

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

143

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION 2ej.



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA

CLINICA HOSPITAL ISSSTE MAZATLAN



CLINICA HOSPITAL
ISSSTE MAZATLAN

DETERMINACION DE LAS CAUSAS MAS FRECUENTES
DE CONSULTA EN EL CONSULTORIO DIEZ
POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN EL AÑO DE 1994
EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE MAZATLAN

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

P R E S E N T A :

RAFAEL PÁNUCO ANAYA



CLINICA HOSPITAL ISSSTE MAZATLAN

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11226



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.

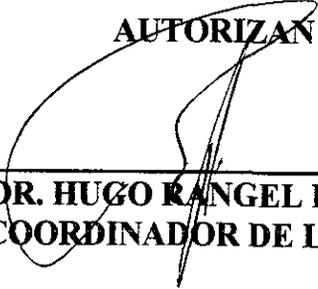
I.S.S.S.T.E

MAZATLAN

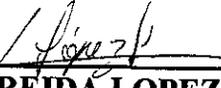
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

RAFAEL PÁNUCO ANAYA

AUTORIZAN



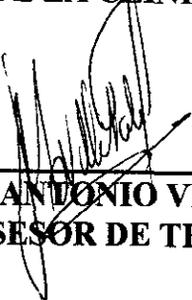
**DR. HUGO RANGEL ROMAN
COORDINADOR DE LA SEDE**



**DRA. BORIS NEREIDA LOPEZ LIZARRAGA
JEFE DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA**



**DR. VICTOR MANUEL ARREQUIN ROMERO
DIRECTOR DE LA CLINICA HOSPITAL**



**DR. MARCO ANTONIO VILLA TOLEDO
ASESOR DE TESIS**

MAZATLAN SINALOA ENERO DE 1996

I.S.S.S.T.E.

MEXICO

Determinación de las causas más frecuentes de consulta del consultorio diez en el año de 1994. Por grupo de edad y sexo en la Clínica Hospital, Mazatlán.

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

DR. RAFAEL PÁNUCO ANAYA

AUTORIZA



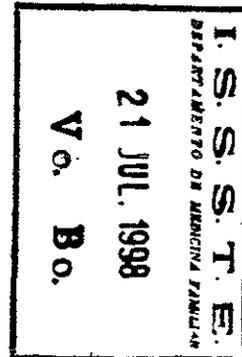
DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO

Jefe Depto. Educación médica continua y medicina familiar.



DR. JOSÉ CASTRO CANTE

Asesor de Tesis



MAZATLÁN, SINALOA. ENERO 1996

U.N.A.M

**Determinación de las causas más frecuentes de consulta del
Consultorio diez en el año de 1994 . Por grupo de edad y sexo en
La Clínica Hospital , Mazatlán**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

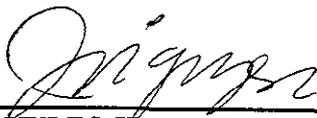
PRESENTA :

DR. RAFAEL PÁNUCO ANAYA

AUTORIZA

MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA

Jefe del Depto . De Medicina Familiar


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

Coordinador de Investigación del Depto. De Medicina Familiar

DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
Depto . de Medicina Familiar

MAZATLÁN, SINALOA . ENERO 1996 .

INDICE

	PAGINAS
MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
JUSTIFICACIÓN	24
OBJETIVOS	27
HIPOTESIS	28
METODOLOGIA	29
RESULTADOS	33
ANALISIS	46
CONCLUSIONES	50

MARCO TEORICO

La Medicina Familiar en México, vive en la actualidad un momento histórico, pues así como se replantean los mecanismos de financiamiento y hasta reestructuración, es necesario revisar también los aspectos técnicos, médicos, políticos y sociales para adecuarlos a los requerimientos de una sociedad en transformación que avanza al libre mercado, y en la que la práctica médica, en general y de la medicina familiar, en particular, deben replantear sus procesos de atención a la población derechohabiente .

La atención primaria suele percibirse como el componente más esencial de un buen sistema de salud . No obstante , en esta época de creciente especialización , algunos la ven como un obstáculo que retarda la llegada al especialista. Por otra parte , hasta la fecha no se ha probado que la atención primaria redunde en resultados médicos desfavorables (17)

Se está viviendo un proceso de transición económica, que se ha caracterizado en el ámbito de la seguridad social por el incremento de los costos de la atención médica, originado por el aumento de los costos de los insumos necesarios para proporcionar los servicios médicos y todas las prestaciones señaladas por la ley. Aunado a lo anterior, es posible apreciar una disminución de la planta productiva, lo que tiende a su vez a disminuir el ingreso. Se hace imperioso lograr la eficiencia y eficacia en los servicios para el pronto restablecimiento del estado de salud de la clase trabajadora, disminuir el ausentismo laboral

por enfermedad, acelerar el cambio para que al mismo tiempo que aumenta a la planta productiva se avance hacia la universalidad de la producción social, objetivo fundamental de los sistemas de seguridad social

Ha quedado demostrado que los modelos de atención basados en la medicina curativa tienen poco o nulo impacto sobre la salud de la población, en la actualidad, organizar un sistema de atención a la salud, cuya base sea la anticipación al daño, resulta una meta prioritaria por alcanzar. Los sistemas de atención a la salud deben fundamentarse en el ámbito preventivo y en la promoción y la educación para la salud, conjugar estos elementos en una organización que además de solucionar los problemas de salud, tenga el propósito de incrementar la calidad de la atención resulta una tarea sustantiva y por demás relevante.(1)

Se está viviendo un proceso de cambio epidemiológico: aún no se ha terminado la lucha contra las enfermedades vulnerables por vacunación y abatibles por saneamiento y se continúa luchando en varios y diversos frentes contra muy variadas enfermedades. A diferencia de los países ricos que rápidamente cambiaron sus principales causas de morbi-mortalidad infectocontagiosas en crónicas degenerativas y neoplasias, en México coexisten intercaladas como en un mosaico epidemiológico todo tipo de enfermedades, se ha logrado una importante disminución de la morbi-mortalidad por enfermedades diarreicas, lo cual fue posible con medidas sencillas y económicas comprendidas dentro de la estrategia de atención primaria a la salud; sin embargo, desde principios de la década resurge el Cólera, enfermedad que no se presentaba en México desde principios de siglo. El pasado tardío está alcanzando a un presente depauperado en donde coexisten el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, el

Cólera , la tuberculosis y las diarreas; la abundancia en las instituciones de salud es parte de un pasado reciente y de la historia de la seguridad social y de la Medicina Familiar

Lo anterior nos obliga a una mejor planeación, control y supervisión de los procesos de atención a la salud, para impedir el avance de las causas infectocontagiosas, así como mantener e incrementar la salud positiva y la mejoría de los niveles de calidad de vida de la población.

En los últimos años estamos asistiendo a profundos cambios en la organización y la asistencia prestada en el primer nivel de los servicios de salud . La OMS sugiere que ésta atención global , integrada , en equipo y con participación de la comunidad , es la estrategia que permitirá alcanzar la salud para todos en el año 2000 . Se pasa de ofrecer únicamente una atención basada en la demanda de la población a intervenir también sobre las necesidades de salud de la comunidad . Es decir la asistencia curativa y las actividades de prevención de problemas de salud no sentidos . Para conseguirlo no es suficiente con aguardar a que los pacientes acudan a consulta , se requiere de un adecuado conocimiento de la situación de salud de la población . (19)

Como resultado de la crisis y estancamiento económico de los años ochenta , en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe aumentaron el crecimiento demográfico y las desigualdades sociales . Esta situación se vió acompañada de un crecimiento demográfico explosivo , regresión del ingreso promedio por habitante y disminución del gasto en sectores sociales . Con ello se agravaron las carencias de infraestructura y servicios públicos y se intensificaron las necesidades esenciales de la población , hubo una reducción de la inversión en capital humano , manifestado en escaso financiamiento de

mejoras en el suministro de agua potable, saneamiento básico y plantas físicas y equipo necesarios para los servicios de salud . (11)

