

11226



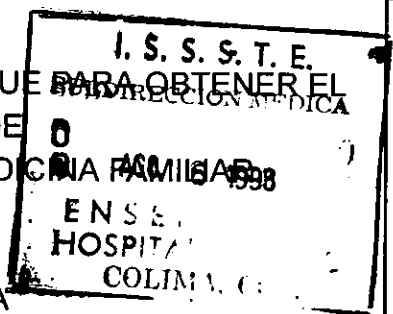
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

104
2 es.

CLINICA HOSPITAL <<MIGUEL TREJO OCHOA>>
COLIMA, COL.

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 5
DE LA CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE
<<MIGUEL TREJO OCHOA>>
COLIMA, COL.**

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



PRESENTA

*Dr. Jesús Miguel Ángel
Macedo Olivares*



ISSSTE

Colima, Col., 1998

264994



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DR. JESUS MIGUEL ANGEL MACEDO OLIVARES

**MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO NO. 5 DE LA CLÍNICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" COLIMA, COL.,
EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 1996**

Guadalupe Ortega

DRA. MARIA GUADALUPE ORTEGA GOMEZ

Profesor titular del curso de especialización
en medicina familiar para médicos generales en Colima, Col.

Rogelio Sevilla
DR. ROGELIO SEVILLA SEGOVIA

Asesor de tesis

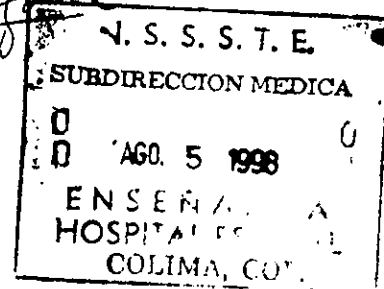
Jose Castro
DR. JOSE CASTRO CANTE

Asesor de tesis

Jefe de departamento de educación médica continua I.S.S.S.T.E.

Leticia Esnaurrizar
DRA. LETICIA ENSAURRIZAR JURADO

Jefe de departamento de educación continua y medicina familiar
Jefatura de servicios de enseñanzas del I.S.S.S.T.E.



Colima, Colima, Julio de 1998

**MODELO SISTEMATICO MEDICO DE ATENCION
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 5
DE LA CLINICA FAMILIAR
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" COLIMA, COL.
EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 1996.**

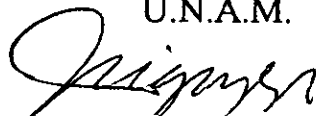
*Trabajo que para obtener el
Diploma de Especialización En Medicina Familiar*

Presenta

DR. JESUS MIGUEL ANGEL MACEDO OLIVARES

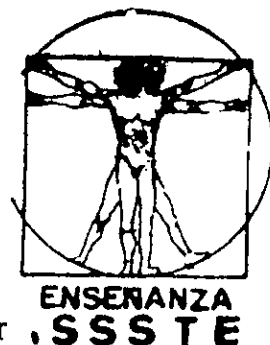
A U T O R I Z A C I O N E S

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
Jefe del departamento de medicina familiar
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
Coordinador de investigación del departamento de medicina familiar
U.N.A.M.

DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
Coordinadora de docencia del departamento de medicina familiar
U.N.A.M.



**MODELO SISTEMATICO MEDICO DE ATENCION
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 5
DE LA CLINICA FAMILIAR
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" COLIMA, COL.
EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 1996.**

CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA"
I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COLIMA, MEXICO.

DR. JESUS MIGUEL ANGEL MACEDO OLIVARES.

INDICE

I.- TITULO.....	1
II.- MARCO TEORICO.....	3
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
IV.- JUSTIFICACION.....	10
V.- OBJETIVOS.....	12
VI.- HIPOTESIS.....	13
VII.- METODOLOGIA.....	14
7.1 TIPO DE ESTUDIO	
7.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	
7.3 UNIVERSO DE ESTUDIO	
7.4 TIPO DE MUESTRA DE LA MUESTRA	
7.6 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	
7.7 VARIABLES	
7.8 METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACION	
7.9 CONSIDERACIONES ETICAS	
VIII.- RESULTADOS.....	19
8.1 CENSO POBLACIONAL	
8.2 DIAGNOSTICO FAMILIAR	
8.3 MORBILIDAD	
8.4 CUADROS	
IX.- ANALISIS DE RESULTADOS.....	48
X.- CONCLUSIONES.....	49
XI.- LINEAS DE ACCION.....	51
XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	52
XIII.-ANEXOS.....	53

II.- MARCO TEORICO

El reto de la medicina familiar es sin lugar a duda, establecer e identificar las estrategias más eficaces y rentables, para la satisfacción de las necesidades asistenciales para toda la población (1), y así mismo cumplir con las metas de la O.M.S. "Salud para todos en el año 2000 (2).

Las necesidades de la sociedad en lo que respecta a la atención médica, y enfatizar en la necesidad e involucrar en dicha atención a los especialistas, que en muchos de los casos brindan la atención sin lograr la integridad terapéutica del padecimiento, con el entorno del paciente; Esto motivó al I.M.S.S. para dar a la nueva especialidad de medicina familiar, iniciando esta con 32 alumnos en el año de 1971 (3), a sabiendas que desde 1959 B Sepulveda y L Méndez ya pugnaban por la implantación de un nuevo Sistema Médico Familiar (3).

Los médicos familiares se conciben como médicos de atención primaria, con una formación de post-grado, que los capacita para satisfacer las necesidades de salud en su mayor parte, en los pacientes de cualquier edad y de la comunidad en la que se encuentren (4,23).

En 1997, la Universidad establece un plan piloto en los estados de Morelos y Tlaxcala, formando el primer departamento de medicina Familiar a nivel Latino América con unidades de Investigación en 1974. (5)

Con la apertura del tratado de libre comercio la UNAM y al I.S.S.S.T.E. Establecen un convenio, para que se otorgue la formación académica de los médicos generales dl I.S.S.S.T.E. con una supervisión y una evaluación en

conjunto, y así mismo el reconocimiento Universitario de la UNAM, como especialistas en Medicina Familiar.

