

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS

DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIAL
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**ISSSTE
SUBDIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL
PRESIDENTE LAZARO CARDENAS**

**UNIDAD ACADEMICA
CLINICA HOSPITAL LAZARO CARDENAS DEL ISSSTE
CHIHUAHUA, CHIH.**

**DEPTO. DE ENSEÑANZA
CHIHUAHUA, CHIH.**

**APLICACION DEL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR EN LOS
DERECHOHABIENTES DEL CODIGO POSTAL 160, INSCRITOS
AL HOSPITAL LAZARO CARDENAS DEL ISSSTE.**

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



Rosa Margarita Bandala Szoke

DRA. ROSA MARGARITA BANDALA SZOKE

CHIHUAHUA, CHIH.

~~_____~~

m347785

2005



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**APLICACIÓN DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR EN LOS
DERECHOHABIENTES DEL CÓDIGO POSTAL 160, INSCRITOS AL HOSPITAL
LÁZARO CÁRDENAS DEL ISSSTE.**

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

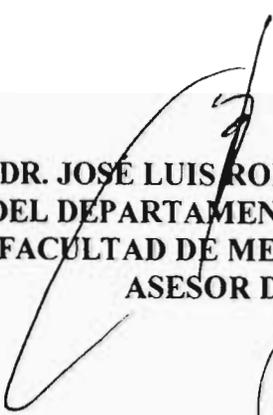
PRESENTA

DRA. ROSA MARGARITA BANDALA SZOKE

AUTORIZACIONES



**DR. SALVADOR CANALES LEYVA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA CLINICA HOSPITAL
LÁZARO CÁRDENAS DE LA CIUDAD DE CHIHUAHUA, CHIH.**

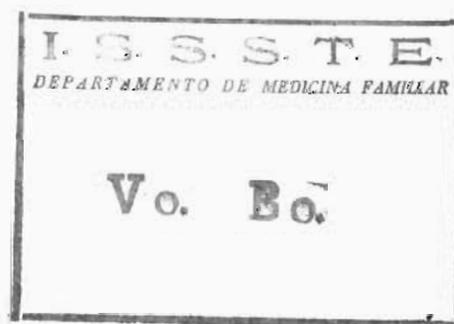


**DR. JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ LÓPEZ
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS**



**DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
PARA LA SALUD
COORDINACIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS Y DESARROLLO EDUCATIVO
I.S.S.S.T.E**

CHIHUAHUA, CHIH.



1999

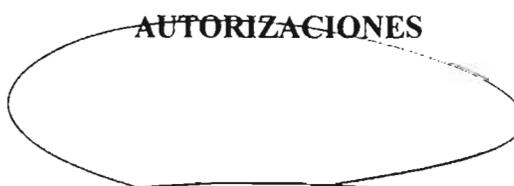
**APLICACIÓN DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR EN LOS
DERECHOHABIENTES DEL CÓDIGO POSTAL 160, INSCRITOS AL HOSPITAL
LÁZARO CÁRDENAS DEL ISSSTE.**

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

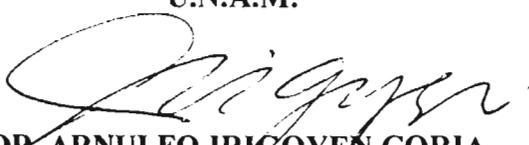
PRESENTA

DRA. ROSA MARGARITA BANDALA SZOKE

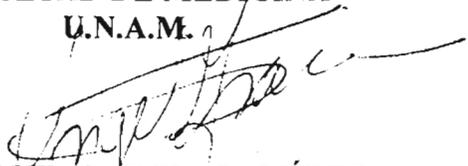
AUTORIZACIONES



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



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**DR. ÁNGEL GARCÍA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: ROSA MARGARITA BANDALA SZOKE
FECHA: 13/09/05
FIRMA: ROSA MARGARITA BANDALA SZOKE

**APLICACION DEL ESTUDIO SISTEMATICO
FAMILIAR EN LOS DERECHOHABIENTES DEL
CODIGO POSTAL 160, INSCRITOS AL HOSPITAL
LAZARO CARDENAS DEL ISSSTE.**

INDICE:

1.- MARCO TEORICO.....	1
1.1 - OBTENCIÓN DE LA LITERATURA.....	1
1.2 – REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	1
2.- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	14
3.- JUSTIFICACION.....	16
4.- OBJETIVOS.....	17
5.- HIPÓTESIS.....	18
6.- METODOLOGÍA.....	19
6.1 – TIPO DE ESTUDIO.....	19
6.2 – POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	19
6.3 – TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	20
6.4 – CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	20
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	20
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	20
CRITERIOS DE ELIMINACION.....	21
6.5 – VARIABLE DE MEDICION.....	21
6.6 – PROCEDIMIENTOS DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN.....	22
CONSIDERACIONES ETICAS.....	23
7.- RESULTADOS.....	24
8.- ANÁLISIS.....	68
9.- CONCLUSIONES.....	72
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS.	

1.-MARCO TEORICO.

1.1-OBTENCION DE LA LITERATURA.

Biblioteca de la Clínica Hospital Lázaro Cárdenas.

1.2-REVISION DE LA LITERATURA.

Al revisar los fundamentos de medicina familiar, en especial el capítulo del modelo sistemático de la atención médica familiar, encontré los elementos necesarios para llevar a cabo mi investigación, ya que proporciona las estrategias para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo del médico familiar y que favorezca un conocimiento lógico analítico y crítico de las familias, el cual redundara en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina (2).

Y pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción, planteados por la carta de Ottawa, producto de la II conferencia internacional de promoción a la salud, la cual señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en cinco campos de acción:

=Reorientar los servicios de salud.

=Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.

=Crear medio ambientes saludables.

=Elaborar políticas explícitas para la salud.

=Reforzar la acción comunitaria en la salud.

La Medicina Internacional de Educación en Ciencias de la Salud

Antecedentes:

Hasta antes de la Segunda Guerra Mundial, el médico general/familiar era el que se encargaba de proporcionar atención a todos los grupos de edad y género.

El fenómeno de crecimiento en las especialidades fue simultáneo con una aceptación social de los especialistas quienes rápidamente ganaron status.

En sentido inverso el médico general/familiar, particularmente en nuestro país, perdió status y con él los ingresos.

El inicio de la Medicina Familiar:

En países como Inglaterra, Canadá y Estados Unidos, se inició la formación de médicos familiares. Se diferenciaron del médico general tradicional por tener un postgrado de dos o tres años en el cual se profundizaba el manejo de problemas prevalentes así como el conocimiento de la conducta de los miembros de la familia en sus diferentes etapas y crisis. Otra diferencia lo representa la capacitación para mantener la salud, prevenir la enfermedad, disminuir los factores de riesgo y ser el que aconseje cuándo es necesario consultar al especialista.

Medicina Familiar en México:

La medicina familiar en México se inicia en la década de los setenta; primero en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y luego en el Programa de Salud Guadalupe, (ahora integrado al Programa UNI) de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Ambos casos fueron los primeros en América Latina, la UANL fue la primera residencia ofrecida por una universidad.

Desde su inicio hasta la mitad de los ochenta, la medicina familiar en México fue en ascenso en el número de residentes, ingresaron más de 400 al primer año en todo el país.

A partir de entonces, el descenso ha sido continuo y hace cuatro años se ofrecían 250 plazas e ingresaban menos de la mitad.

Medicina Familiar y Educación :

Casi todas las Escuelas de Medicina señalan como objetivo del proceso educativo, el que egrese un médico general de alta calidad profesional. Es discutible que tales objetivos se puedan cumplir con especialistas como únicos docentes, sin la participación en la enseñanza de médicos familiares que serían el modelo a emitir para el objetivo declarado.

Factores de Éxito y Fracaso:

Es evidente la importancia que tiene el tener aspirantes a la residencia de medicina familiar de alto nivel académico y que reciban una buena educación de postgrado, pero existen otros factores determinantes del éxito o fracaso de los egresados.

En Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, por citar tres ejemplos, existe una aceptación social para el médico general/familiar y se trate de atención privada o institucional, estos profesionales tienen un ingreso aceptable.

En México, los médicos familiares, en su mayoría, se vieron precisados a trabajar en instituciones por la escasa demanda de sus servicios en el nivel privado.

Con un salario poco remunerativo y con pocas posibilidades en la práctica privada, la demanda por la especialidad de medicina familiar disminuyó.

Cuando en Estados Unidos de Norteamérica, el Presidente William Clinton presentó su Ley de Salud ante el Congreso, en una parte de la cual se señalaba el obligado paso por medicina general/familiar antes de ver un especialista, la demanda de la residencia de medicina familiar aumentó. Cuando la Ley fue rechazada en el Congreso, las cosas volvieron al punto inicial.

En el párrafo anterior se puede basar una predicción para la medicina familiar en Latinoamérica: no importan las bases conceptuales tanto educativas como sociales o políticas para lograr impulsar la medicina familiar.

Lo anterior sólo es posible mediante la aceptación social de este profesional en el mercado privado, o bien, una organización de los servicios de salud en la cual el médico familiar tenga una función acorde, trascendente y bien remunerada.

Dejado a su evolución natural, que en buena medida es el caso de México, la medicina familiar tiene una perspectiva limitada. (3)

En los países desarrollados donde los programas de medicina familiar tienen plena vigencia, se reconoce al primer nivel de atención como el marco ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades de promoción de la salud preventivas y terapéuticas, por tratarse del nivel dentro del sistema de salud donde la población accede de manera directa y continua.

La promoción de la salud cuyos múltiples beneficios pudieran resumirse en dos cualidades sustantivas del ejercicio médico: incremento de la calidad de vida de los miembros de las familias, disminución de los costos de la atención, y normar el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo médico familiar, incluyendo enfermería, trabajo social, dietistas, sanitaristas, pero sobre todo de un nuevo tipo de relación con el paciente, ya que la promoción de la salud, el ejercicio de medidas eficaces de prevención y la practica satisfactoria de acciones terapéuticas sobre patologías identificadas,

sólo se podrá efectuar con el propósito específico de ayudar a las familias a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar. (4 y 5)

Los intentos por implementar un diagnóstico por consultorios de medicina familiar, indicando el número de pacientes que fueron atendidos en un año, dentro de una población de 2 500 personas; la identificación de patología social y frecuencia de patologías poco comunes en un consultorio, fueron descritos por Fry desde el inicio de los años ochentas. (6) El propósito de integrar programas efectivos de promoción de la salud por parte del médico familiar parten desde los trabajos de McWhinney (7) y White (8) quien en 1961 describió por primera vez que un paciente de cada 250 consultas por problemas de salud era atendido en un hospital, señalando así la importancia del llamado médico de familia.

Recientemente Hart describo al médico familiar como un profesional de la salud con imaginación ágil, señalando como una de sus peculiaridades mas importantes (en contraposición con el modelo de consultorio tradicional) el desarrollo de actividades no estrictamente asistenciales que repercuten en la salud de la comunidad bajo su cuidado, es decir incrementar actividades preventivas, de consejo y educación sanitaria. (9)

Así también el conocimiento de la familia, su definición, su composición, el tipo de acuerdo a su desarrollo, a su demografía y su integración es muy importante conocer para poder realizar este tipo de estudio, ya que la Organización de las Naciones Unidas define, familia: el conjunto, de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio, y con estos datos poder comprender mejor a todos y cada uno de los miembros de las familias que me corresponde atender en la consulta diaria, y poder integrar una consulta de medicina familiar. (10).

La palabra familia proviene de la palabra latina famulus que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre.

El término familia se ha definido de distintas formas y al grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. La familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural.

La Organización de las Naciones Unidas en el año de 1970, define a la familia como: El conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.(11)

El consenso norteamericano la define como: La familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción.

En Canadá se ha definido a la familia como: El grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo.

En la tercera edición de Fundamentos de Medicina Familiar, se explica el origen de la familia, vista como la más antigua de las instituciones humanas.

En 1877 Morgan influenciado por Darwin presenta su obra fundamental La Sociedad Antigua, de la que Engels dice: La endogamia y la exogamia (endogamia del griego éndon:dentro y gamos:boda), es la prohibición de casarse fuera de un determinado grupo social, (tribu)clase o casta. Se puede generalizar la clasificación de Morgan como sigue: I. Salvajismo.- período en que predominan la apropiación de productos de la naturaleza. II. Barbarie.- período en que aparecen la ganadería y la agricultura y se aprende a incrementar la producción de la naturaleza por medio del trabajo humano.

III. Civilización.- período en que el hombre sigue aprendiendo a elaborar productos naturales, período de la industria propiamente dicha y del arte.

La correlación del esquema de Engels con la evolución de la familia:

I. Salvajismo: a)Estadio Inferior.- Promiscuidad inicial.

b)Estadio Medio.- Familia Punalúa (cenogamia). Si el primer progreso en la organización de la familia consistió en excluir a los padres y a los hijos del comercio sexual recíproco, el segundo fue en la exclusión de los hermanos.

c)Estadio Superior.- Familia Sindiásmica. Se realizó paulatinamente, comenzando con la exclusión de los hermanos uterinos (por parte de madre) al principio en casos aislados, luego gradualmente. Esto limitó la reproducción consanguínea.

II. Barbarie: a)Estadio Inferior.- Familia Sindiásmica.

b)Estadio Medio.- Familia Poligámica (Poliandria y Poligenia). Poliandria: una sola mujer comparte varios hombres, los que frecuentemente son hermanos. Organización familiar poco frecuente. Se observa actualmente en las clases sociales bajas (poblaciones cercanas al Himalaya). De manera invariable los maridos viven bajo el mismo techo.

Poligenia: un solo hombre se encuentra unido a varias mujeres con las que puede tener hijos. Una variante es que las mujeres habitan con sus hijos y son visitadas por su cónyuge. Organización familiar frecuente en países islámicos.

c)Estadio Superior.- Familia Patriarcal monogámica.