En el proceso de ajustar los servicios de salud a las necesidades de los habitantes de cada región , la descentralización paulatina de los servicios de salud y el traslado de responsabilidad a los distritos han de ser medidas estratégicas fundamentales Su aplicación exige sin embargo , que los administradores de salud publica a nivel local tengan acceso a información detallada sobre la situación de salud que habita ese distrito , este elemento es esencial para que sirva de punto de partida para la orientación de los servicios de salud . (12)

Se acepta que la situación económica es un factor que incide en los resultados de la salud , pero es menos sabido que la salud por su parte ejerce un fuerte impacto sobre la situación económica del país . Actualmente se está demostrando que en realidad puede haber un a relación causal entre la inversión en salud y otros bienes públicos y el crecimiento futuro de un país. (13)

El concepto de promoción a la salud , que ha alcanzado su máximo desarrollo en Canadá , Estados Unidos y Europa Occidental , se viene formulando desde casi principios del siglo , pero no fue hasta los años setenta que su teoría y práctica empezaron a ocupar un lugar importante en el marco de la Salud Pública . Era necesario reforzar el nivel básico de atención y de hecho en 1978 la atención primaria se convirtió en una estrategia de salud pública de la región . No obstante , la medicina tradicional con su énfasis casi exclusivo en los fenómenos biológicos , seguía siendo el modelo de atención predominante en casi todas partes . Aún no se había llegado el momento de cuestionar seriamente su capacidad

de responder a los problemas de salud de las poblaciones . Desde entonces la mayor parte de los países han reevaluado el alcance de la medicina curativa tradicional y han encaminado sus esfuerzos a desarrollar y fortalecer sus sistemas locales de salud y fomentar la participación de las comunidad en actividades de atención primaria. (14)

Las posibilidades de atención primaria se reducen en la edad avanzada , y la distinción entre prevención primaria (evitar o retrasar la aparición de enfermedades) ,prevención secundaria (diagnóstico precoz para detener el progreso de la enfermedad) y prevención terciaria (tratamiento adecuado de las enfermedades ya existentes para disminuir la discapacidad) resulta cada vez menos clara (16)

La población adscrita puede estar delimitada o registrada en una lista pero se deben detectar los problemas de salud que tiene planteados y para estos objetivos el equipo de asistencia primaria debe aprovechar la totalidad de los recursos existentes de su ámbito de influencia y coordinar sus esfuerzos con los equipos que trabajan a ese nivel . (19)

Un proceso de transición demográfica, como consecuencia del desarrollo socioeconómico experimentado en las últimas décadas, el volumen, estructura y movilidad de la población de México han variado. La reducción de la mortalidad es producto de los mejores niveles generales de vida y de ciertos programas de salud. Los alcances logrados en el desarrollo social como los de educación, extensión de los servicios de salud, vivienda y otros, han influido en la persistencia de los índices de fecundidad, considerados aún como altos en relación a otros; estos elementos y los cambios en la estructura económica son determinantes en la movilidad geográfica de la población. Así mismo, los cambios observados en el patrón de crecimiento y movilidad de la población han influido en las variables socioeconómicas. Desde

el comienzo de la industrialización se inició un éxodo de las zonas rurales a las de mayor desarrollo y urbanización, esta migración trae consigo cambios en la conceptualización del proceso salud-enfermedad, los que son determinados culturalmente y en las actitudes hacia los mismos programas y servicios de atención a la salud, entre los que destacan los de Planificación Familiar, control prenatal y otros.

Como resultado de la evolución ocurrida en la estructura y composición demográfica de la población, se ha producido un rejuvenecimiento de la misma, se han incrementado considerablemente los grupos de edad avanzada; hace 50 años el grupo de 65 años o más representaba menos del 3% de la población.

Para la primera década del siglo XXI se estima que alcance casi el 6%; estos cambios demográficos han ocasionado que los pensionados aumenten en mayor proporción que los asegurados, lo anterior ha coadyuvado la crisis de financiamiento actual.

Reforzar la función del médico y de las organizaciones de salud pública como correctores de hábitos perniciosos para la salud, durante la juventud y la edad adulta como medio para llegar con máxima capacidad funcional a la vejez. (21)

Los países más pobres intentan hacer frente al rápido crecimiento de la población y a la acelerada urbanización, al mismo tiempo los más ricos tratan de superar las consecuencias que se derivan de sus bajas tasas de crecimiento económico y del envejecimiento de sus poblaciones. (15)

La realidad al final de este siglo es compleja para la mayoría, si no es que para la totalidad de los sistemas de salud del mundo entero. Las razones son diversas y obedecen a factores

generales relacionados con el aumento de la demanda de servicios y mientras que en otros países desarrollados ricos, el aumento de la demanda y el costo de los servicios les plantea un fenómeno global de difícil solución y México que todavía no acaba de solucionar los problemas de salud del tercer mundo, cuando ya surgen los problemas de un país desarrollado.

En el marco económico la población sigue representando un problema, especialmente por un elevado número de nacimientos. A nivel mundial se considera por los expertos que los '90 es una década clave para detener la población que actualmente es de 5,200 millones de habitantes en el mundo. Se considera que si la obligada desaceleración de la mortalidad se difiere 10 ó 15 años a partir de 1995 la población mundial se estabilizará hasta los 12 ó 14 mil millones, casi tres veces más que el presente, fuera de todos los cálculos de los gobiernos para atenderlos nuestro país ha llevado un marcado incremento poblacional a partir de los años '50, que decrece levemente en los últimos años a pesar de que las tasas de fecundidad y mortalidad han disminuido.

En América Latina y el Caribe, se prevé que en el año 2000 tengan un 7,2% de la población un total de 41 millones de ancianos y se prevé que en el año 2025 este porcentaje aumente y en este citado año, en los países en desarrollo vivirán 227 millones de personas de individuos de edad avanzada, el 68 % de la población mundial de 65 años o más. Oculta dentro de estas cifras está la feminización de la pobreza y las enfermedades, ya que en los países de escasos recursos las mujeres que enviudan jóvenes sobreviven a una edad avanzada.

La asistencia de estas poblaciones envejecidas se solapará en los sistemas de asistencia sanitaria, ya faltos de recursos y puestos a prueba por encima de su capacidad. (6)

No obstante , los avances innegables en la salud de los mexicanos no han sido uniformes . Alrededor de diez millones de personas carecen de acceso regular a servicios de salud y subsisten grupos de población al margen de las condiciones mínimas de seguridad e higiene . Por otro lado , el sedentarismo , la dieta inadecuada , el tabaquismo , el consumo excesivo de alcohol , la falta de prevención efectiva de accidentes viales y laborales y las practicas sexuales poco seguras ,constituyen nuevos factores de riesgo que explican la mayor parte de las muertes por enfermedades no infecciosas con excepción del sida .

A esta compleja situación epidemiológica se añade una transformación radical debido a la reducción en las tasas de mortalidad infantil, los programas de planificación familiar y el impacto creciente de los programas preventivos en salud . De esta forma se presenta un crecimiento relativo de los grupos de edad avanzada que , paradójicamente , se asocia a problemas de salud más costosos , de larga duración y difícil prevención .(5)

Nadie duda que en la actualidad , gran parte del trabajo médico tiene que hacerse en equipo; mas debemos exigirle al grupo dos importantes características : a) que este formado por especialistas con conocimientos generales sobre medicina y conscientes de la tridimensionalidad de la salud como hecho fisico , psicologicoco y social y b) que ese grupo esté coordinado por un profesional de la medicina con una cultura médica lo más completa posible y que sea dueño del juicio claro que sólo ésta proporciona . La necesidad de proporcionar atención médica a grandes grupos de población , son fenómenos que han separado al médico del enfermo y han contribuido a la despersonalización de ambos . Creemos en fin , que la deformación del hombre en la medicina actual , se debe a dos razones fundamentales: a que el médico ha tomado como centro de interés no al hombre enfermo , si no a su enfermedad .(6)

La construcción de un modelo de atención que pudiese responder a las exigencias conceptuales y de operación que obviamente nos plantea nuestra nueva estructura, se debe lograr el ejercicio integral de la medicina o atención integral del proceso salud – enfermedad. Este modelo resultante aprovecha los aspectos positivos para satisfacer las necesidades de atención a la salud y las demandas de atención de las enfermedades y sus secuelas, se le llamó modelo moderno de atención a la salud y consta de cuatro funciones.

