

11226
195



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

EXPEDIENTE MEDICO FAMILIAR
UN PROYECTO

TESIS

Que para obtener el Título de
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

presentan

DR. JORGE JAVIER VALVERDE CORNEJO
DR. LUIS FERIA BERNAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 8, SAN ANGEL

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE MEDICINA FAMILIAR

DR. HUMBERTO RUVALCAVA GOMEZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 8, SAN ANGEL

DR. BERNARDO CORTES MARTINEZ
COORDINADOR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA
FAMILIAR.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 8, SAN ANGEL

DR. JOSE MANUEL MENDIZABAL MONTES.
PROF. ADJUNTO DE LA RESIDENCIA DE
MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.8 SAN ANGEL

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ASESOR DE LA TESIS:

DR. BERNARDO CORTES MARTINEZ
COORDINADOR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.8, SAN ANSEL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CON RESPETO Y ADMIRACION

AL DR. LUIS TORREGROSA FERRAEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	9
HIPOTESIS	11
CONTENIDO Y PROCEDIMIENTOS	12
DISCUSION	37
CONCLUSIONES	39
SUGERENCIAS	40
FORMAS EMF-B3.....	41
BIBLIOGRAFIA	65

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION.

En el transcurso de la residencia de medicina familiar tuvimos la oportunidad de observar la dificultad que implica controlar el estado bio-psico-social por medio del expediente clínico individual existente en el Instituto Mexicano del Seguro Social. El cual no es en ningún aspecto anacrónico, ni mucho menos inservible, pero si poco práctico, ya que trata a un solo paciente y difícilmente a un grupo familiar; lo cual en nuestra especialidad es la base de toda medicina integral.

Por esto se tomó la iniciativa de formar un expediente que tuviera la facilidad de ser aplicado y llenar los requisitos de ser similar por lo menos a una historia clínica que contemple el estudio del núcleo familiar, dirigiendo acciones a cada componente de la familia y por consecuencia a toda la familia. Así mismo facilitar los diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados; poner en marcha acciones de medicina preventiva y por consecuencia se espera mejora la relación médico-paciente-familia-institución.

Este proyecto de expediente médico familiar se realiza para mejorar la atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, para beneficio de las familias afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

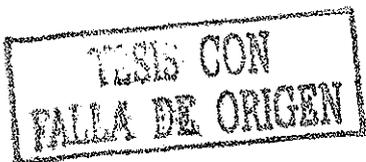
Antecedentes Científicos.

Existe evidencia de lo que llegó a ser la primera historia clínica, la cual se encuentra contenida en el Corpus Hipocraticum, donde se empiezan a considerar los antecedentes del paciente como un factor muy importante; pero no hay una distinción precisa entre los antecedentes y el padecimiento actual. El padecimiento actual lo consideran desde el momento en que es visto y no desde el momento en que empieza el proceso morboso. Sin embargo por medio de esta historia clínica comprenden los aspectos del problema clínico con su interpretación (I).

Esto continuó hasta la época medieval, donde no se toma el expediente clínico propiamente dicho, sino se hace un análisis de la experiencia del médico acerca del padecimiento de su paciente (I).

Es hasta el renacimiento donde existen tres hechos decisivos que cambian el enfoque de la historia clínica y esto nace con la curiosidad para conocer las casuísticas de la enfermedad, la nosología, y la que tuvo mayor trascendencia en la búsqueda de cambios anatómicos por la enfermedad y esto hace el surgimiento de la autopsia (I).

El Dr. Sydenham fué el primero en reconocer la necesidad de obtener una descripción de la enfermedad tan profunda como sea posible y discriminar de los síntomas peculiares, constantes y accidentales; con esto el Dr. Sydenham hace una escuela de médicos con una tendencia para formar historias clínicas individuales (I).



En el siglo XV la anatomía patológica tuvo auge y se hace correlación entre los hallazgos anatómopatológicos y la clínica (1).

Fué hasta el siglo XVII y XVIII cuando ya se hace de la historia clínica un instrumento con metodología. Siendo en esta época por primera vez que al hombre se le dió el carácter de poseer mente y cuerpo, dando además una relación íntima a los pensamientos con las condiciones del cuerpo. (1).

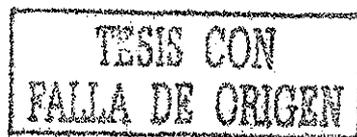
Así continuó hasta los últimos años que se han propuesto varios modelos de expedientes clínicos, generalizándolo en la consulta externa y en hospitalización, no llenando los requisitos para la consulta externa, ya que se emplea demasiado tiempo y no es operable para la consulta de medicina familiar, y no contempla a la familia ni los problemas sociales de la misma, por lo que se han propuesto expedientes para la atención familiar. El primer expediente que llegó a revolucionar la historia clínica para uso en la consulta de medicina familiar fué el Plan Zamora (2), donde se llegó hacer un análisis del papel del médico frente a la familia incorporándose el servicio de enfermería, así como el servicio de trabajo social para formar un equipo de atención médica y se propone la primera tarjeta de registro familiar número 1 (RF1) donde se hace un control del número de la familia, sexo, número de consultas generadas en 1 mes y en seis meses, la canalización a los diferentes servicios de los hospitales de zona, así como el servicio de medicina preventiva.

Posteriormente se propone la RF1 modificada (3), la cual contempla en forma longitudinal a la familia, la cual incluye el número de integrantes de la familia, grado de escolaridad, alfabetismo, estado civil, rol de la esposa, ciclo de la familia, funciones de la familia, vivienda, acciones de medicina preventiva, toxicomanías y la utilización del sistema Royal Mc Bee 22444, el cual es útil para la investigación y docencia, además esta tarjeta contempla el número de consultas y diagnóstico para un control de un año, teniendo hasta el momento una utilidad muy valiosa para el control de la familia.

Posteriormente en 1979 surge la carpeta familiar (4), la cual fué descontinuada por su excesiva papelería y de difícil manejo para la consulta de medicina familiar, siendo este expediente un buen intento en el modelo de expediente familiar, ya que llena las necesidades para el estudio integral de la familia.

La tarjeta familiar consta de las hojas AF1, las cuales se encuentran numeradas hasta el número 19. El expediente familiar integral maneja el registro familiar, acciones de medicina preventiva, concentración anual de actividades, atención odontológica, transito de pacientes, atención prenatal, planificación familiar, transito de pacientes a gineco-obstetricia, crecimiento y desarrollo del niño.