III: Civilización: Familia conyugal moderna. (Familia Nuclear).(2y11)

La familia, como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso, a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere, la familia por su parte sigue un patrón similar: "CICLO VITAL DE LA FAMILIA"

- Fase de matrimonio
- Fase de expansión
- Fase de dispersión
- Fase de independencia
- Fase de retiro y muerte

Este esquema fue propuesto por Gemían en 1980 y es el que se utiliza con mayor frecuencia en México.(12)

La fase de matrimonio se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo. Es lógico que el arribo de un nuevo miembro tiene repercusiones importante en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana.

La fase de expansión, como su nombre lo indica la familia se dilata, se "expande", en la que debe cuidarse que esta situación altere lo menos posible sus actividades.

La fase de dispersión, en la que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando. En la que los padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias.

La fase de independencia, al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en "independencia", sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar hacia las nuevas familias que recientemente se están formando. Suele tener una duración aproximada entre 20 y 30 años.

La fase de retiro y muerte, se enumeran cuatro circunstancias difíciles que se identifican:

- a) incapacidad para laborar (con desempleo debido a presencia de enfermedades crónico-degenerativas).
- b) desempleo.
- c) Agotamiento de los recursos económicos.
- d) Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres, abandonándolos en sus hogares de origen o recluyéndolos en asilos para ancianos.(13)

FUNCIONES DE LA FAMILIA:

- I Socialización
- II Cuidado
- III Afecto
- IV Reproducción
- V Estatus y nivel socioeconómico.

Socialización es la tarea fundamental de la familia de transformar en un tiempo determinado a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con "independencia" para desarrollarse en la sociedad. Los estudios de la familia han colocado a la madre como el educador primordial con la responsabilidad de socializar a sus hijos, principalmente en los seis primeros años de vida, ya que a partir de este momento, habrá otras instituciones encargadas de la socialización de los hijos, como es el caso de la escuela primaria.

Cuidado, ésta función es la que permite la preservación de nuestra especie, se identifican en ella: Alimentación, Vestido, Seguridad física y Apoyo emocional.

Afecto, esta actitud hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia, en la relación de la necesidad de recibir y proporcionar afecto.

Reproducción, se ha definido a la familia como la institución encargada de proveer nuevos miembros a la sociedad, aunque se aclara que esta función va mas allá de tal propósito ya que lleva el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se ha dado en llamar actualmente: Salud reproductiva.

Estatus y Nivel Socioeconómico, aceptando el concepto de la familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, entendemos cómo conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y obligaciones.. Por otra parte las exigencias para formar nuevas familias, correspondientes al mismo nivel socioeconómico, es una medida de perpetuar los privilegios y logros familiares.

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

UN MODELO SISTÉMICO PARA EL MEDICO FAMILIAR, LA PRIMERA ENTREVISTA CON FAMILIAS.

La entrevista clínica es un instrumento eficaz, pieza clave del arsenal con que cuenta el médico familiar para investigar los motivos de consulta. No obstante la entrevista clínica con pacientes de forma individual o forma colectiva tiene grandes variantes, ya que la relación terapéutica es diferente en un paciente solo, que cuando se presenta con algún acompañante o aún más si se presenta todo un grupo familiar.

La entrevista clínica con familias tiene algunos puntos particulares. Considerando que la familia es un sistema relacional en el cual los eventos que afectan a cualquiera de sus partes repercutirá en todos sus elementos. Este modelo para la exploración de la dinámica familiar se enfoca a ver a la familia en forma integral, y aún cuando algún miembro no esté participando. Es así que esta forma de abordaje trata de explorar el problema en particular y sus efectos sobre el sistema.

I.- Estadio de primer contacto con la familia. El médico debe de tomar en cuenta el primer contacto que se obtuvo con la familia. Puede ser telefónico, una nota de referencia, de la presentación de un trabajador social, o a través del expediente clínico. Se debe de tener en cuenta la información que pudiera tratar de manipularse antes de la consulta, ya sea por un familiar o por algún profesionalista que colabore en los servicios de salud. Esto es importante para evitar emitir juicios antes de una evaluación, o también puede servir de ayuda para complementar el análisis.(15)

II.- Estadio de socialización y reconocimiento de la familia. Tiene como objetivo el disponer a la familia en una situación cómoda y de confianza, así como la identificación de cada uno de sus miembros, su actividad, escolaridad, etc. Es decir toda la información necesaria para elaborar una ficha de identificación familiar y el Familiograma. Esta fase es de vital importancia ya que dependiendo de la confianza que se brinde a la familia, se permitirá adquirir una posición de mejor ayuda y entendimiento, lo cual es decisivo en el curso del tratamiento. En esta fase el médico entra por primera vez en contacto directo con la familia.(16)

III.- Exposición de motivos de consulta y abordaje del problema. ¿Cuál o cuales son los motivos para que la familia acuda en busca de ayuda?. La familia generará la información necesaria para lograr tener una respuesta a nuestra pregunta, en donde surgirá la disposición de la propia familia al cambio esperado o por el contrario si no existe la menor disposición para su autoayuda.

El lenguaje utilizado por el médico familiar está dirigido a todo el sistema de forma circular, es decir elaborar preguntas que cuestionen a la familia como responsable en su totalidad del problema que ellos presentan.(17)

IV.- Estadio de interacción con la familia. Después de la exposición de problemas por cada elemento de la familia, el médico entrara en una fase interactiva con la familia, investigando las versiones particulares de cada elemento, su repercusión afectiva o conductual con el resto del sistema. El clínico observará, en qué forma por mínima que parezca, ocurre la participación de los elementos de la familia, ya sea para mejorar la situación o por el contrario para perpetuar el problema.(18)

En esta fase, investigará las relaciones existentes entre los subsistemas, roles, jerarquía, límites, etc. Sobre todo investigará quién o quienes participan en el problema.

V.- Estadio de focalización de problemas. La terapia llamada focalización de problemas, consiste en hacer acercamientos o distanciamientos en aspectos problemáticos, semejante a lo que se hace con una lente fotográfica y cuya finalidad es tener una imagen nítida del objetivo en estudio. Los recursos con los que se lleva a cabo son el lenguaje verbal y no verbal de la familia, y la visión particular del problema. Es necesario utilizar aspectos prácticos como son las preguntas: ¿Es realmente un problema lo planteado por la familia o son las alternativas de cambio realizadas las que no han funcionado? ¿Quién o quienes contribuyen a crear los conflictos en la familia? ¿El problema involucra a todos los elementos o sólo a la pareja? ¿Es la primera ocasión que se presenta o ha sido repetitivo?.

Es recomendable investigar el problema en grados de intensidad y duración.

Esto dará al médico una perspectiva más completa del problema, de sus posibilidades de solución y sus disposiciones al cambio. El médico debe permanecer en una posición de neutralidad en cuanto a lo planteado por la familia, evitando críticas o juicios personales.(19)

VI.- Estadio de: búsqueda de alternativas de solución. El médico familiar tratará junto con la familia de implementar alternativas de solución al problema presentado.

Las alternativas planteadas tendrán que reunir algunas características:

- a) Surgirán a partir de los recursos de la familia.
- b) Deberán ser las más viables en el momento del análisis.
- c) Deberán ser las menos problemáticas para la familia y sus elementos.
- d) Serán fácilmente valorables en cuanto a progresos.
- e) Tendrán que ser lo suficientemente flexibles para poder ser modificadas de acuerdo a sus resultados.(20)

Así también la revisión de la evaluación de un servicio de primer nivel de atención en un hospital público, es el caso del Hospital General Pdte. Lázaro Cárdenas ISSSTE Chihuahua (21) me permitió dirigir en una forma eficaz la metodología a seguir para mi estudio ya que la búsqueda de datos fue mas sistematizada.

2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Cuales son las características biosociales de los derechohabientes de la clínica hospital Lázaro Cárdenas del ISSSTE que pertenecen al código postal 160 de la ciudad de Chihuahua.

Por lo tanto se pretende identificar a los derechohabientes de la Clínica Hospital Lázaro Cárdenas que pertenecen al código postal No. 160 de la ciudad de Chihuahua, Chih. Se estudian todos los derechohabientes pertenecientes a éste código postal, de los turnos matutino y vespertino, sin tomar en cuenta los que acuden al servicio de urgencias, únicamente los que acuden al servicio de consulta externa durante un período de un año, de enero a diciembre de 1997. Tomando como variables:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Años de unión conyugal
- Escolaridad
- Edad del padre
- Edad de la madre
- Método de planificación familiar
- Número de hijos por edades (de menores de 10 años de edad, de 11 a 19 años de edad y mayores de 20 años de edad)
- Ocupación de los padres de familia
- Ingreso económico
- Tipo de familia (composición, desarrollo, demografía y etapas del ciclo familiar)

Cuales son la principales causas de consulta externa durante este año, tomando como variables:

- Edad
- Sexo
- Mes

Utilizándose hoja tabular de los motivos de la consulta externa.

3- JUSTIFICACION.

La medicina familiar es un conjunto de conocimientos acerca de los problemas confrontados por los médicos. Esta rama de la medicina representa una visión distinta del mundo, un sistema de valores y una manera de abordar los diferentes problemas de otras disciplinas.

Como médico de primer nivel de la consulta externa de medicina familiar es necesario conocer muy bien las características biosociales de los derechohabientes asignados y que corresponden al código postal 160 de la ciudad de Chihuahua , y en este momento no se cuenta ningún estudio de tipo mosamef que nos permita plantear beneficios para las familias atendidas en esta unidad de medicina familiar.

Conociendo las características biosociales se realizara un enfoque integrador, para optimizar la prestación de los servicios médicos para que redunde en un mayor beneficio de los derechohabientes y permita disminuir los costos en la atención medica.

La realización de esta investigación, es posible debido a que los datos requeridos se encuentran en el departamento de estadística y archivo clínico del hospital.

Por lo tanto se pretende identificar a los derechohabientes de la Clínica Hospital Lázaro Cárdenas que pertenecen al código postal No. 160 de la ciudad de Chihuahua, Chih. Se estudian todos los derechohabientes pertenecientes a éste código postal, de los turnos matutino y vespertino, sin tomar en cuenta los que acuden al servicio de urgencias, únicamente los que acuden al servicio de consulta externa durante un período de un año, de enero a diciembre de 1997.

4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

OBJETIVO GENERAL.

Identificar a los derechohabientes de la Clínica Hospital Presidente Lázaro Cárdenas del ISSSTE Chihuahua, que pertenecen al código postal número 160. Establecer el modelo sistemático de atención médica familiar (mosamef)(2) en la práctica de la medicina familiar, con el propósito de conocer las características biosociales de los derechohabientes, así como sus principales causas de demanda de consulta.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Establecer el MOSAMEF (Modelo sistemático de atención médica familiar), en la práctica de la medicina familiar, con el propósito de conocer: Censo poblacional, estudio de comunidad e identificación de causas de consulta.

Y mediante un enfoque integrador optimizar la prestación de los servicios médicos a que tienen derecho estos usuarios y que también nos permita disminuir los costos de atención médica.

5.- HIPOTESIS.

El conocimiento de las características biosociales de los derechohabientes de la clínica hospital Presidente Lázaro Cárdenas ISSSTE Chihuahua, me permitirá mejorar y optimizar los recursos médicos para su mejor atención.

6.- METODOLOGIA.

6.1.-TIPO DE ESTUDIO.

Este es un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo parcial.

Se estudio una cohorte en forma retrospectiva, aleatoria, para conseguir la información del estudio sistemático.

De esta misma cohorte se revisó en forma retrospectiva las hojas de registro de consulta diaria, para obtener la información del número de consultas y los diagnósticos que genera este grupo de usuarios.

6.2.-POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

El estudio de la cohorte en forma retrospectiva se llevó a cabo en 100 familias del grupo poblacional perteneciente al código postal # 160 de la Cd. de Chihuahua el cual esta compuesto de 524 núcleos familiares con un total de 3,638 personas.

El estudio se llevó a acabo del 1 de enero al 31 de diciembre de 1997. El estudio prospectivo para la obtención del número de consultas y los diagnósticos que se generan.

El estudio se llevó a acabo en el Hospital Presidente Lázaro Cárdenas ISSSTE Chihuahua, del primero de enero al treinta y uno de diciembre del año 1997.

6.3.- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Población derechohabiente del Hospital Presidente Lázaro Cárdenas ISSSTE Chihuahua agrupada bajo el código postal # 160. Compuesta por 524 núcleos familiares y un total de 3,638 personas.

6.4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Derechohabientes del Hospital Lázaro Cárdenas ISSSTE Chih.
Pertenecentes al código postal # 160.

- CRITERIOS DE EXCLUSION.

Se excluyó del estudio a pacientes que no pertenecieran al código postal 160 de la ciudad de Chihuahua y a usuarios que planeaban cambiar de domicilio en el transcurso del año próximo al estudio (1998).

Se excluyó a los derechohabientes que acudieron al servicio de urgencias.
Se excluye a pacientes que no acepten participar en el estudio, a pacientes sin registro de vigencia.

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Como requisito indispensable fue que pertenecieran al código postal número 160 de la ciudad de Chihuahua, Chih.

Incluyendo a los derechohabientes que acudieron al servicio de consulta externa, de los turnos matutino y vespertino.

- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Se eliminan del estudio pacientes que cambien de residencia.

Se eliminan a los pacientes en los que aparecen anotaciones como diagnóstico de probabilidad o diagnóstico en estudio, diagnóstico ilegible y defunciones.

6.5.-VARIABLE DE MEDICION.

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Años de unión conyugal
- Escolaridad
- Edad del padre
- Edad de la madre
- Método de planificación familiar
- Número de hijos por edades (de menores de 10 años de edad, de 11 a 19 años de edad y mayores de 20 años de edad)
- Ocupación de los padres de familia
- Ingreso económico
- Tipo de familia (composición, desarrollo, demografía y etapas del ciclo familiar)

Para investigar las causas más frecuentes de la consulta externa de medicina familiar, se acudió al departamento de estadísticas de la unidad, y se buscó en las hojas de consulta diaria del médico (hoja sm 10 1), desde el 1º. De enero al 31 de diciembre de 1997. Tomando como variables

- Edad
- Sexo
- Mes

Utilizándose hoja tabular de los motivos de la consulta externa.

