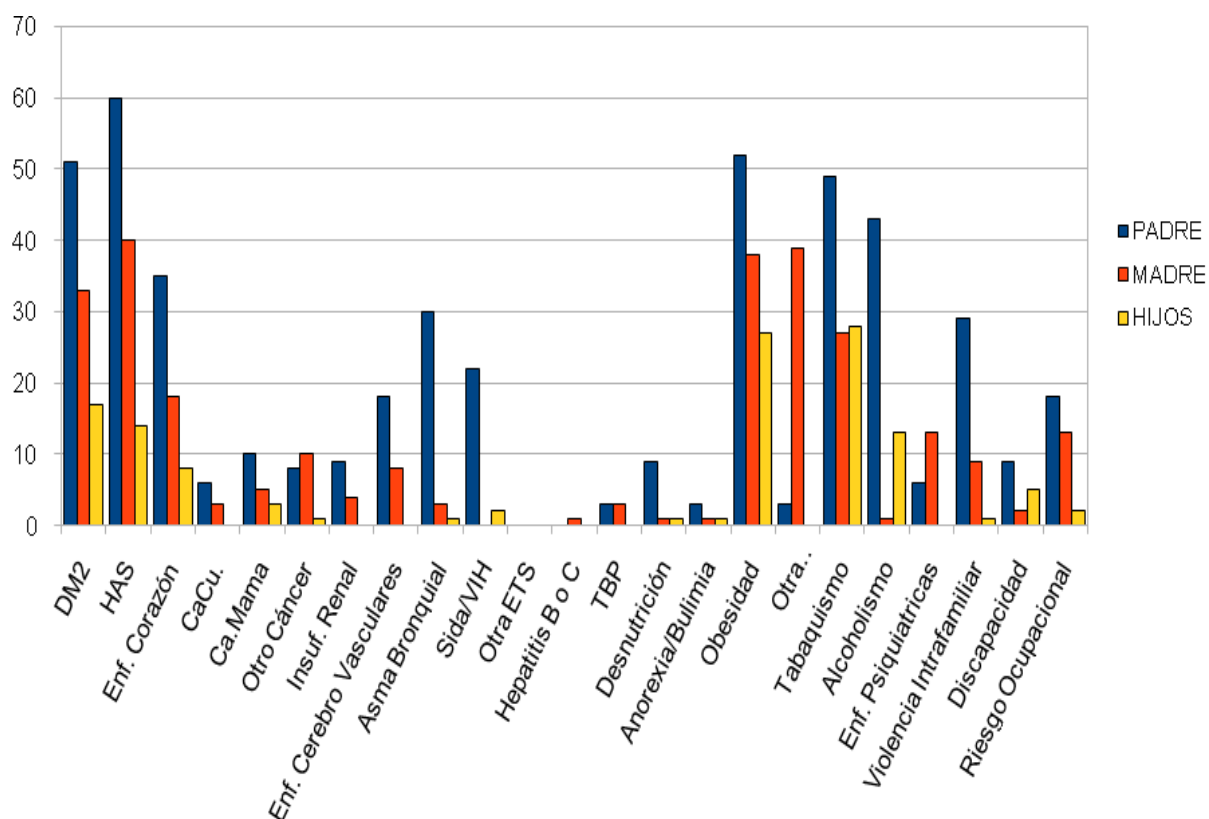
FACTORES DE RIESGO DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS DEL CONSULTORIO No. 1