La importancia para la elaboración del expediente clínico familiar es tener en mente que los tratamientos son individuales como integrales con los otros miembros de la familia (6). La importancia del expediente clínico familiar está directamente relacionado a la salud de la comunidad.

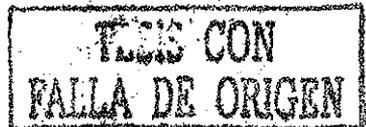


Actualmente en la consulta de medicina familiar se maneja la historia clínica individual, la cual lleva la nomenclatura MF2 (B), que consta de la ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, antecedentes patológicos alimentación, la cual no está bien definida, ya que solo se puede catalogar como buena, regular y mala; antecedentes obstétricos, planificación familiar, acciones de medicina preventiva, medicina de trabajo; por lo que resulta incompleta para los propósitos de la medicina familiar.

Se han realizado en países primermundistas expedientes clínicos controlados por computadora, siendo este modelo de expediente completo y de rápida obtención de datos, pero de difícil manejo y el más importante es que se encuentra lejos de las posibilidades para el manejo en la consulta externa de nuestro país (5). Por medio de estos expedientes se han obtenido buenos resultados de control de sus pacientes, pero a nivel hospitalario. Sin embargo no existen reportes de la literatura médica expedientes familiares manejados y controlados por computadora.

Los computadores se han usado para el estudio científico de la clínica, para analizar datos y para hacer diagnóstico de la comunidad, así como diagnósticos epidemiológicos para uso de la investigación. (7).

Existen expedientes llevados con el sistema de Problema Orientado, en el cual se han obtenido excelentes resultados, pero los cuales son para algunas otras especialidades fuera de la medicina familiar, por ejemplo existen expedientes para enfermos coronarios, diabéticos, oncos, psiquiátricos, planificación familiar, atención odontológica, etc.



Actualmente en la consulta de medicina familiar se maneja la historia clínica individual, la cual lleva la nomenclatura MF2 (B), que consta de la ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, antecedentes patológicos alimentación, la cual no está bien definida, ya que solo se puede catalogar como buena, regular y mala; antecedentes obstetricos, planificación familiar, acciones de medicina preventiva, medicina de trabajo; por lo que resulta incompleta para los propósitos de la medicina familiar.

Se han realizado en países primermundistas expedientes clínicos controlados por computadora, siendo este modelo de expediente completo y de rápida obtención de datos, pero de difícil manejo y el más importante es que se encuentra lejos de las posibilidades para el manejo en la consulta externa de nuestro país (5). Por medio de estos expedientes se han obtenido buenos resultados de control de sus pacientes, pero a nivel hospitalario. Sin embargo no existen reportes de la literatura médica expedientes familiares manejados y controlados por computadora.

Las computadoras se han usado para el estudio científico de la clínica, para analizar datos y para hacer diagnósticos de la comunidad, así como diagnósticos epidemiológicos para uso de la investigación. (7).

Existen expedientes llevados con el sistema de Problema Orientado, en el cual se han obtenido excelentes resultados, pero los cuales son para algunas otras especialidades fuera de la medicina familiar, por ejemplo existen expedientes para enfermos coronarios, diabéticos, oncos, psiquiátricos, planificación familiar, atención odontológica, etc.



Los cuales son parte de un expediente individual (9,10,11).
Actualmente no hay datos que llegase a formarse un expediente por
este método para la atención de medicina familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Planteamiento del problema .

Actualmente el expediente clínico que se maneja en la consulta de medicina familiar contempla aspectos fundamentales para la atención médica , no en forma completa, pero se apoya en la RF1 complementando esta historia , sin dejar de ser una historia clínica individual.

Por lo que consideramos no debe seguir funcionando el expediente individual en la consulta de medicina familiar , ya que tenemos los principios para una atención integral a nivel familiar y en los que podemos incidir para mejor manejo de nuestras familias.

El porque consideramos necesario modificar la historia-clínica es fácil de entender. Como ya se mencionó en líneas anteriores una de las principales causas es que el expediente actual es individual , impidiendo realizar de manera clara la dinámica familiar , así como puede un integrante de la familia influir o modificar la psicodinamia familiar; así como el desconocer su nivel socio-económico y cultural , las condiciones reales de la vivienda y de su alimentación.

El expediente actual no permite determinar de manera objetiva las acciones de medicina preventiva y por lo tanto no se efectúan dichas acciones adecuadamente en el primer nivel de la historia natural de la enfermedad. Desde otro punto de vista , la duplicación de expediente dificulta conocer de una manera rápida y concreta la evolución de nuestros pacientes, así como el exceso de notas que redundan sobre una entidad nosológica, aumentando el volumen del expediente dificultando la recopilación de datos para la investigación a pri -



mer nivel de atención médica , aún cuando la tarjeta RF1 facilita la obtención de datos , sin embargo, no se ha tenido éxito en su elaboración por la falta de concientización e información de su utilidad al médico familiar.

Por lo que se refiere al control prenatal que también se efectúa en hojas de notas médicas , no permite que se siga el caso objetivamente e inclusive se omiten datos de importancia con repercusión desfavorable tanto para el paciente como para el servicio de Gineco-Obstetricia.

En el control del niño sano se lleva a cabo en hojas de notas médicas, las cuales se intercalan con notas médicas, las cuales se intercalan con notas que describen patologías, dificultando el observar concreta, clara y específicamente el desarrollo y crecimiento del niño.

Por lo tanto este proyecto de expediente clínico por su fácil manejo es operable para el grupo interdisciplinario de salud, siendo un intento de mejoramiento de calidad y optimización de la atención médica; por lo que se realiza este proyecto, ya que sería una alternativa de solución , y que consideramos debe existir un expediente con las características que en el desarrollo del método se valorará; además se podrá obtener un control longitudinal en las áreas bio-psico-social y por consecuencia a la población adscrita al respectivo consultorio de medicina familiar , no pretendemos decir que la forma RF1 no es útil , sino por el contrario, mostrar su relevancia y contribuir en crear conciencia en el médico familiar de su utilidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

INMEDIATOS.

- 1.- Definir los elementos y funciones del expediente médico familiar para cumplir su papel de integrador de las actividades de atención médica en la consulta de medicina familiar.
- 2.- La necesidad de un expediente médico familiar único de fácil manejo y en el que pueda obtenerse todos los datos de la familia.