6.6. PROCEDIMIENTOS DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN.

Se diseñaron dos cuestionarios para la recolección de los datos necesarios que nos preverán la información necesaria de los derechohabientes pertenecientes al código postal 160 de la unidad Lázaro Cárdenas de la ciudad de Chihuahua.

A partir de estos datos se podrá obtener las variables de medición, los resultados y la conclusión.

Para investigar las causas más frecuentes de la consulta externa de medicina familiar, se acudió al departamento de estadísticas de la unidad, y se buscó en las hojas de consulta diaria del medico (hoja sm 10 1), desde el 1º. De enero al 31 de diciembre de 1997. Tomando como variables

- Edad
- Sexo
- Mes

Utilizándose hoja tabular de los motivos de la consulta externa.

Se contó con la autorización de autoridades de la institución, así como con la cooperación del personal de los departamentos de archivos, estadísticas y consulta externa.

CONSIDERACIONES ETICAS

Según la declaración de Helsinki, adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, en la que se destaca el compromiso del científico por proteger los intereses, la voluntad y derechos del individuo en la sociedad; en este estudio no se violan los derechos de las personas.

7.- RESULTADOS

El código 160 cuenta con 3,638 derechohabientes que pertenecen a 524 núcleos familiares.

Se realizó el estudio a 100 familias que pertenecen a dicho código, obteniendo los siguientes datos:

CENSO POBLACIONAL

Los datos fueron obtenidos del tarjetero del departamento de archivos de pacientes inscritos del código postal 160 a la Clínica Hospital Lázaro Cárdenas de la ciudad de Chihuahua.

Se encontró que hay 3,638 derechohabientes inscritos de dicho código y pertenecen a 524 núcleos familiares.

Se encontró que excepto en los grupos etáreos de 0-1 y de 15 a 19, las mujeres constituyen la mayoría de la población derechohabiente. (Gráfica y cuadro de pirámide poblacional.)

El porcentaje según el sexo fue de 57.39 % para el femenino y de 42.61 % del masculino.

Los grupos con menor población fueron el de 0-1 y de 1- 4 habiendo una proporción parecida de hombres y mujeres.

La pirámide se ensancha a partir del grupo de 5-9 hasta el de 15 a 19 , para volver a estrecharse en el de 20 a 24 y 25-29 , se vuelve a ampliar nuevamente siendo el más grande grupo especialmente a expensas de mujeres el de 40 a 44 años, que coincide con el de 70 y más, en tamaño, sin embargo con una relación menos desproporcionada en este , entre mujeres y hombres, aunque si persiste la mayor cantidad de mujeres..

A partir del grupo de 50 a 54 años, hasta el de 65 a 69 la pirámide se estrecha nuevamente.

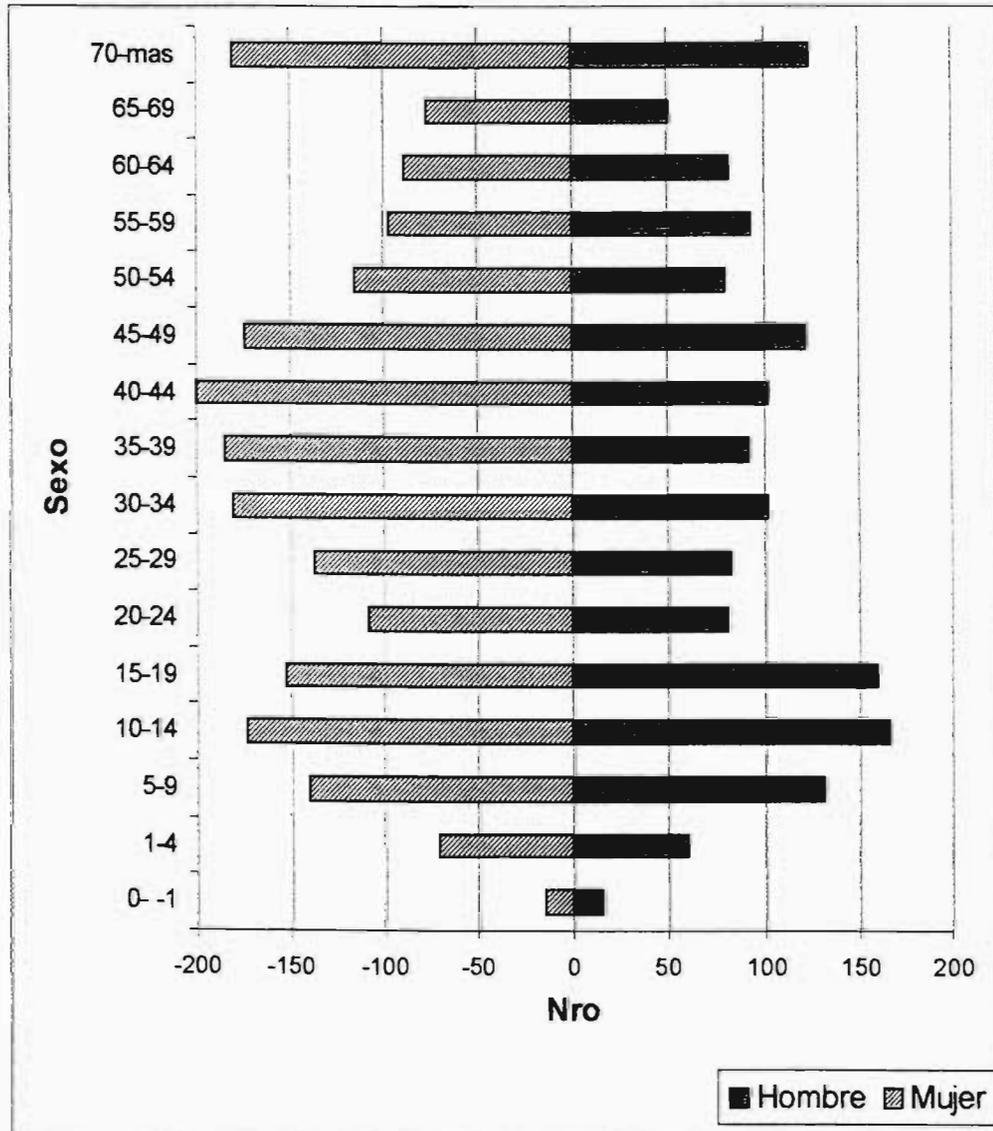
Llama la atención la más alta proporción de mujeres como un grupo al que deben dirigirse los programas institucionales como el de Salud reproductiva, lactancia materna y DOC femenina, ya que además la más alta proporción la constituyen los grupos etáreos de riesgo .

La población infantil es muy escasa y en su mayoría son mayores de 9 años, pero el grupo mayoritario es el de 70 y más, esto le da características a la población del código que requieren un manejo adecuado de las enfermedades crónico- degenerativas y un seguimiento para la prevención de las mismas y sus complicaciones.

PIRAMIDE POBLACIONAL
DERECHOHABIENTES DEL CODIGO 160
HOSPITAL "L. Cárdenas". ISSSTE. CHIH. 1997

Fuente: Archivo. Hospital Lázaro Cardenas. ISSSTE. Chihuahua

CUADRO N°1. PIRAMIDE POBLACIONAL



Fuente: Archivo. Hospital Lázaro Cárdenas. ISSSTE. Chihuahua

Sexo	0-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Hombre	16	60	132	167	161	81	83	103	92	103	122	80
Mujer	14	70	140	173	152	108	137	180	184	200	174	115
	30	130	272	340	313	189	220	283	276	303	296	195

ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR

El código 160 cuenta con 3,638 derechohabientes que pertenecen a 524 núcleos familiares.

Se realizó el estudio a 100 familias que pertenecen a dicho código, obteniendo los siguientes datos:

Respecto al estado civil se encontró que el 83 % de los derechohabientes encuestados son casados, el 10% viudos y el 5 % solteros.

CUADRO No. 2 ESTADO CIVIL

Familias del Código Postal 160 De la Clínica. Hospital. "L. Cárdenas. ISSSTE, Chih. 1997.

ESTADO CIVIL	No. de pacientes	Porcentaje
Casados	83	83%
Solteros	5	5%
Unión libre	0	0%
Divorciados	2	2%
Viudo	10	10%
TOTAL	100	100

Fuente: Directa

CUADRO NO. 3.- AÑOS DE UNION CONYUGAL

Familias del Código Postal 160 De la Clínica. Hospital. "L. Cárdenas. ISSSTE, Chih. 1997.

ANOS	NÚMERO	PORCENTAJE
0 a 5 años	4 personas	4.81%
6 a 10	8	9.63%
11 a 15	3	3.61%
16 a 20	5	6.02%
21 a 25	8	9.63%
26 a 30	11	13.25%
31 a 35	19	22.89%
36 a 40	6	7.22%
41 a 45	8	9.63%
46 a 50	6	7.22%
51 a 55	3	3.61%
56 a 60	2	2.40%
TOTAL	83	99.92

Fuente: Directa

Se puede observar que el porcentaje más alto fue de 31 a 35 años de unión conyugal y llama la atención que se encuentran 2 parejas con 56 a 60 años de unión conyugal.

CUADRO NO 4. ESCOLARIDAD

Familias del Código Postal 160 De la Clínica. Hospital. "L. Cárdenas. ISSSTE, Chih. 1997.

ESCOLARIDAD	No. DE PERSONAS	%
Básica	36	36%
Media	6	6%
Media Superior	38	38%
Superior	16	16%
Ninguna	4	4%
TOTAL	100	100

Fuente: directa

Los mayores porcentajes se encuentran en los que cursaron la educación básica solamente y los de educación media superior, esto es comprensible ya que los derechohabientes son trabajadores de entidades públicas.

CUADRO No. 5.- EDAD DEL PADRE DE FAMILIA ENCUESTADA POR GRUPOS DE EDAD.

Familias del Código Postal 160 De la Clínica. Hospital. "L. Cárdenas. ISSSTE, Chih. 1997.

Grupos de edad	No. De personas vivas	Porcentaje	Muertas
0 A 20 años	0	0	0
21 a 30	6	6.97	0
31 a 40	6	6.97	1
41 a 50	16	18.60	8
51 a 60	19	22.09	1
61 a 70	23	26.74	4
71 a 80	14	16.27	0
81 a 90	2	2.32	0
TOTAL	86	100	14

Fuente: Directa

La mayor concentración se encuentra en los grupos desde 41 a 50 hasta 71 a 80, lo cual demuestra que la mayor parte de la población derechohabiente es adulto mayor y de la tercera edad, característica epidemiológica que determina la mayor ocurrencia de enfermedades crónico degenerativas.

De esta manera se encuentra que 2 personas murieron en accidente, 2 por Insuficiencia hepática crónica secundaria a Alcoholismo, 2 con CA de Pulmón y 8 por Infarto Agudo del miocardio, lo cual se corresponde con las estadísticas vitales del estado.

CUADRO NO. 6 GRUPOS DE EDAD DE LA MADRE DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

Familias del Código Postal 160 De la Clínica. Hospital. "L. Cárdenas. ISSSTE, Chih. 1997.

Grupos de edad	PERSONAS (vivas)		PERSONAS (muertas)
	Número	Porcentaje	
0 a 20 años	0	0	0
21 a 30	5	5.15	0
31 a 40	8	8.24	0
41 a 50	16	16.49	2
51 a 60	32	32.98	0
61 a 70	20	20.61	1
71 a 80	15	15.46	0
81 a 90	1	1.03	0
91 a 100	0	0	0
TOTAL	97	99.9	3

Fuente: Directa

Los grupos de edad en los que existe mayor frecuencia de madres de familia en la población estudiada es entre los 41 hasta los 80 años, siendo muy pocos los grupos de menor edad.

A diferencia del grupo de padres se encuentra que solamente han muerto 3 madres llamando poderosamente la atención que en los 3 casos la causa de la muerte fue Cáncer: de Tiroides, CaCu y gástrico, los 3 casos en menores de 70 años, con una alta proporción de longevas.

CUADRO No. 7.- UTILIZACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Familias del Código Postal 160 De la Clínica. Hospital. "L. Cárdenas. ISSSTE, Chih. 1997.

MÉTODO	CANTIDAD POR USO	
	Número	Porcentaje
DIU	14	12.06
ANTICONCEPTIVO ORAL	21	18.10
ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	0	0
SALPINGOCLASIA	19	16.37
RITMO	6	5.17
CONDON	5	4.31
VASECTOMIA	5	4.31
NINGUNO	46	39.65
TOTAL	116	99.97

FUENTE : Directa.

En éste cuadro de datos de llama la atención que un alto porcentaje; el 39.65% de las personas estudiadas no llevan o llevaron ningún método de planificación familiar lo que se explica por la edad de éstas personas. También cabe mencionar que algunas personas utilizan más de un método de planificación familiar a la vez razón por la cual se obtiene ese número de uso a pesar de que los encuestados fueron 100 y que 46 no utilizan ningún método.

CUADRO NO. 8.- NUMERO DE HIJOS POR GRUPOS DE EDAD

Familias del Código Postal 160 De la Clínica. Hospital. "L. Cárdenas. ISSSTE, Chih. 1997.

EDAD DE LOS HIJOS	NUMERO	PORCENTAJE
De 0 a 10 años de edad	38	9.04
De 11 a 19 años de edad	60	14.28
De 20 a más años de edad	322	76.66
TOTAL	420	99.98

Fuente: Directa

Aquí se observa que una minoría son hijos menores de 10 años y la mayoría el 76.6, corresponde a hijos de 20 o más años de edad, l cual se encuentra en relación con la edad de los padres descrita en los cuadros 5 y 6 .

CUADRO NO 9.- OCUPACION DE LOS PADRES

Familias del Código Postal 160 De la Clínica. Hospital. "L. Cárdenas. ISSSTE, Chih. 1997.

OCUPACIÓN	No DE PERSONAS	PORCENTAJE
Profesional	22	13.33
Técnico	11	6.66
Empleado	67	40.60
Hogar	46	27.87
Otro	19	11.51
TOTAL	165	100.00

Fuente: Directa

En este cuadro de datos se puede apreciar que la mayor parte de los padres de familia estudiados corresponden a empleados de distintas instituciones, lo cual se relaciona con la escolaridad. Se tomaron en cuenta 36 encuestados jubilados.