Participando en la tercera etapa el Estado de Colima en 1994, y así mismo nuestra Clínica Hospital Dr. Miguel Trejo Ochoa.

Los médicos generales y de urgencias que iniciamos la residencia en Medicina Familiar UNAM I.S.S.ST.E. En febrero de 1994 queremos establecer un Modelo Sistemático de Atención Médica.

Que a través de acciones continuas nos ayuden a establecer la confianza de los derechos habientes en la atención a la salud, y así como en otros países reconozcan en México, al México, al Médico Familiar, y no como un remanente de segunda clase del adiestramiento de especialistas, sino un especialista igualmente calificado. (6).

Este modelo surge del conocimiento de las características Bio-psico-sociales, de las mismas comunidades y que no vengan de otras latitudes, o de aspectos teóricos, evitándose con esto un fracaso anticipado. (7)

Los retos del modelo sistemático y del medico familiar son:

1.-Incrementar el nivel de salud:

Disminuyendo los riesgos y así prevenir los daños.

2.-Otorgar atención Medica integral.

3.-Participaren el proceso de educación medica.

4.-Efectuar Investigación Médica. (7)

El otorgamiento continua e integral de la atención Médica, esta íntimamente relacionada con una mejora de la calidad de servicio. (10,20)

Estas características se asocian con mejores resultados de atención a pacientes de todas las edades; incluyendo un mejor peso al nacer, se reduce la mortalidad infantil y las hospitalizaciones de adultos mayores (4)

Por eso el Medico Familiar, tiene el reto de adotar el papel de protagonista principal en la prestación de servicio y así mismo intervenir en el cambio de cultura en el manejo de la enfermedad; por la promoción de la salud. (8,9,10,11)

Ya que la población educada, solicita la atención medica solo cuando se requiere, ayudando así a la contención del impacto de los costos de la seguridad social, principalmente en la atención del primer nivel, siendo esta la más solicitada . (11)

La carga económica impuesta por cualquier padecimiento se mide en términos, de costo directo relacionado con la pérdida de ingresos y otras repercusiones económicas, costos por discapacidad, o por deterioro de la calidad de vida individual. (12)

Las acciones que efectúa el medico familiar son para ayudar a las personas y comunidades a que aprendan y acepten la responsabilidad de su propio bienestar, (13) y no quedar en promesas y formulismos, sino además de encontrarse plasmados, reflejarse en acciones continuas, que es la propia finalidad de este estudio de investigación. (8)

Nos enfocamos con el grupo etario menor de 5 años, por ser el que más riesgos presenta.

Sabemos que el menor de 5 años incluye varias etapas del ciclo vital individual: Neonato, Lactante menor, Lactante mayor y Preescolar. Es una etapa fundamental del desarrollo; en la cual el ser humano pasa de un estado de completa heteronomía (dependiendo de otros para la supervivencia) hacia la autonomía parcial.

En esta etapa se describen los cambios físicos, intelectuales y emocionales de los niños (as), desde el nacimiento hasta la edad preescolar, se hace énfasis en la importancia de la familia como núcleo básico de la sociedad para dar apoyo y amor necesario tendientes al desarrollo del menor.

Se considera a la persona lactante y preescolar como un "Continuum" del recién nacido. Se dedica especial atención al neonato (menor de un mes), debido a las particularidades de esta etapa de la vida.

El recién nacido es el último inmigrante de una tierra desconocida. Ha permanecido dentro de su madre nueve meses y después de pasar por el trance del nacimiento debe enfrentarse a grandes retos.

Tendrá que aprender a respirar a comer, a adaptarse al ambiente y también a aprender una lengua, unas costumbres Etc. Su aprendizaje incluye funciones básicas de supervivencia, al igual que de socialización.

Es de suponer que semejante tarea sólo podrá tener éxito con la ayuda de una familia amorosa que de protección y apoyo al niño tanto en sus necesidades físicas y emocionales, al igual que suministrar un ambiente propicio para su desarrollo y estructuración de la personalidad. En caso de abandono, es deber de cualquier sociedad proveer un ambiente sustituto adecuado que facilite el máximo desarrollo de las potencialidades que cada ser humano trae a este mundo.

Se debe recordar que su estado de salud al nacimiento va a depender de una variedad de factores, que pueden haber estado presentes al momento de la concepción, durante el embarazo o que se remonten al legado genético de sus antepasados.

MORTALIDAD EN EL MENOR DE 5 AÑOS.

Las causas de muerte en niños menores de un año, en América Latina tiene que ver con problemas respiratorios, digestivos, y problemas perinatales y en menor proporción en accidentes y tumores.

Aunque en países, sudesarrollados y en vías de desarrollo, las diarreas y los problemas respiratorios continúan siendo una causa importante de muerte.

RIESGO PERINATAL Y NEONATAL.

Para tener un recién nacido sano es necesario trabajar con la mujer desde su embarazo, y en lo posible también sobre los factores preconcepcionales.

Factores como la nutrición de niños y adolescentes, nivel de educación, condiciones de vida Etc. que repercuten sobre la salud del recién nacido.

LACTANCIA MATERNA.

Al hablar de lactante y de preescolar, el tema de la lactancia materna debe ser incluido, cada día hay nuevas evidencias de la importancia de la lactancia materna, en los aspectos nutricionales, inmunológicos y de desarrollo psicológico. Sin embargo, algunos factores asociados a la presión de los laboratorios productores de la leche artificial sobre el cuerpo médico. Así como a la incorporación de la mujer a la vida laboral, han desestimulado la lactancia materna.

Hasta 1870, todos los bebés recibían leche materna en una u otra forma en la infancia temprana.

Es triste comprobar que muchos fracasos en la lactancia, se puedan atribuir a la falta de información o poca motivación hacia los padres por parte del médico o del equipo de salud(24).