MEDIATOS.

- 1.- Aplicar el proyecto de expediente médico familiar en la consulta de medicina familiar.
- 2.- Utilizar métodos evaluativos para comprobar su utilidad en el primer nivel de atención médica.

FINALES

- 1.- Facilitar el estudio familiar para realizar un diagnóstico integral de la familia.



- 2.- Obtener con este expediente médico familiar la información para realizar investigación integral en el primer nivel de atención médica.
- 3.- Evitar la acumulación de expedientes médicos individuales, así como el exceso de papelería de cada uno de ellos.
- 4.- Controlar en forma longitudinal a la familia desde el punto de bio-psíco-socio-económico.
- 5.- Lograr una mejor relación médico-paciente-familia-institución.



HIPOTESIS

Es posible diseñar un expediente médico familiar que contenga formas mas sencillas, útiles y completas para controlar las familias derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPOTESIS NULA

No es posible diseñar un expediente médico familiar que contenga formas mas sencillas, útiles, y completas para controlar las familias derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPOTESIS ALTERNA

El realizar un expediente médico familiar conduce a la mejor optimización y mejoramiento de la atención médica, así como las acciones de medicina preventiva para mejor control de la población y grado de salud de la familia.

CONTENIDO Y PROCEDIMIENTOS

Se requiere de un grupo interdisciplinario para la elaboración del expediente médico familiar, el cual esta formado por:

- 1.- Médico Familiar.
- 2.- Trabajadora Social.
- 3.- Asistente de consultorio.
- 4.- Personal de archivo.
- 5.- Especialistas en las diferentes ramas.
- 6.- Enfermería.

Cada uno de ellos realizará diferentes actividades para la obtención de datos del expediente médico familiar.

Médico Familiar: Atención del paciente, control de cada uno de los integrantes de la familia y por lo tanto de la familia como grupo al incorporarlos a los diferentes programas básicos de salud, con el propósito de mantener un equilibrio bio-psíco-social.

Atención domiciliaria tanto para establecer una adecuada relación interpersonal médico-paciente-familia, efectuando un estudio integral familiar, como para brindar la atención médica en caso de que un integrante de la familia manifieste enfermedad, la cual lo incapacite para asistir al consultorio de medicina familiar.

Efectuará visita hospitalaria a sus pacientes que ameriten atención a segundo nivel.

Utilizará la hoja de notas médicas del IMSS (4-30-128) para cada uno de los integrantes de la familia que asistan a la consulta, refiriendo la ficha de identificación, anamnesis, exploración física orientada a el motivo de la consulta, comentario, impresión diagnóstica (I.D.), plan de estudios (P.E.), pronóstico (Px), plan de tratamiento (P.T.) firma y clave del médico.

17



No se realizará nota médica si el motivo de consulta es por control del niño sano, control obstetrico (prenatal y planificación familiar) ya que se usaran las hojas correspondientes (EMF-8-83 y EMF-9-83 respectivamente. Asi como en entidades nosológicas que se autolimiten como son los procesos gripales, para lo cual se anotarán en las formas EMF-3-83 y la EMF-6-83, anotando el diagnostico y tratamiento correspondiente.

Los datos obtenidos en la elaboración de la forma 4-30-128 del IMSS se anotarán en las hojas correspondientes de la hoja de consulta, terapia familiar anual (forma EMF-6-83), los resultados de laboratorio y gabinete a criterio del médico (forma EMF-7-83), así como los servicios a que es enviado el paciente, ya que servicio del programa de salud de medicina preventiva (forma EMF-5-83).

En la forma EMF-2-83 se encuentra el familiograma, el cual será llenado en base a las características de la familia. Posteriormente se referirá la forma de como se debe llenar.

Ademas en esta hoja se encuentra un cuadro referente a la dinamica familiar la cual debe ser llenada de acuerdo a las indicaciones que posteriormente se manifestarán, debiendo ser llenada esta hoja exclusivamente por el médico.

Captará en la forma EMF-4-83 los antecedentes personales patológicos y terapia importante en 5 años.

En la forma EMF-3-83 citara los antecedentes heredofamiliares importantes a criterio del médico.

Al recibir la 4-30-8 de contestación de especialidades guardará la hoja en el expediente y anotará tratamiento, exámenes de laboratorio y diagnostico en las hojas correspondientes.

Trabajadora Social: Realizará estudios socioeconómicos familiares que el médico solicite, esto será intramuros y de preferencia en el hogar de la familia, contribuyendo en la orientación familiar adecuada. Anexando dicho estudio en el expediente médico familiar.

Asistente de consultorio.- Captará la asistencia de los pacientes al consultorio y colocará el expediente médico familiar en su consultorio antes que inicie la consulta, y recopilará previamente los datos de la Forma EMF-1-83; los programas básicos aplicados en 1 año de cada integrante de la familia los vaciara en la forma EMF-5-83; además vaciara los resultados de laboratorio y de gabinete en la forma EMF-7-83 para cada uno de los integrantes de la familia, así como llenará el cuadro de calificación y valores que se encuentra en la forma EMF-2-83.

Personal de archivo.- Captará adecuadamente los expedientes ubicándolos en forma estratégica para su mejor manejo, además de vigilar la vigencia de cada uno de los integrantes de la familia.

Especialistas de las diferentes ramas.- Deberá recibir una hoja de envío (4-30-8) del IMSS procedente del médico familiar, acompañando si es necesario el envío del expediente médico familiar bajo criterio médico, la cual tendrá formas de notas médicas (4-30-128) para la elaboración de la nota del especialista.

En caso de requerir hospitalización uno de los integrantes de la familia se solicitará el expediente médico familiar a su clínica de adscripción a criterio del médico.

Enfermería.- En caso de no existir asistente de consultorio el personal de enfermería realizará las actividades asignadas del personal que substituye.



FORMA EMF-1-83

En el anverso se encuentra la ficha de identificación familiar en la que se indicará la familia en estudio, anotando los apellidos paterno y materno, número de afiliación, teléfono, domicilio actual y fecha en que reside en ese domicilio; nombre del jefe de la familia, empresa en que trabaja, clínica de adscripción, fecha de la elaboración de la historia clínica familiar, la hora y el médico tratante (nombre y número de matrícula).