Primera. Incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños.

Segunda. Otorgar atención médica integral.

Tercera. Formar, capacitar y desarrollar al personal para la atención de la salud.

Cuarta. Realizar investigación médica.

Estas cuatro funciones generales de la medicina se ocupan de atender el proceso de la salud integral. (7)

La educación médica nos impone desafíos que tenemos que enfrentar los que son múltiples y trascendentes; en este momento un aspecto tiene que ver con la calidad y el otro con la planeación estratégica. En cuanto al primero debe hacerse notar que ahora como nunca, la calidad es divisa de cambio en todas las áreas y latitudes. La sociedad contemporánea es cada vez más exigente al respecto y la atención médica no es la excepción. Para lograrlo debe impulsarse la búsqueda en la educación médica.

Por lo que toca a los asuntos de planificación de la educación médica, estos deben dar inicio con una definición de cuál es la misión de las escuelas y facultades de medicina del país, para

seguir con la determinación clara de las políticas nacionales , regionales y estatales correspondientes y con el establecimiento de las estrategias que conjuntamente han de emprender las instituciones educativas y las de atención a la salud , porque así lo reclama el modelo que se ha desarrollado en el país . La interdependencia que esta materia existe entre las dos áreas , obliga a que así suceda . Si se quiere tener éxito en la tarea , de esa forma debe abordarse el desafío , hacerlo de una manera distinta sólo conduciría al fracaso . (8)

Dado que la mayor parte del recurso humano médico de nuestra institución de primer nivel está constituido por médicos generales , no es posible hacer descansar el sistema de atención de medicina familiar en médicos especialistas de esta disciplina . Por lo que dicho sistema deberá funcionar en el I.S.S.S.T.E. básicamente con los médicos generales que laboran en el instituto . Estos médicos generales , lo mismo que los médicos familiares ya existentes y los que en el futuro se irán incorporando deberán llenar el perfil específico para la atención del sistema de medicina familiar .(9)

La población en el Municipio de Mazatlán según I.N.E.G.I. en el año de 1995 se tienen 370,000 habitantes. La población general del I.S.S.S.T.E. cuenta con 36,645 derechohabientes hasta julio de 1995, que equivale a un 10.9% de la población general de esta ciudad y se conforma de la siguiente manera: 15,558 hombres, 20,078 mujeres, de los cuales se distribuyen así, 6,138 asegurados, 9,420 beneficiarios, 6,403 aseguradas y 13,684 beneficiarias. (Fuente departamento de vigencias CH Mazatlán)

El consultorio No. 10 de Medicina General cuenta con una población adscrita de 4,380 pacientes distribuidos en 26 colonias que son, Aeropuerto, Alameda, Bosque de la Ciudad, Campo Bello, Casa Blanca, Estero, Ferrocarrilera, Flamingo , Independencia, Inf. Olimpo, Insurgentes, Juan Carrasco, Lomas del Mar, Lomas del Valle, Ma. Fernanda, Olimpo, Palos Prietos, Playas del Sol, San Angel, Sembradores de la Amistad, Telleria y Trópico de Cáncer y ocho localidades que son. El Bajío, El Recodo, Escamillas, El Salto, San Francisquito y Walamo y El Quelite en el Sur del Municipio. (Fuente archivo físico consultorio 10 CH Mazatlán)

Según tipo de derechohabientes del Consultorio No. 10.

499 trabajadoras

720 trabajadores

403 esposas

109 Pensionado(a)

184 Padres

372 Madres

1171 Hijos

920 Hijas

876 Núcleos Familiares

(Fuente archivo físico consultorio 10 CH Mazatlán)

ANEXO 3

Conforme se desarrolla este estudio nos da una visión clara y profunda de la participación del Médico Familiar, dentro del proceso Epidemiológico Salud-Enfermedad.

Este núcleo de pacientes demandan de una atención cada vez mejor, con un alto sentido humanitario que responda cabalmente al avance científico-tecnológico de nuestra época.

Deben ser atendidos cada uno desde un enfoque del grupo etareo al que pertenece y de acuerdo al grado evolutivo del proceso Salud-Enfermedad en el cual se encuentra, es decir, que para que la atención médica que se proporciona al derechohabiente sea de calidad, deberá particularizarse e individualizarse, considerando los factores de riesgo inherentes de cada derechohabiente, desde su concepción y pasando por las distintas etapas evolutivas de su vida. Las variables de este trabajo son : A)- Edad , B)- Sexo masculino y femenino C)- Las Diez causas mas frecuentes de consulta en el año de 1994 : Infecciones respiratorias , Hipertensión Arterial , Infecciones Intestinales , Diabetes Mellítus , Asma y Bronquitis , Embarazo , Traumatismos , Artritis , Infecciones de Vías Urinarias , Dermatitis .

Morbilidad del Municipio de Mazatlán en el año de 1994 .

INFECCIONES RESPIRATORIAS	119,246
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	27,632
INFECCIONES INTESTINALES	18,914
PARASITOSIS INTESTINAL	11,287
AMIBIASIS	8,777
DERMATOMICOSIS	6,250
CONJUNTIVITIS	4,080
VARICELA	3,348
HIPERTENSION ARTERIAL	3,226
INTOXICACION ALIMENTARIA BACTERIANA	2,198

FUENTE : (22) Sistema Nacional de Salud.

Concentrado estatal de Sinaloa por rango de

Semanas de la 1 a la 52, fuentes: SSA.IMSS.

ISSSTE Y otros (pag 1,2, 3) .

En el año de 1996 la **MORBILIDAD** de esta unidad de Medicina Familiar la enmarcan los siguientes padecimientos:

MORBILIDAD HOSPITALARIA EN EL AÑO DE 1996

PRIMERAS DIEZ CAUSAS

CLINICA HOSPITAL ISSSTE MAZATLAN

PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA.	TOTAL DE CONSULTAS
1) INFECCION DE VIAS AEREAS SUPERIORES	25,568
2) HIPERTENSION ARTERIAL	9,603
3) DIABETES MELLITUS	4,565
4) EMBARAZO NORMAL	3,573
5) CARIES DENTAL	3,394
6) G.E.P.I.	3,181
7) CONTROL NIÑO SANO	2,243
8) LUMBALGIAS	2,082
9) GASTRITIS DUODENTIS	1,985
10) BRONQUITIS CRONICA	1,913

FUENTE: (18) Diagnostico de salud 1996 C.H. ISSSTE Mazatlán .

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ESTATAL EN EL AÑO DE 1994 .
EN SINALOA**

1 - INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	680,453
2 - INFECCIONES INTESTINALES	107,024
3 - TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	70,922
4 - AMIBIASIS	44,018
5 - PARASITOSIS INTESTINAL	40,165
6 - DERMATOFITOSIS Y DERMATOMICOSIS	32,144
7 - CONJUNTIVITIS	20,176
8 - HIPERTENSION ARTERIAL	17,312
9 - VARICELA	14,498
10 - DIABETES MELLITUS	8,980

FUENTE: (20) Sistema Nacional de Salud

Informe semanal de casos nuevos

EPI-I-95 1994.

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL AÑO DE 1993 A NIVEL
NACIONAL**

CAUSAS	NACIONAL
1 - OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	14,196,536
2 - OTRAS INFECCIONES INTESTINALES	3,132,237
3 - AMIBIASIS	1,098,498
4 - OTRAS PARASITOSIS INTESTINALES	118,069
5 - DERMATOFITOSIS Y DERMATOMICOSIS	525,696
6 - HIPERTENSION ARTERIAL	284,663
7 - TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	661,999
8 - VARICELA	234,339
9 - OXIURIASIS	148,807
10 - ASCARIASIS	462,188

FUENTE. (10) SS-EPI-I-85

Dirección General de Epidemiología

Subdirección de Planeación

1993 SINALOA .

UBICACIÓN FISICA DEL MUNICIPIO .