Es notorio que muchas personas tienen doble empleo, ya sea remunerado o no remunerado como en el caso del hogar.

CUADRO No. 10.- INGRESO ECONOMICO FAMILIAR EN SALARIOS MINIMOS.

Familias del Código Postal 160 De la Clínica. Hospital. "L. Cárdenas. ISSSTE, Chih. 1997.

INGRESO ECONÓMICO	No. FAMILIAS	PORCENTAJE
Menos de 1 salario mínimo	1	1
De 1 a 2 salarios mínimos	43	43
De 3 o más salarios mínimos	56	56
TOTAL	100	100

Fuente: Directa

Estos datos nos muestran que un 43% tienen un ingreso mensual de 1 a 2 salarios mínimos y que el 56% tienen un ingreso mensual de 3 a más salarios mínimos, lo que nos indica que se trata de una población con un nivel económico medio.

TIPO DE FAMILIA

De las cien familias encuestadas, todas corresponden al medio Urbano.

**CUADRO No. 11.- TIPO DE FAMILIA SEGÚN EL MEDIO EN
DONDE VIVEN**

Familias del Código Postal 160 de la Clínica Hospital "L. Cárdenas. ISSSTE, Chih.
1997

MEDIO	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJE
Urbano	100	100%
Rural	0	0%
Total	100	100%

Fuente: Directa

CUADRO No. 12.- TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO

Familias del Código Postal 160 de la Clínica Hospital "L. Cárdenas. ISSSTE, Chih.
1997

TIPO DE FAMILIA	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJE
Moderna	61	61%
Tradicional	39	39%
Total	100	100%

Fuente: Directa

De ellas 61 % son modernas de acuerdo a su desarrollo mientras que un 39 % son tradicionales, lo cual es explicable por las edades predominantes en el grupo estudiado.

CUADRO No. 13.- TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COMPOSICION

Familias del Código Postal 160 de la Clínica Hospital "L. Cárdenas. ISSSTE, Chih.
1997

COMPOSICION	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJE
Nuclear	30	30%
Extensa	62	62%
Compuesta	8	8%
Total	100	100%

Fuente: Directa

La familia según su composición es en un 30 % Nuclear, el 62% extensa y el 8% compuesta.

CUADRO No. 14.- ETAPAS DEL CICLO FAMILIAR

Familias del Código Postal 160 De la Clínica. Hospital. "L. Cárdenas. ISSSTE, Chih. 1997.

ETAPA	No. DE FAMILIA	PORCENTAJE
Expansión	7	7
Dispersión	17	17
Independencia	34	34
Retiro	42	42

Fuente: Directa

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR

Predomina la fase de retiro en el 42% de la población estudiada, le sigue la fase de independencia con 34%, la fase de dispersión corresponde al 17% de las familias y la fase de expansión al 7 %, esto es correspondiente a la edad de la población estudiada y también puede explicarse observando la pirámide poblacional, ya que siendo en su mayoría mayores de 40 años, predomina la fase de independencia y el retiro.

CAUSAS DE CONSULTA POR GRUPOS DE EDAD

En el cuadro No. 15, podemos observar que en el grupo de edad de 0 - 1 año la principal causa de consulta fue la de infecciones respiratorias agudas con un total de 142 consultas por ésta causa y en los meses de noviembre, mayo y octubre los de más alta incidencia. Como segundo lugar, las dermatopatías con una incidencia casi constante durante todo el año, excepto en los meses de enero y diciembre en los que no se presentó ninguna dermatopatía. En tercer lugar las gastroenteritis con una mayor incidencia en el mes de julio. En orden decreciente tenemos dermatopatías también con una mayor incidencia en el mes de julio, las faringoamigdalitis más frecuentes en noviembre, oftalmopatías en mayo y junio principalmente. Esto es de importancia para poder programar medidas preventivas de estos padecimientos durante todo el año pero principalmente en los meses de mayor incidencia.

CUADRO No 15.-CAUSAS DE CONSULTA POR GRUPOS DE EDAD 0-1 AÑO

CAUSAS	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
IRAS	8	12	12	9	16	13	14	7	9	15	18	9	142
FARINGOAMIGDALITIS	2	2	3	1	3	0	0	0	0	3	9	4	27
GASTROENTERITIS	2	0	3	0	0	3	12	5	7	0	0	5	37
UROPATÍAS	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	5	0	10
CARDIOPATIAS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
SANO	0	4	6	3	6	5	5	8	5	5	5	0	52
DERMATOPATÍAS	0	0	4	0	0	7	3	3	4	4	0	4	29
OFTALMOPATIAS	0	0	0	2	5	5	3	2	0	0	0	0	17
OTITIS	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
TRAUMATISMOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4
ASMA BRONQUIAL	0	0	3	1	0	0	0	0	1	1	0	0	6

Fuente: Departamento de Estadística.

En el cuadro No. 16, corresponde al grupo de 1 - 4 años y el principal motivo de consulta fue al igual que en el grupo anterior las infecciones respiratorias agudas con una incidencia mayor en los meses de mayo y junio. El segundo motivo de consulta fue las faringoamigdalitis con mayor frecuencia en los meses de enero, febrero, noviembre y diciembre que corresponden a los meses de más frío. Las gastroenteritis el tercer lugar con mayor incidencia en los meses de junio, julio, agosto y septiembre o sea los meses de verano. En cuarto lugar pacientes sanos con una incidencia casi constante durante todo el año excepto en enero y diciembre. Además en orden decreciente dermatopatías más frecuente en junio y septiembre, uropatías en febrero, marzo, junio y noviembre, oftalmopatías en los meses de abril, mayo junio, julio y agosto, se reportaron 6 casos de asma bronquial, en marzo 2, y en enero, abril, septiembre y octubre uno, 5 casos de traumatismos, 2 en octubre y 3 en noviembre, se reportaron 2 cardiopatías y 2 de ginecopatías en el mes de enero.

CUADRO No 16.- CAUSAS DE CONSULTA POR GRUPOS DE EDAD 1-4 AÑOS

CAUSAS	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNI O	JULIO	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
IRAS	25	22	16	13	21	25	17	7	13	16	15	13	203
FARINTGOAMIGDALITIS	28	18	12	10	13	0	0	0	13	12	23	14	143
GASTROENTERITIS	8	0	4	0	0	11	12	9	11	0	0	6	61
CARDIOPATÍAS	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
ASMA BRONQUIAL	1	0	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	6
GINECOPATÍAS	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
UROPATÍAS	0	6	5	0	0	4	0	0	0	0	8	0	23
SANOS	0	5	7	4	6	6	5	6	8	6	7	0	60
DERMATOPATÍAS	0	0	4	0	0	5	2	4	5	3	0	4	27
OFTALMOPATÍAS	0	0	0	3	3	3	3	3	0	0	0	0	15
OTITIS	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
TRAUMATISMOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	5

Fuente: Departamento de Estadística.

En el grupo de 5 a 9 años de edad (cuadro No.17) como en los tres grupos anteriores las infecciones respiratorias agudas son las principal causa de consulta y con mayor incidencia en los meses de enero y febrero, pero manteniéndose durante todo el año constante. Las faringoamigdalitis ocupan el segundo lugar y con mayor incidencia en los meses de noviembre, enero y febrero. Las gastroenteritis durante los meses de julio y agosto con mayor incidencia corresponden al tercer lugar. Se encuentra en cuarto lugar los pacientes sanos, que aunque ocupan este lugar a diferencia de los grupos de edad anteriores el número de consultas por este motivo disminuye considerablemente. Las oftalmopatías también se encuentran dentro de éstas principales causas de consulta y en el mes de mayo se aprecia mayor incidencia. Además encontramos uropatías, asma bronquial, traumatismos, otitis en el mes de julio, en este grupo se encontraron 4 consultas por enfermedad acido-péptica , 3 dermatopatías todas en el mes de junio y 2 cardiopatías.

CUADRO No 17.- CAUSAS DE CONSULTA POR GRUPOS DE EDAD 5-9 AÑOS

CAUSAS	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
IRAS	27	21	9	10	17	18	15	7	10	10	12	9	165
FARINGOAMIGDALITIS	11	12	8	5	9	0	0	0	3	6	21	7	82
ENF.ACIDOPÉPTICA	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	4
GASTROENTERITIS	3	0	2	0	0	5	12	7	6	0	0	1	36
CARDIOPATÍAS	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
ASMA BRONQUIAL	1	2	1	3	0	0	0	1	1	1	0	0	10
GINECOPATÍAS	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
UROPATÍAS	0	1	4	0	0	3	0	0	0	0	2	0	10
SANOS	0	1	2	0	3	4	2	1	1	2	3	0	19
DERMATOPATÍAS	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3
OFTALMOPATÍAS	0	0	0	1	5	2	3	0	0	0	0	0	11
OTITIS	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	5
TRAUMATISMOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	0	7

Fuente: Departamento de Estadística.

En el grupo de 10 a 14 años de edad (cuadro No.18) siguen siendo las infecciones respiratorias agudas la primera causa de consulta con una gran incidencia en enero aunque se presenta durante todo el año. El segundo lugar lo ocupan las faringoamigdalitis, mayor número en el mes de noviembre, en éste grupo se aprecia una marcada disminución en el número de consultas por ésta causa en relación con los grupos anteriores. El tercer lugar corresponde a las gastroenteritis con mayor incidencia en el mes de julio. Cuarto lugar a pacientes

sanos y el quinto corresponde a asma bronquial notándose un incremento en relación con los grupos de edad anteriores. Después la enfermedad ácido-péptica al igual que las dermatopatías. Las oftalmopatías en los meses de abril, junio, julio y agosto, los traumatismos, ginecopatías y otitis en menor proporción.

CUADRO No 18.- CAUSAS DE CONSULTA POR GRUPOS DE EDAD 10-14 AÑOS

CAUSAS	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
IRAS	16	9	3	3	9	9	8	2	6	3	5	6	79
FARINGOAMIGDALITIS	7	5	2	3	1	0	0	0	0	2	14	5	39
ENF. ACIDOPEPTICA	4	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	11
GASTROENTERITIS	5	0	3	0	0	3	10	3	4	0	0	0	28
CARDIOPATIAS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ASMA BRONQUIAL	3	2	2	1	0	0	0	3	2	3	0	0	16
GINECOPATIAS	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
UROPATIAS	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	5
SANO	0	4	1	3	2	0	4	4	3	1	3	0	25
DERMATOPATIAS	0	0	3	0	0	0	0	1	4	1	0	3	11
OFTALMOPATIAS	0	0	0	1	0	1	2	2	0	0	0	0	6
OTITIS	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4
TRAUMATISMOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	6

Fuente: Departamento de Estadística.

En el grupo de 15 a 24 años de edad (ver cuadro No. 19) se aprecia un aumento en el número de causas de consulta, no así en el número de consultas otorgadas en las que se aprecia una disminución y tenemos a las infecciones respiratorias agudas como primera causa de consulta principalmente en enero y mayo, ocupa el segundo lugar las enfermedades ácido-pépticas, presentándose casi constante en todos los meses. El tercer lugar lo ocupan las faringoamigdalitis con mayor incidencia en noviembre. En este grupo podemos apreciar pacientes con hipertensión arterial, 21 durante todo el año, pero llama la atención que se presente en pacientes tan jóvenes, también se encontró 5 casos de diabetes, 8 de osteoartropatías, las ginecopatías y uropatías inician un incremento en su número y aparecen las primeras cifras de detección oportuna del cáncer.

CUADRO No 19.- CAUSAS DE CONSULTA POR GRUPOS DE EDAD 15-24 AÑOS

CAUSAS	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
IRAS	17	5	8	3	10	4	5	5	4	3	7	6	77
HIPERTENSION	0	0	5	3	0	0	0	2	3	6	1	1	21
FARINGOAMIGDALITIS	4	5	3	2	2	0	0	0	4	3	8	5	36
ENF.ACIDOPÉPTICA	2	5	8	3	6	3	7	4	5	6	6	3	58
DIABETES MELLITUS	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	1	5
OSTEOARTROPATÍAS	4	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	8
GASTROENTERITIS	3	0	0	0	0	2	5	2	1	0	0	3	16
ASMA BRONQUIAL	2	0	0	2	0	0	0	1	1	3	0	0	9
GINECOPATÍAS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
UROPATÍAS	0	4	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	10
DERMATOPATÍAS	0	0	0	0	0	8	2	2	7	4	0	5	28
SANO	0	2	3	0	1	1	0	2	0	5	1	0	15
OFTALMOPATÍAS	0	0	0	1	2	2	3	4	0	0	0	0	12
TRAUMATISMOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	6
DOC	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	2	1	7

Fuente: Departamento de Estadística.

El grupo de 25 a 34 años (cuadro No 20), se diferencia de los anteriores porque en éste aumenta considerablemente la hipertensión arterial con una incidencia mayor en los meses de enero, marzo y septiembre, la diabetes mellitus ocupa el quinto lugar de las causas de consulta del grupo y se sigue apreciando un incremento en las enfermedades acido-pépticas, aparecen las osteoartropatías como sexto lugar, le siguen el asma bronquial, dermatopatías, uropatías, pacientes sanos, 31 pacientes de detección oportuna del cáncer, algunas oftalmopatías, traumatismos y 2 consultas por insuficiencia vascular periférica.