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El fin de consolidar el logro obtenido de los programas prioritarios de atención y con ello mejorar la salud de la población, el ISSSTE a través de la subdirección general médica, cumpliendo con los lineamientos establecidos por el gobierno federal, se puso como objetivo principal mejorar la prestación de servicios médicos integrales, fortaleciendo las actividades médico – preventivas, de vacunación, curación y rehabilitación específica, así mismo brindar la misma posibilidad de ser atendidos todos sus derechohabientes con la mayor oportunidad, elevando con esto la calidad de atención y el trato humano, con base en el conocimiento de la población adscrita. (17,18,19,20)

En nuestra clínica hospital ISSSTE en la Cd. de Colima Col. Se observa una atención medica curativa, individual, multitratada por diferentes médicos que atienden al paciente, dentro del consultorio se da la respuesta social a la enfermedad únicamente, (17) sin la integración de la medicina preventiva en la mayoría de los casos (18).

Por eso es donde surge nuestro cuestionamiento:

¿ Cuáles son las principales características bio-psico-sociales y causas de demanda de consulta de las familias adscritas al consultorio No. 5 de la Clínica Hospital “Dr. Miguel Trejo Ochoa” del ISSSTE en Colima, Colima.?

IV.- JUSTIFICACION

En la historia de la clínica hospital del ISSSTE en la CD. De Colima Col. No se ha realizado un análisis de la población atendida, así como la morbilidad presentada, que nos permita observar y definir líneas de acción para aumentar el nivel de salud y así mismo disminuir los riesgos de su población adscrita derechohabiente. (8, 5, 12)

La reciente información y la destreza que adquiere el medico familiar durante su formación como especialista, permite que se ajuste a las necesidades y cambios continuos de la sociedad, por el compromiso con el grupo de pacientes que atiende (3 , 14 , 21) .

Al mejorar la operacionalización de los sistemas de atención medica, y tomando en cuenta el tiempo de espera, la agilización del archivo clínico, las derivaciones a segundo y tercer nivel de atención, hasta la misma consulta medica.

Esto podrá elevar a nuestra clínica - hospital en un lugar y nivel de prestigio considerable, además de tener logros importantes y de impacto a nuestros usuarios, y consecuentemente la disminución en los costos de atención; por la optimización de los recursos, que estarán acorde a los planteamientos de la carta de Ottawa. (21, 22)

- 1.- Reorientar los servicios de salud.
- 2.- Mejorar las habilidades personales en relación con el estilo de vida.
- 3.-Participacion comunitaria en los servicios de salud.

- 4.- Crear un medio ambiente saludable.
- 5.- Elaborar políticas explícitas de salud.
- 6.- Reforzar las acciones comunitarias de salud.

V.-OBJETIVOS

GENERALES.

Identificar en la población derechohabiente asignada al consultorio numero cinco TV. de la Clínica hospital Dr. Miguel Trejo Ochoa de la CD. De Colima Col. Las características bio-psico-sociales de la comunidad, así de sus principales causas de demanda de consulta.

ESPECIFICOS.

Identificar las 10 principales causas de demanda de consulta durante 1996 en el consultorio número 5 de la clínica hospital "Dr. Miguel Trejo Ocho" del I.S.S.S.T.E en Colima Col.

Detrminar el número de pacientes y familias adscritas a éste consultorio, así como su distribución por grupo de edades y sexo.

Conocer las características de vivienda , estructura familiar , ingresos y educación de las familias estudiadas.

VI. HIPOTESIS

El presente trabajo no requiere de hipótesis ya que es de carácter descriptivo.

VII.- METODOLOGIA

7.1.- Tipo de estudio.

Estudio descriptivo, retrospectivo, prospectivo, es observacional y parcial transversal.

Se fundamenta en tres estrategias

a.- censo poblaciones.

b.- estudio de la comunidad.

c.- identificación de las 10 principales causas de consulta.

7.2.- Población lugar y tiempo:

consultorio número cinco turno vespertino de la Clínica Hospital Dr. Miguel Trejo Ochoa del ISSSTE de la Cd. de Colima Col. De enero a diciembre de 1996

7.3 - Universo de estudio:

1102 Familias adscritas al consultorio del sector numero cinco, de medicina familiar de la Clínica Hospital Miguel Trejo Ochoa.
Tarjetas de familias vigentes del archivo clínico.
Hojas de consulta diaria del medico.

7.4.- Tipo de muestra.

No aleatoria representativa por cuotas.

7.5.- Tamaño de la muestra:

se tomaron 200 familias de un total de 1102 asignadas al sector número cinco.

200 encuestas una por familia.

200 hojas de consulta diaria del medico.

Tarjetas de familias vigentes en el archivo clinico.

7. 6. - Criterios de Inclusión Exclusión y Eliminación

7.6.1 - Criterios de inclusión:

7.6.1.1 - Todas las familias vigentes en el archivo clinico, pertenecientes al consultorio del sector numero cinco, y que sean usuarias del servicio.

7.6.1.2.- Disposición para responder a la encuesta

7.6.1.3.- Diagnostico de primera vez vertido en las hojas de consulta diaria del medico legibles .

7.6.2.-Criterios de exclusión:

7.6.2.1.- Familias no vigentes del archivo clinico así como población no usuaria del servicio.

7.6.2.2.- Rechazo de los familiares para responde a la encuesta

7.6.2.3.- Diagnósticos subsecuentes señalados en la hoja de consulta diaria del medico y aquellos ilegibles .

7.6.3.-Criterios de eliminación.

7.6.3.1.- Población no asignada al sector numero cinco:

7.6.3.2.- Falsificación de datos proporcionados en la encuesta o datos incompletos :

7.6.3.3.- hojas del informe diario del medico incompletas, ilegibles o con pacientes que no pertenezcan al consultorio del sector cinco.

7.7.- Variables.

Parea el censo poblacional: Se utilizaron variables de tipo cualitativo y cuantitativo, identificándose una escala de intervalos para las primeras nominal u ordinal para los segundos; según el caso se consideraron las variables de: Número total de personas por grupos etareos, edad y sexo.