| FACTORES DE RIESGO | PADRE | % | MADRE | % | HIJOS | % |
|-------------------------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|
| DM2 | 51 | 10.78% | 33 | 12.13% | 17 | 13.71% |
| HAS | 60 | 12.68% | 40 | 14.71% | 14 | 11.29% |
| Enf. Corazón | 35 | 7.40% | 18 | 6.62% | 8 | 6.45% |
| CaCu. | 6 | 1.27% | 3 | 1.10% | 0 | 0.00% |
| Ca.Mama | 10 | 2.11% | 5 | 1.84% | 3 | 2.42% |
| Otro Cáncer | 8 | 1.69% | 10 | 3.68% | 1 | 0.81% |
| Insuf. Renal | 9 | 1.90% | 4 | 1.47% | 0 | 0.00% |
| Enf. Cerebro Vasculares | 18 | 3.81% | 8 | 2.94% | 0 | 0.00% |
| Asma Bronquial | 30 | 6.34% | 3 | 1.10% | 1 | 0.81% |
| Sida/VIH | 22 | 4.65% | 0 | 0.00% | 2 | 1.61% |
| Otra ETS | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% |
| Hepatitis B o C | 0 | 0.00% | 1 | 0.37% | 0 | 0.00% |
| TBP | 3 | 0.63% | 3 | 1.10% | 0 | 0.00% |
| Desnutrición | 9 | 1.90% | 1 | 0.37% | 1 | 0.81% |
| Anorexia/Bulimia | 3 | 0.63% | 1 | 0.37% | 1 | 0.81% |
| Obesidad | 52 | 10.99% | 38 | 13.97% | 27 | 21.77% |
| Otra Farmacodependencia | 3 | 0.63% | 39 | 14.34% | 0 | 0.00% |
| Tabaquismo | 49 | 10.36% | 27 | 9.93% | 28 | 22.58% |
| Alcoholismo | 43 | 9.09% | 1 | 0.37% | 13 | 10.48% |
| Enf. Psiquiátricas | 6 | 1.27% | 13 | 4.78% | 0 | 0.00% |
| Violencia Intrafamiliar | 29 | 6.13% | 9 | 3.31% | 1 | 0.81% |
| Discapacidad | 9 | 1.90% | 2 | 0.74% | 5 | 4.03% |
| Riesgo Ocupacional | 18 | 3.81% | 13 | 4.78% | 2 | 1.61% |
| TOTAL | 473 | 100.00% | 272 | 100.00% | 124 | 100.00% |

Fuente: Cedula de Informacion Familiar (CEBIF)

GRAFICA No. 13

FACTORES DE RIESGO DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS DEL CONSULTORIO No. 1



Fuente: Cedula de Informacion Familiar (CEBIF)

En esta gráfica se observa que los factores de riesgo de mayor incidencia son la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus en padres y madres; después le sigue en orden la Obesidad, Tabaquismo y Alcoholismo.

❖ VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los familias estudiadas mediante la encuesta o cédula de identificación familiar puedo dar cuenta de lo importante que es conocer la población del consultorio en el que se realizó la investigación ya que se realizó una pirámide poblacional en la cual se detectó que el grupo mayoritario son pacientes mayores de 65 años y posteriormente los de 40 a 49 años, lo cual es relevante ya que de esta forma se pueden realizar estudios o encuestas como las cédulas geroprofilácticas que se aplican a personas de 40 años en adelante y así podemos realizar acciones preventivas para lograr un envejecimiento exitoso.

La gran mayoría de la población censada son casados y estos datos concuerdan sobre el registro de INEGI sobre la población casada en el estado de Querétaro (22).

La unión conyugal de las familias y que la mayoría son nucleares simples nos da un panorama de que se trabajó con familias con valores éticos y morales en la que todas las encuestadas son católicas, de predominio mujeres que trabajan y en su mayoría son profesionistas, además de dedicarse a su familia y una gran mayoría de los hijos tienen una educación media y profesional.

Este sector de la población estudiada vive en las colonias del centro de la ciudad de Querétaro y su medio de subsistencia es por servicios

Las etapas del ciclo vital en que se encuentran la mayoría es de retiro y muerte, por lo tanto esto se correlaciona con la pirámide poblacional que presenta un mayor número de personas de 65 años en adelante. Y la segunda etapa del ciclo vital detectada es la de dispersión y se correlaciona con la edad de los hijos y con el grado de escolaridad.