En la primera columna se encuentra el número de integrantes de la familia padre, madre y hasta 9 hijos además los abuelos maternos y paternos, en la siguiente columna se pondrá el nombre de cada uno de los integrantes de la familia; en las siguientes dos columnas se pondrá la edad de cada uno de los integrantes de la familia identificándolos por sexos "M" de masculino y "F" de femenino; en las siguientes tres columnas se pondrá la fecha de nacimiento refiriendo día, mes y años de esta; en las siguientes columnas se referirá la actividad u ocupación actual; las siguientes ingreso mensual e individual, estado civil, lugar de origen, escolaridad, habita en la misma casa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(sí ó no), tóxicomanías (tipo y cantidad al día identificándolo por cruces, + ocasional sin llegar a la embriagues; ++ ocasional con embriagues; +++ cada ocho días con embriagues; ++++ todos los días hasta la embriagues), en la última columna se pondrán los factores de riesgo de medicina preventiva como Tb, DM, Ca, enfermedades venéreas, HTA.

En el renglón final se encuentra "otros familiares", que dependen ó no del jefe de la familia y vivan en el mismo techo de la familia en estudio; en el mismo renglón se encuentra el total de integrantes de la familia y el total de ingreso percapita. En "Problemas Familiares" se anotarán los que se captan durante el estudio de tipo socio-económico.

En el inciso "Distribución Económica" se encuentra en la primera columna el año, los cuales tienen una vigencia para 5 años, en la columna siguiente se encuentra el ingreso mensual y en las siguientes columnas se encuentran la distribución de egresos como vestido, ahorro, deudas, escuelas, renta, transporte, energéticos, diversiones, luz, agua, alimento, otros y el total de egreso al mes.

En el reverso de esta hoja se encuentran las condiciones habitacionales, refiriendo las características de la habitación, donde se contempla el tipo de casa (propia, sola, rentada, prestada, compartida, departamento, vecindad); las paredes de que tipo de material se encuentran hechas, piso y techo; el número de cuartos que tiene la casa; el agua (entubada, transportada, potable, no potable); el manejo de las excretas (al aire libre, fosa séptica, drenaje, letrina);



la eliminación de basura (insinerada, eliminada por el sistema de recolección, eliminada en terrenos baldíos); promiscuidad (sí existe ó no); hacinamiento (sí ó no); urbanización (sí ó no); luz eléctrica (sí ó no).

"En alimentación familiar" se anotará el tipo de alimentos por semana que consume la familia, considerando el número de días y la cantidad, analizados por un período de 5 años, Con esto nos podemos dar cuenta del tipo de la alimentación familiar y los cambios que existen en un lapso de 5 años, y la repercusión de las condiciones socioculturales en el estado nutricional de la familia. Esta forma EMF-1-83 tiene una vigencia de 5 años y será llenada por la asistente de consultorio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el anverso se encuentra en el primer renglón la familia en estudio anotándose apellido paterno y materno; el segundo renglón se encuentra el número de afiliación y la fecha en que se realiza el estudio.

En el cuadro "Calificación y valores" tiene como finalidad calificar las condiciones de la vivienda; estado cultural; estado económico de la familia; los valores serán calificados del 1 al 5 dividido en 5 columnas, las cuales están del 1 al 5; determinando su ocupación estado civil, ingreso mensual, condiciones habitacionales como las características de la construcción de la vivienda y los servicios de la misma por ejemplo: las excretas (drenaje, letrina, fosa séptica, al aire libre); agua (potable, entubada, transportada, potable no potable, pozo, noria); eliminación de basura (incinerada, eliminada por el sistema de recolección, depositada en terrenos valdíos); el uso de gas, petróleo, carbón, leña.

Determinando estas condiciones de vida de la familia se sumarán los resultados y se considerará con menos de 16 puntos familia excelente; de 16 a 21 puntos familia buena; más de 22 puntos familia problema. Este cuadro será llenado por el médico familiar.

El cuadro de "Estructura familiar" tiene 5 columnas con los años de 1982 hasta 1986, para ser calificado anualmente en los renglones se encuentra el tipo de estructura en la que cada año se presenta ó se ha modificado como un proceso de la familia.

Nuclear.- La presencia en el mismo techo de padre madre e hijos.

Extendida.- La presencia de padre, madre, hijos y otro familiar consanguíneo en el mismo techo.

Compuesta.- La presencia de padre, madre, hijos y otro familiar no consanguíneo en el mismo techo.

En el cuadro de "Ciclo de la vida familiar".

Matrimonio.- Cuando están la pareja hombre y mujer solos.

Expansión.- Cuando la pareja tiene un hijo ó más.

Independencia.- Cuando uno de los hijos sale del núcleo familiar ó no depende económicamente de los padres.

Dispersión.- Cuando los hijos se encuentran en la escuela ó en guarderías.

Retiro.- La muerte de uno de los integrantes de la familia.

En el cuadro "Integración familiar".

Integrada.- Cuando los vínculos familiares son adecuados con buena relación interpersonal.s entre sus miembros y hay buena comunicación entre ellos.

Semi-integrada.- Cuando viven todos los miembros de la familia en el mismo techo, pero existen conflictos interpersonales ó no existe comunicación.

Desintegrada.- Cuando uno de los miembros por conflictos interpersonales deja de pertenecer al núcleo familiar.

En el cuadro "Funciones de la familia que ameritan atención".

Socialización.- Inicia cuando los hijos empiezan la escolaridad.

Cuidado.- Atenciones hacia los hijos.

Afecto.- Desde el punto de vista emocional las necesidades de la familia.

Reproducción.- El crecimiento en el número de integrantes de la familia.

Status Social.- Grado socio económico que se alcance en nuestra sociedad.



En el reverso de esta hoja se encuentra el "Familiograma" encontrándose en el margen izquierdo la simbología para ser llenado. Estos símbolos se anotarán de acuerdo a las características de la familia como son las condiciones civiles (unión libre, matrimonio, divorcio), así como las relaciones interpersonales que guardan cada uno de los integrantes. Además se anotarán los hijos en orden cronológica de izquierda a derecha anotando así mismo los partos gemelares, abortos, embarazo y muerte. Este cuadro será llenado por el médico familiar.

En la parte superior derecha e izquierda se encuentra el famiolograma del padre y la madre de la familia en estudio donde se localizarán a estos en orden cronológico de izquierda a derecha de la familia que proceden.