ORIGEN DEL MUNICIPIO

La Ciudad de Mazatlán, fue fundada en 1538 el día de la Pascua del Espíritu Santo. Se le dio este nombre en el antiguo idioma Náhuatl y Azteca que significa lugar de Cuervo y Tierra de Venados. Las primeras viviendas fueron construidas en el año de 1806.

En 1827 se estableció la primera Aduana Marítima. En 1830 se estableció el Primer Aniversario y su primer Presidente Municipal fue Don Rafael Martre.

La primera escuela se construyó en el año de 1837, en 1846 principia el comercio internacional, 1875 se construyó la Basílica de la Inmaculada Concepción. En 1886 el entonces Presidente de la República el Lic. Benito Juárez decreta a Mazatlán como Municipio y 10 años más tarde se construyó el mercado Pino Suárez, así como la Plazuela República; en el mismo año la Compañía Abastecedora de Agua Potable llega a Mazatlán, cuatro años más tarde proporciona a la población líquido proveniente del Río Presidio, también se registró en Mazatlán la primera epidemia de Cólera, dejando un saldo de 2541 muertos y una economía tambaleante.

LOCALIZACION GEOGRAFICA:

El puerto de Mazatlán se encuentra situado en la porción Sur del Estado de Sinaloa a 21 Km. del Trópico de Cáncer, entre los Meridianos $150^{\circ} 46'$ y $106^{\circ} 31'$ al Oeste del Meridiano de Greenwich, entre los paralelos $23^{\circ} 07'$ $62^{\circ} 5'$ de latitud norte a una altura de entre 12-15 metros sobre el nivel medio del mar.

TERRITORIAL

El puerto tiene una extensión territorial de 3 062.51 Km², que representa el 28% de la superficie total del Estado.

LIMITES GEOGRAFICOS

Límite al Norte con el Municipio de San Ignacio, al Sur con el Municipio de Concordia, al Oeste con el Golfo de California y al Este con el Estado de Durango.

DIVISION POLITICA

El Municipio cuenta con ocho localidades que son El Quelite, La Noria, Siqueros, Villa Unión, Walamo, El Roble, Mármol y El Recodo.

CLIMATOLOGIA

Su clima es cálido con temperatura de 25°C como promedio y una variante de 12°C, según la estación del año, la temperatura se eleva a partir del mes de julio y es bastante caluroso entre el séptimo y noveno mes del año. El régimen del clima es tropical en verano, la planicie costera del municipio presenta un clima semi-cálido, suelo húmedo con temperatura media anual de 25° y una precipitación media anual de 70 mm, Mazatlán es considerada la segunda ciudad más húmeda del mundo.

Las principales precipitaciones pluviales tienen lugar durante los meses de julio a octubre, época en la que pueden presentarse ciclones en la localidad, dañando las vías de comunicación y afectando la salud de la población y sus viviendas.

SERVICIOS PUBLICOS

Con agua potable se benefician 53 localidades que cubren al 91% de la población del municipio. La energía eléctrica llega a los hogares del 90%. Con drenaje y alcantarillado se sirve a cuatro poblaciones, Mazatlán, Villa Unión, El Roble y el Walamo. El porcentaje de la población que recibe agua intradomiciliaria es del 83%.

El abastecimiento de agua en la ciudad proviene de las aguas subterráneas de los acuíferos localizados en la zona de El Pozole a 18 Kms., al oriente de Mazatlán, esta captación se realiza por medio de pozos profundos en la zona ubicada en las Vegas al margen derecho del Río Presidio, y consta de 12 pozos. La descarga de aguas negras al mar contaminan la fauna marina.

Después de los municipios de Culiacán, Ahome y Guasave. Mazatlán es el que dispone de mayor número de unidades médicas.

Los 22 establecimientos que atienden la Salud Pública Municipal representan el 7.0% del equipamiento en este sector a nivel estatal. Del conjunto de unidades médicas, 13 dependen de la Secretaría de Salud, 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social y con una unidad contribuyen el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina, respectivamente.

EDUCACION, CULTURA, CIENCIA Y TECNOLOGIA.

Mazatlán es uno de los seis municipios del Estado que ofrece a la población servicios educativos en todos los niveles de enseñanza.

SITUACION DE SALUD.

El proceso de Salud-Enfermedad en la población de Mazatlán está determinado por una gran cantidad de elementos como son: vivienda, alimentación, condiciones sanitarias del medio, ingreso y clima, entre otros, los cuales dependen de la estructura económica y de la organización social del municipio que refleja las condiciones de vida de esta población.

Así tenemos que la ciudad al disponer de un clima tropical de gran humedad, pues es considerado el segundo en el mundo, favorece la presencia de enfermedades respiratorias y el desarrollo de diferentes microorganismos y permanencia de distintos vectores (Anopheles, Aedes Aegypti, etc.). A lo anterior se suman los problemas que han generado los movimientos de la población originando asentamientos humanos que se han ubicado en la periferia de la ciudad, en las marismas y en sus alrededores, creando verdaderos cinturones de miseria, donde la población vive en hacinamiento y promiscuidad careciendo de agua potable y drenaje en condiciones de franca insalubridad.

Por otra parte, la ciudad presenta escasez de agua potable y un gran problema para desalojar las aguas negras, las cuales se vierten hacia la zona marítima, esta situación ante la presencia del cólera y otras enterobacterias, fuertemente deberá llamar toda la atención de las autoridades sanitarias, ya que contamina la fauna marina. La población está en peligro al ingerir productos de mar y por lo tanto, en peligro de adquirir la enfermedad. Otro factor que influye en la salud de la población es el movimiento turístico que caracteriza la ciudad, ello es motivo de que con cierta frecuencia se estén presentando enfermedades o infecciones que

se consideran importantes , como el Sida , Cólera, Dengue Clásico y Hemorrágico. La población urbana propiamente se haya expuesta a ciertos riesgos ambientales como son, los que se observan con motivo del trabajo, los accidentes de tránsito y la violencia, en las áreas que constituyen las zonas marginadas de la ciudad. (23)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ejercicio de la medicina familiar como estrategia de atención del primer nivel de salud debe sustentarse en el conocimiento integral del manejo de los padecimientos que a diario atiende y es importante que la estadística que de esto se derive sea conocida por quien la genera para así retroalimentar las estrategias a seguir y compararlas con lo que a nivel local y general esta sucediendo , por lo tanto es necesario saber :

¿Cuales fueron las causas mas frecuentes de consulta en el consultorio Diez de la Clínica Hospital ISSSTE en Mazatlán , en el año de 1994 . ?

JUSTIFICACION

Este estudio se fundamenta directamente en el proceso Epidemiológico, el cual nos identifica la acción directa del proceso Salud Enfermedad, como una acción dinámica y la importancia de éste en relación a los padecimientos que predominan en la población.

En el primer nivel de atención de la medicina , área donde la acción de la medicina familiar toma su mayor perfil preventivo , considero muy valioso el conocer la estadística de sus áreas de influencia , ya que se ampliaría con esto el concepto holístico del ejercicio profesional y las decisiones conjuntas de los distintos planes y programas se potencializarían para un mayor beneficio de la población de influencia .

La determinación de las causas más frecuentes de consulta del consultorio 10, nos permite conocer los padecimientos de la población adscrita en número y causa , así como la magnitud del problema que estamos enfrentando ya que nos identifica la morbilidad más común en este conjunto de familias en el área de influencia de nuestro desempeño de la Medicina Familiar .

En el área psicológica y familiar de cada individuo o grupo , se hace patente la necesidad de atender con oportunidad todas las demandas de salud que de ellas surjan y optimizando los recursos por medio de la planeación , podremos cada vez más hacer una mejor disposición de los recursos que las instituciones a nuestro cargo utilicen .(24)

Es también importante para el médico , mantenerse inmerso en un medio de investigación permanente dentro del proceso epidemiológico para así con oportunidad , intervenir en este proceso dinámico salud enfermedad , es decir la trascendencia y magnitud.