De la información recolectada de las hojas diarias de labores del médico se determinaron las causas más frecuentes de consulta de primera vez y la que ocupa el primer lugar son las enfermedades respiratorias de vías superiores altas como son la rinofaringitis y la faringitis aguda de causa desconocida lo cual coincide con el panorama epidemiológico de las enfermedades de primera vez a nivel nacional y mundial, datos reportados en el año 1999 a 2004 en la Secretaría de Salud.

En cuanto a la Morbilidad Estatal del ISSSTE en Querétaro en el año del 2007, las infecciones de vías respiratorias altas ocuparon el primer lugar, y además personalmente realicé un trabajo para la concertación de los medicamentos más utilizados en farmacia para el segundo semestre del año en curso y los más utilizados fueron para el tratamiento de infecciones respiratorias agudas.

Estos cuadros de vías respiratorias son más frecuentes durante las temporadas de clima frío, templado y en lluvias; lo cual indica la necesidad de realizar medidas preventivas en los grupos más vulnerables y realizar aplicación de vacuna anti-influenza en caso de ameritarlo.

Es de gran importancia recalcar que dentro de las consultas subsecuentes las de mayor prevalencia son la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus, siendo las enfermedades crónico-degenerativas que causan un costo impactante a la familia, a la sociedad y a las instituciones, estas aumentan en la 3ª y 4ª décadas de la vida de un 5 a 10% de la población en general.

Dentro de los factores de riesgo mas frecuentemente encontrados están la obesidad y el tabaquismo con un alto porcentaje en los padres y también en los hijos adultos, esto me llamó mucho la atención ya que de ahí concluyo el porqué la alta morbilidad de la hipertensión, y no sólo el consultorio No 1, sino que en toda la clínica de medicina familiar de Querétaro.

Otro dato importante o relevante que llamó la atención y que no se hizo mención porque no ocupa muy alto índice en lo encuestado, es de importancia porque se encuentra alcoholismo y violencia intrafamiliar en las familias estudiadas.

❖ IX. CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo general y los objetivos específicos del estudio que eran identificar los factores de riesgo, características de las familias y causas más frecuentes de consulta del consultorio 1 de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Querétaro, en las cuales predominan familias nucleares simples, en fase de retiro y muerte y dispersión, con base en su subsistencia por servicios, con un grado de escolaridad media y superior.

Sus enfermedades más frecuentes de primera vez son las Infecciones de vías respiratorias altas y las subsecuentes son las enfermedades crónico-degenerativas como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus.

Como médico familiar es importante proporcionar una atención médica continua, conocer al individuo con su familia, su entorno y aspecto biopsicosocial, realizar acciones anticipatorias y preventivas con la finalidad de evitar se presenten tempranamente enfermedades que se pueden prevenir.

De acuerdo a los factores de riesgo y las características familiares de los individuos estudiados el médico familiar pueden realizar acciones encaminadas a la prevención.

Llama la atención la gran demanda de consultas crónico-degenerativas y en primer lugar la Hipertensión Arterial en donde es importante realizar las actividades encaminadas a educar a la población en los cambios de estilos de vida, como los factores de riesgo que conllevan a dicha enfermedad: como la obesidad, tabaquismo, sedentarismo, dieta rica en sal, stress y herencia familiar. Es de gran importancia hacer énfasis en la Diabetes Mellitus, obesidad y tabaquismo ya que son los factores de riesgo encontrados en la mayoría de familias.

Llama la atención la emergencia de las enfermedades crónico-degenerativas en edades cada vez más tempranas en hijos adultos lo cual coincide con la transición epidemiológica observada en la población nacional.

Los resultados encontrados nos permite a los médicos familiares ofrecer servicios en forma integral, continua; enfocada a la detección temprana y anticipación del daño, optimizar el otorgamiento de servicios, disminuir costos y abrir líneas de investigación médica cuyos resultados sean útiles para la toma de decisiones.