En el cuadro siguiente se encuentra la "Dinámica Familiar", en este se encuentran en la primera columna los integrantes de la familia, continuándose con varias columnas para cada uno de los enunciados que corresponden a cuatro grandes grupos, como son: Acción e interacciones, medios de provecho, medios de producción y roles; estos a su vez se subdividen en la forma que a continuación mencionaremos: Jerarquía es el nivel de autoridad que se ejerce en la familia, del padre con la esposa y estos a su vez con los hijos, y que los padres lo comparten en forma flexible. Ocasionalmente la madre, padre, hijo ó abuelo toman el poder para manejar a la familia, ya que su poder de mando es mal alto jerárquicamente otorgándole funciones parentales. Por lo que calificará con la letra "S" si es solo ó "J" si es junto con otro miembro de la familia.

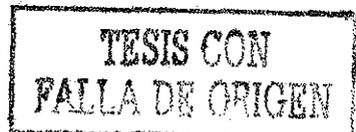
Límites: Roles particulares de padres e hijos definiendo los derechos y obligaciones de los integrantes de la familia, por lo que se calificará con la letra "I", si invade hacia arriba se pondrá una flecha dirigida hacia arriba (cuando el niño juega un rol de padre) y si invade hacia abajo, se pondrá una flecha dirigida hacia abajo (cuando el padre juega un papel de niño).

Centralidad: Es la capacidad de atención que recibe cada uno de los integrantes de la familia. Se dice que el padre tiene poca centralidad cuando su posición es limitada a cierta actividad, por ejemplo: concretarse al llevar el dinero al hogar. Por lo tanto se calificará en cruces de una a tres.

Geografía: (Territorio ó mapa) es el esquema de afinidad y organización de la familia, distribución de la familia al ir a comer, dormir, viajar, etc. refiriendo con quien lo hace padres ó hermanos ó con los abuelos calificándose con una "S" si es solo y "J" si es junto con algunos de sus familiares.

Alianza: Asociación en re dos ó más miembros de la familia como es entre los esposos y entre los hijos por sexo y edad. Las hay funcionales entre hermanos como en los esposos y son disfuncionales cuando es de padres a hijos. Se calificará con la letra "N" de nula, la letra "M" de mala, y la letra "R" de regular.

Medios de provecho: Conflicto ó coalición. cuando dos personas jurtan para dañar a un tercero y se calificará con la letra "D" si está desunido y con la letra "U" si está unido.



Coexistencia: Tolerancia de cada uno de los miembros de la familia y se calificarán con la letra "B" de bueno y con la letra "N" de nula.

Aceptación: Es el estar de acuerdo con respecto al comportamiento del grupo familiar y se calificará con la letra "B" de bueno y "N" de nula.

Cohesión: Es la acción recíproca ó adhesión entre los integrantes de la familia y se calificarán con la letra "B" de bueno y con la letra "N" de nula.

Medios de producción: Vitales.- Son las motivaciones que mueven a los componentes familiares a mantener los aspectos biológicos de esa familia por lo que calificará con la letra "R" de regular, la letra "B" de bueno y la letra "N" de nula.

Interpersonales: Son las motivaciones que mueven a los componentes familiares a mantener el estado social de la misma y se calificará con la letra "N" de nula, "B" de bueno y "R" de regular.

Afectivos: Son las motivaciones que mueven a los componentes familiares a mantener el equilibrio psicológico de la familia y se calificará con la letra "B" de bueno, "N" de nulo y "R" de regular.

Roles: Constitución.- Es el mantenimiento del grupo, fortalecimiento del grupo para ir en busca del bienestar de la familia como grupo y se calificará con la letra "B" de bueno, "N" de nulo y "R" de regular.

Individualidad: Es la satisfacción de cada individuo que forma parte del grupo familiar para cumplir con una función extra familiar como son el trabajo, el estudio y la recreación y se calificará como "B" de bueno, "N" de nulo y "R" de regular.



En la parte inferior derecha de este cuadro se encuentra la nomenclatura con la que va hacer llenada la dinámica familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FORMA EMF-3-83

En esta hoja existen datos de parentesco, edad de los integrantes de la familia ; existe una columna de antecedentes heredo familiares patológicos , los cuales datos comunes para toda la familia ; en la cuarta columna se deberá anotar las inmunizaciones de cada miembro de la familia, este dato consideramos que contribuye para que el médico familiar efectue acciones conjuntas con Medicina preventiva al enviar a los integrantes de la familia que no tengan el cuadro de inmunizaciones completo. Las siguientes columnas corresponden a los meses del año y en cada una de ellas se anotarán exclusivamente enfermedades de relevancia como motivo principal de consulta durante estos meses; siendo esta hoja reemplazable cada año , ya que estos datos serán captados en la forma EMF-4-83 por el médico familiar.

Posteriormente se encuentran cinco angostas columnas, las cuales corresponden al servicio donde se envia el paciente (especialidad, fisioterapia ,medicina preventiva , urgencias y odontología).

En la siguiente columna se anotarán los días de incapacidades acumulados cada 6 meses y cuya fuente seran las notas médicas (4-30-128 del I.M.S.S.) , donde se anotarán tanto los días de incapacidad como el número de la misma .por último existe una columna a la cual corresponden las defunciones , en esta solo se anotará la fecha de la defunción que suceda en el año en curso.

Esta hoja deberá ser llenada por el médico familiar.



FORMA EMF-4-83

En esta hoja se anotarán los antecedentes personales patológicos y la terapia importante en 5 años , lo cual estará actualizado con el vaciamiento anual en esta hoja de los datos de la forma EMF-3-83; también incluye los siguientes datos: Familia, afiliación y fecha de inicio de llenado.

Existe una columna para la medicación crónica o importante, la cual sera considerada a criterio médico ; otra columna para cada año , en donde se anotarán las enfermedades , no se podrá repetir la misma enfermedad anotada en el año anterior.

Finalmente contiene un espacio de observaciones , en donde se realizaran anotaciones relevantes en relación a los antecedentes personales patológicos.

Esta hoja debera ser llenada por la asistente de consultorio.

