

11226  
7



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
E INVESTIGACIÓN

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E. EN CHETUMAL

**“DIAGNOSTICO DE SALUD DEL MODULO 3 TURNO VESPERTINO  
DE LA C.M.F. CHETUMAL, QUINTANA ROO, BASÁNDOSE EN EL  
MODELO DE ATENCIÓN MEDICO FAMILIAR.”**



2000

**INSTITUTO INTEGRAL  
DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO Q. ROO  
SUBDELEGACION MEDICA  
CLINICA HOSPITAL**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUEBETUMAL 023-204  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE DIRECCION  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:**

**DR. RAFAEL HUMBERTO ALPUCHE DELGADO**



CHETUMAL QUINTANA ROO

1999

2000



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.

“DIAGNOSTICO DE SALUD DEL MODULO 3 TURNO VESPERTINO  
DE LA C.M.F. CHETUMAL, QUINTANA ROO, BASÁNDOSE EN EL  
MODELO DE ATENCIÓN MEDICO FAMILIAR.”

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

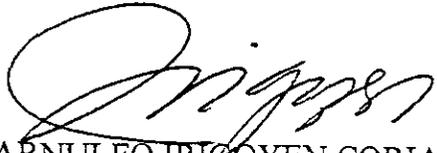
PRESENTA:

DR. RAFAEL HUMBERTO ALPUCHE DELGADO

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

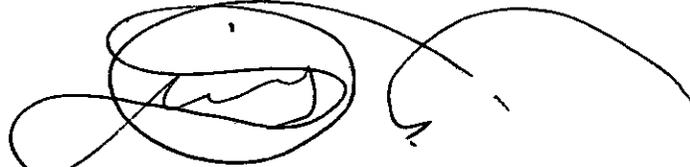
“DIAGNOSTICO DE SALUD DEL MODULO 3 TURNO VESPERTINO DE LA C.M.F. CHETUMAL, QUINTANA ROO, BASÁNDOSE EN EL MODELO DE ATENCIÓN MEDICO FAMILIAR.”

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

PRESENTA:

DR. RAFAEL HUMBERTO ALPUCHE DELGADO

AUTORIZACIONES



DR. OSIRIS OLMOS GRANADOS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA C.H. CHETUMAL Q. ROO



MSP. JORGE JESÚS ESPARZA AGUILAR  
ASESOR DE TESIS I.S.S.S.T.E.

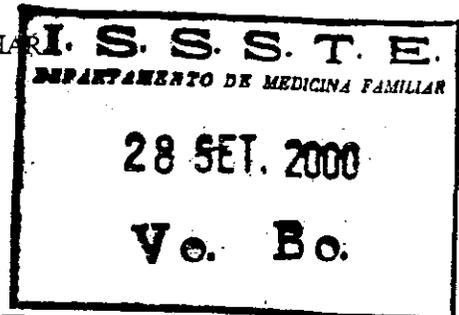


DR. ENRIQUE JESÚS YÁÑEZ PUIG  
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO  
JEFE DE EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.



# INDICE

<b>CONCEPTO</b>	<b>PAGINA</b>
<b>TITULO</b>	<b>1</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>2</b>
MARCO TEÓRICO	2
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>10</b>
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
<b>MATERIAL Y METODOS</b>	<b>11</b>
DISEÑO	11
DEFINICIÓN DE UNIVERSO	11
TAMAÑO DE LA MUESTRA	12
CRITERIOS DE SELECCIÓN	12
DEFINICIÓN DEL GRUPO CONTROL	12
CRITERIOS DE INCLUSION	12
CRITERIOS DE EXCLUSION	12
CRITERIOS DE ELIMINACION	12
DEFINICIÓN DE VARIABLES Y	13
UNIDADES DE MEDIDA	
ASPECTOS ÉTICOS Y DE	14
BIOSEGURIDAD	
<b>RESULTADOS</b>	<b>14</b>
CENSO POBLACIONAL	14
ESTUDIO DE COMUNIDAD	15
CAUSAS DE CONSULTA	16
DISCUSIÓN	16
<b>CONCLUSIONES Y</b>	<b>20</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>24</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>27</b>

<b>ANEXO 1</b> PIRÁMIDE POBLACIONAL	28
<b>ANEXO 2</b> POBLACIÓN POR TIPO DE DERECHOHABIENTE	29
<b>ANEXO 3</b> CUESTIONARIO PARA EL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR	30
<b>ANEXO 4</b> HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR, RESULTADOS.	31
<b>ANEXO 5</b> ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS DEL MODULO	32
<b>ANEXO 6</b> ESCOLARIDAD DE LOS DERECHOHABIENTES DEL MODULO	33
<b>ANEXO 7</b> MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS POR LAS DERECHOHABIENTES DEL MODULO	34
<b>ANEXO 8</b> OCUPACIÓN DE LOS PADRES	35
<b>ANEXO 9</b> INGRESO ECONÓMICO DE LOS DERECHOHABIENTES DEL MODULO	36
<b>ANEXO 10</b> TIPOS DE FAMILIA POR SU DESARROLLO	37
<b>ANEXO 11</b> TIPOS DE FAMILIA POR SU COMPOSICIÓN	38
<b>ANEXO 12</b> ETAPAS DEL CICLO FAMILIAR	39
<b>ANEXO 13</b> DIAGNÓSTICOS MAS FRECUENTES DE 1998	40
<b>ANEXO 14</b> MORBILIDAD DEL MODULO 1998	41
<b>ANEXO 15</b> CONSULTAS POR TIPO DE DERECHOHABIENTE Y POR GRUPO ETAREO	42

**DIAGNOSTICO DE SALUD DEL MODULO 3 TURNO  
VESPERTINO DE LA C.M.F. CHETUMAL, QUINTANA ROO,  
BASÁNDOSE EN EL MODELO DE ATENCIÓN MEDICO  
FAMILIAR.**

AUTOR: DR. RAFAEL HUMBERTO ALPUCHE DELGADO  
Medico Cirujano de la Clínica de Medicina Familiar  
Del ISSSTE en Chetumal, Q. Roo

**RESUMEN:** se realizo el diagnóstico situacional de salud del módulo 3 turno vespertino de la clínica hospital de Chetumal tomándose en cuenta los expedientes asignados al modulo, las consultas objeto de demanda de los derechohabientes asentada en la hoja diaria del medico obteniéndose como principales resultados una asignación de derechohabientes mayor que lo normado, los pensionados representan una parte muy pequeña de la población sin embargo representan un volumen importante de consultas al año, las infecciones respiratorias agudas siguen siendo la principal demanda de consulta seguida de la consulta a sanos, hipertensión arterial e infecciones de vías urinarias; las familias que integran el modulo son principalmente casados, con una escolaridad media, con una edad promedio del padre de 39 años y de la madre de 35 años y el 60% de la familias tienen hijos menores de 10 años, en lo laboral son principalmente técnicos con mas de 3 salarios mínimos los tipos de familia es tradicional, nuclear, urbana y en ciclo familiar de dispersión, por lo que se concluye en realizar un programa de promoción de la salud enfocado a la prevención de las infecciones respiratorias agudas, la orientación sobre la prevención de las infecciones de vías urinarias, la detección y atención oportuna de la hipertensión arterial y el fortalecimiento de la consulta a sanos, ya que es uno de los principios de la medicina familiar.

## **INTRODUCCIÓN**

**DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.-** A través del presente trabajo se pretende conocer el diagnóstico situacional de salud del modulo 3 del turno vespertino de la Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de la Ciudad de Chetumal, Quintana Roo, mediante la identificación del número de derechohabientes asignados, principales causas de demanda de consulta, morbilidad, número de familias adscritas e integración de las mismas, pirámide poblacional, número de consultas otorgadas por el médico y programación de las mismas con la finalidad de poder proporcionar un mejor servicio y optimizar la relación médico paciente.

**MARCO TEORICO.-** “Toda institución hospitalaria debe de estimular el desarrollo de la investigación que genere nuevos conocimientos a la ciencia, investigación básica; o que se busquen problemas específicos de Salud o su atención”<sup>1</sup>, teniendo este marco de referencia y antecedentes se desarrolla el presente trabajo.

En toda investigación en el campo de la salud debe de tomarse siempre en cuenta que el resultado del trabajo médico no puede interpretarse fácilmente, ya que “no puede decirse cuanta salud se ha obtenido con una intervención quirúrgica o con una consulta”<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> DIETERICH, HEINZ 1996

<sup>2</sup> MALAGON LONDOÑO, 1996

Sin embargo, “él médico siempre ha procurado tener en mente que su misión más importante, y de forma tradicional es la de preservar, cuidar o devolver la salud de sus pacientes”<sup>3</sup>.

Considerando lo anterior, debemos de tener presente en cumplir cabalmente “los requisitos de una investigación que son, a) utilizar el método y la ética científica, b) tener una preparación metodológica, c) contar con los recursos necesarios”<sup>4</sup>, “ya que con frecuencia se desarrollan estándares generales que, en numerosas oportunidades, no tienen aplicabilidad bajo las circunstancias locales”<sup>5</sup>.