7.7.1.- Pirámide población.

7.7.1.1.- edad.

7.7.1.2.- sexo.

7.7.1.3.- menores de 0 a 4 años.

7.7.1.4.- mujeres en edad fértil.

7.7.1.5.- mayores de 60 años.

7.7.2. estudio de la comunidad (diagnostico familiar.)

7.7.2.1.- sexo.

7.7.2.2.- ingreso económico.

7.7.2.3.- estado civil.

7.7.2.4.- años de vida conyugal.

7.7.2.5.- ocupación.

7.7.2.6.- padecimiento actual.

7.7.2.7.- hábitos higiénicos.

7.7.2.8.- alimentación.

7.7.2.9.- mujeres en edad fértil.

7.7.2.10.- fase de la familia en ciclo vital.

7.7.2.11.- tipo de familia.

7.7.2.12.- integración familiar.

7.7.2.13.- vivienda material de construcción.

7.7.2.14.- vivienda distribución.

7.7.2.15.- vivienda – tipo de posesión.

7.7.2.16.- vivienda – servicios públicos.

7.7.2.17.- vivienda animales domésticos

7.7.2.18.- toxicómanas en la familia.

7.7.3.- morbilidad.

7.7.3.1.- sexo.

7.7.3.2.- edad.

7.7.3.3.- diagnostico.

7.7.3.4.- tasa por 1,000 habitantes.

7.7.3.5.- porcentajes.

7.7.3.6.- total y subtotal por grupos de edad y sexo.

7.8.-Método o procedimiento para captar la información.

7.8.1.- Censo poblaciones.

Se acudió al archivo clínico de la clínica hospital

Dr. Miguel Trejo Ochoa.

Del ISSSTE en la Cd. de Colima Col. al departamento

vigencia de derechos, en donde se obtuvo mediante un

escrutinio selectivo, el total de las tarjetas pertenecientes

al sector numero cinco, de la misma manera se contabilizo el

numero de familias derechohabiente pertenecientes al sector

numero cinco, la recolección de datos se realizo a través

de paloteo simple.

7.8.2.- Aplicación por el médico de la cédula de evaluación de datos.

7.8.3.- Morbilidad.

Se acudió al departamento de estadística, de la clínica hospital Dr. Miguel Trejo Ochoa del ISSSTE en la Cd. de Colima Col. Donde se solicitaron todas las hojas de consulta diaria del medico asignado al consultorio numero cinco del mismo sector del turno vespertino de enero a diciembre de 1996, obteniéndose 200 hojas de consulta diaria del medico que cumplieran con los criterios de inclusión para obtener a través de una recolección de datos por paloteo simple, tanto el total de pacientes, como diagnósticos que se encontraron .

se agruparon solo contemplando los 10 primeros, para vertirse en una tabla de elaboración propia.

Apoyado con una calculadora de bolsillo para el calculo de tasas y porcentajes.

7.9.- Consideraciones éticas.

El presente trabajo se apego a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki y al reglamento de la ley general de saluden materia de investigación de la Secretaria de Salubridad y Asistencia.

VIII.- RESULTADOS

8.1. CENSO POBLACIONAL.

En el poblacional se observó que la población adscrita al consultorio N0 5 fue de 8,160 individuos, correspondiendo al sexo masculino el 43.74% y al sexo femenino el 56.26%.

El grupo del sexo masculino está constituido en el más alto porcentaje por los individuos entre 10 y 14 años.

El grupo del sexo femenino, el más numeroso es el comprendido entre 35 y 39 años.

Estudio de la comunidad.

La vivienda de las familias en un 80% es propia, cuentan con 2 y 3 recamaras, en un 100% la construcción es de ladrillo, en un 85% el techo es de concreto, así como los pisos de mosaico.

Cuentan con todos los servicios públicos en un 100%.

Sus hábitos higiénico dietéticos son buenos, en un 80%.

Todas las familias cuentan con al menos un animal doméstico en su mayoría es el perro.

8.2.- DIAGNOSTICO FAMILIAR.

Se realizaron 200 encuestas , de familias derechohabiente que acudieron al consultorio numero 5 del turno vespertino , donde nos pudimos dar cuenta que.

La mayoría da las encuestadas laboran para la SEP.

En un 100% son urbanas, modernas en un 60%, y nuclear en un 93.5%.

Por salarios, el 64.5 de las familias perciben mas de 3 salarios mínimos.

Por estado civil, se encuentra un 84.9 casados.

Por años de vida conyugal, el porcentaje mas alto es el de 5 a 9 años en un 21.8%

Por años de unión conyugal en pacientes actualmente divorciados, esta se presenta en un 60% entre 5 y 9 años.

En años de unión conyugal en parejas en unión libre. Se encuentra que la mas frecuente esta entre de 1 a 4 y de 15 a 19 años.

La edad de los padres, es entre 35 a 39 años en el padre 20.8% y 30 a 34 años en la madre siendo el 22.4%

La ocupación de los padres en su mayoría es profesional en un 32%.

Nivel de escolaridad en las familias encuestadas, encontramos la educación básica en un 56.26%.

Métodos de planificación familiar mas usado es la OTB. En un 45%.

8.3.1.- Morbilidad.

Los diez principales motivos de consulta, por afecciones morbosas en el consultorio numero cinco del turno vespertino, de mayor a menor demanda fueron:

- 1.-Hipertencion Arterial Esencial.480 consultas (29.88%), entre las edades de 35 a 65años.
- 2.-Diabetes Melitus.172 consultas(10.70%) en el grupo de edades de 35 a 65 años.
- 3.-Infecciones de Vías Urinarias. 150 consultas (9.33%) y estas se presentaron desde el primer año de vida hasta los 65 y más años.
- 4.-Cervico Vaginitis. 126 consultas (7.74%) siendo mas frecuentes en los grupos de 25,40 y60 años.
- 5.-Oteoartritis.128 consultas (7.97%) predominando estas en el grupo de mayor edad.
- 6.- Faringitis.126 consultas(7.84%), con predominio de esta afección en los extremos de la vida.
- 7.-Rinitis catarral.110 consultas (6.84%),con mayor predominio en la edad escolar.
- 8.-Control de Embarazo. 102 consultas (6.35)
- 9.-Enteritis.102 consultas (6.35%) con mayor predominio en los adultos.
- 10.-Gastritis.90 consultas (5.60%) con predominio en los grupos de 60 y más años, esto a consecuencia del consumo de medicamentos. (antihipertensivos, hipoglucemiantes orales, etc.

