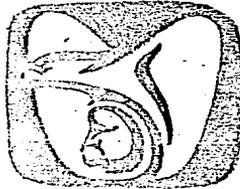


11226

N=1
2E7

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR



ESTUDIO DE DETECCIONES, INMUNIZACIONES Y
PROGRAMAS PREVALECIENTES EN LAS FAMILIAS
ADSCRITAS AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
III, CLINICA No. 20 DE TIJUANA, B.C.N..

TESIS DE POSTGRADO

P R E S E N T A :

DR. VICTORIANO AYALA CORTES.

Tijuana, B.C.N.

Febrero 1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994



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 está 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.

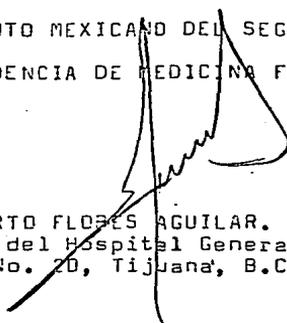
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR



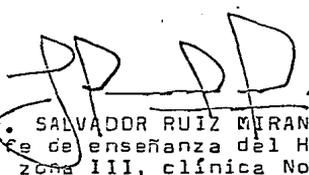
ESTUDIO DE DETECCIONES, INMUNIZACIONES Y
PROGRAMAS PREVALECIENTES EN LAS FAMILIAS
ADSCRITAS AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA --
III, CLINICA No. 20 DE TIJUANA, B.C.N..

DRA. MARIA AYHEZA SANCHEZ M.
ASESOR DE TESIS.
Jefe del Departamento clinica.
Hospital General de zona III.
Clinica No. 20
Tijuana, B.C.N.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR



Dr. ROBERTO FLORES AGUILAR.
Director del Hospital General de zona III.
Clínica No. 20, Tijuana, B.C.N.
I.M.S.S.



Dr. SALVADOR RUIZ MIRANDA.
Jefe de enseñanza del Hospital General
de zona III, clínica No. 20.
Tijuana, B.C.N.
I.M.S.S.



Dra. EVARISTA CASTAÑEDA AVILA
Profesora titular del curso de residencia
de la especialidad de Medicina Familiar.
Hospital General de zona III, Clínica No. 20
Tijuana, B.C.N.
I.M.S.S.

Tijuana, B.C.N.

Febrero 1985.

A MIS PADRES Y HERMANOS
CON CARIÑO, RESPETO Y ADMIRACION.

A MI NOVIA, CON CARIÑO.
POR SU APOYO Y MOTIVACION.

CON SINCERO AGRADECIMIENTO A TODAS
AQUELLAS PERSONAS QUE DE ALGUNA --
FORMA PARTICIPARON EN MI FORMACION
DURANTE LA RESIDENCIA.

I N D I C E .

	Pag.
Introducción	1
A).- Inmunológicos	3
B).- Desnutrición	5
C).- Planificación familiar	7
Antecedentes	9
Justificación	10
Objetivo del estudio	11
Material	12
Método	13
Forma de la tarjeta de registro familiar	15
Pirámides de población	16
Métodos y resultados	18
Gráficas y esquemas	27
Conclusiones	36
Comentarios	37
Resumen	38
Bibliografía	40

I N T R O D U C C I O N .

El Médico Familiar actual mediante una labor colectiva-permanente puede modificar las condiciones de salud de la población derecho-habiente, contribuir sobre los riesgos de las enfermedades infecto-contagiosas, así como la oportuna detección de los diferentes programas prioritarios -- prevalencias en nuestra Institución, siendo éstas una de las razones por las que el Médico esta obligado a conocer los medios de prevención y la manera de aplicarlos a la población tanto individual como colectivamente dentro de su población.

El concepto actual de la medicina moderna no considera al individuo como un ser aislado dentro del contexto salud enfermedad, sino como un ente vivo, pensante y que se desenvuelve en una sociedad cuyo núcleo mas pequeño es la familia y como ente bio-psico-social es que la medicina actual estudia al individuo para llegar a un diagnostico integral familiar.

Debido a la gran variedad de datos necesarios para llevar a cabo un diagnostico integral familiar se ha tenido que recurrir a métodos que concentren y faciliten el acceso a dichos datos, es por esto que se implantó el uso de la tarjeta RF-1, la cual capta los datos necesarios para evaluar las condiciones socio-económicas y de la salud de la familia, sirviendo como documento de referencia.

Para establecer diagnósticos y tratamientos adecuados - es necesario conocer esta información y definir las características de los derecho-habientes y así normar conductas en clínicas y hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Como la finalidad principal de esta institución es el derecho-habiente, la información es considerada de gran importancia y puede ser obtenida del uso adecuado de la forma RF-1.

A.- INMUNOLOGICOS .

Desde los inicios de la historia el hombre ha tratado - de prevenir los embates de la naturaleza. Mucho antes que se apreciara la característica infecciosa de las enfermedades, las observaciones empíricas llevaron a los hombres de ciencia a establecer una relación de causa-efecto entre -- una enfermedad y los productos anormales que se producían en la persona afectada, habiéndose desarrollado un concepto primitivo de la transmisibilidad.