Es de importancia reorientar en los servicios de salud hacia medidas

educativas, fomento a la salud y prevención de enfermedades infecto-contagiosas, manejo de las enfermedades respiratorias y diarreicas en el hogar y detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas, haciendo énfasis de manera prioritaria por las características de la población.

Dentro de las acciones que se realizan en la Clínica de Medicina Familiar Querétaro, contamos con círculos de apoyo y autoayuda para cada programa de acuerdo a la enfermedad, en los cuales se realizan pláticas a los pacientes para otorgarles información, prevención y control sobre su padecimiento.

Cabe mencionar también que es importante otorgar información, tratamiento y control sobre los riesgos en las personas con adicción al tabaquismo, alcoholismo y en la obesidad.

Como médico familiar se otorga orientación psicológica y se incluye al individuo en todos los aspectos de su vida familiar.

Para tomar acción de acuerdo a lo estudiado del consultorio No 1 se tomarán las siguientes medidas:

INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS

Fomento a la Salud

- a) Dar a conocer a la población las épocas y factores de mayor riesgo.
- b) Orientación sobre los síntomas y signos para que los identifiquen tempranamente y acudir a la atención medica oportunamente.
- c) Evitar contacto con personas enfermas.
- d) Evitar cambios bruscos de temperatura
- e) Nutrición adecuada

Protección específica:

Si se ha presentado la Enfermedad.

Tratamiento sintomático específico de acuerdo a etiología.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- a) Toma de TA a población en general al acudir a consulta.
- b) Detectar a la población en riesgo.
- c) Información sobre la enfermedad.
- d) Control de la obesidad.
- e) Información sobre factores de riesgo.
- f) Laboratorio.

Si la enfermedad esta presente:

- a) Control de peso.
- b) Rutina de ejercicios.
- c) Laboratorio.
- d) Control nutricional.
- e) Disminución de ingesta de sal.
- f) Medicamentos.
- g) Detección temprana de complicaciones.

Promoción del Examen Medico Preventivo que incluye:

Examen Médico completo.

Laboratorio.

Revisión de hábitos de vida.

Condiciones de su ambiente familiar y social.

DIABETES MELLITUS

Fomento a la Salud:

- a) Detectar a la población con factores de riesgo.

- b) Información sobre la enfermedad.
- c) Examen de laboratorio periódico.
- d) Control de obesidad.
- e) Cambios de hábitos de vida.

Si la enfermedad esta presente:

- a) Adecuado control de glicemia.
- b) Valoración oftalmológica, laboratorio, cardiovascular para detección temprana de complicaciones.
- c) Hacer participe de la enfermedad al entorno familiar.
- d) Control nutricional.
- e) Rutina de ejercicios individualizada.
- f) Medicamentos.