8.3.1.- Morbilidad.

Los diez principales motivos de consulta, por afecciones morbosas en el consultorio numero cinco del turno vespertino, de mayor a menor demanda fueron:

- 1.-Hipertencion Arterial Esencial.480 consultas (29.88%), entre las edades de 35 a 65años.
- 2.-Diabetes Melitus.172 consultas(10.70%) en el grupo de edades de 35 a 65 años.
- 3.-Infecciones de Vías Urinarias. 150 consultas (9.33%) y estas se presentaron desde el primer año de vida hasta los 65 y más años.
- 4.-Cervico Vaginitis. 126 consultas (7.74%) siendo mas frecuentes en los grupos de 25,40 y60 años.
- 5.-Oteoartritis.128 consultas (7.97%) predominando estas en el grupo de mayor edad.
- 6.- Faringitis.126 consultas(7.84%), con predominio de esta afección en los extremos de la vida.
- 7.-Rinitis catarral.110 consultas (6.84%),con mayor predominio en la edad escolar.
- 8.-Control de Embarazo. 102 consultas (6.35)
- 9.-Enteritis.102 consultas (6.35%) con mayor predominio en los adultos.
- 10.-Gastritis.90 consultas (5.60%) con predominio en los grupos de 60 y más años, esto a consecuencia del consumo de medicamentos. (antihipertensivos, hipoglucemiantes orales, etc.

8.4 CUADROS

INGRESO ECONOMICO FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N0. 5

SALARIOS	NUMERO	%
1 SALARIO MINIMO	2	1
1-2 SALARIOS MINIMOS	70	35
3 O MAS SALARIOS MIN.	128	64
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N0. 5**

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
SOLTERO	21	10.5
CASADO	69	84.5
UNION LIBRE	3	1.5
DIVORCIADO (A)	5	2.5
VIUDO	2	1.0
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS PAREJAS CASADAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO NO. 5**

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	3	1.775
1-4	22	13.017
5-9	37	21.893
10-14	34	20.118
15-19	31	18.343
20-24	17	10.059
25-29	13	7.692
30-34	6	3.550
35-39	2	1.183
40-44	3	1.775
45-49	1	0.591
50-55		
55-59	0	0
TOTAL	169	99.996

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

**AÑOS DE UNION CONYUGAL EN PACIENTES JEFES DE
FAMILIA ACTUALMENTE DIVORCIADOS**

ADSCRITOS AL CONSULTORIO N.º 5

AÑOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
-1				
1-4	1		1	20
5-9	2	1	3	60
10-14	1		1	20
15-19				
20-24				
25-29				
TOTAL	4	1	5	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCUION DE DATOS

**AÑOS DE UNION CONYUGAL EN PAREJAS DE UNION LIBRE
ADSCRITOS AL CONSULTORIO N0. 5**

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	0	0
1-4	1	33.33
5-9	1	33.33
10-14	0	0
15-19	1	33.33
20-24	0	0
25-29	0	0
TOTAL	3	99.99

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

**EDAD DE PACIENTES TRABAJADORES
POR EDAD Y SEXO SOLTEROS**

ADSCRITOS AL SONSULTORIO No. 5

EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
15-19	0	0	0	0
20-24	3	3	6	30
25-29	2	0	2	10
30-34	4	0	4	20
35-39	3	0	3	15
40-44	2	0	2	10
45-49	2	0	2	10
50-54	0	0	0	0
55-59	1	0	1	5
60-64	0	0	0	0
65 Y MAS	0	0	0	0
TOTAL	17	3	20	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**EDAD DEL PADRE
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N0. 5**

EDAD	VIVOS	MUERTOS	TOTAL	%
20 -24	5		5	2.97
25 -29	15		15	8.92
30 - 34	33		33	19.64
35 - 39	35		35	20.83
40 - 44	25		25	14.88
45 -49	22		22	13.09
50 -54	19		19	11.30
55 -59	8		8	4.76
60 -64	2		2	1.19
65 Y MAS	4		4	2.38
TOTAL	168		168	100

FUENTE : CEDULAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

EDAD DE LA MADRE

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N0.

EDAD	VIVAS	TOTAL	%
20 - 24	8	8	4.37
25 - 29	30	30	16.34
30 - 34	41	41	22.40
35 - 39	38	38	20.76
40 - 44	26	26	14.20
45 - 49	24	24	13.11
50 - 54	11	11	6.01
55 - 59		1	0.54
60 - 64	0	0	0
65 Y MAS	4	4	2.8
TOTAL	183	183	99.89

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

**OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA
PADRES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N0. 5**

OCUPACION	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
PROFESIONAL	46	53	99	32.45
TECNICO	16	17	33	10.81
EMPLEADO	49	38	87	28.52
HOGAR	0	78	78	25.57
OTRO	6	2	8	2.62

TOTAL	117	188	305	99.97
--------------	------------	------------	------------	--------------

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**ESCOLARIDAD EN PACIENTES
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N0.5**

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
BASICA	319	56.261
MEDIA	100	17.636
MEDIA SUPERIOR TECNICA	76	13.403
SUPERIOR	72	12.698
TOTAL	567	99.998