Los primeros intentos científicos para prevenir la enfermedad natural se presentaron a consecuencia de los experimentos de Pasteur con enfermedades en animales.

La historia de la inmunización ha transcurrido a lo largo de pocas décadas en toda la historia de la humanidad. A pesar de esta limitación temporal, se han hecho importantes avances en nuestra comprensión acerca de la patogenia de las enfermedades y la respuesta inmunitaria del huésped lo que permite cambios importantes en la epidemiología de la enfermedad. Sobre todas las cosas, la salud del hombre y particularmente de los niños se han beneficiado; la morbilidad y la mortalidad clásicas que se experimentaron en épocas tempranas de nuestra vida, a consecuencia de las -- enfermedades infecciosas, se han disminuido o eliminado.

Sin embargo, aún no hemos eliminado todos los problemas relacionados con el control de la infección. De hecho, hemos creado algunas nuevas, y hemos sido particularmente -- ineficaces en el manejo de algunos de los viejos problemas

Por lo tanto, el avance científico no es suficiente para determinar el destino de los esfuerzos individuales de la inmunización. Si suponemos un conocimiento adecuado-inmunológico y de la enfermedad infecciosa, y de la capacidad de producir un agente biológico eficaz, aún tenemos -- que sobreponernos a los asuntos políticos, sociales y de otro tipo que influyen en el empleo de tales productos en una sociedad compleja y altamente individualista como la nuestra.

B.- D E S N U T R I C I O N .

La desnutrición es una manifestación típica de la pobreza y las causas de la pobreza radican en el patrón institucional y estructural del sistema social. La desnutrición - por tanto, es inseparable de la pobreza y esta, una manifestación del desarrollo.

Igualmente, un mejoramiento nutricional correrá paralelo a un desarrollo económico. Si se ha de combatir la desnutrición, habrá que modificar sus causas y emplear medios de efecto rápido; la nutrición queda, pues, vinculada al desarrollo y a su planificación, así como al dominio del técnico. Hay que tomar en cuenta, sin embargo, las siguientes suposiciones: que desarrollo no significa exclusivamente desarrollo económico; que una mayoría de países esta en proceso de desarrollo; que el estado nutricional esta mejorando aunque no tan rápidamente como otras areas del desarrollo y, finalmente, que un nivel máximo de mejoramiento nutricional, es decir, suficientes alimentos para toda la población, puede y debe alcanzarse en el menor tiempo posible sin necesidad de esperar a que el desarrollo llegue a un nivel deseable.

Se considera que el niño con desnutrición es un enfermo que necesita atención urgente; así pues, su recuperación depende en forma directa de la prontitud con que se le identifique. Además, por su intermedio se detecta, en la familia, a otros niños con el riesgo de padecer la enfermedad.

dad, puesto que se ha encontrado una relación directa entre la presencia de ésta en un niño y la desnutrición --- ulterior de sus hermanos. Cabe señalar que si la comunidad y la familia se integran a la actividad de detección, se logrará que adquieran una toma de conciencia, como asimismo una mayor motivación para participar en el proceso.

Los trabajadores en nutrición generalmente admiten hoy que la desnutrición es el resultado de la compleja interacción de múltiples factores tales como el bajo ingreso y el subempleo, la ignorancia, las malas condiciones sanitarias, la falta de acceso a los servicios médicos, la falta de participación y organización, la inestabilidad familiar etc.. La desnutrición se considera como una de las más típicas y más intolerables manifestaciones de la pobreza.

La pobreza, a su vez, es el producto de un grupo de circunstancias complicado y aún no bien comprendido, en el cual la explotación, la injusticia en la distribución del poder económico y político, y las desigualdades en la distribución del producto de la actividad económica desempeñan un papel central. Aunque este enfoque está lejos de ser universalmente aceptado, creemos firmemente que la pobreza y la falta de justicia social tienen fundamentos estructurales, esto es, que sus causas fundamentales radican en la pauta institucional y estructural misma del sistema social, el cual es incapaz de satisfacer las necesidades básicas de una gran proporción de la población.

C.- PLANIFICACION FAMILIAR .

Los principios de algunos de los métodos que se utilizan en la actualidad para la planificación familiar, se encuentran descritos en los papiros egipcios, lo que indica que el deseo de los individuos y las sociedades de regular su fecundidad es una preocupación tan vieja como la historia.

Los primeros en ser descritos fueron los métodos locales, sin embargo desde hace mucho tiempo también se comenzó a experimentar con métodos de acción sistémica.

El avance de la medicina perfecciono lentamente estas técnicas a través de los siglos y fue solamente a partir de la década de los 60, con el desarrollo de los métodos modernos como la píldora y el dispositivo intra-uterino, que se lograron métodos muy eficaces.

Hoy, igual que ayer, el médico se enfrenta a la necesidad de individuos y sociedades de regular su fecundidad.

Dentro de los métodos actuales de planificación familiar, el médico y el trabajador de salud disponen actualmente de diez o doce categorías generales de métodos de planificación familiar.

La decisión de cual de estos métodos es el más apropiado para el individuo o la pareja debe basarse en consideraciones personales y médicas y debe siempre ser tomada por la pareja o el individuo que habrán de utilizarlos, después de haber sido plenamente informados.