FORMA EMF-5-83

Corresponde a los programas básicos aplicados en un año en cada uno de los integrantes de la familia; en esta forma se comprenden once columnas que se refieren a los programas de medicina preventiva (odontología, eradicación estreptococcica, D.F.R , P.P.F.V. , D.T.B.P. , enfermedades venereas, D.O.D. D.O.C., detección de cáncer mamario, inmunizaciones y control del niño sano); se anotaran fecha y acción realizada.

Esta hoja sera fuente de datos para actualizar tanto la EMF-3-83 y la EMF4-83; siendo de una vigencia anual. Contiene un espacio de observaciones para anotaciones relevantes en relación a las acciones de medicina preventiva . Con lo anterior se obtendrá el nivel preventivo primario a su real capacidad.



FORMA EMF-6-83

En esta forma se anotarán las terapéuticas medicamento -
sas familiares importantes para cada integrante de la familia.
Con la finalidad de saber cuando se inicia o bien en que fecha
se cambio de medicamentos; tiene vigencia anual y los da-
tos actualizarán a la EMF-4-83.

También incluye espacio de observaciones.

FORMA EMF-7-83

En esta hoja se anotarán los resultados de laboratorio -
y gabinete importantes tanto para la evaluación de un padeci-
miento como para la detección de enfermedades, evitando el ex-
travío de las hojas de resultados de laboratorio y gabinete;-
contiene columnas para cada año, teniendo una caducidad de 5-
años, por lo que se elaborará una nueva forma para los 5 años
siguientes, permaneciendo la anterior o bien ser desechada e-
criterio médico. Cabe aclarar que este expediente médico fami-
liar contiene una hoja donde se pegarán los resultados de la-
boratorio y gabinete que mas adelante se mencionará .

Es exclusivamente para datos gineco-obstetricos, de planificación familiar y control prenatal, por lo que solo se anexará a consideración del criterio médico familiar.

En el anverso contiene un cuadro correspondiendo a la primera columna el número de embarazo, en la 2da. columna se escribirá el año en que curso en ese embarazo, en caso de que el embarazo concluya en aborto se señalará con una X si fué provocado ó bien espontaneo en la columna correspondiente, en la columna de nacimiento se pondrán las semanas de gestación en las siguientes columnas, se escribirá una "D" si fué distócico ó bien una "E" si fué eutócico, en caso de haber requerido cesarea se señalará con una "X" en la columna cuyo enunciado dice cesarea; en la columna correspondiente a recién nacido se señalará con una "X" si nació vivo y en sexo se inscribirá una "M" para el sexo masculino ó bien una "F" para femenino, en el caso de macrosomia se indicará peso al nacer, si se detectó alguna mal formación congénita se hará mención con el término "si", también se afirmará con una "si" en caso de haber presentado el recién nacido ictericia sin especificar si fué ó no fisiológica, si el puerperio fué de evolución normal se indicará con la letra N; si la madre brindó lactancia únicamente se inscribirá el término "si", en caso de haber presentado complicaciones se señalará con las siglas SR.N. en caso del recién nacido ó bien S.M. en caso de la madre, finalmente para este cuadro existe un renglón para condición



actual da producto donde solo se mencionará el término sano ó bien se mencionará la patología portadora.

Abajo del cuadro antes descrito se anotarán los datos que se citan a continuación: Menarca, ritmo menstrual y características, trastornos menstruales, V.S.A. si existe ó no dispareunia, sangrado post-coito número de gestaciones para abortos, cesareas anotando motivo, edad, gestacional del aborto (s), en legrados se pondrá años de realización en el inciso de macrosomias el número de estas, en caso de distocias el número y la causa; en las complicaciones del parto solo se anotará y citar la patología agregada (ejemplo: eclampsia, diabetes M. etc.) también se escribirá FUP;FUM. fecha del último DDC, si existiera flujo vaginal sus características (color, cantidad, fetidez, prurito vulvar acompañante y tiempo de evolución) en caso de existir problemas mamarios se citará el padecimiento, lo anterior debido a que si se detecta alguna patología se tendrá que elaborar una nota médica (forma 4-30-12B del IMSS) en donde se efectuará lo más explícita posible, así como concreta, esto no solo es para alteraciones de las glándulas mamarias sino que también se efectuará para otra patología gineco obstetrica detectada. Se escribirá el número de relaciones sexuales por mes y la utilización de métodos anticonceptivos, así como sus fallos. Por lo que se refiere a la exploración física ginecológica se mencionará peso, talla, signos vitales; en las regiones anatómicas citadas, en caso de encontrarse sin datos anormales que consigna solo se anotará SDPA (sin datos patológicos aparentes) en caso contrario concretamente se citará el dato, en caso de existir cicatriz quirúrgica e interrogando se detecta histerectomía, se anotará fecha de realiza-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ción y motivo, también se escribirá el PPFV a utilizar y la fecha de inicio. Existen dibujos de glándulas mamarias, pelvis y cervix en los cuales se señalará con una "X" ó bien con un círculo la región donde a la exploración física se haya encontrado alguna alteración, lo anterior se efectuará con el objetivo de que la localización anatómica sea más objetiva. Finalmente existe un renglón para el diagnóstico y nombre del médico tratante.

Al reverso de la forma EMF-8-83 se encuentra destinada al control prenatal, la cual tiene como datos de inicio: nombre de la paciente, fecha de inicio de control prenatal, edad, afiliación y clínica de adscripción. Posteriormente existe un cuadro donde se indicará en la 1a. columna fecha, en la 2da. semana gestacional, a continuación signos y síntomas; medicamentos, tipo de dieta y tipo de orientación dada a la futura madre y padre. Este cuadro contiene 10 renglones, ya que fué diseñado para anotar los datos mensuales relevantes, considerados por el médico familiar. Al pie del mismo se indicará F.U.M.; F.P.P.; grupo y Rh.