Por lo tanto el propósito fundamental del presente diagnóstico de salud del módulo 3 del turno vespertino de la clínica de medicina del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo, es aproximarse al conocimiento de la situación objetiva de salud que presenta, por lo tanto se tratará de enmarcar pretendiendo “seguir las megatendencias de las personas que tienen la responsabilidad del cuidado de la salud y entre las que más destacan tenemos:

- Énfasis de la prevención sobre la curación.
- Mayor exigencia de los pacientes.
- Aumento de la vitalidad de la medicina alternativa,
- Calidad y eficiencia como imperativos.

---

<sup>3</sup> GONZALEZ ET. AL 1998

<sup>4</sup> BARQUIN, MANUEL 1981

<sup>5</sup> CORDERA, ARMANDO 1983

- El hospital de hoy: dinosaurio del parque jurásico de la atención médica<sup>6</sup>.

La clínica de medicina familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado procurando estar actualizada desde el año de 1994 ha tenido un gran dinamismo tendiente a modificar los estilos de hacer las cosas, pero estos cambios son lentos debiéndose esperar resultados a mediano y largo plazo, ya que “la medicina familiar hoy por hoy requiere de una organización dinámica que relacione y proporcione continuidad en los servicios de salud en el consultorio, hospital, trabajo social, archivo clínico, vigencia de derechos y residencia de los pacientes, cubriendo siempre aspectos sociales y humanos, ya que en la mayoría de los casos el médico y los que tienen la responsabilidad de proporcionar la medicina familiar, rehuyen a esta y buscan los servicios tradicionales, individuales y desintegrados, ya que por lo común nunca se ha enseñado a pensar en la familia como una Unidad”<sup>7</sup>.

Desde el año de 1994, los directivos de la clínica Hospital de Chetumal se ven a la tarea de reorganizar “los módulos de medicina familiar y que estos tuvieran una población de 500 familias y/o 2 500 derechohabientes”<sup>8</sup> para lo cual integraron 6 módulos matutinos y 6 módulos vespertinos, tomando como parámetros las iniciales de su primer apellido y los años de nacimiento quedando de la siguiente manera:

---

<sup>6</sup> HERNÁNDEZ TORRES, 1996

<sup>7</sup> IRIGOYEN CORIA, 1996

<sup>8</sup> FAJARDO ORTIS, 1983

**TURNO MATUTINO:**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>A-L</b>	<b>M-Z</b>	<b>A-L</b>	<b>M-Z</b>	<b>A-L</b>	<b>M-Z</b>
<b>00-01-12-</b>	<b>02-03-14-</b>	<b>04-05-16-</b>	<b>06-07-18-</b>	<b>08-09-20-</b>	<b>10-11-22-</b>
<b>13-24-25-</b>	<b>15-26-27-</b>	<b>17-28-29-</b>	<b>19-30-31-</b>	<b>21-32-33-</b>	<b>23-34-35-</b>
<b>36-37-48-</b>	<b>38-39-50-</b>	<b>40-41-52-</b>	<b>42-43-54-</b>	<b>44-45-56-</b>	<b>46-47-58-</b>
<b>49-60-61-</b>	<b>51-62-63-</b>	<b>53-64-65-</b>	<b>55-66-67-</b>	<b>57-68-69-</b>	<b>59-70-71-</b>
<b>72-78</b>	<b>73-79</b>	<b>74-80</b>	<b>75-81</b>	<b>76-82</b>	<b>77-83</b>

**TURNO VESPERTINO:**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>M-Z</b>	<b>A-L</b>	<b>M-Z</b>	<b>A-L</b>	<b>M-Z</b>	<b>A-L</b>
<b>00-01-12-</b>	<b>02-03-14-</b>	<b>04-05-16-</b>	<b>06-07-18-</b>	<b>08-09-20-</b>	<b>10-11-22-</b>
<b>13-24-25-</b>	<b>15-26-27-</b>	<b>17-28-29-</b>	<b>19-30-31-</b>	<b>21-32-33-</b>	<b>23-34-35-</b>
<b>36-37-48-</b>	<b>38-39-50-</b>	<b>40-41-52-</b>	<b>42-43-54-</b>	<b>44-45-56-</b>	<b>46-47-58-</b>
<b>49-60-61-</b>	<b>51-62-63-</b>	<b>53-64-65-</b>	<b>55-66-67-</b>	<b>57-68-69-</b>	<b>59-70-71-</b>
<b>72-78</b>	<b>73-79</b>	<b>74-80</b>	<b>75-81</b>	<b>76-82</b>	<b>77-83</b>

Los horarios asignados para la atención de la consulta son para el matutino de las 8:00 a las 14:30 horas y para el vespertino de las 14:30 a las 20:00 horas.

La normatividad existente en las clínicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado señalan que “la atención de un paciente promedio es de 15 minutos, ya que un paciente visto de

primera debe de demandar aproximadamente 20 minutos y uno subsecuente 15 minutos”<sup>9, 10</sup>.

Se señalarán algunos indicadores que nos servirán como punto de referencia con los resultados que se obtengan en el presente trabajo:

- “Cada médico familiar debe de tener una población adscrita de 1 500 a 2 500 pacientes.
- Las consultas de primera vez representan el 20% del total de consultas y tienen una duración promedio de 30 minutos y las consultas subsecuentes representan el 80% y tienen una duración promedio de 15 minutos.
- Un paciente en promedio demanda 6 consultas por año.
- Por cada 1000 pacientes asignados se esperan 15 consultas diarias por día,
- Se consideran 220 días hábiles al año.
- Cuando se conoce la pirámide poblacional la demanda se puede calcular tomando en cuenta que los pacientes menores de un año demandan 12 consultas al año; de 1 a 5 años, 7 consultas; de 6 a 50 años, 4 consultas y los pacientes mayores de 50 años 6 consultas.
- De los pacientes asignados entre el 65% y el 85% hacen uso de los servicios cuando menos una vez al año”<sup>11</sup>.

Las infecciones respiratorias agudas en los últimos 5 años en el estado de Quintana Roo han sido la principal causa de morbilidad, misma que se

---

<sup>9</sup> ROJAS RUBI, 1991

<sup>10</sup> ROJAS RUBI 1993

refleja en el Municipio de Othón P. Blanco en donde se asienta la ciudad de Chetumal, y en la C.M.F. del ISSSTE, llegando a representar en el año de 1998 una tasa de 31600.18, 41618.95, y 25777.5 por 100000 habitantes, respectivamente; siendo este padecimiento el 65.31%, 66.75%, y 63.24% del total de la morbilidad respectivamente.<sup>12</sup>

En 1998, las 10 principales causa de morbilidad del municipio de Othón P. Blanco fueron las Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas, Amibiasis Intestinal, Otras Helmintiasis, Ascariasis, Otitis Media Aguda, Conjuntivitis, Salmonelosis, Asma, Candidiasis Urogenital, representando todas 127147 casos, lo que representa una tasa de 58148.27 casos por 100000 habitantes y representando el 93.26% de la morbilidad. En este mismo año las 10 principales causas de morbilidad de la C.M.F. del ISSSTE en Chetumal, fueron las Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas, Conjuntivitis, Traumatismos, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Otitis Media Aguda, Salmonelosis, Varicela, y Asma, representando todas 18785 casos, lo que representa una tasa de 39025.66 casos por 100000 derechohabientes y representando el 95.76% de la morbilidad de la clínica, teniendo la diferencia con la morbilidad del municipio en que no se encuentran los padecimientos producidos por amibiasis intestinal, otras helmintiasis, ascariasis y candidiasis urogenital, las cuales son sustituidas por los traumatismos, enfermedades crónico degenerativas, como hipertensión arterial y diabetes mellitus, y varicela.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> PARDO TÉLLEZ, 1996

<sup>12</sup> SERVICIOS ESTATALES DE SALUD, 1999

El termino IRA se utiliza para denominar una serie de padecimientos cuyas manifestaciones clínicas iniciales son semejantes, en virtud de que la localización primaria del proceso inflamatorio es en las vías aéreas superiores.

Las IRA's en nuestro país constituyen una de las causas mas frecuentes de demanda de atención medica para la medicina de primer contacto, pero la causa mas trascendente es que son la causa de un gran número de defunciones, sobre todo en los niños menores de 5 años, y sin embargo "el 90% de los casos habían sido revisados por un medico en un plazo no mayor de 72 horas antes del fallecimiento, y la complicación mas frecuente de los adultos mayores son las neumonías ocasionando por un gran número de decesos en estos grupos de edad"<sup>13</sup>.

Las infecciones de vías urinarias se pueden clasificar en bajas, uretritis y cistitis, y altas, pielonefritis; los síntomas ocasionados por las infecciones urinarias bajas se caracterizan por piuria, acompañada con frecuencia de disuria, micción imperiosa o polaquiuria. "La bacteriuria mayor a 1 microorganismo/campo de inmersión en aceite o la piuria mas de 8 leucocitos/campo de gran aumento se correlacionan con la presencia de infección de vías urinarias"<sup>14</sup>.

La pielonefritis representa una infección del parénquima renal, los síntomas de presentación son fiebre y dolor en el flanco, asi como síntomas del tracto urinario inferior.

---

<sup>13</sup> PACHECO Y DIAZ 1995

<sup>14</sup> EWALD Y MCKENZIE 1996

La hipertensión arterial se puede definir como la elevación anormal de la presión sanguínea; “el riesgo cardiovascular se asocia con el nivel de la presión sanguínea y a medida que los valores de presión sanguínea son altos, el riesgo de accidentes cerebrovasculares y eventos coronarios se incrementan”<sup>15</sup>.