**CUADRO No 20.- CAUSAS DE CONSULTA POR GRUPOS DE
EDAD 25-34 AÑOS**

CAUSAS	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
IRAS	18	10	10	11	16	8	10	6	4	3	7	6	109
HIPERTENSION	22	8	13	8	9	6	8	6	13	10	8	3	114
FARINGOAMIGDALITIS	15	10	6	10	5	0	0	0	3	4	13	9	75
ENF.ACIDOPÉPTICA	7	6	7	5	9	6	5	7	7	9	9	7	84
DIABETES MELLITUS	10	3	2	4	4	2	4	3	2	3	4	2	43
OSTEOARTROPATÍAS	8	4	2	0	6	2	4	2	0	2	2	1	33
GASTROENTERITIS	7	0	4	0	0	5	13	7	8	0	0	4	48
CARDIOPATÍAS	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
ASMA BRONQUIAL	5	4	4	3	0	0	0	5	5	3	0	0	29
GINECOPATÍAS	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
UROPATÍAS	0	5	5	0	0	5	0	0	0	0	4	0	19
DERMATOPATÍAS	0	0	2	0	0	3	3	1	3	2	0	0	14
SANOS	0	2	4	1	1	2	2	3	1	6	3	0	25
DOC	6	5	6	4	0	0	0	0	0	0	6	4	31
OFTALMOPATÍAS	0	0	0	3	3	2	4	0	0	0	0	0	12
INSUF.VASC.PERIF.	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TRAUMATISMOS	0	2	0	0	0	0	0	0	0	5	2	0	9

Fuente: Departamento de Estadística.

El grupo de 35 a 44 años (cuadro No. 21), el primer lugar lo ocupa la hipertensión arterial con mayor incidencia durante los tres primeros meses del año, el segundo lugar corresponde a diabetes mellitus, sin predominio de algún mes, le siguen las infecciones respiratorias agudas principalmente en mayo, junio y diciembre. Las faringoamigdalitis fueron más frecuentes en el mes de noviembre. También ocupan importante lugar osteoartropatías, gastroenteritis, los pacientes que acuden para detección oportuna de cáncer, asma bronquial con predominio en los meses de marzo, abril, agosto y septiembre y en menor proporción pacientes sanos, uropatías, oftalmopatías, ginecopatías, cardiopatías, traumatismos e insuficiencia vascular periférica.

CUADRO No 21.-CAUSAS DE CONSULTA POR GRUPOS DE EDAD 35-44 AÑOS

CAUSAS	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
IRAS	7	7	4	8	15	15	8	4	7	8	5	10	98
HIPERTENSION	25	22	26	21	18	23	21	12	14	21	20	13	236
FARINGOAMIGDALITIS	7	10	5	5	4	0	0	0	7	3	26	6	73
ENF.ACIDOPEPTICA	13	7	7	4	8	5	5	6	4	9	6	7	81
DIABETES MELLITUS	14	12	12	10	12	12	11	11	11	8	9	4	126
OSTEOARTROPATIAS	12	9	7	0	7	3	10	4	5	7	6	4	74
GASTROENTERITIS	4	0	4	0	0	5	19	10	4	0	0	2	48
CARDIOPATIAS	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
ASMA BRONQUIAL	3	3	6	6	0	0	0	5	5	3	0	2	33
GINECOPATIAS	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
UROPATIAS	3	4	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	13
SANOS	0	0	4	3	1	2	3	5	1	6	3	0	28
DOC	0	8	5	6	5	0	0	0	0	0	10	8	42
OFTALMOPATIAS	0	0	0	5	4	7	3	5	0	0	0	0	24
TRAUMATISMOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	6	0	13
INSUF.VASC.PERIF.	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4

Fuente: Departamento de Estadística.

El grupo de 45 a 54 años (cuadro No. 22) nos muestra un incremento en la hipertensión arterial en relación con los grupos anteriores con cifras altas durante todo el año pero principalmente en el mes de noviembre. Las infecciones respiratorias agudas también aumentan y con mayor incidencia en los meses de mayo y diciembre. La diabetes mellitus también se incrementa considerablemente con variaciones de presentación en cada mes y con incidencia mayor en el mes de julio.

Las gastroenteritis principalmente en marzo, febrero y mayo. El asma bronquial, más frecuente en el mes de marzo, uropatías, oftalmopatías en los meses de abril, mayo, junio, julio y agosto, traumatismos e insuficiencia vascular periférica.

CUADRO No 22.- CAUSAS DE CONSULTA POR GRUPOS DE EDAD 45-54 AÑOS

CAUSAS	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
IRAS	5	6	6	9	16	13	12	4	11	10	5	14	111
HIPERTENSION	23	30	34	30	31	30	24	20	25	31	36	22	336
FARINGOAMIGDALITIS	5	8	8	4	2	0	0	0	7	5	9	7	55
ENF.ACIDOPÉPTIC	13	10	6	7	8	6	7	5	4	13	9	6	94
DIABETES MELLITUS	13	12	13	11	8	8	9	18	11	11	10	7	131
OSTEOARTROPATÍAS	13	17	18	0	15	7	9	5	10	11	13	7	125
GASTROENTERITIS	9	0	3	0	0	3	18	8	10	0	0	4	55
CARDIOPATÍAS	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
ASMA BRONQUIAL	5	7	10	8	0	0	0	5	8	4	0	6	53
GINECOPATÍAS	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
UROPATÍAS	3	3	0	0	5	0	0	0	0	0	2	0	13
SANOS	0	2	1	5	4	3	3	9	3	2	4	0	36
DOC	0	6	6	4	6	0	0	0	0	0	14	6	42
OFTALMOPATÍAS	0	0	0	6	4	6	4	3	0	0	0	0	13
TRAUMATISMOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6	0	11
INSUF.VASC.PERIF.	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6

Fuente: Departamento de Estadística.

En el grupo de 55 a 64 años (cuadro No 23), es la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las osteoartropatías las que ocupan los primeros lugares, las gastroenteritis con mayor incidencia en julio y agosto, un incremento notable en las enfermedades ácido-pépticas, manteniéndose cifras altas durante todo el año, esto es explicable porque una de las principales causas de éste padecimiento es el tratamiento que se les administra para tratar las enfermedades crónico degenerativas que se presentan con mayor frecuencia en éste grupo de edad.

CUADRO No 23.-CAUSAS DE CONSULTA POR GRUPOS DE EDAD 55-64 AÑOS

CAUSAS	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
IRAS	3	3	5	9	13	13	17	5	12	18	4	11	113
HIPERTENSION	20	39	34	33	32	34	43	29	27	30	36	23	380
FARINGOAMIGDALITIS	6	3	3	4	2	0	0	0	5	4	9	5	41
ENF.ACIDOPÉPTICA	9	11	10	6	6	8	7	4	4	12	7	7	91
DIABETES MELLITUS	9	8	10	13	11	11	8	14	11	13	10	10	128
OSTEOARTROPATÍAS	7	5	15	0	12	10	8	8	11	17	9	11	122
GASTROENTERITIS	4	0	2	0	0	3	17	13	9	0	0	2	50
CARDIOPATÍAS	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
ASMA BRONQUIAL	3	3	7	8	0	0	0	3	11	5	0	8	48
UROPATÍAS	0	4	2	0	0	6	0	0	0	0	2	0	14
SANOS	0	7	7	3	1	4	1	8	2	1	1	0	35
DOC	0	4	4	2	6	0	0	0	0	0	6	3	25
DERMATOPATÍAS	0	0	5	0	0	5	5	6	7	7	0	4	39
OFTALMOPATÍAS	0	0	0	6	4	5	4	3	0	0	0	0	22
INSUF.VASC.PERIF.	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	8
TRAUMATISMOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	0	8

Fuente: Departamento de Estadística.

En el grupo de 65 y más años (cuadro No 24), la principal causa fue la hipertensión arterial, le siguen las infecciones respiratorias agudas con una incidencia mayor en los meses de octubre, septiembre y julio, la diabetes mellitus y las osteoartropatías con presentación casi constante durante todo el año, las gastroenteritis con mayor incidencia en los meses de julio y septiembre, asma bronquial con mayor incidencia en abril, septiembre, octubre y diciembre. Hay un notable incremento en las oftalmopatías, uropatías y dermatopatías. En este grupo se aprecia un incremento de las enfermedades crónico-degenerativas.

CUADRO No 24.-CAUSAS DE CONSULTA POR GRUPOS DE EDAD 65 Y MAS AÑOS

CAUSAS	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
IRAS	4	3	4	15	14	13	20	6	24	29	7	14	153
HIPERTENSION	25	34	43	45	40	41	53	48	36	48	48	43	504
FARINGOAMIGDALITIS	2	2	3	3	3	0	0	0	8	7	17	4	49
ENF.ACIDOPÉPTICA	11	5	8	6	6	7	9	7	8	14	10	7	98
DIABETES MELLITUS	7	8	12	16	14	14	13	9	16	15	12	14	150
OSTEOARTROPATÍAS	9	12	23	0	10	11	10	10	14	21	13	12	145
GASTROENTERITIS	4	0	2	0	0	6	22	16	22	0	0	3	75
ASMA BRONQUIAL	1	5	2	10	0	0	0	5	9	8	0	9	49
UROPATÍAS	0	4	5	0	0	10	0	0	0	0	6	0	25
SANOS	0	3	4	0	0	1	0	2	4	0	0	0	14
DOC	0	2	2	0	9	0	0	0	0	0	3	2	18
DERMATOPATÍAS	0	0	4	0	0	4	5	6	8	4	0	1	32
OFTALMOPATÍAS	0	0	0	6	9	5	8	3	0	0	0	0	31
INSUF.VASC.PERIF.	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	7
TRAUMATISMOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	6

Fuente: Departamento de Estadística.

Lo descrito anteriormente con relación a las causas de consulta por grupos de edad y por mes es de suma importancia para poder promover programas de prevención, atención y control de las enfermedades y así poder ofrecer a las familias adscritas al código postal estudiadas, una mejor calidad de vida.

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTAS POR MES Y POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

Las principales causas de consultas otorgadas a derechohabientes pertenecientes al código postal 160, que acudieron a la consulta externa de la Clínica Hospital Lázaro Cárdenas de la ciudad de Chihuahua, Chih. de enero a diciembre de 1997. (Ver cuadros del No.25 al No. 33)

El mayor número de consultas por mes, se encontró en los meses de noviembre con 971 y octubre con 911 y los meses en los que acudió menor número de pacientes fueron diciembre con 705 y septiembre con 690.

La principal causa de consulta fue la hipertensión arterial , pues ocupa el primer lugar en diez meses y el segundo lugar en los meses de enero y mayo, encontrándose en pacientes de 45 años en adelante en frecuencia relativamente constante e incrementándose conforme avanza la edad, esto es explicable por las características de la población estudiada y representada en la pirámide poblacional, motivo por el que se le debe de dar prioridad al programa de control de hipertensos y grupos de apoyo como es el club de hipertensos, para poder controlar y mejorar las condiciones de vida de los pacientes, además es importante tener en cuenta como antecedente familiar para su prevención .

La segunda causa en orden decreciente corresponde a infecciones respiratorias agudas, fue la causa más frecuente en los meses de enero y mayo, y el segundo lugar en los meses de febrero, marzo, abril, junio, septiembre, octubre y diciembre, encontrándose en los meses restantes dentro de las diez principales causas de consulta. Se presenta con más frecuencia entre los grupos etáreos de

1 a 4 y de 5 a 9 años, también se aprecia un incremento en el grupo de 65 y más, se hace notar que se presenta entre la población productiva lo que se traduce en incapacidad laboral. Esto es importante para tratar de prevenir éste padecimiento promoviendo campañas de prevención.

El tercer lugar lo ocupan las faringoamigdalitis que aparece como una de las principales causas de consulta, excepto en los meses de junio, julio y agosto, con mayor frecuencia el grupo de 1 a 4 y de 5 a 9 años pero se observa también un incremento en los grupos de 35 a 54 años los cuales corresponden en un alto porcentaje a trabajadores y de éstos con mayor frecuencia a maestros, ya que estos se encuentran en contacto diario con niños y adolescentes que frecuentemente son portadores, por lo que debe de tenerse en cuenta para promover programas de prevención y erradicación de los microorganismos causales.

El cuarto lugar corresponde a la diabetes mellitus que aparece como causa de consulta en todos los meses del año, con mayor frecuencia en los grupos 55 a 64 y de 64 y más años, también se presenta pero en un proporción mucho menor desde el grupo de 25 a 34 años. Este debe tomarse en cuenta para fomentar el programa de control de diabéticos y grupos de apoyo para prevenir la diabetes y mejorar la calidad de vida de los que ya la presentan, así como consejería para modificación del estilo de vida.

La quinta causa de consulta la ocupa el grupo de enfermedad ácido-péptica, que aparece también como una de las primera diez causas de consulta en todos los meses del año. Se puede apreciar una minoría desde edades de 5 a 9 años de edad, presentándose con mayor frecuencia en los grupos de 55 a 64 y 65 y más años. Esto llama la atención por la aparición a temprana edad y tratar con pláticas y por medio de grupos de apoyo prevenirla.

Las gastroenteritis también se presentan entre las primeras diez causas de consulta en los meses de enero, marzo, junio, julio, agosto, septiembre y diciembre, ocupando en los meses de julio y agosto el segundo lugar, éstos corresponden a clima con más altas temperaturas lo que propicia el incremento de éste padecimiento por lo que deben de incrementarse programas preventivos de higiene, conservación de alimentos, etc. solicitando grupos de apoyo.

Otra de las principales causas de consulta fue la de dermatopatías, en los meses de marzo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y diciembre, con mayor incidencia en el mes de junio y los grupos de 0 a 1 años y de 1 a 4 años así como en los de 55 a 64 y 65 a más por lo que debe de incrementarse los programas preventivos en éstos meses.

Pacientes sanos fue otra de las principales causas de consulta durante el año excepto en los meses de enero y diciembre, de estos los grupos de 0 a 1 y de 4 a 6 fueron los de mayor número, que corresponden a los grupos del programa de atención del niño sano. Esto es de gran importancia para la atención de los derechohabientes pues esto se traduce en prevención de enfermedades y mejorar la calidad de vida del paciente y de la familia.

La novena causa de consulta corresponde a asma bronquial, encontrándola en los meses de enero, febrero, marzo, abril, agosto, septiembre, octubre y diciembre, y de éstos la mayor incidencia en los meses de marzo, abril y septiembre que corresponden a cambios de estación, primavera y otoño, temporadas que son altamente alérgicas en el estado..

Los traumatismos corresponden a la décima causa de consultas, encontrándose en los meses de octubre y noviembre con mayor frecuencia en los grupos de 45 a 54 y de 65 y más años.