Después se encuentra otro cuadro en el cual existen columnas asignadas con números, los cuales representan las semanas gestacionales e inter cruzan estas columnas renglones, en los cuales se anotarán los siguientes datos acorde a la semana de embarazo, estos datos son los siguientes:

Signos vitales, edema el cual en caso de existir se anotará por cruces de una a tres cruces, en el fondo uterino se inscribirá en números los centímetros, si se trata de embarazo no gemelar (producto único) se citará "sí", por lo que se refiere a la presentación se escribirá "C" si es cefálico, "P" si es pélvico, "O" otra presenta-



ción, en situación se pondrá L si es longitudinal, T si es transversa y O si es oblicua, para la FCF se escribirá con números quedando explícito que es por minuto; para la hemoglobina se inscribirá la cifra, así como también para el hematocrito, CMHG; en el caso del VDRL se asignará "+" si es positivo y "-" en caso de ser negativo, en el valor de la glucosa se indicará con la letra N si el valor es normal en caso contrario se anotará la cantidad; para el caso de albumina sangre y glucosa se refiere a, si se encontraron en la orina, lo cual de ser afirmativo se consignará en base a cruces, en el inciso de otras se anotará abreviadamente lo encontrado y en el renglón sobrante se hará referencia concreta, también se afirmará ó negará si la paciente tiene toxide tetánico para el diagnóstico (Dx) se indicará con la letra "N" si es de evolución normal en caso contrario se enunciará las siglas del padecimiento ó alteración agregada con siglas, las cuales en el renglón sobrante se especificará concretamente, por lo que se refiere al pronóstico se indicará como sigue: BB.- bueno para el binomio madre-hijo, RB regular para el binomio madre-hijo, MB malo para el binomio madre-hijo, BM bueno para la madre, RM regular para la madre, MM malo para la madre, BH bueno para el hijo, RH regular para el hijo, MH malo para el hijo.

Finalmente se anotará la fecha de envío a la unidad de obstetricia, hospital a que fué enviada la paciente; semanas de embarazo al envío, motivo en el cual se señalará concretamente el padecimiento ó bien se inscribirá atención oportuna de trabajo de parto; se indicará número de incapacidad, días que ampara y fecha de inicio de la misma, por último nombre y clave del médico familiar.



Esta forma esta destinada para el programa del niño sano, evolución y consultas. Consta inicialmente del nombre del paciente pediatrico, sexo, fecha de inicio de llenado y afiliación; esta hoja será por cada miembro de la familia en edad pediátrica.

Posterior a la ficha de identificación se presenta un cuadro cuyas 2 primeras columnas corresponden a la fecha y edad del paciente, a continuación se citarán los síntomas y tiempo de evolución, así como los signos más importantes, la siguiente columna se refiere a los medicamentos empleados considerados a criterio del médico como de importante antecedente, se especificará tipo de leche artificial, alimento que se introduce a la alimentación (dieta); orientación brindada a la madre y/o padre y por último talla y peso, el anterior cuadro servirá para identificar motivo principal de consulta.

Al pie del anterior cuadro se anotará número de gestación del producto, edad gestacional; Silverman al nacer; Apgar; talla, peso al nacer; se colocará una "X" según corresponda si el parto fué eutócico, distócico ó cesarea, en caso de los dos últimos, en el espacio de observación's se anotará el motivo; fecha de nacimiento.

Después se presenta un cuadro referente al cuadro de inmunizaciones, el cual consta de columnas que representan los meses y años (hasta la edad de 5 años); inter cruzan a las columnas renglones que corresponden a las vacunas (DPT; Sabin; Sarampion, BCG, Viruela, Rubeola, Parotiditis y Toxoide Tetánico) existe para algunas vacunas entre parentesis la inscripción correspondiente a las revacunaciones. La manera de llenado del presente cuadro se efectuará como a continuación se cita:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Para cada una de las vacunaciones se señalarán en cuadros punteados la fecha de aplicación según la edad del paciente, así como las revacunaciones. En caso de que la vacunación tenga varias aplicaciones, se colocará el número de la aplicación en el mes correspondiente y si existe una sola dosis, solo se marcará con una "X" en el mes de la aplicación al pie de la hoja se anotará el nombre del médico familiar, así como la clave.

En el reverso de la hoja se encuentra ficha de identificación, posteriormente se presenta un cuadro que corresponde al crecimiento y desarrollo del niño; consta de columnas que corresponden a los meses de edad que se han considerado determinantes para la evaluación y cinco columnas para los años.

Los renglones corresponden a las habilidades manuales, evolución del habla, aparición de primera dentición, aparición de los cambios de posición y marcha en bipedestación.

Los cuadros que tienen puntos corresponden a la media de normalidad en caso de que el paciente se encuentra en lo normal se llenará totalmente el cuadro con tinta, en caso de que no sea normal se llenará el cuadro correspondiente.

Existe un segundo cuadro, el cual se refiere al gardo de nutrición en el margen derecho corresponde al peso expresado en kilogramos (0-20 kgs); el margen izquierdo corresponde a la edad expresada en meses, los primeros 11 renglones y posteriormente en años hasta los 6 años; en la parte superior los números representan la talla expresada en centímetros lineales y en la parte inferior la edad referida en meses y años (hasta la edad de 5 años).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El cuadro contiene 3 espacios limitados por líneas a las cuales se les ha asignado las siguientes siglas cuyo significado es: DI-desnutrición de primer grado; DII- desnutrición de 2o. grado; DIII-desnutrición 3er. grado que corresponde al espacio por debajo de la línea anterior; existe otra línea que corresponde el sobrepeso, la línea entre D-I y la de sobrepeso denota la normalidad de nutrición. Existen otras dos líneas en sentido opuesto a las anteriores a las cuales se les inscribe los términos bajo y alto, esto se refiere a la talla, por lo que la normalidad se encontrará entre estas dos líneas.

La manera de llenado será marcando con una "X" ó círculo de preferencia de color rojo si el paciente se encuentra en la normalidad acorde a edad, peso y talla, de color verde si se encuentra por arriba de lo considerado normal y de color azul si se encuentra por abajo de lo considerado normal.

Esta forma en caso de requerir atención a 2o. nivel será de gran valor para el especialista. En caso de detectarse patología, se deberá realizar la forma 4-3D-128 y/o 4-3D-8 del IMSS a criterio del médico familiar.

ADDENDUM

Se observa que para el departamento de odontología no hay forma exclusiva por lo que consideramos se puede continuar usando la hoja de notas médicas (4-3D-128) donde se deberá de poner el odontograma propio del servicio y clásico de la institución.



FORMA 4-30-128 DEL I.M.S.S. HOJA DE NOTAS MEDICAS

En esta hoja en el extremo superior derecho se encuentra la ficha de identificación del paciente , en la cual se anotarán el nombre, número de afiliación, clínica de adscripción y hora de asistencia.

Se usará en todas estas notas el encabezado si es inicial o subsecuente.