Los riesgos de enfermedad cardiovascular son mas bajos para sujetos adultos con valores de presión sistólica menores de 120 mm de Hg y de presión diastólica menores de 80 mm/Hg.

“En muchos países incluido México, se ha encontrado que del 15 al 25% de la población adulta, tiene hipertensión, y dos terceras partes de dicha población corresponden a hipertensión ligera.”<sup>16</sup>

La detección oportuna y “el tratamiento medicamentoso adecuado, reducen el riesgo cardiovascular del 35% al 40%”<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> MAC MAHON S, PETO R, CUTLER J ET. AL. 1990

<sup>16</sup> WHO/ISH 1993

<sup>17</sup> WHO/ISH 1990

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**JUSTIFICACIÓN.-** El presente trabajo identifica la situación de salud que prevalece en el módulo 3 del turno vespertino de la C.M.F. del ISSSTE en Chetumal, Quintana Roo; ya que al ser identificadas éstas, se pueden proponer programas encaminados a la prevención, la identificación temprana, el tratamiento oportuno y correcto, la disminución de las complicaciones las infecciones respiratorias agudas (IRA's), de las infecciones de vías urinarias (IVU's) y de la hipertensión arterial (HTA) y evitar las muertes de estas como principales causas de consulta, la readecuación de los módulos existentes y todo tipo de programas que tengan como objetivo brindar una consulta de calidad a los derechohabientes que lo demanden; todo esto traerá como consecuencia una mejor calidad de la atención médica familiar, menor volumen de derechohabientes demandantes de consulta, disminución del volumen de medicamentos utilizados, disminución de mortalidad infantil, núcleos familiares mejor integrados.

**OBJETIVO GENERAL.-** Coadyuvar a mejorar la calidad de la atención medica del módulo 3 de C.M.F. del ISSSTE de la Ciudad de Chetumal, Quintana Roo.

### **OBJETIVO ESPECIFICOS**

- Identificar las principales causas de demanda de consulta.
- Identificar la morbilidad del modulo.
- Identificar los tipos de familia que conforma el módulo 3 del turno vespertino.
- Identificar los ingresos de las familias del modulo 3 del turno vespertino.
- Mejorar la relación médico paciente.
- Conocer la Pirámide Poblacional del modulo.
- Conocer la integración del modulo por tipo de derechohabiente.
- Conocer el promedio anual de consulta por tipo de derechohabiente.

### **MATERIAL Y METODOS**

**DISEÑO.-** En el presente trabajo es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

**DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.-** Población usuaria del módulo 3 turno vespertino de la C.M.F. del ISSSTE de Chetumal, Quintana Roo.

**TAMAÑO DE LA MUESTRA.-** Comprende las familias que inician su Ficha de identificación de las letras M a la Z con los siguientes años de nacimiento: 04-05-16-17-28-29-40-41-52-53-64-65-74 y 80.

**CRITERIOS DE SELECCIÓN.-**

- Todos los expedientes existentes en el módulo.
- Los participantes en las 150 encuestas al azar de las familias asignadas al módulo que acudieron a consultar, hasta completar el número propuesto.
- Las hojas diarias del médico durante el año de 1998.

**DEFINICION DEL GRUPO CONTROL.-** No fue necesario identificar un grupo control.

**CRITERIOS DE INCLUSION.-**

- Todos los derechohabientes que demandaron una consulta en el año de 1998 y que se asentaron en la hoja diaria del médico.
- Todos los expedientes existentes en el modulo.
- Las familias que asistieron a la consulta hasta acompletar 150 encuestas.

**CRITERIOS DE EXCLUSION.-**

- Población no usuaria del módulo 3 T.V.

**CRITERIOS DE ELIMINACION.-**

- Cuando la hoja diaria del médico no está llenada adecuadamente o el diagnóstico es ilegible.
- Expedientes incompletos
- Hoja diaria del medico extraviada.

### **DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA.**

**Para el censo poblacional** las variables son tanto de tipo cuantitativo como cualitativo identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal para las segundas según sea el caso. Se consideran las variables de:

*Número total de individuos*

*Número total de individuos del sexo masculino*

*Número total de individuos del sexo femenino*

*Número total de individuos por tipo de derechohabiente.*

*Número de individuos de sexo masculino por grupos etéreos*

*Número de individuos de sexo femenino por grupos etéreos*

*Los grupos etéreos se establecen en una amplitud de clase de 5 años.*

Para el **estudio de comunidad** las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal. Se identifican:

*Nombre de la familia*

*Estado civil*

*Años de unión conyugal*

*Escolaridad*

*Edad del padre*

*Edad de la madre*

*Número de hijos (hasta de 10 años de edad)*

Número de hijos (hasta de 11 a 19 años de edad)

Número de hijos (de 20 o más años de edad)

Ocupación de los padres de familia

Ingreso económico

Tipo de familia

Etapas del ciclo vital familiar

Método anticonceptivo

Para la **identificación de las causas de consulta** se consideran variables de tipo cualitativo en la escala nominal, a las cuales corresponden:

Los 10 primeros motivos de consulta por grupo de edad y sexo

Las primeras 10 causas de consulta primera vez por grupo de edad y sexo.

### **ASPECTOS ETICOS Y BIOSEGURIDAD.**

Todo paciente que fue encuestado, para la obtención de datos para la relacionados a esta investigación, serán notificados sobre los objetivos del trabajo y el alcance del mismo, cuidando de cumplir con las “Normas de Helsinki”<sup>18</sup>

### **RESULTADOS.-**

**CENSO POBLACIONAL.-** El número total de familias asignadas al módulo 3 del turno vespertino de la clínica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en la ciudad de Chetumal es de 1350 familias que comprenden a 3264 derechohabientes, de los cuales 1418 son del sexo masculino y 1783 del sexo femenino, la

Número de hijos (hasta de 11 a 19 años de edad)

Número de hijos (de 20 o más años de edad)

Ocupación de los padres de familia

Ingreso económico

Tipo de familia

Etapas del ciclo vital familiar

Método anticonceptivo

Para la **identificación de las causas de consulta** se consideran variables de tipo cualitativo en la escala nominal, a las cuales corresponden:

Los 10 primeros motivos de consulta por grupo de edad y sexo

Las primeras 10 causas de consulta primera vez por grupo de edad y sexo.

### **ASPECTOS ETICOS Y BIOSEGURIDAD.**

Todo paciente que fue encuestado, para la obtención de datos para la relacionados a esta investigación, serán notificados sobre los objetivos del trabajo y el alcance del mismo, cuidando de cumplir con las “Normas de Helsinki”<sup>18</sup>

### **RESULTADOS.-**

**CENSO POBLACIONAL.-** El número total de familias asignadas al módulo 3 del turno vespertino de la clínica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en la ciudad de Chetumal es de 1350 familias que comprenden a 3264 derechohabientes, de los cuales 1418 son del sexo masculino y 1783 del sexo femenino, la

Pirámide Poblacional esta asentada en una base de los grupos etáreos menores de 20 años, la población predominante se encuentra de los 30 a 34 años de edad con 279 hombres y 342 mujeres los que hacen un total de 621 personas. (anexo 1)

La población asignada cuenta con todos los tipos de derechohabientes, siendo la clase trabajadora del sexo masculino de 644 personas, las del sexo femenino de 475, las esposas de los trabajadores son 448 mujeres, los pensionados son 82 pensionados, los padres afiliados son 249 personas y los hijos en su totalidad son 1366. (anexo 2)

**ESTUDIO DE COMUNIDAD.-** Se realizaron 150 cuestionarios (anexo 3), de donde se obtuvo que el 80% de las familias se encuentran casadas y el 14% en unión libre con un promedio de 13.76 años de unión conyugal (anexo 4 y 5), la escolaridad predominante fue la educación media con el 40 % de los derechohabientes, y solamente el 8% son de escolaridad de nivel licenciatura, (anexo 4 y 6), los padres de familia cuentan con un promedio de 39.31 años y la de la madre de 35.57 años. Se detecto que el 60% de las familias cuentan con hijos menores de 10 años, el 42% entre los 10 y los 20 años y solo el 28% de las familias tienen hijos mayores de 20 años, el 40% de las familias no usan ninguna metodología anticonceptiva, los hormonales orales son usados por el 14% de las mujeres y el DIU por el 22 %, el 18 % de las mujeres ya contaban con OTB, (anexo 4 y 7). En cuanto a la ocupación de los padres de familia se obtuvo que el 43% son técnicos y el 27% se dedican a las labores propias del hogar, (anexo 4 y 8). El 76% de las familias cuentan con ingresos

---

<sup>18</sup> LEON, AUGUSTO. 1973

mayores a 3 salarios mínimos, (anexo 4 y 9). En cuanto a los tipos de familia encontramos que el 56% son tradicionales, el 76% son de composición nuclear y el 100% son urbanas, estando estas el 36% en expansión y 38% en dispersión. (anexos 4, 10, 11 y 12)