No existe un método ideal aplicable a todas las circunstancias, por lo que es necesario que en la selección se -- consideren las diversas opciones y que el método escogido por el individuo o la pareja, se ajuste a sus necesidades y condiciones personales y salud.

Clasificación de los métodos de planificación familiar:

A.- TEMPORALES:

1.- Métodos tradicionales:

- Coito interrumpido.

- Otros.

2.- Métodos naturales:

- Ritmo:

- Lactancia.

3.- Métodos locales:

- Preservativos.

- Diafragma.

- Espermaticidas.

- Dispositivo intrauterino.

4.- Métodos hormonales:

- La pildora.

- Los inyectables.

B.- DEFINITIVOS:

5.- Métodos quirúrgicos:

- La vasectomía.

- La salpingoclasia.

A N T E C E D E N T E S .

La forma RF-1 es un instrumento de la metodología de la Medicina Familiar en el IMSS, que fue propuesta en el año de 1978, por un grupo de Médicos residentes de Medicina -- Familiar en la Ciudad de Obregón, Sonora, adoptada y modi-- ficada por le IMSS en el siguiente año, siendo diseñada pa-- ra utilizarse en el area de consulta externa del nivel pri-- mario de atención y constituyo el primer paso en la metodol-- ogía para la prevención diagnóstica integral, asi como -- tratamiento de enfermedades del núcleo familiar.

El llenado y manejo se realizó de manera simultánea, en forma armónica y complementaria con las otras actividades-- cotidianas de las personas que participan en el equipo de-- salud de atención primaria como asistentes de consultorio, personal de enfermería, becarios y Médico Familiar.

A N T E C E D E N T E S L O C A L E S .

Existe un estudio-tesis, realizado en la Unidad Médico-- Familiar No. 7 de Tijuana, B.C.N., en el año de 1983, por-- el Dr. Tomas Gonzalez Valle, con categoria de R-II en Medi-- cina Familiar.

J U S T I F I C A C I O N .

Nosotros como producto de una nueva especialidad como lo es la Medicina Familiar, estamos convencidos del papel que debemos desempeñar en el medio en que vivimos, que somos parte integral de un equipo de trabajo encargado de mantener la salud de la población a nuestro cargo.

Sabemos y hemos sentido alguna vez la importancia que revisten las relaciones del Médico Familiar con sus pacientes y familiares.

De la misma forma estamos concientes de la trascendencia que reviste la prevención y el diagnóstico oportuno de las enfermedades sin tener que llegar a la rehabilitación.

El proposito de elaborar esta tesis es analizar las actividades de los programas prioritarios e inmunizaciones del 20 % del total de las tarjetas RF-1, de los 10 consultorios en sus dos turnos A-C y B-D del H.G.Z. III, de la clinica No. 20 de Tijuana, B.C.N., de esta forma poder educar, orientar y desarrollar acciones preventivas y de promoción de salud.

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

El objetivo del presente estudio es analizar en forma retrospectiva los datos contenidos en las tarjetas de registro familiar, correspondiente a esquemas completos de inmunizaciones y programas prioritarios prevalectes como D.O.C., D.O.D., D.Tb., F.R. y planificación familiar.

M A T E R I A L .

H U M A N O S :

- Un Médico residente de segundo año de Medicina Familiar.
- Un asesor Médico Familiar de post-grado.
- Un coordinador de Jefatura de Enseñanza.
- Una trabajadora social.
- Una secretaria.

M A T E R I A L E S :

- 600 tarjetas de RF-1, tomadas de un universo de 3,180.
- Hojas especiales diseñadas para peloteo.
- Máquina de escribir.
- Juego geométrico.
- Calculadora.
- Hojas blancas.
- Pluma.
- Lápiz.
- Borrador.

M E T O D O :

1.- Se realizó el conteo del universo de tarjetas de -- registro familiar del H.G.Z. III, de la clínica No. 20 de -- Tinuana B.C.N., elaboradas durante el periodo de enero a -- diciembre de 1983, sumando un total de 3180 tarjetas de -- los diez consultorios de ambos turnos (A-C y B-D).

2.- Se procedió a seleccionar el 20 % que es representa -- tivo del universo de tarjetas de registro familiar, elabo -- radas en dicha unidad y nos dio como resultado un total de 600 tarjetas por analizar.

3.- La selección de tarjetas se realizó tomando una de -- cada cinco en forma consecutiva, utilizando los criterios -- de inclusión (tarjetas RF-1 bien elaboradas), no inclu -- sión (tarjetas deficientemente elaboradas) y exclusión -- (tarjetas no elaboradas). En los casos en los cuales la -- quinta tarjeta de registro familiar entraba en los crite -- rios de "no inclusión o exclusión", se tomó la siguiente -- tarjeta que entro en el criterio de inclusión.

4.- Se procedió al concentrado de datos contenidos en -- las tarjetas de registro familiar, por el método de palo -- teo, con respecto a las siguientes variantes:

- Inmunizaciones:

+ Sabin.

+ D.P.T.

+ Antisarampión.

- + B.C.G..
- + Antitifoídica.
- + Toxoide tetánico.