Una vez que se conoce la magnitud del problema nos es posible dimensionar la trascendencia de este fenómeno que afecta en especial a la población del consultorio diez en particular , este punto se reviste de singular importancia ya que con ello se advierten las necesidades mas apremiantes de atención en esta población en base a que se tienen identificadas las patologías mas frecuentes en esa población

Es de fundamental importancia la interrelación profesional que se establezca entre el médico , paciente y familia, una relación eficaz y de calidad que permita dar respuesta a las expectativas, tanto del paciente como de la institución. La relación médico familia es una herramienta de valor incalculable en la práctica diaria y establece el reconocimiento por su desempeño , ya que cuanto más conocemos de la historia natural de la enfermedad , aunque no sea completo mayor será el éxito alcanzado en la prevención

Conocer las Estadísticas de los principales padecimientos a nivel general es un aspecto que norma las tendencias respecto a la salud pública y en base a ellas, se deciden los diversos mecanismos de acción hacia la atención primaria a la salud, ya que conocemos que el primer nivel de atención es básico para nuestra política social y económica en desarrollo.

En el ejercicio de la medicina familiar, el conocer los datos estadísticos revela en el propio ejercicio de la misma, algunas necesidades que a su nivel de influencia es de elemental importancia.

El comportamiento de los padecimientos se relacionan con la salud de toda la población , cuando la enfermedad se detecta , nos da la posibilidad de tener un diagnóstico temprano y un tratamiento más adecuado .

Así mismo, el médico familiar en ejercicio, ejercerá las medidas de prevención mas adecuadas cuando la enfermedad ha progresado y aun que habiendo llegado a estados de defecto o incapacidad puede evitar una lesión permanente , que se deberán atender conjuntamente con los programas prioritarios de promoción y atención a la salud pública , tratando de cumplir así con los niveles de prevención .

O B J E T I V O S

OBJETIVO GENERAL .

Determinar las causas más frecuentes de consulta del Consultorio Diez de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE en Mazatlán Sin . En el año de 1994.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1) - Determinar las principales causas de consulta .
- 2) - Determinar por grupos de edad las Diez principales causas de consulta .
- 3) - Determinar por sexo las Diez principales causas de consulta .
- 4) - Determinar los grupos de edad con mayor incidencia en cada padecimiento .
- 5) Determinar cual es su relación con las estadísticas a nivel Nacional y Estatal.
- 6) Determinar el numero de trabajadores (as) en el consultorio 10.
- 7) Determinar el numero de hijo (as) .
- 8) Determinar el numero de padres .
- 9) Determinar el numero de pensionados .
- 10) Determinar el numero de núcleos familiares .

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Longitudinal, Retrospectivo, Descriptivo, Observacional.

POBLACION:

Derechohabientes del Consultorio No. 10.

(4500)

LUGAR:

CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. MAZATLAN, SINALOA.

TIEMPO:

Enero a Diciembre de 1994.

TIPO DE MUESTRA:

Aleatoria

Todos los pacientes que acudieron a consulta durante el año de 1994 al Consultorio No. 10

(Turno vespertino)

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El total de consultas otorgadas en el año de 1994 en el consultorio diez, turno vespertino, fue de 4394 consultas.

El número de consultas de las diez primeras causas fue de 2098 en total .

CRITERIOS DE INCLUSION:

Todos los pacientes que acudieron a consulta durante el año de 1994 adscritos al consultorio 10 .

- De primera vez.
- Todas las edades.
- Ambos Sexos.
- Padecimientos agudos y/o crónicos.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- No adscritos al consultorio 10 .
- Subsecuentes .

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Diagnósticos no legibles , probables .

METODOS DE PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACION:

- Archivo pasivo de la C. H. I.S.S.S.T.E. del Departamento de Bioestadística.

De este departamento se obtuvieron las hojas del informe diario de labores del médico acumuladas en el año de 1994, estas hojas están en paquete concentradas por médico y por año y se encuentran en los anaqueles del archivo general de esta Clínica Hospital

- Hojas de informe diario de labores del Médico.

Estas hojas describen los datos que sirvieron para obtener la información siguiente, el registro diario de consultas de primera vez, subsecuentes, edad, sexo, y enfermedades que se atienden a diario. (Anexo 1)

- Se capturó para su procesamiento en computadora.

Se proceso la información en una maquina 486 D X 2 de 40 MH con DD de 2.1 G y una impresora de inyección de tinta.

Este paso nos dio la posibilidad de obtener las gráficas y tablas así como el total de la información de una manera fácil de hacer las modificaciones necesarias a este trabajo.

- Archivo de expedientes de la población adscrita al Consultorio No. 10.

Este archivo contenido dentro del mismo consultorio en anaqueles nos permitió conocer las características de esta población adscrita, por medio de la clasificación y

cuantificación de cada uno de los expedientes por medio de paloteo de cada uno de los datos siguientes trabajadores , trabajadoras , hijos , hijas , padres , madres, pensionados y jubilados , así como también de las colonias urbanas , suburbanas y poblaciones y núcleos familiares , que a este consultorio pertenecen .

- Se solicitó a Vigencia de Derechos la población total de la Clínica Hospital

Este departamento aportó información relacionada con la cantidad de derechohabientes de esta clínica hospital .

RESULTADOS

I. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

Encontramos como primer lugar a las infecciones Respiratorias Agudas, con 705 casos en total, 428 en mujeres y 277 en hombres, según lo describe en la gráfica correspondiente, y el grupo Etareo más afectado es el comprendido entre los 20 a 44 años de edad, este grupo con 214 casos, y el inmediato inferior con 173 casos es el grupo de 1 a 4 año. Los síndromes clínicos son provocados por diversas causas desde el resfriado Común, faringitis , laringitis y otitis.

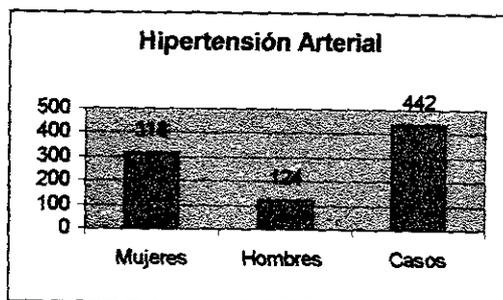


FUENTE :Hoja informe diario de labores

ANEXO (1)

11. HIPERTENSION ARTERIAL.

Como segunda causa tenemos a la Hipertensión Arterial, también conocida como el asesino silencioso, ya que su desarrollo implica lesiones irreversibles y no sintomáticas en el proceso inicial de su evolución natural. Tenemos un total de 442 casos, y el grupo más afectado es en las mujeres con 318 casos y en hombres 124 casos, el grupo etareo de más afectado es de 45 a 64 años.

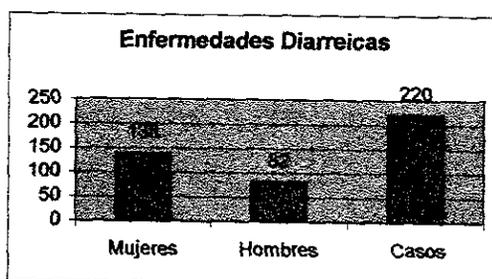


FUENTE: Hoja informe diario de labores

ANEXO (1)

111. ENFERMEDADES DIARREICAS.

Como tercera causa tenemos a las Infecciones Intestinales con un número total de 220 casos predominando en mujeres con 138 casos y 82 en hombres. El grupo de edad más afectado es de los 20 a 44 años con 74 casos.

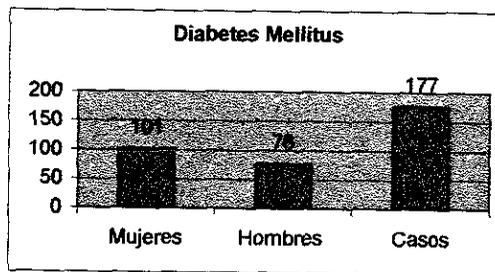


FUENTE: Hoja de informe diario de labores.

ANEXO No 1

IV .DIABETES MELLITUS.

Como cuarta causa tenemos la Diabetes Mellitus, con un número total de casos de 177 casos con predominio en mujeres con 101 casos y 76 en hombres, el grupo de edad más afectado es de los 45 a 69 años con 94 casos.