**CAUSAS DE CONSULTA.-** Las principales causas de consulta en la población asignada al módulo 3 T.V. de la C.M.F. del ISSSTE en la ciudad de Chetumal, Q, Roo fueron las siguientes, 923 consultas por infecciones respiratorias agudas, 469 consultas a sanos, 303 consultas por hipertensión arterial y 302 consultas de infecciones de vías urinarias, de los derechohabientes tipo 2 y 3, trabajadoras y esposas, y los tipos 7 y 8, hijos e hijas, la principal demanda de consulta fue la atención a sanos, la cual se caracteriza por la atención prenatal y atención al niño sano, y en las personas mayores de 50 años la principal demanda fue por hipertensión arterial. (anexo 13)

La morbilidad por grupos de edad se caracterizo por que las Infecciones Respiratorias Agudas fueron la principal causa de enfermedad seguida de las infecciones urinarias y en tercer lugar aparecen las enfermedades diarreicas agudas, presentándose con unas tasas de 220.58 casos por 1000 derechohabientes, 59.74 casos por 1000 derechohabientes y 53 casos por 1000 derechohabientes respectivamente. (anexo 14)

**DISCUSIÓN.-** Los principales resultados obtenidos de la presente investigación se pueden observar en la asignación de núcleos familiares al módulo que son de 1350 familias con 3264 derechohabientes ambos parámetros muy superiores a lo normado por el propio Instituto de

Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que menciona en el manual de normas y procedimientos de las unidades de Medicina familiar que los módulos deberán estar integrados por 2 500 derechohabientes y/o 500 familias rebasándose estos parámetros en un 270% y en 30% respectivamente.

La capacidad de atención consultas del medico familiar del modulo 3 T.V. de la clínica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en la ciudad de Chetumal Q. Roo es de 3 consultas de primera vez y 24 consultas subsecuentes si se considera que el 20 % de su tiempo es para la atención de pacientes de primera vez y el 80% es de pacientes subsecuentes, si este dato se analiza tenemos que el módulo tiene una capacidad de atención de 660 consultas de primera vez y 5 280 subsecuentes sin embargo se generan al año 2 766 consultas de primera vez y 1 857 subsecuentes los que traducido a días hábiles representa 231 días lo que rebasa en un 5% el servicio ofertado, expresado en otros términos, la demanda potencial por cada 1 000 derechohabientes asignados es de 15 consultas al día teniéndose una demanda potencial diaria de 49 consultas 81% mas que lo ofertado.

La pirámide poblacional de este módulo descansa en una base rectangular en menores de 20 años que representan el 41.42% del total de derechohabientes asignados, las mujeres representan el 52.59% y la población mayor de 45 años el 26.19%.

Por tipo de derechohabiente tenemos que los trabajadores (tipo 1 y 2) representan 34.28% (1119) en cambio los pensionado y jubilados (tipo 4)

solo representan el 2.51%, (82), sin embargo en la demanda de consulta tenemos que cada trabajador demanda 1.45 consultas al año y representa el 35% del total anual de consultas y los pensionados y jubilados demandan 2.98 consultas al año y representan el 5.24% del total de consultas anuales.(anexo 15)

La principal causa de demanda de la atención medica fueron las infecciones respiratorias agudas seguidas de la atención a sanos, estos abarcan la atención al niño sano y el control prenatal, el tercer lugar lo ocupo la hipertensión arterial, el cuarto las infecciones de vías urinarias, estas cuatro primeras causas de consulta en su totalidad representan el 42.92% del total de las consultas de primera vez y subsecuentes otorgadas en el año.

La morbilidad fue representada por las infecciones respiratorias agudas, las infecciones de vías urinarias y las enfermedades diarreicas agudas ocupando las tasas de 220.58, 59.74 y 53 casos por cada 1000 derechohabientes adscritos al módulo.

En cuanto a la población tenemos que esta es en su mayoría casada con 13.76 años en promedio de unión conyugal, el 70% tiene un nivel de escolaridad Medio y Medio Superior o Técnico lo que representa un nivel bueno de conocimientos, los padres se encuentran en la cuarta década de la vida siendo la edad promedio de los padres de 39.3 años y el de las madres de 35.6 años, en el 60% de las familias se tienen hijos menores de 10 años, en el 42% entre los 10 y los 20 años y en solo el 28% mayores de 20 años, el 67% de los padres reciben una remuneración económica estable, en el

6% no tienen un ingreso seguro y en el 27% no perciben ingreso por dedicarse a labores del hogar, el 76% de los núcleos familiares tienen ingresos superiores a 3 salarios mínimos.

El 40% de las mujeres no usan ningún método de planificación familiar y solo el 18% de las mujeres tiene un método definitivo (O.T.B.).

La mayoría de las familias por su desarrollo son del tipo tradicional en el 56%, de composición nuclear el 76% en su totalidad son urbanas encontrándose el 36% en expansión y el 38% en dispersión.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.-**

**1.- Para poder brindar una adecuada atención medica se debe de procurar que la asignación de derechohabientes a los módulos de medicina familiar se apeguen a 2500 personas o lo más cercano a esto, ya que de lo contrario se corre el riesgo de una sobre demanda de consulta o bien de un excedente de horas médicos familiares, ya que se encontró en el módulo 3 264 derechohabientes. (anexos 1 y 2)**

**2.- Se deben de establecer programas encaminados a los jóvenes tendientes a modificar los estilos de vida de estos, ya que el día de mañana van a ser los derechohabientes demandantes, en virtud de que el módulo cuenta con el 41.24% de derechohabientes menores de 20 años (anexos 1 y 2) y demandó esta población el 31.1% del total de consultas anuales. (anexo 15)**

**3.- Se debe de establecer programas de atención preferencial pero con responsabilidad a los pensionados y jubilados ya que estos aunque representan un pequeño segmento de la población asignada son los que más demandan la atención medica para el control de patologías crónico degenerativas. (Anexos 13 y 15)**

**4.- Se recomienda establecer programas de orientación de los servicios que presta el ISSSTE en los centros laborales ya que la clase trabajadora es el objetivo primordial del instituto y son estos los que generan el mayor número de atenciones. (anexos 1, 13 y 15)**

**5.- La causa más frecuente de consulta en todos los grupos de edad fueron las infecciones respiratorias agudas, por lo que se propone establecer programas encaminados a la prevención y detección oportuna de este padecimiento y de las acciones que se deben de seguir en el hogar con el objeto de disminuir su incidencia y sus complicaciones:**

- Promover la lactancia materna exclusivamente durante los primeros cuatro a seis meses y complementaria después de esta edad.**
- Vigilar y corregir, en caso necesario el estado de nutrición el niño.**
- Vacunar de acuerdo al esquema propuesto en la cartilla nacional de vacunación.**
- Evitar el fumar cerca los niños.**
- Evitar la quema de leña o uso de braseros en las habitaciones cerradas.**
- Evitar los cambios bruscos de temperatura.**
- En tiempos de frío mantener abrigados a los niños.**
- Proporcionar el aporte adecuado de líquidos, frutas y verduras amarillas, verdes o anaranjadas que contengan vitamina C.**

- **Orientar sobre el hacinamiento humano y la importancia de esto para disminuir la transmisión de estos padecimientos.**
- **Orientar sobre la adecuada ventilación e iluminación de la habitación del niño.**
- **Fomentar la atención médica del niño sano.**
- **Orientación para la detección de complicaciones de este padecimiento para evitar de esta manera las defunciones que pudieran ocurrir<sup>19</sup>. (anexos 1, 2, 13, y 14)**

**6.- Realizar programas enfocados a la participación de la madre de manera como eje principal del hogar, para este fin, la participación del personal de salud es muy importante, ya que todo contacto de estas con los servicios de salud es una oportunidad que debe ser aprovechada al máximo para influir en la adquisición de los conocimientos y practicas que le permitan a la madre tomar las mejores decisiones para prevenir este padecimiento y evitar los daños y complicaciones, e incluso la muerte, que este padecimiento puede causar. (anexos 2, 4, 5, 10, y 11)**

**7.- Realizar programas de capacitación continua a médicos y personal paramédico sobre infecciones respiratorias agudas, infecciones de vías urinarias e hipertensión arterial; para que este personal cuente con los conocimientos actualizados para la realización de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, así como para poder brindar la**

**orientación adecuada al paciente y sus familiares y evitar de esta manera las complicaciones de estos padecimientos y disminuir así el número de defunciones relacionadas a estos.(anexos 13 y 14)**