De acuerdo con la información presentada estas son las principales causas de consulta, correspondiendo a un panorama de transición epidemiológica en el que se encuentran tanto enfermedades infecciosas como crónico degenerativas y además que corresponden al clima extremo del estado, en el que coinciden las gastroenteritis por el clima caluroso y las IRA por el clima frío. También se corrobora la alta incidencia de Asma Bronquial, característica evidenciada en varios estudios realizados.

Se puede apreciar que las osteoartropatías se presentan también entre las principales causas de consulta, en el mes de marzo ocupa el tercer lugar de ese mes, el cuarto lugar en los meses de febrero, mayo y octubre; encontrándose la minoría entre los grupos de 25 a 34 y 35 a 44 años, incrementándose en los grupos de 55 a 64 y 65 y más años, con mayor incidencia en el sexo femenino. Esto es explicable porque se encuentran dentro de las enfermedades crónico degenerativas, por lo tanto debe de incrementarse programas de prevención, control y tratamiento y grupos de apoyo para mejorar la calidad de vida de éstos pacientes. en la región.

CUADRO N° 25
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MES Y POR GRUPO DE EDAD
ENERO 1997

CAUSA	AÑOS																		TOTAL	%		
	0-1		1-4		5-9		10-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64				65 y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			M	F
IRAS	5	3	10	15	12	15	7	9	5	12	8	10	3	4	2	3	1	2	0	4	130	15.63
HIPERTENSIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	14	10	15	10	13	8	12	13	17	120	14.42
FARINGOAMIGDALITIS	0	2	15	13	4	7	5	2	2	2	5	10	3	4	2	3	2	4	0	2	87	10.46
ENF.ACIDO PEPTICA	0	0	0	0	1	2	1	3	1	1	4	3	7	6	7	6	5	4	6	5	62	7.45
DIABETES MELLITUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7	5	9	5	8	4	5	2	5	53	6.37
ENF.OSTEOARTICULARES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	6	3	9	4	9	3	4	4	5	53	6.37
GASTROENTERITIS	0	2	3	5	1	2	3	2	1	2	3	4	0	4	3	6	1	3	1	3	49	5.89
CARDIOPATIAS	1	0	1	1	2	0	1	0	0	0	1	2	2	3	2	3	2	1	2	1	25	3.00
ASMA BRONQUIAL	0	0	1	0	1	0	1	2	1	1	2	3	2	1	3	2	1	2	1	0	24	2.88
ENF.GINECOLOGICAS	0	0	0	2	0	2	0	1	0	1	0	5	0	7	0	4	0	2	0	0	24	2.88
OTRAS																					205	24.64

Fuente: Departamento de Estadística.

TOTAL DE CONSULTAS EN EL MES: = 832 100.00

CUADRO N° 26
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MES Y POR GRUPO DE EDAD
FEBRERO 1997

CAUSA	AÑOS																		TOTAL	%		
	0-1		1-4		5-9		10-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64				65 y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			M	F
HIPERTENSIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	7	15	12	18	13	26	12	22	133	15.99
IRAS	5	7	10	12	9	7	5	4	3	2	4	6	2	5	2	4	1	2	1	2	93	11.18
FARINGOAMIGDALITIS	0	2	8	10	7	5	2	3	1	4	3	7	2	8	2	6	1	2	0	2	75	9.01
ENF.OSTEOARTICULARES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	7	1	16	4	11	3	9		57	6.85
ENF.ACIDO PEPTICA	0	0	0	0	0	1	0	0	3	2	4	2	3	4	6	4	8	3	3	2	45	5.41
DIABETES MELLITUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	5	7	5	7	4	4	3	5	43	5.17
ENF UROLÓGICAS	0	0	2	4	0	1	0	0	0	4	1	4	0	3	0	3	0	4	1	3	30	3.61
SANO	2	2	3	2	0	1	1	3	0	2	0	2	0	0	1	1	3	4	2	1	30	3.61
DOC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	0	8	0	6	0	4	0	2	27	3.25
ASMA BRONQUIAL	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2	2	1	4	3	2	1	3	2	26	3.13
OTRAS																					273	32.81

Fuente: Departamento de Estadística.

TOTAL DE CONSULTAS EN EL MES: = 832 100.00

CUADRO N° 27
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MES Y POR GRUPO DE EDAD
MARZO 1997

CAUSA	AÑOS																		TOTAL	%		
	0-1		1-4		5-9		10-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64				65 y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			M	F
HIPERTENSIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	8	13	13	15	19	11	23	18	25	155	17.86
IRAS	6	6	11	5	4	6	1	2	2	6	4	6	2	2	2	4	1	4	1	3	78	8.99
ENFOSTEARTICULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	6	4	14	6	9	6	17	67	7.72
FARINGOAMIGDALITIS	2	1	6	6	5	3	1	1	1	2	2	4	1	4	2	6	1	2	1	2	53	6.11
DIABETES MELLITUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	8	6	7	4	6	4	8	49	5.65
ENFACIDOPEPTICA	0	0	0	0	0	0	0	1	3	5	4	3	4	3	4	1	6	4	4	4	46	5.30
SANOS	3	3	3	4	1	1	0	1	0	3	1	3	1	3	1	0	3	4	0	0	35	4.03
ASMA BRONQUIAL	0	0	1	1	1	0	2	0	0	0	3	1	4	2	6	4	5	2	1	1	34	3.92
ENF.UROLOGICAS	0	1	2	3	2	2	1	2	0	0	0	5	1	3	0	3	0	2	3	2	32	3.69
GASTROENTERITIS	2	1	2	2	1	1	0	3	0	0	1	3	2	2	1	2	1	1	0	2	27	3.11
ENFDERMATOLOGICAS	1	3	2	2	0	0	1	1	0	0	0	2	2	0	2	1	3	2	3	1	26	3.00
DOC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	0	6	0	4	0	2	22	2.53
OTRAS																					244	28.11

Fuente: Departamento de Estadística.

TOTAL DE CONSULTAS EN EL MES: = 868 100.00

CUADRO N° 28
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MES Y POR GRUPO DE EDAD
ABRIL 1997

CAUSA	AÑOS																		TOTAL	%		
	0-1		1-4		5-9		10-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64				65 y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			M	F
HIPERTENSION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	7	8	13	15	15	17	16	15	30	140	19.44
IRAS	4	5	6	7	3	4	1	2	1	2	5	6	3	5	3	6	4	5	5	10	87	12.08
DIABETES MELLITUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	6	5	6	6	7	6	10	54	7.50
FARINGOAMIGDALITIS	1	0	6	4	3	2	2	1	0	2	2	6	1	4	1	3	1	3	0	3	45	6.25
ASMA BRONQUIAL	0	0	1	0	2	1	1	0	1	1	2	1	5	1	6	2	5	3	6	4	42	5.83
ENF.OFTALMOLOGICAS	1	1	1	2	1	0	0	1	0	1	1	2	2	3	3	3	2	4	2	4	34	4.72
ENF.ACIDOPEPTICAS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	2	3	1	5	2	4	2	3	3	31	4.31
INSUF.VASCULAR P.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	4	3	5	3	4	27	3.75
DOC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	6	0	4	0	8	0	2	0	0	23	3.19
SANO	2	1	2	2	0	0	1	2	0	0	0	1	1	2	2	3	1	2	0	0	22	3.06
OTRAS																					215	29.86

Fuente: Departamento de Estadística.

TOTAL DE CONSULTAS EN EL MES: = 720 100.00

CUADRO N° 29
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MES Y POR GRUPO DE EDAD
MAYO 1997

CAUSA	AÑOS																		TOTAL	%		
	0-1		1-4		5-9		10-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64				65 y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			M	F
IRAS	6	10	8	13	4	6	3	6	2	8	4	12	5	10	4	12	5	8	5	9	140	17.07
HIPERTENSIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7	6	12	12	19	12	20	17	23	130	15.85
DIABETES MELITUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	8	4	4	6	5	9	8	52	6.34
ENF.OSTEOARICLARES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	1	6	7	8	5	7	4	6	50	6.10
FARINGOAMIGDALITIS	1	2	7	6	5	4	1	0	0	2	2	3	1	3	0	2	0	2	0	3	44	5.37
ENF.ACIDOPEPTICA	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	4	5	6	2	4	4	3	3	3	3	43	5.24
ENF.OFTALMICAS	2	3	2	1	2	3	0	0	0	2	1	3	0	4	2	2	1	3	4	5	40	4.88
INSUF.VASC.PERIF.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	4	1	5	3	9	3	5	35	4.27
DOC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	5	0	6	0	6	0	9	30	3.66
SANO	2	4	4	2	2	1	2	0	1	0	0	1	0	1	2	2	0	1	0	0	25	3.05
OTRAS																					231	28.17

Fuente: Departamento de Estadística.

TOTAL DE CONSULTAS EN EL MES: = 820 100.00

CUADRO N° 30
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MES Y POR GRUPO DE EDAD
JUNIO 1997

CAUSA	AÑOS																				TOTAL	%
	0-1		1-4		5-8		10-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65 y más			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
HIPERTENSIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	9	14	16	14	14	20	19	22	134	17.63
IRAS	5	8	12	13	5	8	1	5	1	3	2	6	5	10	3	10	4	9	4	9	123	16.18
DIABETES MELLITUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	4	8	3	5	5	6	5	9	48	6.32
GASTROENTERITIS	1	2	6	5	2	3	1	2	0	2	1	4	2	3	1	2	1	2	1	5	46	6.05
ENF.DERMATOLOGICAS	3	4	2	3	1	2	0	0	3	5	0	3	0	4	2	3	3	2	2	2	44	5.79
ENF.URINARIAS	1	3	3	1	1	2	0	1	0	3	1	4	0	3	2	3	2	4	3	7	44	5.79
ENF.OFTALMOLOGICAS	2	3	1	2	1	1	0	1	0	2	0	3	3	4	4	2	2	3	3	2	39	5.13
ENF.ACIDOPEPTICAS	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3	3	3	2	4	2	5	3	4	4	37	4.87
ENF.OSTEOARTICULARES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	3	4	4	6	5	6	33	4.34
SANOS	2	3	4	2	1	3	0	0	1	0	1	1	0	2	1	2	3	1	1	0	28	3.68
OTRAS																					184	24.21

Fuente: Departamento de Estadística.

TOTAL DE CONSULTAS EN EL MES: = 760 100.00

CUADRO N° 31
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MES Y POR GRUPO DE EDAD
JULIO 1997

CAUSA	AÑOS																		TOTAL	%		
	0-1		1-4		5-9		10-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64				65 y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			M	F
HIPERTENSION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	5	16	8	16	19	24	28	25	149	20.36
GASTROENTERITIS	5	7	6	6	5	7	4	6	0	5	4	9	6	13	4	12	5	12	4	18	138	18.85
IRAS	6	8	8	9	6	5	4	4	1	4	2	8	1	7	3	9	4	13	6	14	122	16.67
DIABETES MELLITUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	8	4	5	4	4	4	9	45	6.15
ENF.OSTEOARTICULARES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	7	4	5	5	4	5	5	42	5.74
ENF.ACIDOPEPTICA	0	0	0	0	0	0	1	0	3	4	3	2	2	3	3	4	3	4	5	4	41	5.60
ENF.OFTALMOLOGICA	2	1	1	2	1	2	1	1	0	3	0	2	1	2	1	3	2	2	3	5	35	4.78
ENF.DERMATOLOGICA	1	2	0	2	0	0	0	0	1	1	0	3	1	2	3	2	3	2	3	2	28	3.83
SANO	1	4	2	3	1	1	1	3	0	0	0	2	1	2	2	1	1	0	0	0	25	3.42
OTITIS	1	2	2	1	2	3	3	1	0	0	0	2	0	1	1	1	2	0	2	0	24	3.28
OTRAS																					83	11.34

Fuente: Departamento de Estadística.

TOTAL DE CONSULTAS EN EL MES: = 732 100.00

CUADRO N° 32
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MES Y POR GRUPO DE EDAD
AGOSTO 1997

CAUSA	AÑOS																		TOTAL	%		
	0-1		1-4		5-9		10-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64				65 y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			M	F
HIPERTENSION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	5	4	8	6	14	13	16	24	24	117	15.52
GASTROENTERITIS	2	3	5	4	3	4	1	2	0	2	1	6	2	8	2	6	5	8	6	10	80	10.61
DIABETES MELLITUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	8	7	11	8	6	4	5	55	7.29
IRAS	3	4	3	4	3	3	1	1	1	4	2	4	1	3	1	3	2	3	2	4	52	6.90
SANO	3	5	2	4	1	0	2	2	0	2	0	3	1	4	4	5	3	5	1	1	48	6.37
ENF.ACIDOPEPTICA	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	3	4	3	3	2	3	2	2	4	3	35	4.64
ENF.OSTEOARTICULARES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	2	3	2	6	4	6	29	3.85
ENF.DERMATOLOGICAS	2	1	2	2	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	3	2	4	2	4	2	29	3.85
ENF.OFTALMOLOGICAS	1	1	2	1	0	0	0	2	1	3	1	3	2	3	2	1	1	2	2	1	29	3.85
ASMA BRONQUIAL	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	3	2	3	2	4	1	2	1	4	1	28	3.71
OTRAS																					252	33.42

Fuente: Departamento de Estadística.

TOTAL DE CONSULTAS EN EL MES: = 754 100.00

CUADRO N° 33
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MES Y POR GRUPO DE EDAD
SEPTIEMBRE 1997

CAUSA	AÑOS																				TOTAL	%
	0-1		1-4		5-9		10-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65 y más			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
HIPERTENSION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	9	6	8	10	15	13	14	15	21	118	17.10
IRAS	5	4	6	7	3	6	3	3	1	3	0	4	2	5	2	8	4	8	5	19	98	14.20
GASTROENTERITIS	3	4	6	5	2	4	1	3	0	1	1	7	0	4	2	8	3	6	8	14	82	11.88
DIABETES MELLITUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	5	6	5	6	5	6	10	6	53	7.68
FARINGOAMIGDALITIS	0	1	6	7	1	2	0	0	1	3	0	3	2	5	3	5	2	3	3	5	52	7.54
ENF. DERMATOLÓGICAS	2	2	1	4	0	0	1	3	3	4	0	3	2	2	5	2	5	2	5	3	49	7.10
ASMA BRONQUIAL	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0	3	2	3	2	5	3	8	3	5	4	43	6.23
ENF. OSTEOARTICULARES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	7	4	7	6	8	40	5.80
ENF. ACIDOPEPTICA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	4	3	3	1	2	2	3	1	5	3	32	4.64
SANO	2	3	3	5	0	1	1	2	0	0	1	0	0	1	1	2	1	1	3	1	28	4.06
OTRAS																					95	13.77

Fuente: Departamento de Estadística.