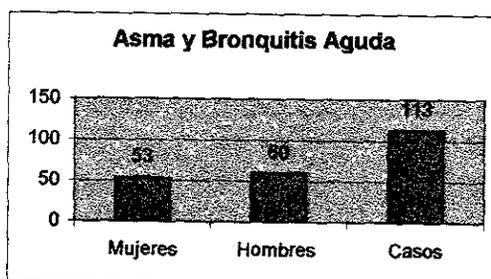


FUENTE: Hoja de informe diario de labores.

ANEXO: (1).

V. ASMA Y BRONQUITIS AGUDA.

Como quinta causa tenemos al Asma y Bronquitis Aguda, que son padecimientos cada vez más frecuentes, en nuestra población, encontramos un número de 113 casos con predominio en hombres con 60 casos y 53 en mujeres y el grupo de mayor incidencia fue de los 20 a 44 años con 32 casos, otro grupo también afectado es el de 5 a 14 años con 26 casos y el de 1 a 4 años con 23 casos.

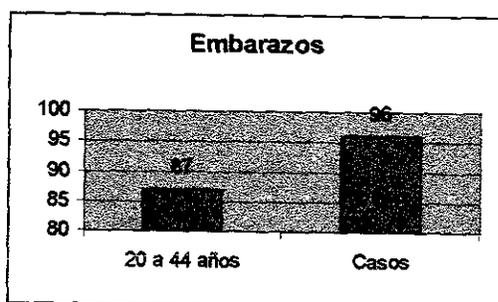


FUENTE: Hoja de informe diario de labores

ANEXO: (1)

VI. ESTADO DE GRAVIDEZ.

Como sexta causa encontramos a los embarazos con un total de 96 casos, teniendo un grupo de mayor incidencia de los 20 a 44 años con 87 casos

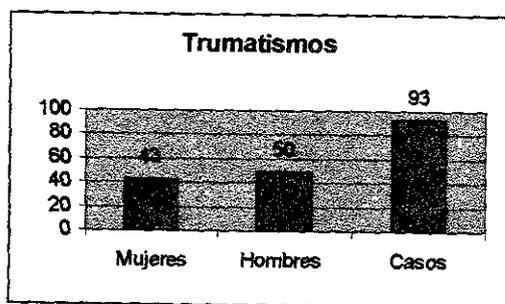


FUENTE: Hoja de informe diario de labores

ANEXO (1)

VII. TRAUMATISMOS.

Como séptima causa tenemos a los Traumatismos, con un total de 93 casos, con predominio en hombres con 50 casos y 43 casos en mujeres predominando en el grupo etareo de 20 a 44 años.

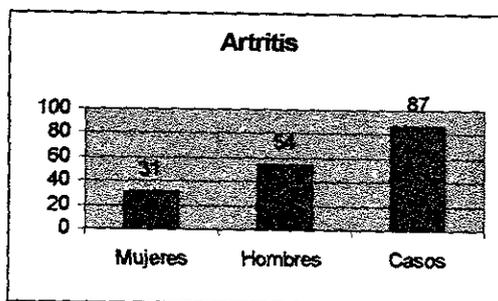


FUENTE :Hoja informe diario de labores

ANEXO: (1)

VIII. ARTRITIS.

Como octava causa tenemos a la Artritis con 87 casos en total, predominando en las mujeres con un total de 54 casos y 31 casos en hombres, incidiendo sobre el grupo etareo comprendido entre los 45 a 64 años

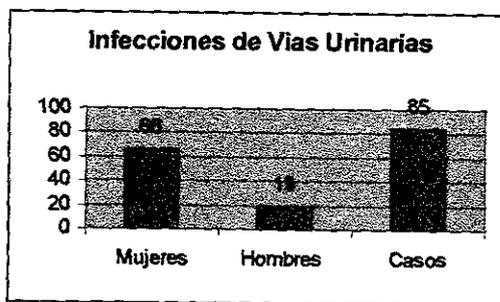


FUENTE: Hoja de informe diario de labores

ANEXO: (1)

IX. INFECCIONES DE VIAS URINARIAS.

Como novena causa encontramos a las infecciones de vías urinarias, con un número de 85 casos en total, siendo el grupo más afectado el de las mujeres con 66 casos y 19 hombres. Habiendo mayor incidencia en el grupo de 45-64 años con 33 casos. Está relacionado la edad y sexo, ya que se encuentran íntimamente ligadas a este padecimiento.

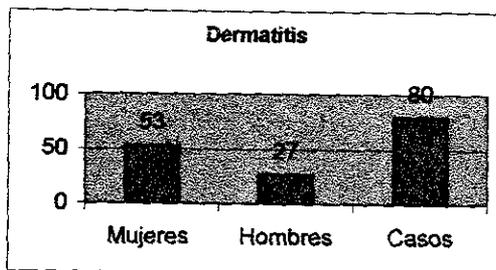


FUENTE: Hoja informe diario de labores

ANEXO (1)

X. DERMATITIS.

Como décima causa tenemos a las Dermatitis , con un número total de 80 casos de los cuales 53 se presentan en mujeres y 27 casos en hombres, presenta una mayor incidencia en el grupo etareo de los 5 a los 14 años. (El código de clasificación de medicina familiar consulta externa señala la clave 692 a Dermatitis , clave con que fueron recolectados los padecimientos no codificados refiriéndose a las afecciones de la piel .)



FUENTE: Hoja de informe diario de labores.

ANEXO: (1)

CAUSAS MAS FRECUENTES DE CONSULTA DEL CONSULTORIO DIEZ

AÑO 1994 .

Diagnostico	Masculino	Femenino	Total de Casos
Infecciones Respiratorias	277	428	705
Hipertension Arterial	124	318	442
Infecciones Intestinales	82	138	220
Diabetes Mellitus	76	101	177
Asma y Bronquitis	60	53	113
Embarazo		96	96
Traumatismos	50	43	43
Artritis	31	54	54
Infeccion Vias Urinarias	19	66	66
Dermatitis	27	53	53

FUENTE : Cédula de recolección de datos

Anexo (1)

El número de pacientes adscritos al consultorio diez es de 4,380 , de los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera según el tipo de derechohabientes , 499 trabajadoras , 720 trabajadores , 403 esposas , 109 pensionado (a) , 184 padres , 372 madres , 1171 hijos , 920 hijas , 876 núcleos familiares .

De esta población adscrita solo algunos núcleos familiares pertenecen a siete poblaciones del sur del municipio de Mazatlán y la gran mayoría se concentra en la región urbana de esta ciudad ,

TIPO DE DERECHOABIENTES DEL CONSULTORIO 10 .

499	TRABAJADORAS
720	TRABAJADORES
403	ESPOSAS
109	PENSIONADO(A)
184	PADRES
372	MADRES
1171	HIJOS
920	HIJAS
876	NUCLEOS FAMILIARES

He de mencionar que las condiciones en las que se desarrolla la población rural de este consultorio , en ocasiones no es compatible con una atención médica adecuada ya que los recursos económicos y las distancias a cubrir en combinación , con las posibilidades de no poder .adquirir una consulta al solicitarla en esta unidad son factores que vulneran la salud en esa población .

A N A L I S I S

Dentro de las diez causas de consulta del Consultorio diez en el año de 1994, tenemos en primer lugar, a las Infecciones de Vías Respiratorias Agudas, padecimiento que ocupa el mismo lugar a nivel nacional y estatal, (10) por su alta frecuencia nos llama poderosamente la atención. Esta entidad patológica presenta una mayor incidencia en los meses que se hacen mas notorios los cambios de clima .

La segunda causa de consulta es la Hipertensión Arterial, enfermedad crónicodegenerativa, esta causa a nivel nacional ocupa el sexto lugar y a nivel estatal el octavo. (10-22)

En el transcurso de los últimos años los médicos de primer nivel , se están enfrentando a los efectos de la civilización en donde los sistemas sociales , económicos y políticos que marcan el grado de avance y de envejecimiento de una población se aparejan a los padecimientos que los afectan y en este caso particular tiene significado que en este estudio y a nivel nacional , local y estatal se presenten dentro de las diez primeras causas de consulta.