## BIBLIOGRAFIA.

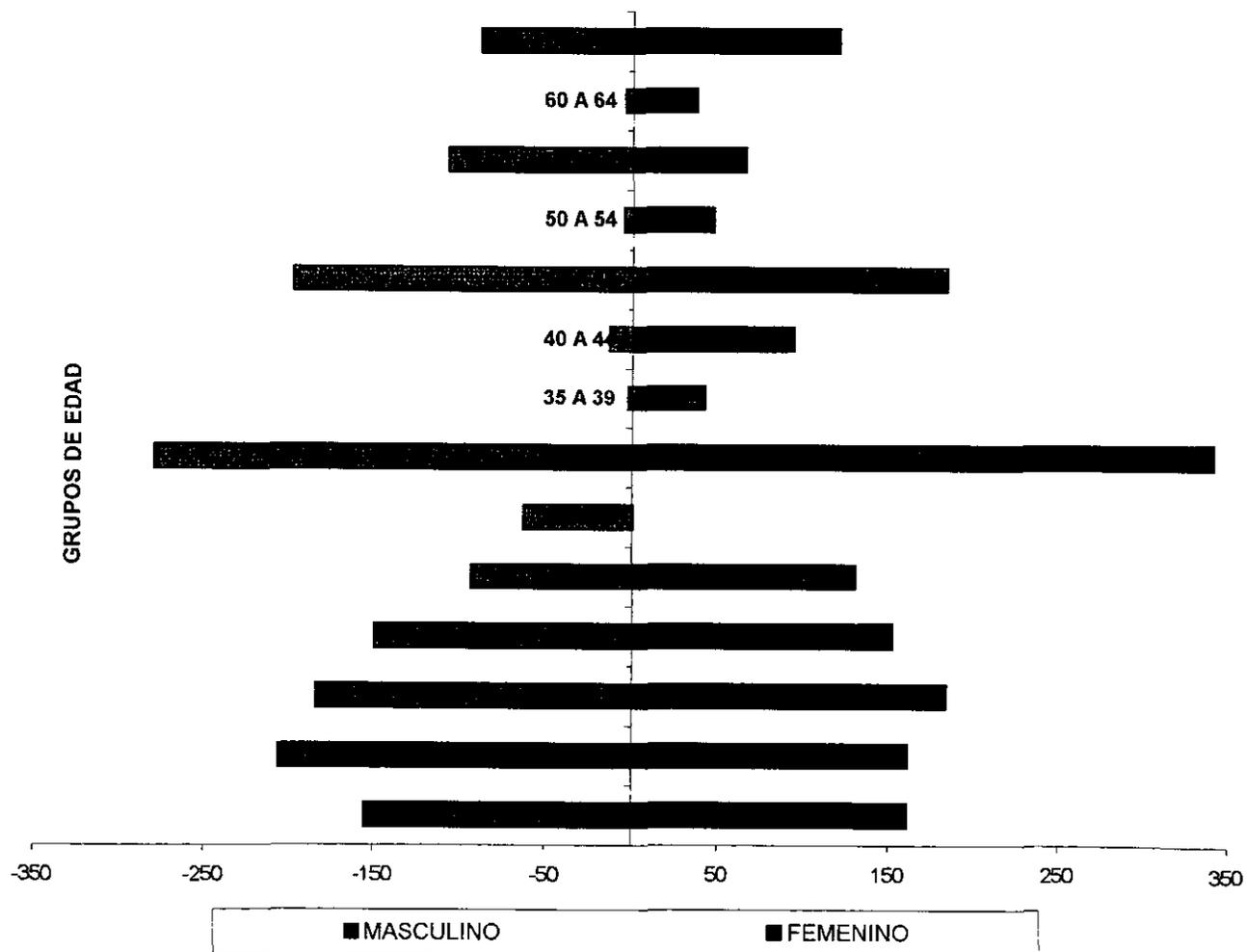
1. DIETERICH, Heinz; **Nueva Guia para la Investigación Científica.** 1996 México. Editorial Planeta Mexicana.
2. MALAGON-LONDOÑO, Gustavo, Et. Al. **Administración Hospitalaria.** 1996. Colombia. Editorial Panamericana.
3. GONZALEZ MOLINA, Julio, Dr. **¡Manos a la Salud!, Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas para la Promoción de la Salud.** 1998 México. Editorial Piensa.
4. BARQUIN, Manuel; **Medicina Social,** 1981 México. Editorial Méndez Oteo.
5. CORDERA, Armando Et. Al; **Administración de Sistemas de Salud.** 1983 México, Editado por Cordera y Bobenrieth.
6. HERNANDEZ TORRES, Francisco Et. Al. **Salud Publica, El Milagro Invisible.** 1996 México, Editorial Gerencia de Instituciones en Salud.
7. IRIGOYEN CORIA, Arnulfo **Fundamentos de Medicina Familiar.** 1996 México, Editorial Medicina Familiar Mexicana.

8. FAJARDO ORTIZ, Guillermo; **Atención Médica, Teoría y Practicas Administrativas.** 1983 México. Editorial Prensa Medica Mexicana.
9. ROJAS RUBI, Rodolfo, **Indicadores Preliminares para Evaluación de Unidades Medicas,** 1991 México, Editorial Subdirección General Medica del ISSSTE.
10. ROJAS RUBI, Rodolfo, **Normas de Operación, de la Clínicas de Medicina Familiar.** 1993 México, Editorial Subdirección General Medica del ISSSTE.
11. PARDO TELLES, Franz M.D., MSP, MSC. y GALVAN MORENA M.D., MSP. **Indicadores y Estandares de la Atención Médica.** 1996 Colombia, Editorial Medica Internacional Ltda..
12. SESA QUINTANA ROO, **Anuario Estadístico 1998,** 1999 México, Editorial Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo.
13. PACHECO, Carlos R. Dr y DIAZ MEJIA, Guillermo S. Dr. **Medicina General, Principales Demandas de Atención,** 1995 Mexico, Editorial Medica Panamericana.
14. EWAL, Gregory A. M.D. y McKENZIE, Clark R. M.D., **Manual de Terapéutica Médica,** 1996 España, Editorial MASSON-Little Brown.
15. MAC, Mahon S., PETO, R., CUTLER J. y Cols. **Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part I: prolonged differences in blood pressure, prospective observational studies corrected for the regression dilution bias.** Lancet 1990 No. 335.

16. WORD HEALTH ORGANIZATION AND INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION MEETING. **Guidelines for the management of mild hypertension, memorandum.** Hypertension 1993 No. 22
  
17. WORD HEALTH ORGANIZATION AND INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION MEETING. **Guidelines Committee. Prevention of hypertension and associated cardiovascular disease.** Hypertension 1990 No. 14
  
18. LEON C., AUGUSTO DR., **Ética en Medicina**, 1973 España, Editorial Científico Medica.
  
19. SSA **Programa de Atención del Niño, Enfermedades Respiratorias Agudas. Manual de Procedimientos Técnicos.** 1998 México, Editorial Secretaria de Salud.