TOTAL DE CONSULTAS EN EL MES: = 690 100.00

CUADRO N° 34
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MES Y POR GRUPO DE EDAD
OCTUBRE 1997

CAUSA	AÑOS																		TOTAL	%		
	0-1		1-4		5-9		10-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64				65 y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			M	F
HIPERTENSION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	7	9	12	12	19	14	16	22	26	146	16.03
IRAS	9	6	10	6	4	6	1	2	0	3	3	7	3	5	3	7	8	10	16	13	122	13.39
ENF.ACIDOPEPTICA	0	0	0	0	0	1	1	0	2	4	5	4	6	3	4	9	5	7	9	5	65	7.14
ENF.OSTEOARTICULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	6	3	8	5	12	8	13	59	6.48
DIABETES MELLITUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	7	5	6	5	8	8	7	51	5.60
FARINGOAMIGDALITIS	1	2	5	7	5	1	1	1	0	3	1	3	0	3	1	4	1	3	2	5	49	5.38
ENF.DERMATOLOGICAS	2	2	2	1	0	0	1	0	2	2	0	2	1	4	4	2	5	2	3	1	36	3.95
SANO	3	2	3	3	1	1	0	1	2	3	2	4	4	2	1	1	1	0	0	0	34	3.73
TRAUMATISMOS	2	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	4	2	5	3	2	4	1	2	1	31	3.40
ASMA BRONQUIAL	0	0	0	1	0	1	2	1	3	0	2	1	2	1	2	2	3	2	6	2	31	3.40
OTRAS																					287	31.50

Fuente: Departamento de Estadística.

TOTAL DE CONSULTAS EN EL MES: = 911 100.00

CUADRO Nº 35
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MES Y POR GRUPO DE EDAD
NOVIEMBRE 1997

CAUSA	AÑOS																		TOTAL	%		
	0-1		1-4		5-9		10-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64				65 y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			M	F
HIPERTENSION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7	4	16	14	22	19	17	21	27	149	15.35
FARINGOAMIGDALITIS	4	5	12	11	9	12	5	9	2	6	3	10	4	12	2	7	2	7	5	12	139	14.32
IRAS	8	10	7	8	4	6	2	3	2	5	2	6	1	4	1	4	1	3	5	2	84	8.65
DIABETES MELLITUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	6	3	7	5	5	5	7	45	4.63
ENF.ACIDOPEPTICA	0	0	0	0	1	0	0	1	2	4	3	6	3	3	5	4	4	3	6	4	49	5.05
ENF.OSTEOARTICULARES	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	6	5	8	5	4	4	9	44	4.53	
TRAUMATISMOS	3	1	2	1	2	4	3	2	2	4	0	2	5	1	1	5	1	2	1	2	44	4.53
DOC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	6	0	10	0	14	0	6	0	3	41	4.22
ENF.UROLOGICAS	3	2	3	5	0	2	1	0	0	3	0	4	0	3	1	1	1	1	4	2	36	3.71
SANO	2	3	2	5	1	2	2	1	0	1	2	1	1	2	2	2	0	1	0	0	30	3.09
OTRAS																					310	31.93

Fuente: Departamento de Estadística.

TOTAL DE CONSULTAS EN EL MES: = 971 100.00

CUADRO N° 36
PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MES Y POR GRUPO DE EDAD
DICIEMBRE 1997

CAUSA	AÑOS																				TOTAL	%
	0-1		1-4		5-9		10-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65 y más			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
HIPERTENSION	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4	9	10	12	9	14	18	25	105	14.89
IRAS	5	4	6	8	4	5	2	4	1	5	1	5	2	8	4	10	7	4	10	7	102	14.47
FARINGOAMIGDALITIS	1	3	6	8	4	3	3	2	1	4	2	7	1	5	2	5	1	4	2	2	66	9.36
DIABETES MELLITUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	4	2	5	4	6	6	8	38	5.39
ENF. ACIDOPEPTICA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	5	2	4	3	4	2	5	2	5	2	38	5.39
ENF. OSTEOARTICULARES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	6	5	6	5	7	35	4.96
GASTROENTERITIS	2	3	2	4	0	1	0	0	1	2	1	3	0	2	1	3	0	2	1	2	30	4.26
ASMA BRONQUIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	2	5	3	6	3	27	3.83
ENF. DERMATOLOGICAS	1	3	2	2	0	0	2	1	3	2	0	0	0	1	2	0	2	2	1	0	24	3.40
DOC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	8	0	6	0	3	0	2	24	3.40
OTRAS																					216	30.64

Fuente: Departamento de Estadística.

TOTAL DE CONSULTAS EN EL MES: = 705 100.00

8.- ANALISIS.

En la pirámide poblacional de pacientes inscritos en la Clínica Hospital Lázaro Cárdenas de la ciudad de Chihuahua (cuadro no. 1), se encontró que hay 3,638 derechohabientes pertenecientes al código postal 160, que corresponden a 524 núcleos familiares.

El porcentaje según el sexo fue de 57.39% para el sexo femenino y de 42.61% del masculino.

Los grupos de menor población fueron de 0-1 y de 1-4 años de edad.

La pirámide se ensancha a partir del grupo de 5-9 hasta el de 15-19, para volver a estrecharse en el de 20-24 y 25-29, se amplía nuevamente del grupo de 40-44 años y coincide con el de 70 –mas, correspondiendo a los grupos más grandes y especialmente a expensas de mujeres.

De los grupos de 50-54 hasta el de 65-69 la pirámide se estrecha nuevamente.

Del estudio realizado a 100 familias que pertenecen a dicho código se encontró los siguientes datos....

Según el estado civil, 83% son casados , 10% viudos, 5% solteros y 2% divorciados y 0% en unión libre.

Según los años de unión conyugal, el mayor porcentaje corresponde a 31-35 años que corresponde al 22.89%, llama la atención que se encontraron 2 parejas con 56-60 años de unión conyugal, lo que puede explicarse por lo indicado en la pirámide poblacional y al tipo de familia que mencionaré mas adelante.

La escolaridad, los mayores porcentajes corresponden a educación media superior el 38% y un 36% de educación básica, esto se comprende ya que los derechohabientes son trabajadores de entidades públicas.

Según la edad del padre de familia encuestada por grupos de edad, el grupo de 61-70 años de edad corresponde al 26.74% , seguido del grupo de 51-60 el 22.09% y el de 41-50 el 18.60% .

Según la edad de la madre de familia encuestada por grupos de edad el mas alto porcentaje corresponde al grupo de 51-60 años con 32.98%, seguido por el grupo de 61-70 años. Llama la atención el bajo porcentaje en grupos de menor edad, explicable también por los grupos ya mencionados en la pirámide poblacional.

Según el método de planificación familiar, se encontró que el 39.65% no utiliza o utilizó ningún método de planificación familiar, lo que puede explicarse por la edad de estas personas. También cabe mencionar que algunas personas utilizan mas de un método de planificación familiar a la vez, razón por la cual se obtiene un numero mayor de 100 a pesar de que fueron 100 los encuestados.

Según el ingreso económico familiar en salarios mínimos, se encontró que el 56% de las familias con un ingreso de 3 o mas salarios mínimos, 43% entre 1 y 2 salarios mínimos y solo 1% con ingreso menor a 1 salario mínimo.

Tipos de familia, el 100% corresponden al medio urbano, y de ellas el 61% son modernas de acuerdo a su desarrollo y un 39% son tradicionales.

Según su composición el 30% corresponde a familia nuclear, el 62% extensa y el 8% compuesta.

Según la etapa del ciclo familiar el mayor porcentaje corresponde a la etapa de retiro en un 42% y un 34% a la etapa de independencia, esto también explicable por las edades encontradas en este grupo estudiado.

El estudio realizado para detectar las causas de consulta por grupos de edad y por meses (ver cuadros no 15. al 24)

Causas de consulta por grupos de edad de 0-1 año, se encontró que las infecciones respiratorias agudas como principal causa de consulta en este grupo y que la más alta incidencia se encontró en los meses de noviembre, mayo y octubre. En 2º. lugar las dermatopatías con una incidencia casi constante durante todo el año, excepto en los meses de enero, febrero y noviembre. El 3er. lugar lo ocupan las gastroenteritis y principalmente en el mes de julio.

En el grupo de 1-4 años, la principal causa de consulta al igual que el grupo anterior fueron las infecciones respiratorias agudas con mayor incidencia en los meses de mayo y junio. El 2º. lugar lo ocupan las faringoamigdalitis más frecuente en los meses de enero, febrero, noviembre y diciembre, seguidas en 3er. lugar por las gastroenteritis con mayor incidencia en los meses de junio, julio, agosto y septiembre, lo que se explica por el clima extremoso de la ciudad de Chihuahua.

En el grupo de 5-9 años la principal causa de consulta fueron las infecciones respiratorias agudas al igual que los dos grupos anteriores, con mayor incidencia en los meses de enero y febrero, pero manteniéndose constante durante todo el año. el 2º. lugar lo ocupan las faringoamigdalitis con mayor incidencia los meses de noviembre, enero y febrero. el 3er. lugar, las gastroenteritis en los meses de julio y agosto con más incidencia.

En el grupo de 10 a 14 años, sigue siendo las infecciones respiratorias agudas La principal causa de consulta con mayor incidencia en enero, aunque se encuentran durante todo el año. El 2º. lugar lo ocupan las faringoamigdalitis en el mes de noviembre más frecuente, observándose una marcada disminución en el número de consultas por esta causa en relación con los grupos anteriores. El 3er. lugar corresponde a las gastroenteritis, principalmente en el mes de julio.

En el grupo de 25 a 34 años de edad, se diferencia de los anteriores grupos porque aparece como principal causa de consulta la hipertensión arterial con mayor incidencia en los meses de enero, marzo y septiembre. las infecciones respiratorias agudas ocupan el 2º. lugar con mayor frecuencia en el mes de enero. en este grupo aparece la diabetes mellitus por primera vez como una de las principales causas de consulta, también aparece la detección oportuna del cáncer, osteoartropatías y la insuficiencia vascular periférica.

En el grupo de 35-44 años de edad, también la hipertensión arterial ocupa el primer lugar de motivo de consulta, le sigue la diabetes mellitus en 2º. lugar y en 3er. lugar las infecciones respiratorias agudas, principalmente en los meses de mayo, junio y diciembre y al igual que el grupo anterior las artropatías y la detección oportuna de cáncer se encuentran entre las diez principales causas de consulta.

En el grupo de 45 a 54 años de edad se encontró a la hipertensión arterial en primer lugar, en 2º. lugar las infecciones respiratorias agudas y en 3er. lugar la diabetes mellitus, encontrándose también las osteoartropatías en cuarto lugar.

En los grupos de 55 años en adelante la hipertensión arterial se encuentra en el primer lugar como motivo de consulta, las infecciones respiratorias en 2º. lugar y en tercer lugar la diabetes mellitus, se aprecia un alto número de consultas con osteoartropatías en este grupo.

En el grupo de 65 años a mas, se encuentra un incremento en las oftalmopatías, uropatías y dermatopatías.

El mayor número de consultas por mes se encontró en los meses de noviembre con 971 y octubre con 911 y en los que acudió menor número de pacientes fue en diciembre con 705 y septiembre con 690.

9.- CONCLUSIONES.

En el estudio sistemático familiar de los derechohabientes inscritos a la clínica hospital Lázaro Cárdenas del ISSSTE en el periodo de enero a diciembre de 1997 del código postal 160 de la ciudad de chihuahua, se llega a las siguientes conclusiones:

El código 160 cuenta con 3,638 derechohabientes que pertenecen a 524 núcleos familiares.

El censo poblacional nos muestra que las mujeres constituyen la mayoría de la población derechohabiente, excepto en los grupos etáreos de 0-1 y de 5-19 años. (grafica y cuadro de pirámide poblacional).

El porcentaje según el sexo fue de 57.39% para el femenino y de 42.61% del masculino.

Los grupos de menor población fueron los de 0-1 y de 1-4 habiendo una proporción parecida de hombres y mujeres.

Llama la atención el ensanchamiento que aparece en el grupo de 70-mas años de edad, coincidiendo con el grupo de 40 a 44 años y corresponden al grupo mas grande especialmente a expensas de mujeres.

Llama la atención la mas alta proporción de mujeres como un grupo al que deben dirigirse los programas institucionales como el de salud reproductiva, lactancia materna, detección oportuna de cáncer, detección temprana de diabetes mellitus .

La población infantil es muy escasa y en su mayoría son mayores de 9 años, pero el grupo mayoritario es el de 70 y mas años lo que da características a la población del código estudiado que requieren un manejo adecuado de las enfermedades crónico-degenerativas y un seguimiento en la prevención de las mismas y sus complicaciones.

De las 100 familias encuestadas pertenecientes al código 160, se encontró que el 83% de los derechohabientes son casados.

El porcentaje mas alto en años de unión conyugal fue de 31-35 años y llamo la atención que se encuentran 2 parejas con mas de 56 años de unión conyugal.

La escolaridad el mayor porcentaje se encontró en enseñanza media superior, lo que es comprensible ya que los derechohabientes son trabajadores de entidades publicas.

La edad del padre de familia encuestada por grupos de edad, la mayor concentración se encuentra en los grupos desde 41 a 50 y de 70 y más años de edad, lo que demuestra que la mayor parte de la población derechohabiente es adulto mayor y de la tercera edad, característica epidemiológica que determina la mayor ocurrencia de enfermedades crónico degenerativas.