La tercera causa de consulta es, otras infecciones intestinales , esta causa a nivel nacional , estatal y local se encuentran dentro de las primeras diez causas de morbilidad .(10-22)

El lugar que ocupan dentro de los primeros diez padecimientos y su cercana coincidencia, habla de que el nivel de nuestra población , es prácticamente el mismo y este debe de elevarse .

La cuarta causa de consulta la ocupa la diabetes mellitus, padecimiento crónico degenerativo, se encuentra también dentro de las primeras diez causas a nivel local , nacional y estatal (10-22) .

Sabemos que los padecimientos crónico- degenerativos están actualmente ocupando un nivel muy especial dentro de nuestro sistema de salud , ya que figuran dentro de las diez primeras causas de morbilidad , y a diferencia de los lugares de cada una de ellas es posible que influya en este la sensibilidad de el medico y o de la población adscrita en otros sistemas de salud censables .

La quinta causa de consulta la ocupa el asma y bronquitis, estos padecimientos no aparecen dentro de las primeras 10 causas de morbilidad nacional ni estatal en el año de 1994 pero sí en la morbilidad local hospitalaria. (10-22)

Dentro de este padecimiento tiene gran relevancia en esta localidad ya que el medio ambiente y los factores hereditarios parece que son los que determinan su gran incidencia.

La sexta causa de consulta la ocupa el embarazo. Esta causa no aparece dentro de las primeras 10 causas a nivel nacional en el año de 1993, ni aparece entre las primeras 10 a nivel estatal en el año de 1994. (10-22)

Mi apreciación es que la densidad poblacional del ISSSTE en esta localidad tiene como derechohabientes trabajadoras a un porcentaje alto de mujeres en edad fértil , pero además existen programas que sensibilizan a estas a tener un mejor control de sus embarazos .

La séptima causa de consulta la ocupan los traumatismos , esta causa ocupa a nivel nacional el lugar número siete y a nivel estatal el número tres no apareciendo dentro de las principales causas de morbilidad a nivel local . (10-22)

Este grupo que identifica la frecuencia y su relación igual con el nacional y de mayor importancia a nivel estatal , para mí identifican que el desempeño del trabajo , deporte , y otras actividades están desprotegidos de normas de seguridad para el desempeño de estos

Como octava causa de consulta la ocupa la artritis esta causa no aparece dentro de las primeras 10 a nivel nacional , estatal . (10-22)

Esta incidencia es manifiesta en esta área geográfica ya que el clima húmedo , conserva mas en calor y el frío , factores que facilitan la sintomatología , además de los factores genéticos , que ya conocemos su trascendencia .

Como novena causa de consulta la ocupan las infecciones de vías urinarias, esta causa no aparece a nivel nacional dentro de las primeras 10 causas , ni a nivel estatal . (10-22)

Conocemos que dentro de esta patología el factor ascendente es muy importante , como también importante es la humedad que hace proliferar la flora de las mucosas genitourinarias .

Y como décima causa de consulta y morbilidad la ocupan las dermatitis , esta causa no aparece a nivel nacional dentro de las primeras 10 causas , ni a nivel estatal (10-22) .

También aquí conocemos que el clima cálido y húmedo es un factor que contribuye importantemente en la incidencia de los problemas dérmicos.

Confrontando el estudio del diagnóstico de salud de la Clínica Hospital Mazatlán, se relacionan sus diez padecimientos mas frecuentes con seis de los que en mi consultorio encontré y éstos son Infección de Vías Aéreas Superiores, Hipertensión Arterial , Diabetes Mellitus, Embarazo, Bronquitis y Gastroenteritis. Los otros cuatro padecimientos, Infección de Vías Urinarias, Artritis, Traumatismos y Dermatitis, no coinciden con las del diagnóstico de salud de la Clínica Hospital Mazatlán que son: Control del Niño Sano, Lumbalgias, Gastritis Duodenitis, Caries Dental.

ESTA FERIA ES DEBE
CALIBRE DE LA INDUSTRIA

CONCLUSIONES

En el presente estudio pude determinar que las enfermedades más frecuentes en el consultorio diez de esta clínica hospital, fueron las siguientes: Infecciones de vías respiratorias altas, hipertensión arterial, infecciones intestinales, diabetes mellitus, asma y bronquitis, embarazo, traumatismos, artritis, infección de vías respiratorias y dermatitis. Siguiendo este el orden en que fueron encontradas según su frecuencia.

El objetivo de este estudio es fundamental, en el proceso epidemiológico, el cual nos identifica la acción directa del fenómeno salud-enfermedad, como una acción dinámica y la importancia de éste en relación a los diversos padecimientos que predominan en una población.

La determinación de las causas más frecuentes de consulta del consultorio diez, nos permite visualizar los fenómenos patológicos de naturaleza dinámica.

Entendemos como demandas de atención a la solicitud del individuo o su familia lleve a cabo la interacción entre el Médico y el paciente y se de respuesta institucional a sus condiciones de salud, el médico familiar tiene aquí el reto de adoptar un papel protagónico clave en la prestación de los servicios e intervenir en el cambio de esa cultura de enfermedad por una cultura de salud, en el abandono de creencias, actitudes y prácticas tradicionales nocivas y en la adopción por la población de actitudes y conocimientos propicios para la

atención de la salud. Lo anterior solo es posible mediante el acto educativo, que debe estar presente en todo acto médico cuando lo requiere. Lo anterior coadyuvará a la contención del impacto de costos en la seguridad social, principalmente de la atención del primer nivel que es la más solicitada.

En este punto, es de fundamental importancia la interrelación profesional que se establezca entre médico-paciente y familia, una relación eficaz y de calidad que permita dar respuesta a las expectativas tanto del paciente como de la institución. La relación médico-familia es una herramienta importante en la atención de primer nivel en salud.(25)

La salud es una precondition del desarrollo , y a su vez el desarrollo contribuye a mejorar el nivel de salud de la sociedad , la población incrementará la migración rural – urbana , los grupos étnicos adoptaran la configuración de barril . Por lo que se refiere a las estrategias del Sistema Nacional de Salud , serán necesarios mayores grados de integración programática , funcional y orgánica . Una incógnita a despejar es el proceso de la descentralización de los servicios de salud a la población abierta . En este sentido los servicios de salud médica , confieren igual importancia a las cuatro funciones generales de la medicina : Salud Pública , Atención Médica , Educación Médica e Investigación Médica .(1)

La construcción de un modelo de atención que pudiese responder a las exigencias de operación que nos plantea nuestra estructura , se debe lograr , por medio del ejercicio integral de la medicina o atención integral del proceso salud-enfermedad , esto nos conducirá , hacia un

Modelo Moderno de Atención a la Salud , que también consta de cuatro funciones :

Incrementar el nivel de salud , disminuir los riesgos y prevenir los daños .

Otorgar atención médica integral .

Formar , capacitar y desarrollar al personal para la atención a de la salud .

Realizar investigación médica .

Cada una de estas funciones está caracterizada por diversos atributos que son la cualidad que las califica , pero que , además , también definen sus acciones , tareas, operaciones y pasos , cuyo cumplimiento las hace realidad en el sitio en donde , finalmente , se da la importante interrelación entre el prestador y el usuario de los servicios. (2)

La medicina tiene en la actualidad un enorme potencial para influir y modelar las formas de vida de grupos y de individuos . Enorme responsabilidad la de nuestra profesión , con humildad debemos reconocer nuestras limitaciones y los mecanismos para subsanarlas . Sólo de esa forma avanzaremos en la lucha por la superación individual. (5)

B I B L I O G R A F I A .