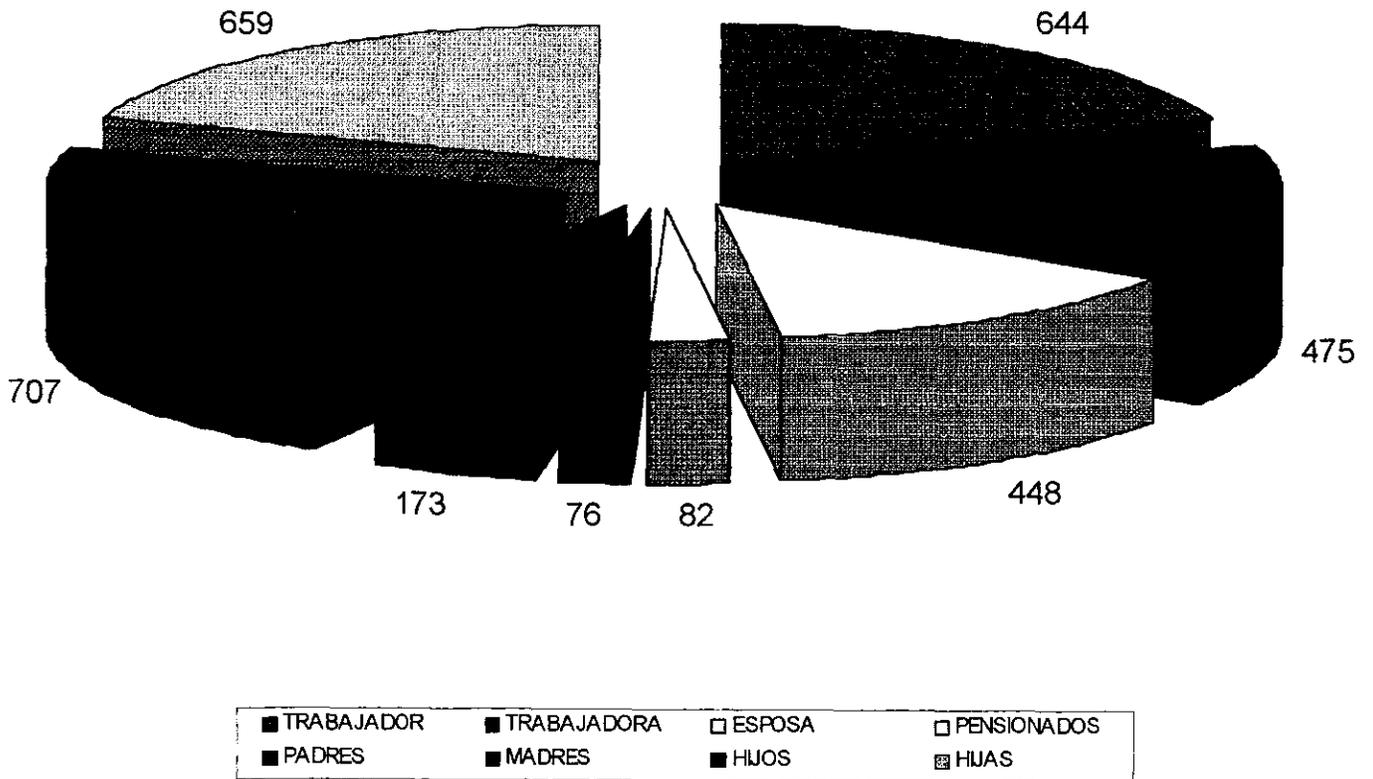
# **ANEXOS**

PIRAMIDE POBLACIONAL DEL MODULO 3 T.V. DE LA C.M.F. DEL  
ISSSTE EN CHETUMAL Q. ROO



FUENTE: EXPEDIENTES DEL ARCHIVO CLINICO DEL MODULO 3 T.V. /1998

**POBLACION POR TIPO DE DERECHOHABIENTE DEL MODULO 3 T.V.  
DE LA C.M.F. DEL ISSSTE EN CHETUMAL Q. ROO.**



FUENTE: EXPEDIENTES DEL ARCHIVO CLINICO DEL MODULO 3 T.V. /1998

**C.M.F. DEL ISSSTE EN CHETUMAL Q. ROO  
MODULO No.3 T.V.**

**ENCUESTA DEL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR**

NOMBRE DE LA FAMILIA \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

	No.
<b>Estado Civil</b>	
Soltero	
Casado	
Unión Libre	
Divorcio	
viudo	
<b>Años de Unión Conyugal</b>	
<b>Escolaridad</b>	
Básica	
Media	
Media Superior o Técnica	
Superior	
<b>Edad del Padre:</b>	
<b>Edad de la Madre:</b>	
<b>Número de Hijos (Hasta de 10 años de edad)</b>	
<b>Número de Hijos (De 11 a 19 años de edad)</b>	
<b>Número de hijos (de 20 o más años de edad)</b>	
<b>Metodo anticonceptivos:</b>	
Hormonales orales	
Hormonales inyectables	
DIU	
O.T.B.	
Otros	
Ninguno	

	No.
<b>Ocupación de los Padres de Familia:</b>	
Profesional	
Técnico	
Empleado	
Hogar	
Otro	
<b>Ingreso Económico:</b>	
< 1 Salario Mínimo	
1 a 2 salarios mínimos	
3 o más salarios mínimos	
<b>Tipo de Familia:</b>	
<b>Desarrollo:</b>	
Moderna	
Tradicional	
<b>Composición:</b>	
Nuclear	
Extensa	
Compuesta	
<b>Demografía:</b>	
Urbana	
rural	
<b>Eapa del Ciclo Familiar</b>	
Expansión	
Dispersión	
Independencia	
Retiro	

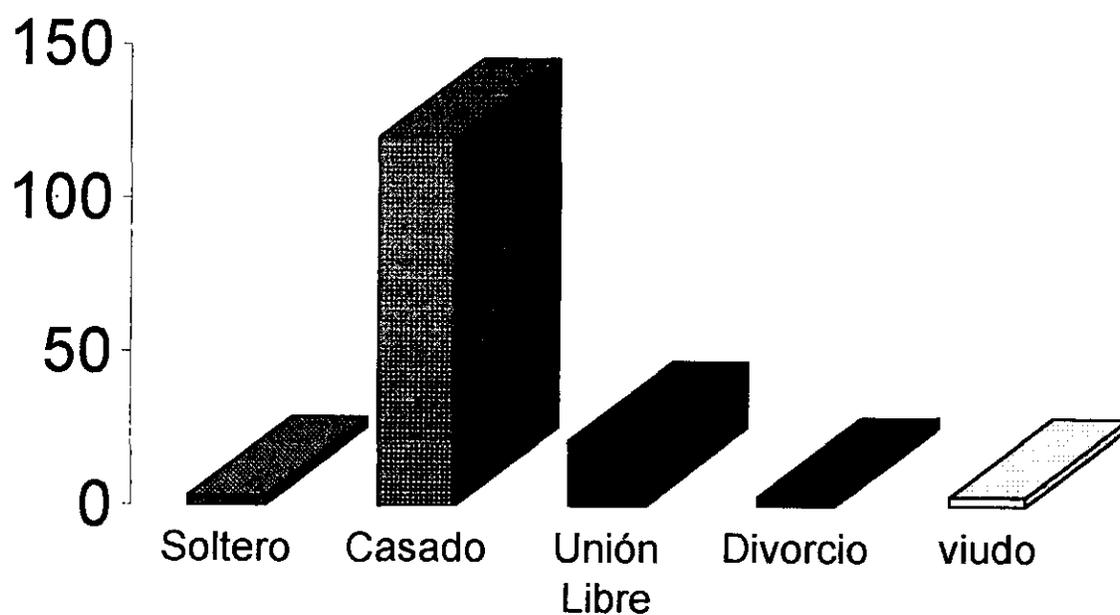
**C.M.F. DEL ISSSTE EN CHETUMAL Q. ROO  
MODULO No.3 T.V.**

**HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR**

	No.	%
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	3	2
Casado	120	80
Unión Libre	21	14
Divorcio	3	2
viudo	3	2
		X
Años de Unión Conyugal	150	13.76
<b>Escolaridad</b>		
Básica	33	22
Media	60	40
Media Superior o Técnica	45	30
Superior	12	8
		X
Edad del Padre:	144	39.31
Edad de la Madre:	147	35.57
Número de Hijos (Hasta de 10 años de edad)	234	60
Número de Hijos (De 11 a 19 años de edad)	99	42
Número de hijos (de 20 o más años de edad)	117	28
<b>Metodo anticonceptivos:</b>		
Hormonales orales	21	14
Hormonales inyectables	6	4
DIU	33	22
O.T.B.	27	18
Otros	3	2
Ninguno	60	40

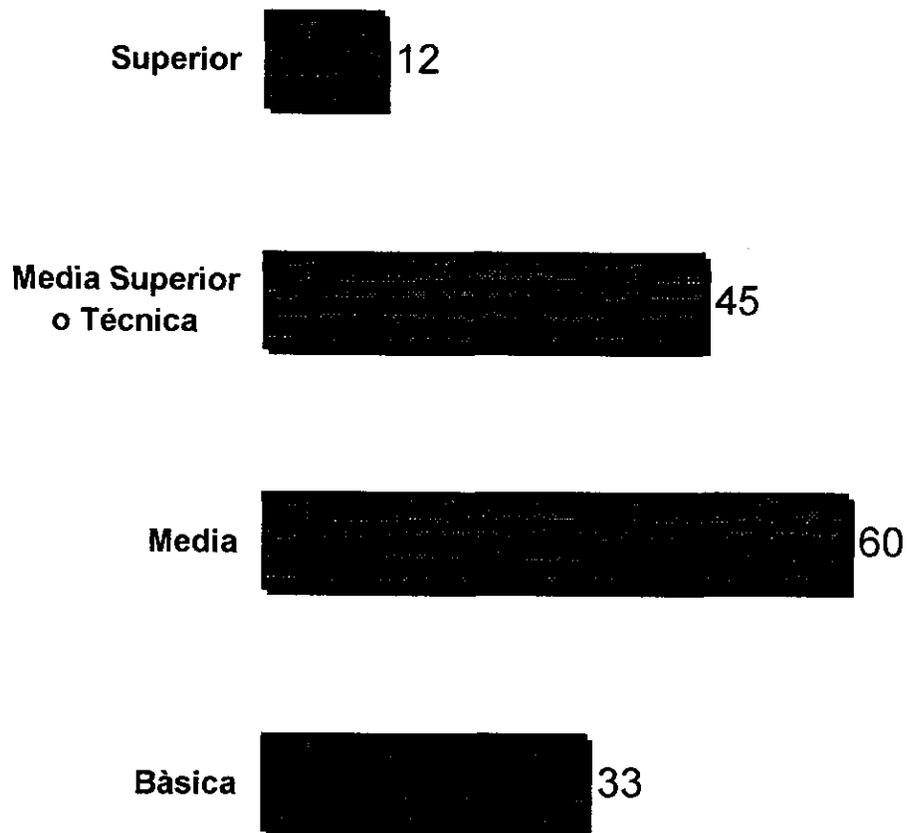
	No.	%
<b>Ocupación de los Padres de Familia:</b>		
Profesional	6	4
Técnico	64	43
Empleado	31	20
Hogar	40	27
Otro	9	6
<b>Ingreso Económico:</b>		
< 1 Salario Mínimo	3	2
1 a 2 salarios mínimos	33	22
3 o más salarios mínimos	114	76
<b>Tipo de Familia:</b>		
<i>Desarrollo:</i>		
Moderna	66	44
Tradicional:	84	56
<b>Composición:</b>		
Nuclear	114	76
Extensa	24	16
Compuesta	12	8
<b>Demografía:</b>		
Urbana	150	100
rural	0	0
<b>Etapas del Ciclo Familiar</b>		
Expansión	54	36
Dispersión	57	38
Independencia	18	12
Retiro	21	14

## ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS DEL MODULO 3 T.V.



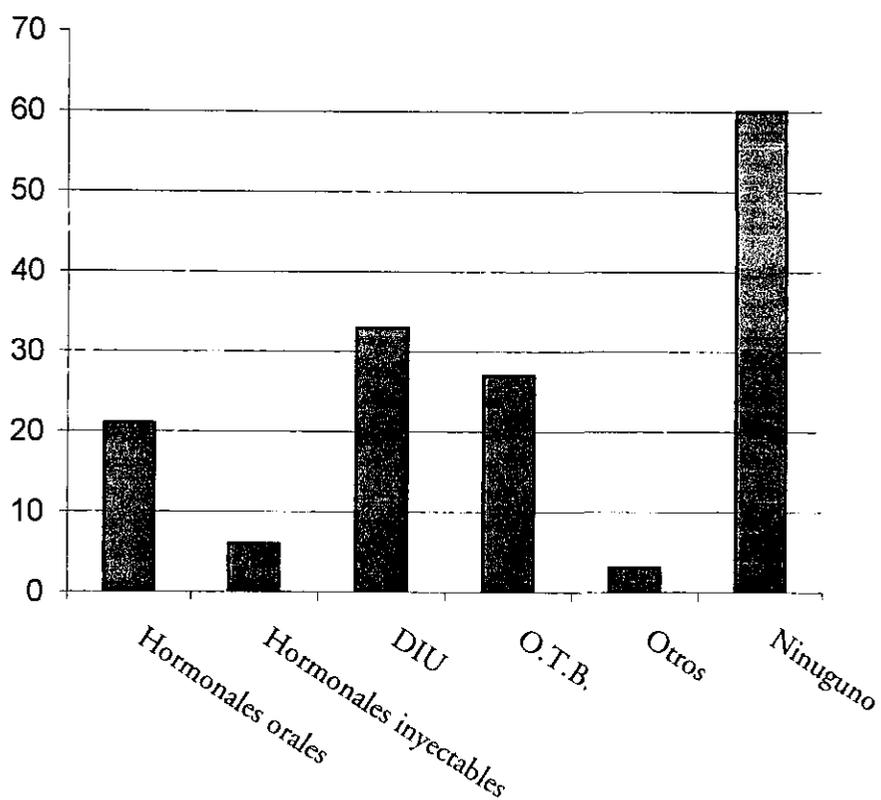
FUENTE: ENCUESTA DEL MODULO 3 T.V. /1998

## ESCOLARIDAD DE DERECHOHABIENTES DEL MODULO 3 T.V.



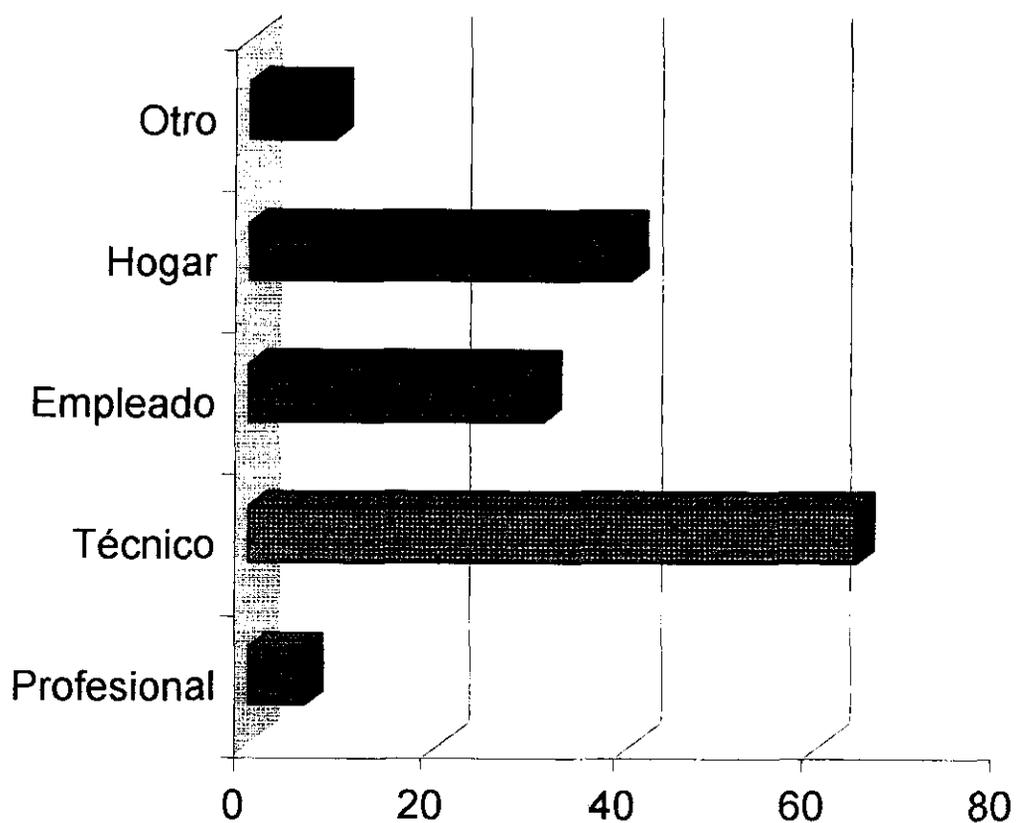
FUENTE: ENCUESTA DEL MODULO 3 T.V. /1998

**METODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS EN LOS  
DERECHOHABIENTES DEL MODULO 3 T.V.**

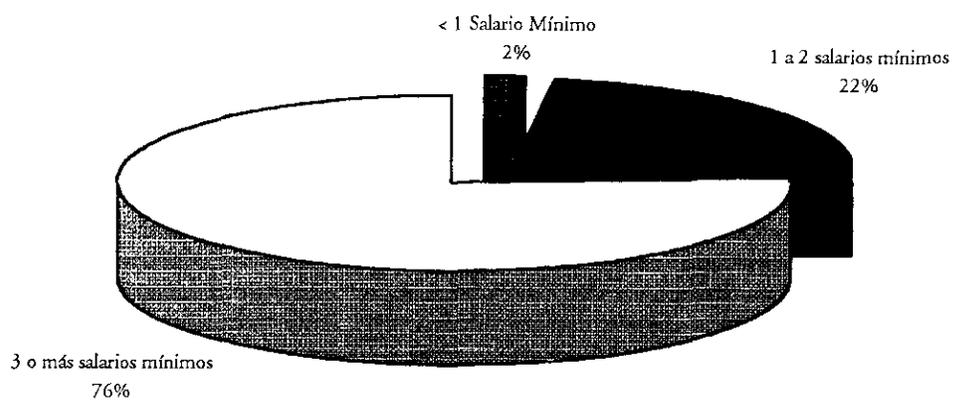


FUENTE: ENCUESTA DEL MODULO 3 T.V. /1998

## OCUPACION DE LOS PADRES DEL MODULO 3 T.V.



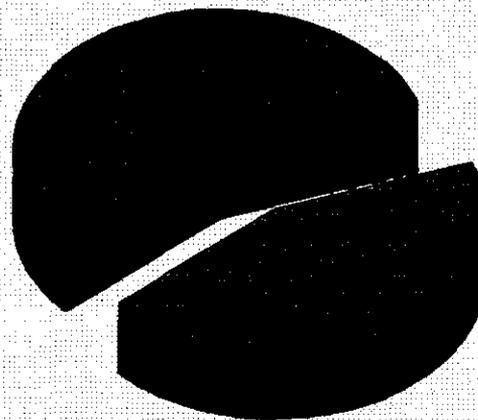
### INGRESO ECONOMICO DE LOS DERECHOHABIENTES DEL MODULO 3 T.V.



FUENTE: ENCUESTA DEL MODULO 3 T.V. /1998

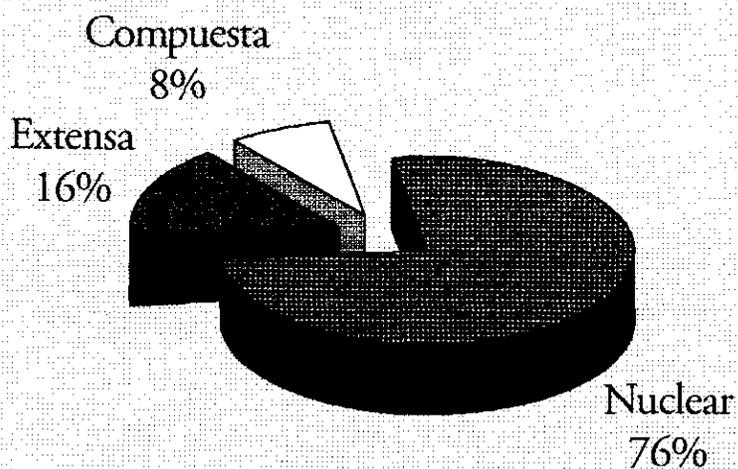
# TIPOS DE FAMILIA POR SU DESARROLLO EN EL MODULO 3 T.V.