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N0. 5**

METODO	EDAD					TOTAL	%
---------------	-------------	--	--	--	--	--------------	----------

	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35-44	45-49		
DIU	6	6	11	2	2	27	20.6
ANT. ORAL	2	3	10	1	1	17	12.9
ANT. LM	0	0	0	0	0	0	0
O.T.B.	0	5	30	14	16	65	49.6
RITMO	0	3	4	3	1	11	8.4
CONDON	1	3	7	3	4	18	13.8
VASECTOMIA	0	0	0	2	1	3	2.2

TOTAL	9	20	52	26	25	131	
--------------	---	----	----	----	----	-----	--

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ETAPAS DEL CICLO FAMILAR

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N0. 5

ETAPA	NUMERO	%
EXPANSION	65	32.5
DISPERSION	99	49.5
INDEPENDENCIA	27	13.5
RETIO	9	4.5
TOTAL	200	100

FUENTE : CEDULA DE REDOLECCION DE DATOS

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N0. 5

TIPO	NUMERO	%
MODERNA	120	60
TRADICIONAL	80	40
TOTAL	200	100

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DEMARCAACION
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N0. 5**

TIPO	NUMERO	%
URBANA	200	100
RURAL	0	0
TOTAL	200	100

FUENTE :CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

VIVIENDA TIPO DE POSESION

TIPO	NUMERO	%
PROPIA	161	80.5
RENTADA	19	9.5
FOVISTE	6	3.0
HIPOTECADA	5	2.5
PRESTADA	9	4.5
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

VIVIENDA SERVICIOS PUBLICOS

SERVICIOS	NUMERO	%
LUZ TELEFONO DRENAJE AGUA INTRA- DOMICILIARIA	126	63
LUZ DRENAJE AGUA INTRA- DOMICILIARIA	74	37
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VIVIENDA ANIMALES DOMESTICOS

ANIMALES DOMESTICOS	NUMERO	%
PERROS	55	49.5
PERROS Y AVES	12	10.8
AVES	11	9.9
GATOS	10	9.0
PERROS Y GATOS	7	6.3
PERROS GATOS Y AVES	4	3.6
GATOS Y AVES	4	3.6
PERROS GATOS AVES Y OTROS	4	3.6
PERROS AVES Y OTROS	1	0.9
AVES Y OTROS	1	0.9
PERROS GATOS Y OTROS	1	0.9
OTROS	1	0.9
TOTAL	111	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TOXICOMANIAS

PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N0. 5

TIPO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
TABACO	20	180	200
ALCOHOL DIVERSAS V.	31	169	200
MARIHUANA			
COCAINA			
TOTAL	51	349	400

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NUMERO DE HIJOS DE LOS FAMILIARES ENCUESTADOS

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N0.5

EDAD	NUMERO	%
HASTA 10 AÑOS DE EDAD	182	45.72 8
DE 11 A 19 AÑOS	139	34.92 4
DE MAS DE 20 AÑOS	77	19.34 6
TOTAL	398	99.998

FUENTE :CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

**VIGILANCIA DE ENFERMEDADES CRONICO -
DEGENERATIVAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL**

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N0. 5

PROGRAMA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
-----------------	----------------	----------------	--------------

DIAGNOSTICO DIABETES MELITUS.	35	28	63
DIAGNOSTICO HIPERTENCION ARTERIAL	35	30	65
OBESIDAD	10	4	14

TOTAL	80	62	142
--------------	-----------	-----------	------------

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CONSULTAS EN EL AÑO DE 1996

ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 5

MES	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	TOTAL	%
ENERO	158	93	251	8.66
FEBRERO	130	119	249	8.60
MARZO	146	128	274	9.47
ABRIL	103	80	183	6.32
MAYO	135	97	232	8.00
JUNIO	185	116	301	10.40
JULIO	142	98	240	8.28
AGOSTO	107	104	211	7.28
SEPTIEMBRE	98	88	186	6.42
OCTUBRE	135	103	283	8.22
NOVIEMBRE	168	122	290	10.00
DICIEMBRE	147	95	242	8.35
TOTAL	1,654	1,243	2,897	100.00

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS..

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

NUMERO	DIAGNOSTICO	N°. DE CONSULTAS	%
1	INFECC. RESPIRATORIAS AG.	1177	61.6
2	ATENCIÓN A EMBARAZADAS	296	15.4
3	INFECC. DE VIAS URINARIAS	230	12.0
4	ATENCIÓN AL NIÑO SANO	44	2.3
5	DIABETES MELITUS	41	2.1
6	DIARREAS	31	1.6
7	OTITIS MEDIA AGUDA	24	1.2
8	DENGUE CLASICO	26	1.3
9	ASMA BRONQUIAL	26	1.3
10	GIARDIASIS	15	0.7
TOTAL		1910	100