❖X. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gómez C J. , Irigoyen C A., Fernández O M A., Mazón R J J., La Medicina Familiar hacia una nueva Conceptualización. Boletín Médico Familiar 1996. Pág. 15-19.
- 2.- Goldberg B W. , Asistencia Sanitaria Basada en la Población. Medicina de Familia. 5ª Edición. Ed. Springer-Verlag Ibérica, Año 1999, pág 36-39.
- 3.- Herrera A A . Especialista en Medicina Familiar Egresado de la Residencia de M.F. Hospital General de Zona No 25 IMSS D.F. UNAM.
- 4.- Medina C., Lomelí L G., Irigoyen C A. Modelo Sistémico de Atención Médico Familiar. Estrategia para la información de Recursos Humanos para la Salud de Nayarit, Méx. Arch.Med.Fam.2000; Vol 2, No. 1.pág. 42
- 5.- 1ª. Reunión del Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. 5º. Coloquio Nacional y 3º. Internacional de profesores investigadores en Medicina Familiar del 5 al 17 de Junio del 2005. Vol 7, Sup 1.
- 6.-De la Revilla A L., Fleitas C L. Influencias Socioculturales en los cuidados de la Salud. Enfoque Familiar de Atención Primaria a la Salud. Pág 76-78.
- 7.- Mc Winney, IR. Medicina de Familia. Barcelona. Orígenes de la Medicina de Familia. Editorial Mosby-Doyma. 1995. Capítulo 1 (pag: 79-80).
- 8.- Irigoyen C A., Fernández O.M., Mazón R J., Noel M.C., Esteban H.R. Fundamentos de la Medicina Familiar. 1ª. Ed. México. Editorial Médica Nacional Mexicana . 2002. Capitulo 1. pág. 1-7.
- 9.- Mc Winney I R. Principios de la Medicina Familiar. 1ª.Edición en Español Ed Mosby-Doyma. 1995. Capítulo 1. pág. 11-23.
- 10.- Irigoyen C A., Ponce R E., Bannac D. , Rodríguez L M A. ,Gómez C F J., Kahan E., et al. Diagnóstico de Salud Comunitaria a través del Análisis Factorial. Atención Primaria. 1998; Volumen 21 (1). pág 28.
- 11.- Hennen B K. Continuidad de la Atención; Atención Primaria a Familia;

Capítulo 1; pág. 4-5.

12.- Domínguez del O J. Atención Familiar. Se fortalece la presencia de la Medicina Familiar en Latinoamérica en el ámbito mundial. Órgano informativo del Departamento de Medicina Familiar. África 13-17 de Mayo 2001. Vol 1.pág: 1-2.

13.- Domínguez del O J. La Medicina Familiar en México y el Mundo Arch. Med. Fam. 2003; Vol 5 (4). pág. 136-139.

14.- Nakajima H. Director General Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud para todos-el camino por recorrer. Arch Med UNAM. 1988; 31(5). Pág 117-118.

15.- Zurro M A., Cano P J F. Atención Primaria de Salud. Manual de Atención Primaria Organización y Pautas de Atención en la Consulta Capítulo 1. 2ª Edición. Editorial Doyma. Barcelona, España. 2004. pág. 5-9.

16.- Schuman S H. Eventos de la vida, Flujo del tiempo y Epidemiología Familiar. Capítulo 4. pág 61.

17.- <http://www.queretaro.gob.mx/sedesu> (SEDESU) . Secretaria de desarrollo Sustentable 2005. Fecha de consulta: 4-junio-2008, 3 ventanas.

18.-Manual de Vigencia de Derechos de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, Fuente de Información de la población por zona. Emisión Marzo 2008.

19.-Iglesias S H. , Lomelí G LE´. Diagnóstico de Salud y Estructura Familiar a través del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Arch Med Fam 2000; 2 (1) :11-16.

20.- Taylor R B. Medicina de Familia Principios y Práctica. Aspectos actuales y perspectivas futuras. 5ª Edición. Editorial Spring-Verlag Ibérica. 1999. Capítulo 1. pág: 3-6.

21.- Fernández PS., Alonso V MT., Montero C J. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Determinación de Factores de Riesgo. Cad. Atención Primaria 1997; 4:75-78.

Actualización 19 de Octubre del 2002.

22.- INEGI. Estadísticas Nacionales, Datos a propósito del día de Las Familias Mexicanas. Secretaría de Salud 1999-2004. Fecha de consulta: Mayo 12-2008. Ventanas 2.

23.-World Health Organization. Departamento de la Sante. Measurement and Health Information. December 2004. Fecha de consulta: Mayo-12-2008. Ventanas 4.

24.- Ley General de Salud. Texto Vigente. Ultima Reforma DOF- 30 de Mayo-2008. Fecha de consulta: Junio-14-2008.

25.- Diario Oficial de la Federación. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Tomo DCXLII No. 22 México, D.F. Sábado 31 de Marzo del 2007. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Fecha de Consulta: Junio-14-2008.