Tradicional:  
56%



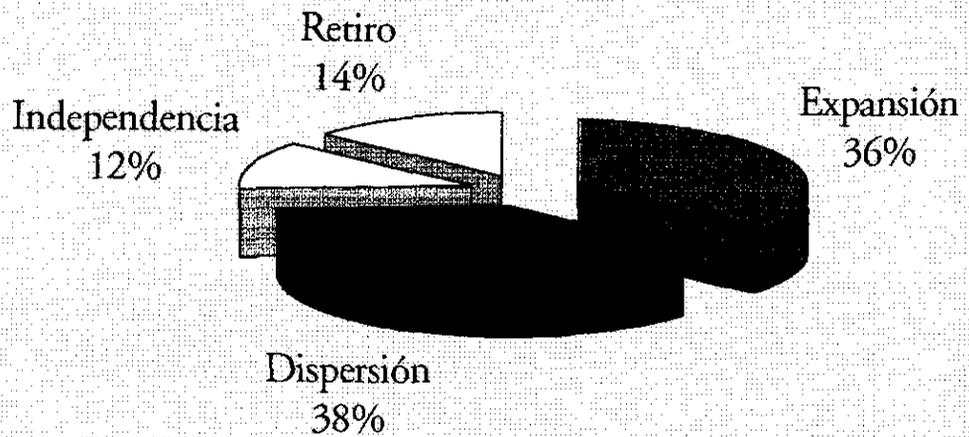
Moderna

## TIPOS DE FAMILIA POR SU COMPOSICION EN EL MODULO 3 T.V.



FUENTE: ENCUESTA DEL MODULO 3 T.V. /1998

## **ETAPAS DEL CICLO FAMILIAR DEL MODULO 3 T.V.**



FUENTE: ENCUESTA DEL MODULO 3 T.V. /1998

**CLINICA HOSPITAL DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE CHETUMAL  
MODULO No. 3 T.V.**

**DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES 1998 POR TIPO DE D.H.**

TIPO DE DERECHOHABIENTE	1		2		3		4		5		6		7		8		TOTALES	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	TOTAL	131		126		93		19		5		33		264		252	923	
	1a. VEZ	110			97		62	5	5	1			22	210			208	720
	SUBSECUENTE	21			29		31	4	5	4			11	54			44	203
SANOS	TOTAL	18		150		145		9		2		6		67		72	469	
	1a. VEZ	12			65		73	3	3	1			4	57			52	270
	SUBSECUENTE	6			85		72	2	1	1			2	10			20	199
HIPERTENSION ARTERIAL	TOTAL	61		38		85		54		13		53		1		0	303	
	1a. VEZ	17			12		19	1	7	2			6				64	
	SUBSECUENTE	44			26		64	35	11	11			47	1			239	
INFECCION DE VIAS URINARIAS	TOTAL	52		61		89		20		2		13		27		38	302	
	1a. VEZ	30			48		56	3	4	1			8	20			185	
	SUBSECUENTE	22			15		33	7	6	1			5	7			117	
DIABETES MELLITUS	TOTAL	56		19		31		32		27		95		9		0	269	
	1a. VEZ	18			4		3	1	1	2			14	3			46	
	SUBSECUENTE	38			15		28	22	8	25			81	6			223	
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	TOTAL	41		37		26		8		0		8		53		43	216	
	1a. VEZ	31			27		20	1	5				6	48		35	173	
	SUBSECUENTE	10			10		6	2					2	5			43	
PARASITOSIS	TOTAL	4		3		11		1		0		1		76		87	183	
	1a. VEZ	3			3		10	1					1	63			86	
	SUBSECUENTE	1					1							13			21	
CONJUNTIVITIS	TOTAL	43		48		14		4		0		5		18		20	152	
	1a. VEZ	39			36		11	4					3	17		14	124	
	SUBSECUENTE	4			12		3						2	1			28	
SALMONELOSIS	TOTAL	38		28		26		1		0		4		5		23	125	
	1a. VEZ	22			24		16	1					1	5		16	85	
	SUBSECUENTE	16			4		10						3			7	40	
OSTEOARTRITIS	TOTAL	15		16		35		8		3		16		5		4	102	
	1a. VEZ	12			11		21		1	3			8	4			62	
	SUBSECUENTE	3			5		14	3	4				8	1			40	
TODAS LAS DEMAS	TOTAL	362	0	279	0	348	0	83	10	35	0	118	0	193	0	186	1609	
	1a. VEZ	202	0	0	174	0	196	17	10	14	0	0	38	130	0	0	910	
	SUBSECUENTE	160	0	0	105	0	152	44	17	21	0	0	82	63	0	0	699	
TOTAL	TOTAL	821		805		901		244		87		352		718		725	4653	
	1a. VEZ	486			499		487	37	36	24			109	557		551	2796	
	SUBSECUENTE	325			306		414	119	52	63			243	181		174	1857	

FUENTE: HOJA DIARIA DEL MEDICO.

CLINICA HOSPITAL DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN CHETUMAL Q. ROO  
 MORBILIDAD DEL MODULO 3 T.V.  
 1998

GRUPO DE EDAD Y SEXO

DIAGNOSTICO	0-1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		75Y MAS		TOTAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
IRA S	18	23	77	80	57	58	34	34	20	20	28	12	1	17	43	48	3	16	20	48	7	13		6	14	8		5	2	2		8	1	1	328	394	
I.V.U.			1	4	8	9	9	8	4	10	8	12		10	12	28		13	7	28		8		1	8	8		1	3		1			54	141		
E.D.A.	4	3	17	8	13	8	10	12	3	9	8	5		5	7	18		1	2	8	10	5	8	1	2	1	2		5	3		1		1	80	93	
PARASITOSIS			20	17	27	28	11	17	4	4	4	6			1			4																67	80		
CONJUNTIVITIS	1		2	3	6	3	2	4	4	8	8	8	1		21	27		2	6	7		2			7	2					1			80	84		
SALMONELOSIS					2	4		8	3	4	4	5		3	10	19		1	4	2	6	4	3			1			1	1				28	57		
H.T.A.														1		1		7		1	8	7	3	4	2	6	8	4	2	6		2	3	1	3	20	44
TRAUMATISMOS			3	1	1	1	4	2	3	2	8	3		1	10	5	1	1	6	4		2			2			2	2					40	24		
TIKIAS			3	4	5	3	2	4	3	5	2	4		2	7	2		1	4	2	3					3	2				1			29	33		
O.A.R.							1		2	5	2	4		3	3	3		6	6	4		5	1	4	1	1		1	1	4		3	1		18	43	
DEMAB	18	15	40	32	48	41	32	24	20	57	37	108		60	8	186		3	38	43	96	16	36	2	23	28	20	1	14	12	11	8	3	4	4	342	789
TOTAL	42	41	163	149	165	155	107	113	66	119	111	165	2	82	122	337	10	91	124	213	35	82	6	42	68	50	4	35	22	23	10	16	7	9	1084	1732	

FUENTE: HOJA DIARIA DEL MEDICO.

**IDENTIFICACIÓN DE LA DEMANDA DE CONSULTA DEL  
MODULO 3 T.V. DE LA C.M.F. CHETUMAL**

**CONSULTAS POR TIPO DE DERECHOHABIENTE**

TIPO DE D.H.	ASIGNADOS	CONSULTAS						
		1 VEZ	%	UBSECIENT	%	TOTAL	PROMEDIO	POR 1000 POR DIA
1	644	496	60.41	325	39.59	821	1.27	5.79
2	475	499	61.99	306	38.01	805	1.69	7.70
3	448	487	54.05	414	45.95	901	2.01	9.14
4	82	73	29.92	171	70.08	244	2.98	13.53
5	76	24	27.59	63	72.41	87	1.14	5.20
6	173	109	30.97	243	69.03	352	2.03	9.25
7	707	557	77.58	161	22.42	718	1.02	4.62
8	659	551	76.00	174	24.00	725	1.10	5.00
<b>SUBTOTAL</b>	<b>3264</b>	<b>2796</b>	<b>60.09</b>	<b>1857</b>	<b>39.91</b>	<b>4653</b>	<b>1.43</b>	<b>6.48</b>
<b>CLINICA</b>	<b>49872</b>	<b>50186</b>	<b>62.54</b>	<b>30057</b>	<b>37.46</b>	<b>80243</b>	<b>1.61</b>	<b>7.31</b>

**CONSULTAS POR GRUPO ETAREO**

EDAD (AÑOS)	ASIGNADOS	CONSULTAS						
		1 VEZ	%	UBSECIENT	%	TOTAL	PROMEDIO	POR 1000 POR DIA
0-4	316	395	78.06	111	21.94	506	1.60	7.28
5-9	367	320	76.56	98	23.44	418	1.14	5.18
10-14	368	220	77.46	64	22.54	284	0.77	3.51
15-19	301	185	77.73	53	22.27	238	0.79	3.59
20-24	223	276	67.65	132	32.35	408	1.83	8.32
25-29	63	94	61.84	58	38.16	152	2.41	10.97
30-34	621	459	63.84	260	36.16	719	1.16	5.26
35-39	44	101	58.72	71	41.28	172	3.91	17.77
40-44	107	337	54.80	278	45.20	615	5.75	26.13
45-49	382	117	53.42	102	46.58	219	0.57	2.61
50-54	52	48	38.40	77	61.60	125	2.40	10.93
55-59	172	118	36.53	205	63.47	323	1.88	8.54
60-64	41	39	31.71	84	68.29	123	3.00	13.64
65 Y MAS	208	87	24.79	264	75.21	351	1.69	7.67
<b>SUBTOTAL</b>	<b>3265</b>	<b>2796</b>	<b>60.09</b>	<b>1857</b>	<b>39.91</b>	<b>4653</b>	<b>1.43</b>	<b>6.48</b>
<b>CLINICA</b>	<b>49872</b>	<b>50186</b>	<b>62.54</b>	<b>30057</b>	<b>37.46</b>	<b>80243</b>	<b>1.61</b>	<b>7.31</b>

FUENTE: HOJA DIARIA DEL MEDICO/1998