- Programas prioritarios:
 - + D.O.D..
 - + D.O.C..
 - + Fiebre reumática.
 - + Desnutrición.
 - + Planificación familiar.
- 5.- Se procedió a la medición de variables en porcentajes.
- 6.- Se realizó la presentación en gráficos.
- 7.- Análisis estadístico.
- 8.- Presentación de resultados
- 9.- Conclusiones.
- 10.- Resumen.



REGISTRO FAMILIAR

INGRESO FAMILIAR ANUAL:

OCCUPACION:

CEBULA NUM.

DOMICILIO

MEDICO

CONSULTAS DIAGNOSTICOS

CONSULTAS DIAGNOSTICOS

CONSULTAS DIAGNOSTICOS

CONSULTAS DIAGNOSTICOS

TOTALES

E. DE VIDA	NOMBRES	EDAD	SEXO	EDU. CACI.	TANCAO	TORICOMANIAS		INMUNIZACIONES				DETECCION Y PROGRAMAS					CONSULTAS DIAGNOSTICOS	CONSULTAS DIAGNOSTICOS	CONSULTAS DIAGNOSTICOS	CONSULTAS DIAGNOSTICOS	TOTALES
						ALCOHOL	OTROS	ANTIPOLO	ANTI-AMPI	D. P. T.	P. C. S.	MEDOS Y OTROS	D. O. S.	T. R.	F. R.	DIABETES					
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																				15	
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					

TOTALES

ROYAL MOP-1 2444

FUNCIONES DE LA FAMILIA AMERICANA ATINTE.

PASE ACTUAL DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR

VIVIENDA

SOCIEDAD			FAMILIA			INDIVIDUO			COMUNIDAD			NACION			MUNDO		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

PIRAMIDE DE POBLACION DE LAS TARJETAS DE REGISTRO
FAMILIAR ESTUDIADAS

HOMBRES:

EDAD

MUJERES:

2	85 - +	3
3	80 - 84	4
6	75 - 79	7
9	70 - 74	14
11	65 - 69	16
18	60 - 64	24
22	55 - 59	34
28	50 - 54	40
35	45 - 49	48
52	40 - 44	59
77	35 - 39	88
87	30 - 34	128
103	25 - 29	155
120	20 - 24	192
106	15 - 19	155
170	10 - 14	171
176	5 - 9	167
132	1 - 4	131
25	0 - 1	22
1182	2,640	1458

Fuente: Tarjetas de registro familiar estudiadas.
Escala: 5 mm. corresponden a 50 derecho-habientes.

PIRAMIDE DE POBLACION ADSCRITA AL H.G.Z. III, CLINICA

No. 20, EN 1983.

HOMBRES:

EDAD

MUJERES:

620	65 - +	777
910	55 - 64	1001
1227	45 - 54	1775
2605	35 - 44	2805
3685	25 - 34	6224
4200	15 - 24	6339
6966	5 - 14	6889
3186	0 - 4	3158
23499	52467	28968

Fuente: Departamento de estadística

Escala: .5 cms. corresponden a 1500 derecho-habientes.

M E T O D O Y R E S U L T A D O S .

Analizando los resultados de las 600 familias estudiadas, que corresponde a una población total de 2640 derecho-habientes, que en relación con la población adscrita a la clínica No. 20, la cual es de 52 467 derecho-habientes, -- nos representa un 5.03 % de dicha población.

Tomando en cuenta los esquemas completos de inmunizaciones se obtuvieron los siguientes resultados:

SABIN:

Se aplicaron 216 esquemas completos y tomando como base la población total de 0 a 4 años de edad, de las tarjetas-analizadas, que es de 310 derecho-habientes, nos representa el 69.68 % de dicha población y relacionado con la población total de la unidad del mismo grupo de edad de 0 a 4 años, que es de 6344 derecho-habientes, nos representa el 3.40 % de dicha población. (figura No. 1)

D.P.T.:

De este tipo de biológico se aplicaron 175 esquemas --- completos y tomando como base la población de 0 a 4 años -- que es de 310 derecho-habientes, nos representa el 56.45 % de la población estudiada y relacionado con la población -- total de la unidad del mismo grupo de edad de 0 a 4 años -- que es de 6344 derecho-habientes, nos representa el 2.76 % de dicha población. (figura No. 1)

ANTISARAMPIEN:

Se aplicaron 429 dosis de antisarampión y tomando como base la población de 1 a 9 años que es de 606 derecho-habientes, nos representa el 70.79 % de dicha población y relacionado con la población total de la unidad del mismo grupo de edad de 1 a 9 años, la cual es de 12883 derecho-habientes, nos representa el 3.33 % de dicha población. (figura No. 1)

B.C.G.:

Se tomo en cuenta la población existente del grupo de edad de 0 a 14 años, siendo esta un total de 994 derecho-habientes, aplicandose un total de 929 esquemas completos que en relación a dicha población nos representa el 73.36 % de dicha población y relacionado con la población total de la unidad del mismo grupo de edad de 0 a 14 años que es de 20199 derecho-habientes, nos representa un porcentaje del 4.60 % de dicha población. (figura No. 2)

TOXOIDE TETANICO:

Del toxoide tetanico se aplicaron 244 esquemas completos, que en relación con el total de población mayor de 6 años que es de 2330 derecho-habientes de las tarjetas analizadas, nos representa el 10.47 % de dicha población y relacionado con la población total de la unidad del mismo grupo de edad de 6 años que es de 46123 derecho-habientes, nos representa el .53 % de dicha población. (figura No. 2)

ANTITIFOIDICA:

De este tipo de biológico únicamente se aplicaron 66 esquemas completos y tomando como base la población analizada del grupo de edad de los 6 años en adelante que es de 2330, nos representa el 2.83 % de dicha población y relacionado con la población total de la unidad del mismo grupo de edad de los 6 años en adelante que es de 45123 derecho-habientes, nos representa un porcentaje del .14 % de dicha población. (figura No. 2)

Los grupos de edad antes mencionados para la aplicación de biológico fueron proporcionados por el Departamento de Medicina preventiva de la clínica No. 20.

Analizando los resultados de las 600 familias estudiadas, que corresponde a una población total de 2640 derecho habientes, que en relación con la población adscrita a la unidad, la cual es de 52 467 derecho-habientes, nos representa un porcentaje del 5.03 % de dicha población.

En relación al análisis de los programas prioritarios se obtuvieron los siguientes resultados:

DIAGNOSTICO OPORTUNO DE DIABETES MELLITUS:

Tomando en cuenta la población mayor de 15 años de las 600 familias analizadas, que corresponde a un total de --- 1646 derecho-habientes, a los cuales se les realizaron --- 1197 detecciones oportunas de diabetes, representándonos un porcentaje del 72.72 % de dicha población y relacionado con la población total de la unidad, del mismo grupo de edad de los 15 años en adelante, la cual es de 32, 268 derecho-habientes, nos representa un porcentaje del 3.71 % de dicha población. (figura No. 3)

DIAGNOSTICO OPORTUNO DE CANCER:

En base a la población estudiada y tomando como base el grupo de edad del sexo femenino mayor de 15 años que es de 967 derecho-habientes, se les realizaron 745 detecciones oportunas de cáncer, lo que nos representa un 77.04 % de dicha población y relacionado con la población total de la unidad del mismo grupo de edad mayor de 15 años del sexo femenino, que es de 15368, lo que nos representa un porcen .

taje del 4.85 % de dicha población. (figura No. 3)

FIEBRE REUMATICA:

De la población correspondiente a la edad de 4 a los 14 años que es de 684 derecho-habientes de ambos sexos, se realizaron 221 detecciones, lo que nos representa un porcentaje del 32.31 % de la población analizada y en relación con la población total de la unidad del mismo grupo de edad de los 4 a los 14 años que es de 13855 derecho-habientes, nos representa un porcentaje del 1.60 % de dicha población. (figura No. 3)

DESNUTRICION:

Dentro del programa de desnutrición se realizaron 285 detecciones y tomando en consideración el grado de desnutrición, se clasificaron de la siguiente forma:

Tomando en cuenta el total de niños dentro del grupo de edad de 0 a 4 años, que es un total de 310 derecho-habientes, se observó que nuestra población analizada, la mayor parte de los niños se encuentra dentro de las percentiles normales de peso, correspondiendo a 228 derecho-habientes, representando el 80.00 % de nuestra población y relacionada con la población total de la unidad, del mismo grupo de edad de 0 a 4 años que es de 6344 derecho-habientes nos representa un porcentaje del 3.59 % de dicha población. (figura No. 4)

Dentro del grupo de desnutrición de primer grado se en-

contraron 52 casos, que nos representa el 18.25 % del total de los niños menores de 4 años y relacionado con la población total de la unidad, del mismo grupo de edad que es de 6344 derecho-habientes, nos representa un porcentaje de .82 % de dicha población. (figura No. 4)

Del total de población correspondiente a niños menores de 4 años que es de 310 derecho-habientes, se encontraron 5 casos de desnutricion de segundo grado, representándonos un porcentaje de 1.75 % de dicha población y relacionado con la población total de la unidad, del mismo grupo de edad ya mencionada anteriormente, nos representa un porcentaje del 0.08 % de dicha población. (figura No. 4)

Cabe hacer mención que dentro del grupo de niños menores de 4 años, no se encontraron casos de desnutrición de tercer grado.

Analizando el programa de planificación familiar de las 100 familias estudiadas, con un total de 2,640 derecho-habientes y tomando en cuenta el grupo de edad de 15 a 44 años, que corresponde a las mujeres en edad fértil, siendo estas un total de 777 mujeres, que relacionado con la población estudiada nos representa el 29.43 % de dicha población, relacionadas con la población total adscrita a la unidad, del mismo grupo de edad que es de 15368 derecho habientes nos representa un porcentaje del 5.05 % de dicha población, observándose que dentro del programa de planificación familiar se encontraron 483 mujeres que corresponde a un 62.25 % del total de dichas mujeres en edad fértil y en relación a la población total de la unidad y tomando el mismo grupo de edad de mujeres en edad fértil que es de 15638 mujeres en edad fértil, nos representa un porcentaje del 3.09 % de dicha población, divididas de acuerdo a los diferentes métodos de la siguiente forma:

Dentro de los métodos más solicitados por nuestros derecho-habientes se encuentran los hormonales, encontrando a 254 mujeres controladas por este método, el cual nos representa el 52.61 % del total de mujeres dentro del programa de planificación familiar, relacionado con la población total de la unidad del grupo de mujeres en edad fértil que son un total de 15638, nos representa un porcentaje del 1.65 % de dicha población. (figura No. 5)

Tomando en cuenta los métodos locales, el que mayor aceptabilidad ha tenido es el dispositivo intrauterino, encontrando un total de 137 aceptantes, que nos representa en relación al total de mujeres en edad fértil el 28.33 % de mujeres estudiadas dentro del programa y relacionado con el total de mujeres en edad fértil de la unidad que es de 15368, nos representa un porcentaje del 0.89 % de dicha población. (figura No. 5)

Del resto de métodos locales como lo son los preservativos, óvulos, etc., se encontraron a 19 mujeres que nos representa un porcentaje del 3.86 % de dicha población y relacionado con las mujeres en edad fértil de la unidad, ya mencionadas anteriormente nos representa un porcentaje del 0.12 % de dicha población. (figura No. 5)

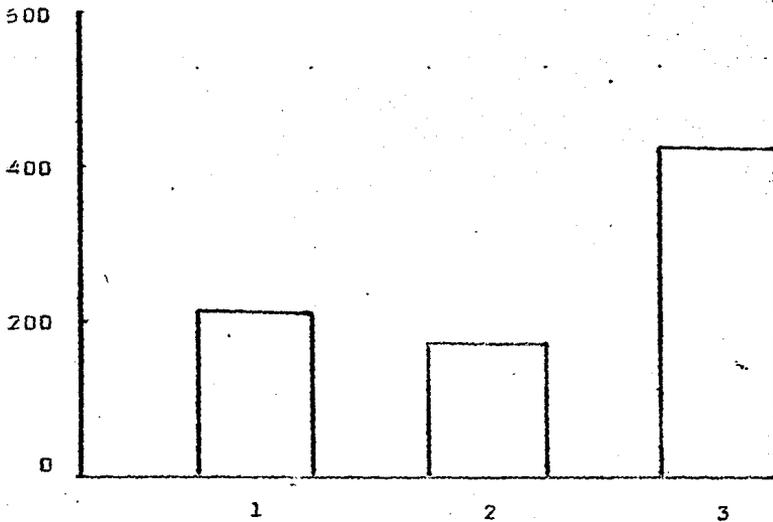
A pesar de la gran promoción difundida por el personal de esta Institución, unicamente se encontraron a 42 pacientes con método de planificación definitivo, lo que nos representa un porcentaje del 8.75 % de dicha población y relacionado con las mujeres en edad fértil de la unidad nos representa un porcentaje del 6.27 % de dicha población. (figura No. 5)

Tomando en cuenta otros métodos de planificación familiar como el coito interrumpido, el ritmo, la lactancia, etc., se encontraron a 31 mujeres, lo que nos representa un porcentaje del 6.45 % de la población analizada en las tarjetas de registro familiar y relacionadas con la pobla-

ción total de la unidad del grupo de edad de mujeres en --
edad fértil que es de 15368 nos representa un porcentaje -
de 0.20 % de dicha población. (Figura No. 5)

Figura No. 1

REPRESENTACION GRAFICA DE LOS DIFERENTES ESQUEMAS --
COMPLETOS DE INMUNIZACIONES.

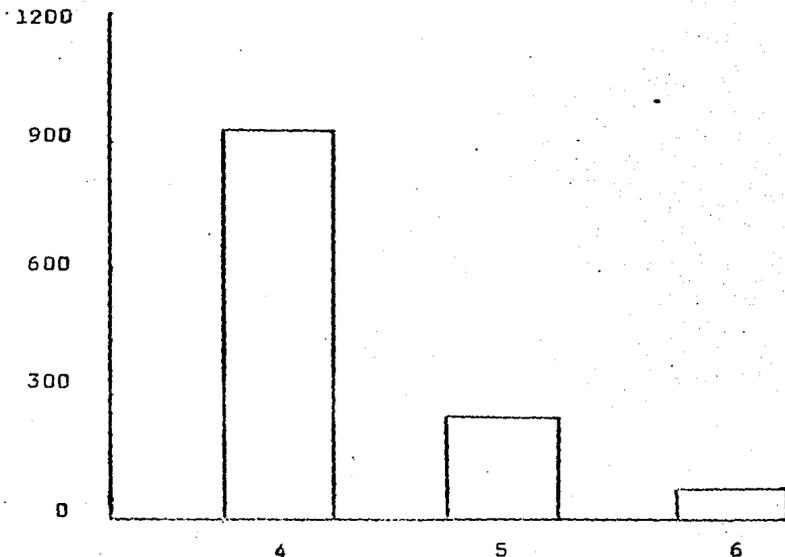


Tipo de biológico:	Número:	Porcentaje:
1.- Sabin	216	69.68
2.- D.P.T.	175	56.45
3.- Antisarampión	429	70.79

Fuente: Tarjetas de registro familiar estudiadas.
Escala: 30 mm corresponden a 200 derecho-habientes.