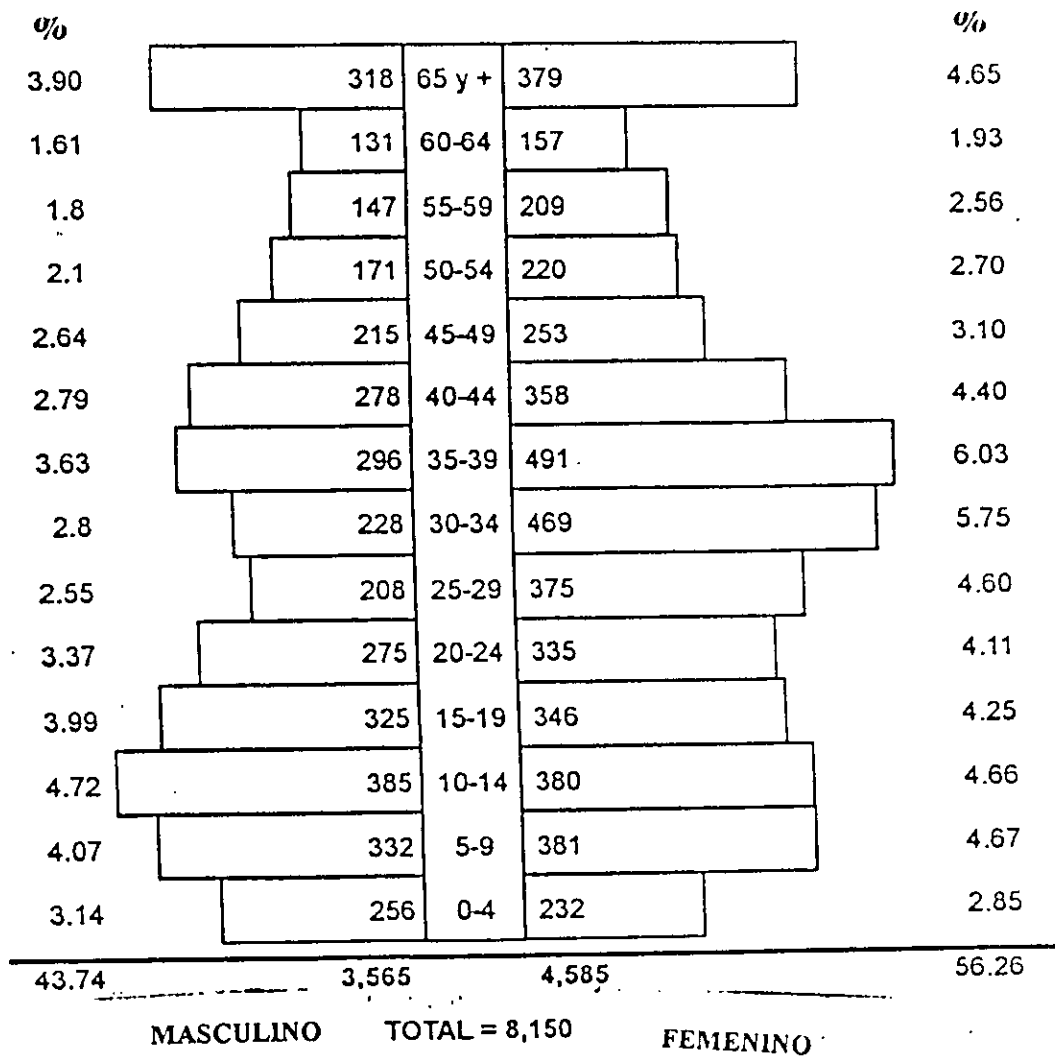
FUENTE: HOJA DE REPORTE DEL MEDICO

**10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA
EN EL CONSULTORIO N0.5 TURNO VESPERTINO**

NUMERO	DIAGNOSTICO	PRIMERA VEZ	%	SUBSECUENTE	%	TOTAL	%
1	HIPERTENSION A.S	23	0.79	461	15.91	484	16.71
2	DIABETES MELITUS	9	0.30	169	5.80	178	6.14
3	INFECCIÓN VIAS U.	96	3.30	54	1.80	150	5.18
4	CERVICO-VAGINITIS	107	3.60	29	1.00	136	4.69
5	OSTEOARTRITIS	9	0.30	119	4.10	128	4.42
6	FARINGITIS AGUDA	114	4.00	12	0.40	126	4.35
7	RINITIS CATARRAL	102	3.52	8	0.28	110	3.80
8	CONTROL DE EMBARAZO	17	0.57	85	2.83	102	3.52
9	ENTERITIS	92	3.15	10	0.35	102	3.52
10	GASTRITIS	21	0.72	69	2.38	90	3.11
11	OTROS MAL DEF.	1064	36.70	227	7.80	1291	44.56
TOTAL		1654	57.9	1243	42.91	2897	100 %

FUENTE: HOJA DE REPORTE DEL MEDICO

PIRAMIDE POBLACIONAL DEL SECTOR N° 5
De la Clínica Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa"
ISSSTE, - COLIMA



FUENTE.. Archivo de vigencia de derechos, de la Clínica "DR.Miguel Trejo Ocho"

FECHA: Agosto 12 1997.

IX.- ANÁLISIS DE RESULTADOS.

La población adscrita al sector número cinco de la clínica Hospital “DR. Miguel Trejo Ochoa”, nos damos cuenta que su población Derechohabiente se encuentra en un nivel de vida bueno, respecto lo Social, económico, académico y geográfico.

Así mismo encontramos que la mayor población, predomina el sexo Femenino ocupando el mayor porcentaje, siendo este de un 56.6%. Y de éste el grupo más numeroso es el de 35 a 40 años.

Nos damos cuenta que nuestra pirámide poblacional no cambiara por menos en dos décadas, así mismo en el grupo etareo menor de 4 años encontramos el menor porcentaje siendo el 5.99%, esto nos refleja el impacto que se ha logrado con la promoción de la planificación familiar, en conjunto con la lactancia materna.

En el grupo de mujeres en edad fértil encontramos un porcentaje del 64.2, y de la población en general el 32.1%.

En este grupo de edad es donde los médicos familiares tendríamos que reforzar los planes de acción dentro de la planificación familiar, sin pasar por alto las medidas de prevención en la detección oportuna cáncer cérvico-uterino y de mama.

Encontramos dentro de la encuesta que se realizo. Que la mayoría de nuestros derechohabientes son casados, en su mayoría cuentan con educación básica, siguiendo en orden de frecuencia la media, media superior y superior. Esto nos refleja la buena aceptación de la planificación familiar, siendo principalmente los métodos no reversibles como la OTB. y en un mínimo la Vasectomía.

La mayoría de las familias son modernas, cuentan con casa propia así como contó dos los servicios públicos, la convivencia con animales domésticos es como en todas las Ciudades de nuestro país.

X.- CONCLUSIONES.

Se logró cumplir el objetivo general que era conocer las principales características bio- psicosociales de la población adscrita al consultorio número 5 turno vespertino, de la Clínica Hospital “ Dr. Miguel Trejo Ocho” del I.S.S.S.T.E. Colima, Col. Con especial atención a los grupos de riesgo como son la población infantil, las mujeres en edad fértil y los ancianos, así como algunos aspectos de la dinámica familiar, como requisitos indispensables para planificar los servicios de salud.