- 1- García N. Valle A. La función político-social de la medicina. Gaceta Médica de México, 1994; Mayo – Junio, vol. 130 No 3.
- 2-. García N. Valle A. Los retos actuales de la atención a la salud y la enfermedad. Gaceta Médica de México 1994; Septiembre – Octubre, Vol. 130 No 5.
- 3-. Sistema Nacional de Salud. Servicios Coordinados de Salud Publica en Sinaloa, Español, Informe Semanal de Casos Nevos en el Estado de Sinaloa, veinte principales causas de morbilidad en el año de 1994, fuentes: IMSS, ISSSTE, SSA y OTROS, EPI – I – 1995
- 4 -. Badia G. y Romagosa P. Programas para el Anciano en Asistencia Primaria de Salud, En: Salgado A., y Guillén F. Manual de Geriatria, Salvat, 1992, Vol. uno, 83-84.
- 5 -. Narro Robles J. Nueve reflexiones sobre la salud y la educación médica en México, Gaceta Médica de México, 1994, julio-agosto, Vol. 130 No 4.
- 6 -. Winker M. y Glass R. El Envejecimiento de la Población, The Journal of the American Medical Asociation, 1997, Mayo, Vol. 5.

- 7 -. Salter G. Los Modelos de Atención al Primer Nivel. Gaceta Médica, 1994, Octubre, 130 – No
- 8 -. Brend O. La Educación En La Salud. Gaceta Médica, 1994, Julio Agosto, Vol. 130 No 4.
- 9-. Instructivo General Para La Implantación del Sistema de Atención de Medicina Familiar, Subdirección General Medica, Subdirección de los Servicios Médicos Area Centro, 1992.
- 10-. Dirección General de Epidemiología, Principales Causas de Morbilidad, Español, Subdirección de Planeación, 1996,Junio, Vol. 1.
- 11-. Plan de Inversión en Ambiente y Salud Para Latinoamérica y el Caribe, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1996, Junio. Vol. 120.
- 12 -. Apoyo Informativo Para una Nueva Acción de Salud Pública, Español, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1996, Febrero, Vol. 120 No 2, 174.
- 13 -. Alleyne G. La Salud y el Desarrollo Humano. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1996, Enero, Vol. 120 No 1.
- 14 -. Carqueira M. Promoción de la Salud Evolución y Nuevos Rumbos. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1996, Abril, Vol. 120 – No 4.

- 15 -. -. Carqueira M. Planeación Económica como Estrategia. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1995, Junio, Vol. 118 No 6.
- 16 – Barnton I. El Envejecimiento con Salud y la Calidad de Vida. Foro Mundial de Salud, 1995, julio, Vol. 16.
- 17 -. Cuán Necesaria es la Atención Primaria. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1995, Marzo, Vol. 118 No 3.
- 18 -. Diagnóstico de Salud, Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. Mazatlán, 1996, Vol. 1.
- 19 Badia G. y Romagosa, Programas Para el Anciano en Asistencia Primaria de Salud. , En Salgado A. Guillen F. Manual de Geriátría, Editorial Salvat, 1992, Vol. 1.
- 20 -. Veinte Principales Causas de Morbilidad, Servicios Coordinados de Salud Pública en Sinaloa SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 1994, Clave 25.
- 21-. Heuser M. Medicina Geriátrica. The Journal of the American Medical Association, 1995, Vol. 3 No 4.
- 22 -. Sistema Nacional de Salud, Informe Semanal de casos Nuevos de Enfermedades, Concentrado Estatal de Sinaloa Por Rango de Semanas, semana 1 a la 52, Octubre.

23 - Villa M. Diagnóstico de Salud, Hospital de Zona, Mazatlán, 1994, 1994, Febrero, Vol. 1.

24 -Aranda J. Usos de la Epidemiología, Epidemiología General, Universidad de los Andes, 19971,Vol.

25 -Ceitlin J. ¿Qué es la Medicina Familiar? Bases Conceptuales de la Medicina Familiar, 1994, Vol. 1.



A N E X O I

Dic. 1 Mes. 1 Añ.

Informe Diario de Labores del Médico

Nombre Completo del Médico		Especialidad		Unidad		Localidad y Estado						
Firma		Firma		Clave		Causa						
Fecha Suplente		Clave		Horario		Unidad						
Nombre de Substituto		Firma		Clave		Causa						
Habr. Pro.	Nombre	SEXO Y EDAD				SOLICITUD A				MOMENTO DE LA CONSULTA		
		T. D.	V.	F.	M.	S.	E.	L.	O.		D.	M.
Expediente		T. D.	V.	F.	M.	S.	E.	L.	O.	D.	M.	C.
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												



INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

SISTEMA NACIONAL DE SALUD



INFORME SEMANAL DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES

EPI-1-91

UNIDAD _____ SEMANA N° _____ DEL _____ DE _____ AL _____ DE _____ DE 199 _____

CLAVE DE LA UNIDAD: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

JURISDICCION: _____ ENTIDAD O DELEGACION: _____

GRUPO	DIAGNOSTICO	CODIGO CIE 9 ^o	EPI LAVF	NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD (AÑOS)									
				TOTAL	< DE 1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 Y +	IGN	
ENFERMEDIAS COMUNICABLES DEL PAIS	DIFTERIA (*)	030	82										
	SARAMPION (*)	060	87										
	TETANOS (*)	037	88										
	TETANOS NEONATAL (*)	7719	86										
	TOSFERINA Y SINDROME COQUELUCIFERO (*)	033	83										
	COLERA (*)	001	01										
	AMBIASIS INTESTINAL	00082	02										
	ARBORE HEPATICO AMBIASIS	00083	08										
	ASCARIASIS	1270	04										
	SHICELOSIS	006	06										
ENFERMEDIAS DEL APARATO DIGESTIVO	TIFIDEA (*)	0020	06										
	GIARDIASIS	0071	07										
	OTRAS DEBIDAS A PROTOZOARIOS	0070	05										
	POR OTROS ORGANISMOS Y LAS MAL DEFINIDAS	006	06										
	INTOX ALIMENTARIA BACTERIANA (*)	006	09										
	OXURIASIS	1274	10										
	PARATIFIDEA Y OTRAS SALMONELLOSIS	0028	11										
	TENIASIS (*)	1280	12										
	OTRAS HELMINTIASIS (G)	120-128	14										
	ANGINA ESTREPTOCOCCICA	0840	16										
ENFERMEDIAS DEL APARATO RESPIRATORIO	INFECC RESPIRATORIAS AGUDAS	480-486	16										
	NEUMONIAS Y BRONCOEJEMONIA	480-486	16										
	OTITIS MEDIA AGUDA	5870	17										
	TUBERCULOSIS DEL AP RESPIRATORIO (*)	011-012	18										
	CANDIASIS UROGENITAL	112-1122	20										
	CHANCRO BLANDO	0990	21										
	HERPES GENITAL	0541	22										
	INF GONOCOCCICA GENTOURINARIA	060-068	23										
	LINFODRANULOMA VENEREO	0981	24										
	SIFILIS CONGENITA (*)	090	25										
ENFERMEDIAS DE TRANSMISION SEXUAL	SIFILIS ADQUIRIDA (*)	091-097	26										
	TRICOMONIASIS UROGENITAL	1310	28										
	DENGUE CLASICO (*)	061	27										
	DENGUE HEMORRAGICO (*)	0654	29										
	PALLIDISMO POR P VIVAX (*)	0641	26										
	BRUCELOSIS (*)	028	29										
	CISTICERCOSIS (*)	1201	30										
	RABIA (*)	071	31										

O ECEPTO 123 2 Y 124 2-8

INSTRUCCIONES: LLENE A MAQUINA PREFERENTEMENTE. SOLO AL REPLICAR EN EL REVERSO COLOQUE PAPEL CARBON Y SIGA EL ORDEN DEL ORIGINAL Y COPIA REMITA EL ORIGINAL AL NIVEL JERARQUICO INMEDIATO SUPERIOR Y CONSERVE LA COPIA (*) NOTIFICACION INMEDIATA DE CASO (*) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

A
N
E
X
O
2

**CEDULA DE CONCENTRACION PARA CUANTIFICACION DE
TIPOS DE DERECHOABIENTES POR PALOTEO EN ARCHIVO
FISICO DEL CONSULTORIO DIEZ**

TOTAL DERECHOABIENTES	
TRABAJADORES	
TRABAJADORAS	
PADRES	
MADRES	
HIJOS	
HIJAS	
PENSIONADOS	
PENSIONADAS	
NUCLEOS FAMILIARES	

ANEXO : 3