Figura No 2

REPRESENTACION GRAFICA DE LOS DIFERENTES ESQUEMAS --
COMPLETOS DE INMUNIZACIONES.



Tipo de biológico:	Número:	Porcentaje:
4.- B.C.G.	929	73.36
5.- Toxoide tetanico	244	10.47
6.- Antitifoidea	66	2.83

Fuente: Tarjetas de registro familiar estudiadas.
Escala; 25 mm corresponden a 300 derecho-habientes.

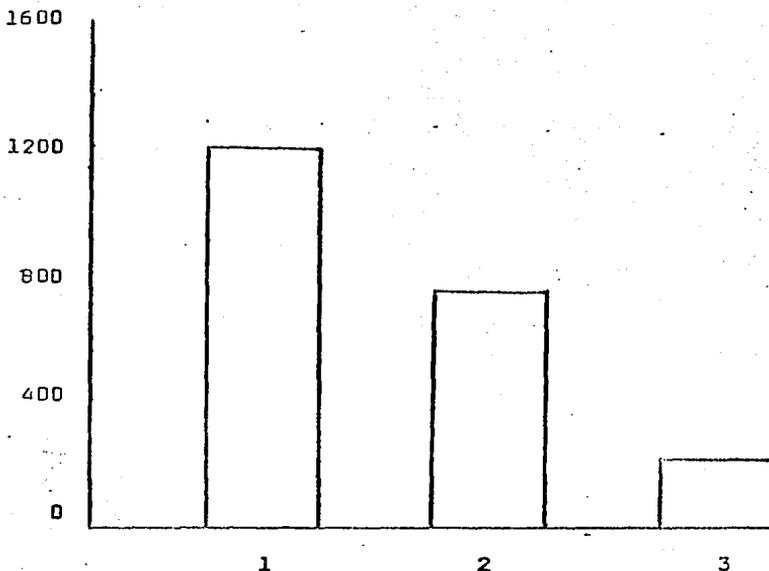
ESQUEMA DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN RELACION A EDAD, --
 POBLACION, ESQUEMAS COMPLETOS Y TANTO POR CIENTO DE LA --
 POBLACION ESTUDIADA DE LAS TARJETAS DE REGISTRO FAMILIAR.

TIPO DE BIOLÓGICO	EDAD	POBLACION	ESQUEMAS COMPLETOS	%
SABIN	0 - 4	310	216	69.68
D.P.T.	0 - 4	310	175	56.45
ANTI SARAMPION	1 - 9	606	429	70.79
B.C.G.	0 - 14	994	929	73.36
TOXOIDE TETANICO	6 - +	2330	244	10.47
ANTI TIFOIDICA	6 - +	2330	66	2.83

Fuente: tarjetas de registro familiar estudiadas.

Figura No. 3 :

REPRESENTACION GRAFICA DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS --
PRIORITARIOS:



Programa prioritario:	Número	Porcentaje:
1.- D.O.D.	1197	72.72
2.- D.O.C.	745	77.04
3.- Fiebre reumatica	221	32.31

Fuente: Tarjetas de registro familiar estudiadas.
Escala: 25 mm representan a 400 derecho-habientes.

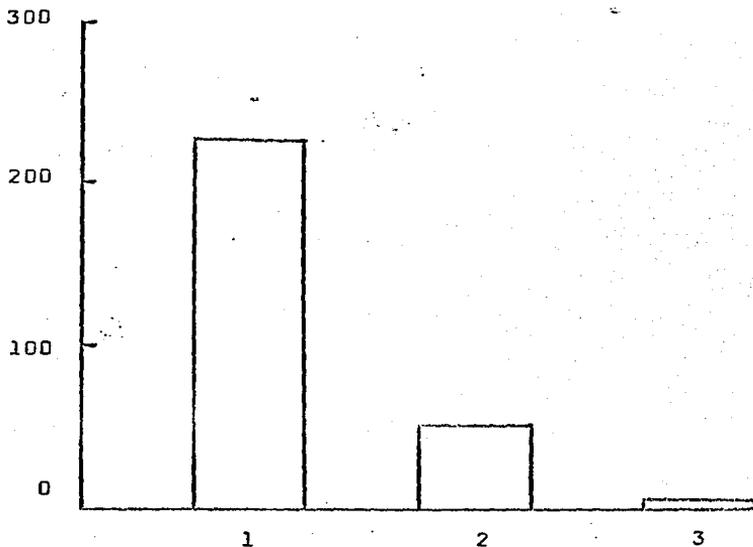
ESQUEMA DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS PRIORITARIOS DE
 LA POBLACION ESTUDIADA DE LAS TARJETAS DE REGISTRO-
 FAMILIAR.

TIPO DE PROGRAMA	GRUPO DE EDAD	POBLACION A CUBRIR	NUMERO DE DETECC.	%
D.C.D.	15 y +	1646	1197	72.72
D.C.C.	15 y +	967	745	77.04
F.F.	4 a 14	684	221	32.31

Fuente: Tarjetas de registro familiar estudiadas.