Las familias del consultorio número 5 de la Clínica Hospital “Dr. Miguel Trejo Ocho” son total mente familias urbanas, que viven principalmente en casa propia con buena calidad de construcción y con la totalidad de los servicios básicos . Perciben buenos ingresos y su educación es predominantemente superior.

Son en su mayoría familias nucleares , modernas bien integradas y en etapa de expansión.

Sus padecimientos más comunes son los crónico degenerativos, padecimientos urinarios así como los de las vías respiratorias.

Del conocimiento de la población adscrita a cada uno de los sectores, resalta la gran demanda de consulta para la población económicamente activa, en padecimientos que influyen en su desempeño laboral, en su centro de trabajo y en el hogar, nos hemos dado cuenta, que se les ha descuidado como grupo, por considerarse un grupo maduro.

Los programas nacionales y de sexenio en materia de salud, no son lo suficientemente divulgados, o no se han implementado como en otros grupos de edad.

Siendo que de este grupo dependen las familias que estamos atendiendo en la consulta diaria.

XI.- LINEAS DE ACCIÓN.

- 1.- Mantener actualizado el censo poblaciones, delimitado por sexo, edad, pensionado o jubilado y tipo de beneficiario así como los niños en solidaridad.
- 2.- Mantener actualizada la información sobre la comunidad derechohabiente respecto a los cambios y movimientos naturales de la población.
- 3.- Elaborar familiogramas de las familias que más demandan servicio.
- 4.- Trabajar sobre los nuevos planes de sexenio en materia de salud para que no queden solo en promesas .
- 5.- Incrementar la promoción de los clubes de HIPERTENSION Y DIABETES.
- 6.- Formar nuestra sociedad de médicos familiares en el estado, y así continuar con la educación medico familiar, para seguir mejorando la calidad de la atención.
- 7.- Realizar campañas para fomentar, los hábitos de una vida sana contra el tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.
- 8.- realizar campañas permanentes en el control de enfermedades transmisibles.

XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arlene S, Ash PH.D. Análisis de resultados y practicas medicas. Hospital Practice, Ed. Mexicana 1996. Vol. 3; N°.10;347-438.
2. Primary Health Care.Report of the international Conference on Primary Health Care, september 6-12.1978,Alma Ata, USSR, Genova, Switzerland: Word Health Organization; 1978
3. Simposium Nacional de Medicina Familiar del ISSSTE. Discurso de Inauguración. 14 Nov. de 1994. Volteen Medico Familiar UNAM año 3;° 15-16, enero - abril 1995.
4. Franks P,Clancy CM, Nutting PA .Sounding board gatekeeping rivisited protectin patienst from over-treat/ing.Engl. JMed.6:424-427.1992.
5. Sanchez-Luna GS. El reto actual de la Medicina Familiar en México Revista Medica del IMSS,32:.7:355-357.1994
6. Haq C,Ventres W,Hunt V,et al. Salud y Sociedad Donde no hay médico de familia: en el Desarrollo de la Medicina Familiar en el Mundo Vol.Oficina Panamericana 120 (1),1996:44-57.
7. Delgado A.Lopez F L, La Participación Comunitaria: una revisión necesaria. Atención Primaria. .8;457,459.

8. Estevanell A, et actuación Derivada de la Aplicación de un Programa de Actividades Preventivas Atención Primaria. .10;539-542. 15 de junio 1992.
9. Kumate J, Cañedo L, Pedrotta O, la Salud de los Mexicanos y la Medicina en México Ed. Colegio Nacional. 1997.
10. Manuales ISSSTE. Unidades de Autoenseñanza. Subdirección General Medica 1986.
11. Martínez-C F, Modelos y Heterodoxias Medico Moderno. 29,2.1990
12. Instantáneas. Aspectos Económicos del Control de la Hipertensión. Volteen de la Oficina Sanitaria Panamericana 1995. 119 (6). 532-533.
13. Arellanos S, Silva R, Diabetes Mellitus en la Practica Diaria. "El Respaldo de los Profesionales de la Salud" Instituto Lakeside. MM-114-94:1-7.
14. Gómez-Clavelina F JF, Irigoyen-C A, Fernández - O MA, Mazón-R JJ. Boletín Médico Familiar UNAM año 3 .15-16 enero-abril 1995. 18-19.
15. Mesney E, El Paciente Hipertenso y la Calidad de Vida. Mercka Co.Inc, Octubre 1994.-
16. López S S, Revista Médica del IMSS.33;3:317-320.1995.
- 17.-Chavez H J." Restaurando la atención integral", Prescripción Médica .Abril de 1995 . 22-23.

- 18.–Dickson-Bannack y Cols. Un modelo de investigación en el primer nivel de atención” Revista de la facultad de medicina UNAM. 29;no.1:7-13. Enero - Marzo 1996.
- 19.–Manual de procedimientos para la solicitud de atención medica en la consulta externa de los hospitales. Subdirección General Medica ISSSTE. México 1994.
- 20.–Pañella H ,foz G, Montaner I, et al .Aproximación al conocimiento de una comunidad, en organización de un equipo de atención primaria. Madrid. INSALUD . Servicio de documentación y poblaciones 1990.
- 21.– Irigoyen–C A, Mazón R JJ,Langrave-Ibañez S, Melchor-Gonzalez M, Aportaciones del doctor Bernardo Sepulveda a la medicina familiar mexicana . Revista Medica del IMSS 1993,31;411-415.
- 22.– Delgado A L. López A . La participación comunitaria: una revisión necesaria: Atención primaria.9..8.457-459.15 mayo 1992.
- 23.–Dickson B y cols. un modelo de investigación en el primer nivel de atención- Revista de La facultad de medicina UNAM..29,1:7-13. Enero - Marzo 1996.
24. Arias C. L. Montero C.J. Castellanos R. J. Enfoque integral del menor de 5 años: Proyecto nacional de medicina familiar. Santafe de Bagala, D.C. 2-10. Septiembre 1995.