Llama la atención un alto porcentaje de personas estudiadas que no llevan o llevaron ningún método de planificación familiar, lo que se explica por la edad de estas personas.

La ocupación de los padres encuestados corresponde a empleados de distintas instituciones, lo cual se relaciona con la escolaridad.

Se encontró un nivel económico medio pues el mayor porcentaje corresponde a ingresos de 3 o más salarios mínimos.

El 100% de las familias encuestadas corresponden al medio urbano.

El mayor porcentaje un 61% corresponden a familias modernas.

Según su composición el 62% extensa. Predomina la fase de retiro el 42% de la población estudiada, le sigue la fase de independencia con 34%, que corresponden a la edad de la población estudiada y puede explicarse observando la pirámide poblacional.

Causas de consulta por grupos de edad.-

Las infecciones respiratorias agudas fue la principal causa de consulta externa en los grupos de edad correspondientes de 0-24 años y ocupa el 2º. lugar en orden decreciente en la población en general y con mayor incidencia en los meses de enero, febrero, noviembre y diciembre, lo que se explica por el clima de la ciudad de Chihuahua. Esto es de importancia para poder programar medidas preventivas de estos padecimientos durante todo el año pero principalmente en los meses de mayor incidencia.

En el grupo de 0-1 años el segundo lugar de consulta correspondió a las dermatopatías con una incidencia casi constante durante todo el año, lo cual llama la atención para programar medidas preventivas en este grupo.

La principal causa de consulta fue la de hipertensión arterial, encontrándose en pacientes de 45 años en adelante en frecuencia relativamente constante e incrementándose conforme avanza la edad, esto es explicable por las características de la población estudiada y representada en la pirámide poblacional, motivo por el que se le debe dar prioridad al programa de control de hipertensos y grupos de apoyo como es el club de hipertensos, para poder controlar y mejorar las condiciones de vida de los pacientes, además es importante tener en cuenta como antecedente familiar para su prevención.

Las faringoamigdalitis aparecen como tercer lugar de causas de consulta durante todo el año excepto en los meses de junio, julio y agosto, con mayor frecuencia en el grupo de 1 a 4 y de 5 a 9 años, observándose también un incremento en los grupos de 35 a 54 años, los cuales corresponden en un alto porcentaje a trabajadores y de estos con mayor frecuencia a maestros, ya que estos se encuentran en contacto diario con niños y adolescentes que frecuentemente son portadores, por lo que debe tenerse en cuenta para promover programas de prevención y erradicación de los microorganismos causales.

El cuarto lugar corresponde a la diabetes mellitus, que aparece como causa de consulta en todos los meses del año, con mayor frecuencia en los grupos de 55 a 64 y de 64 y más años, aunque ya la encontramos desde grupos de 25 a 34 años en una proporción mucho menor. Esto debe tomarse en cuenta para fomentar el programa de control de diabéticos y grupos de apoyo para prevenir la diabetes y mejorar la calidad de vida de los que ya la presentan, así como consejería para modificación del estilo de vida.

El grupo de enfermedad ácido-péptica aparece como la quinta causa de consulta en todos los meses del año, se puede apreciar una minoría desde edades de 5 a 9 años de edad, presentándose con mayor frecuencia en los grupos de 55 a 64 y 65 y más años. Esto llama la atención por la aparición a temprana edad lo que nos debe llevar a tratar con pláticas y por medio de grupos de apoyo prevenirla. Las gastroenteritis se presentan entre las primeras causas de consulta en los meses de enero, marzo, junio, julio, agosto, septiembre y diciembre, ocupando en los meses de julio y agosto el segundo lugar, estos corresponden a clima con más altas temperaturas lo que propicia el incremento de este padecimiento por lo que deben de incrementarse programas preventivos de higiene, conservación de alimentos, etc. solicitando grupos de apoyo.

Pacientes sanos fue otra de las principales causas de consulta durante el año, excepto en los meses de enero y diciembre, de estos, los grupos de 0 a 1 y de 4 a 6 fueron los de mayor número, que corresponden a los grupos del programa de atención del niño sano. Esto es de gran importancia para la atención de los derechohabientes pues esto se traduce en prevención de enfermedades y mejorar la calidad de vida del paciente y de la familia.

Se puede apreciar que las osteoartropatías se presentan también entre las principales causas de consulta, en el mes de marzo ocupa el tercer lugar de ese mes, el cuarto lugar en los meses de febrero, mayo y octubre, encontrándose la minoría entre los grupos de 55 a 64 y 65 y más años, con mayor incidencia en el sexo femenino.

Esto es explicable porque se encuentra dentro de las enfermedades crónicas degenerativas, por lo tanto debe incrementarse programas de prevención, control y tratamiento y grupos de apoyo para mejorar la calidad de vida de estos pacientes en la región.

De acuerdo con la información presentada, estas son las características de la población estudiada y de las principales causas de consulta, corresponden a un panorama de transición epidemiológica en el que se encuentran tanto enfermedades infecciosas como crónicas degenerativas y además que corresponden al clima extremo del estado, en el que también coinciden las gastroenteritis por clima caluroso y las iras por el clima frío. También se corrobora la alta incidencia de asma bronquial, característica evidenciada en varios estudios realizados.

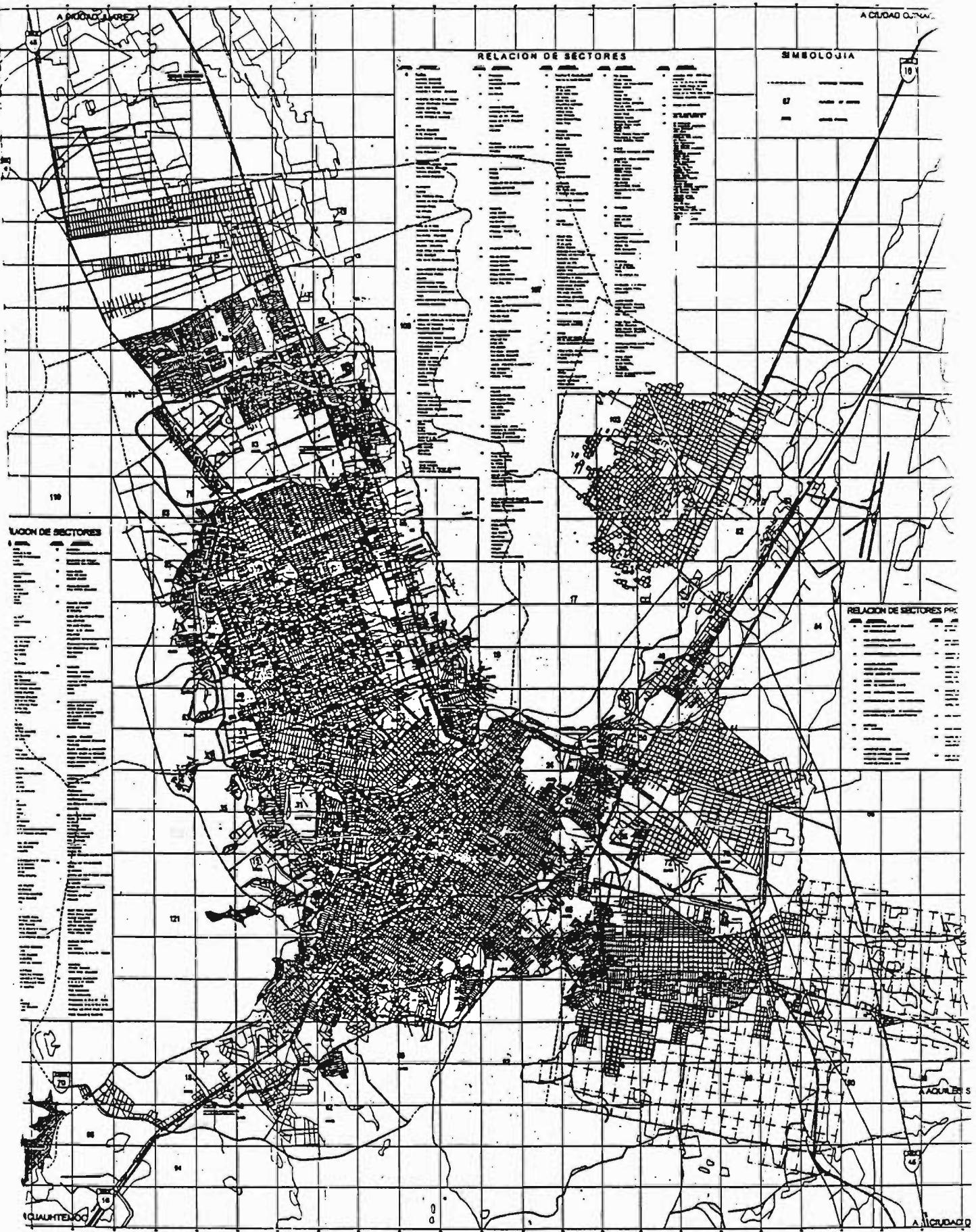
Chihuahua, Chih., Junio de 2002.

BIBLIOGRAFÍA

1. Terrazas Lara V.E. Trabajo para obtener el diploma de especialista en medicina familiar, Chih. 1995.
2. Irigoyen Coria A. Et al. Modelo sistemático de la atención médica familiar. Fundamentos de Medicina Familiar mexicana, 4ª. Ed. 1996.
3. La Medicina Internacional de Educación en Ciencias de la Salud. Internet-inicio de la Medicina Familiar. www.pouni.org/uni/unilet/8/unilet3_e.
4. Jiménez-Mena C. Et al. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud. Atención Primaria 1993, 12:26-272.
5. Rodríguez-Morúa P. Et al. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. Atención primaria 1994; 13:39-41.
6. Fry J. La Contribución de la investigación al mejoramiento de la Práctica. En: Medalie JH. Medicina Familiar. Principios y prácticas. México. Editorial Limusa, 1987.
7. McWhinney I. An Introduction Family Medicine. Oxford University Press. 1980.
8. White KL. Williams T.L, Greenberg Bg. The ecology of medical care. N.Engl J Med 1961; 265:885-892.
9. Gil VF. Et al. Medicina en atención primaria (asignatura optativa de pregrado en la Universidad de Alicante): dos años de experiencia. Atención Primaria 1993; 12:48-50.
10. UNAM-ISSSTE. Antología del curso de especialización de Medicina Familiar para médicos generales, vol.1.1995. México.
11. Engers F. El origen de la familia, propiedad privada y el estado, Moscú, Ed. Progreso, 1979.
12. Passmore R. Robson J. Tratado de enseñanza integrada de la medicina. Ed. Científico Médica. Barcelona 1971.vol.1.36-9: 1043.
13. J.Narro. La Medicina general familiar en México y Latinoamérica. Boletín de la Federación Panamericana de Facultades (Escuelas de Medicina)2,1981.
14. Vermaaijen A.Van Acker J. Family Treatment Process. Family Treatment for Adolescents at Risk placement II. Family therapy 1993: 2000:73-140.
15. Alan K. Sringfe. Telephone Family Therapy, and untapped resource. Family Therapy 1991;18:123-128.
16. De Shazer S. Procedimientos. En Pautas de Terapia Familiar breve. Buenos Aires: editorial Paidos, 1987: 60-77.
17. Andolfi M. La comunicación no verbal, En Terapia Familiar, Buenos Aires: editorial Paidos, 1987: 74-86.

18. Andolfi M. Zweling I. Terapia individual vs. Terapia conjunta. En: Dimensiones de la terapia familiar. Barcelona. Editorial Paidós. 1985: 83-100.
19. Bertalanffy V.L. Teoría General de sistemas. México, editorial Fondo de cultura económica, 1987.
20. Freidberg A. Una escala para la evolución de la exactitud empática. En: Un enfoque humanista a la terapia de la pareja. México: editorial Lima 1985: 237-247.
21. ICHISAL Diagnóstico Integral de Salud del Estado de Chihuahua. Ediciones del gobierno del estado. 1990.
22. Jack H. Medalie. Medicina Familiar Principio y Práctica. Ed. Limusa 1987.
23. E. Cárdenas Peña, Medicina Familiar en México, Historia. IMSS, México, 1974.
24. J. Ceiltlin, Qué es la medicina familiar? Curso de especialización en medicina general-familiar. Facultad de Medicina, UNAM, 1979.
25. Fromm, Horkeheimer, Prsons, Merton, La Familia, trad. De Jordi Solé Tura, Eds. Península, Barcelona, 1970.
26. Carrpñ. Jerbert A., Higiene mental, trad. Luis Romano Haces, Compañía Editorial Continental, México, 1968.
27. John William Richards Jr. y Alan Blum, Promoción de la Salud, Curso de especialización de Medicina Familiar para médicos generales, vol. 1.1995, México.
28. Roberto Hernández S. Et al. Metodología de la Investigación, McGraw-Hill Interamericana de México, 1ª. Ed. 1991.

ANEXOS



Promoción del
trabajo en equipo

Mayor
satisfacción de
los usuarios

Mayor importancia
de las acciones
preventivas

Mayor
satisfacción
de los
prestadores
de servicios

MOSAMEF

Atención continua

Favorece la
actividad
académica del
equipo de salud

Permite la planeación de
estrategias de los
servicios de salud

Propicia la
investigación
biomédica

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR

Estado Civil:	Método de Planificación Familiar:	Ingreso económico:
	DIU	< 1 salario mínimo
	Ant. Oral	1 a 2 salarios mínimos
	Ant. Inyectable	3 o más salarios mínimos
	OTB	Tipo de familia:
	Rutno	Desarrollo:
	Condón	Moderna
	Vasectomía	Tradicional
Unión Convugal:	Número de hijos (hasta de 10 años de edad):	Composición:
		Nuclear
	Número de hijos (de 11 a 19 años de edad):	Extensa
		Compuesta
	Número de hijos (de 20 o más años de edad):	Demografía:
		Urbana
del padre:	Ocupación de los padres de familia:	Rural
	Profesional	Etapa del ciclo familiar:
	Técnico	Expansión
	Empleado	Dispersión
	Hogar	Independencia
	Otro	Retiro.

ALTOGRAMA