Figura No 4

REPRESENTACION GRAFICA DE LOS DIFERENTES GRADOS DE --
DESNUTRICION



Grado de desnutrición:	Número:	Porcentaje:
1.- Peso normal	228	80.00
2.- Primer grado	52	18.25
3.- Segundo grado	5	1.75

Fuente: Tarjetas de registro familiar estudiadas.
Escala: 40 mm representan 100 oerecho-habientes.

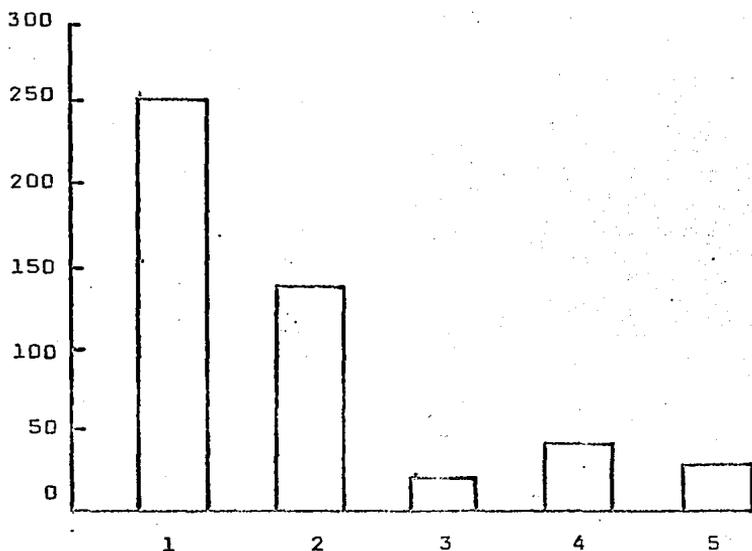
ESQUEMA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE DESNUTRICION DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LAS TARJETAS DE REGISTRO FAMILIAR.

TIPO DE DESNUT.	EDAD	POBLACION A CUBRIR	NUMERO DE DETECC.	%.
PESO NORMAL	0 - 4	310	228	80.00
PRIMER GRADO	0 - 4	310	52	18.25
SEGUNDO GRADO	0 - 4	310	5	1.75

Fuente: Tarjetas de registro familiar estudiadas.

Figura No. 5

REPRESENTACION GRAFICA DE LOS DIFERENTES METODOS DE ---
PLANIFICACION FAMILIAR:



Tipo de método:	Número	Porcentaje:
1.- Hormonales	254	52.61
2.- DIU	137	28.35
3.- Otros locales	19	3.86
4.- Quirurgicos	42	8.75
5.- Otros	31	6.45

Fuente: Tarjetas de registro familiar estudiadas.
Escala: 20 mm representan a 50 derecho-habientes.

ESQUEMA DE LOS DIFERENTES METODOS DE PLANIFICACION
 FAMILIAR DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LAS TARJETAS
 DE REGISTRO FAMILIAR

TIPO DE METODO	POB. DE 15 a 44	POBLACION CUBIERTA	NUMERO DE ACEPTANTES	%
HORMONALES	777	483	254	52.61
DIU	777	483	137	28.35
OTROS LOCALES	777	483	19	3.86
QUIRURGICOS	777	483	42	8.75
OTROS	777	483	31	6.45

Fuente: Tarjetas de registro familiar estudiadas.

C O N C L U S I O N E S .

1.- La tarjeta de registro familiar es un documento que nos proporciona información rápida y concentrada.

2.- La población adscrita a la unidad es de 52467 derecho-habientes, predominando la del sexo femenino.

3.- La población total de las 600 tarjetas de registro familiar es de 2640, también predomina el sexo femenino.

4.- El mayor número de población es menor de los 44 años.

4.- Se encontró que un índice alto de población se encuentra sin esquemas completos de inmunizaciones.

5.- Un alto porcentaje de derecho-habientes no aceptan los diferentes métodos de planificación familiar.

6.- El método más aceptado dentro del programa de planificación familiar es el hormonal.

7.- Son desaprovechados los servicios de detección de los diferentes programas prioritarios.

8.- No se encontraron niños con desnutrición de tercer grado.

9.- El promedio de población por núcleo familiar es de 4.4 derecho-habientes.

C O M E N T A R I O S :

1.- En primer lugar es conveniente volver a implantar el registro de las tarjetas RF-1, ya que es un documento que nos da una información rápida, confiable de nuestros núcleos familiares.

2.- Por medio de nuestro personal adscrito a la unidad es conveniente motivar y concientizar a nuestra población de la necesidad de completar los esquemas completos de inmunizaciones, ya que se observó en el presente estudio que un alto índice de población se encuentra sin esquemas completos.

3.- Es necesario verificar si el paciente enviado por el Médico a los diferentes programas acude a este, ya que de lo contrario es una información únicamente de estadística y no de detección y por lo tanto no cumple con el propósito establecido.

4.- Es conveniente intensificar la detección de los diferentes programas prioritarios, para realizar diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados en beneficio de nuestra población.

5.- Es necesario la promoción de los diferentes programas de planificación familiar, ya que como es sabido no son aceptados o solicitados por una mala orientación o conocimiento de los mismos.