Estas hojas serán usadas en cada ocasión que acuda al algún integrante de la familia a la consulta de medicina familiar y será anexada al expediente , la cual constará de anamnesis encaminada al motivo de la consulta, signos vitales, habitus exterior , exploración física encaminada al motivo de la consulta , comentario , impresión diagnóstica (ID), -- plan de estudios (PE); plan de tratamiento(PT), pronóstico con respecto a la vida y la función , la terapia usada, nombre y firma del médico tratante, así como el número de la matrícula.

Esta hoja será vaciada por la asistente de consultorio en la hoja de antecedentes (EMF-3-83) , en la hoja de antecedentes personales patológicos y tratamiento(EMF-4-83); resultados de laboratorio y gabinete (EMF-7-83); programas básicos de medicina preventiva (EMF-5-83) ; en cuanto se llene en el anverso y reverso de la 4-30-128 y se desechará esta misma al ser vaciada en las formas antes mencionada.



FORMA 4-30-22/72 Hoja de Laboratorio del IMSS

Esta hoja será individual y será pegados los resultados de laboratorio en esta misma y en cuanto se llene será entregados al paciente para que él los archive y previamente serán vaciados los resultados en la forma EMF-7-83 por el médico familiar.

FORMA 4-30-23/72 Hoja de estudio de gabinete del IMSS

Esta hoja será individual y serán pegados los resultados de gabinete en esta hoja y en cuanto se llene serán entregados al paciente para que él mismo los archive y serán vaciados previamente los resultados en la forma EMF-7-83 por el médico familiar.

FORMA 4-30-8 Hoja de traslado del IMSS

Esta hoja será para envío a los servicios de especialidades donde se referirá el motivo de envío en forma breve, así como el expediente médico familiar para facilitar el diagnóstico individual y familiar si el médico lo considera necesario.

Cada forma 4-30-128 usado por el médico especialista deberá anotar el nombre de la especialidad en el encabezado de la hoja y se conservará en el expediente médico familiar, con la finalidad de que en caso de requerir un control posterior por el especialista sea de utilidad la nota previa e inclusive para las otras especialidades.



Al regresar con el médico familiar deberán ser vaciados los diagnósticos y tratamientos del especialista en las hojas correspondientes del expediente médico familiar por el médico familiar.

FORMA AF-1 del IMSS

Esta forma ya bien conocida por el servicio médico y para médico, teniendo un uso de gran valor para conocer el número de integrantes de la familia, así como sus nombres, edad, alfabetismo, grado de instrucción, estado civil, funciones de la familia, fase del ciclo de la familia, condiciones de la vivienda, causas de consulta generadas en un lapso de un año, programas de medicina preventiva, toxicomanías, ocupación, ingreso familiar mensual.

Esta tarjeta es de gran utilidad, ya que es una fuente de datos para la investigación y docencia, así como también este expediente médico familiar lo complementa y servirá para mejor control de la consulta de la población adscrita al consultorio del médico familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

Al realizar una revisión de los proyectos de expedientes médicos para aplicación en el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como el análisis del expediente médico que actualmente se encuentra tanto a primer como a segundo nivel de atención médica, consideramos debe existir un expediente para la consulta de medicina familiar, ya que el actual no se contemplan datos importantes desde el punto de vista social de la familia, que en la formación como especialistas en medicina familiar se incluyen en el programa de enseñanza, como muestra se puede citar que la dinámica familiar de tan importante relevancia no se encuentra en el expediente médico actual.

En base al concepto de médico a primer nivel en el IMSS no solo debe analizar a el paciente sino a la familia, el presente proyecto le facilita un análisis integral de la familia, aunado a lo anterior podrá generar acciones de medicina preventiva obteniendo con esto un mejor control de la población adscrita.

El expediente médico familiar por su fácil manejo no solo para el personal médico, sino también para el personal para médico es adaptable al sistema de atención médica vigente. Desde otro punto de vista se evitará que existan expedientes duplicados y/o extremadamente grandes que en un momento dado dificulten la optimización del tiempo consulta, así como se podrá captar adecuadamente por el personal de archivo.



Cabe hacer mención que el médico familiar debe efectuar consultas a domicilio a diferentes familias diariamente, con el objetivo de conocer su habitat, así como dialogar con sus integrantes para obtener conclusiones que permitan efectuar acciones en los niveles de prevención, lo cual contribuirá para mejorar el bienestar bio-psicosocial de la familia y paralelamente establecer una relación médico-paciente-familia-institución adecuada, codificando estos datos en el presente proyecto.

Haciendo referencia a los actuales avances tecnológicos aplicados a el sector salud y quizá en base a los recursos y necesidades del IMSS, sean aplicables los sistemas codificadores computarizados; sin embargo mientras tanto, el médico familiar debe aprender a codificar datos.

Actualmente la tarjeta RF1 permite la codificación de datos relevantes para la consulta del médico familiar, sin embargo, aún no se ha concientizado al médico de su gran importancia; así como el presente proyecto cabe comentar que sea complementada.

Tanto la tarjeta RF1 y el proyecto descrito facilitara la obtención de datos para estudios epidemiológicos de una forma rápida y eficaz.

No pretendemos desochar el expediente médico actual y la tarjeta RF1 del sistema de atención médico, ya que el expediente actual es funcional en el servicio de hospitalización, sin embargo no es el adecuado para la consulta de medicina familiar; en lo que se refiere a la tarjeta RF1 conjuntamente con el proyecto presentado serán factores metodológicos para realizar una atención médica de óptima calidad.



CONCLUSIONES

Debido al tiempo de elaboración de este proyecto , no fue factible aplicarlo en la consulta de medicina familiar, por lo que seria una continuación del proyecto el realizar una tesis- que aplicara métodos evaluatorios para la misma , con la finalidad de comprobar su eficacia.

Este proyecto incluye un apartado de la "dinámica familiar" sin embargo el médico familiar actual desconoce conceptos del tema , aun cuando puede identificar alteraciones de la dinámica familiar , no conoce las acciones terapéuticas a instituir; por lo que consideramos necesario se otorguen cursos monográficos a los médicos familiares, no solo de este tema sino de ~~otros~~ otros aspectos de la medicina social.

Consideramos que el expediente médico familiar es un instrumento con el cual se puede hacer un buen estudio de la familia en forma horizontal, ya que lo podemos observar desde los aspectos bio-psico-social y económico en forma individual y familiar , concluyendo que es la base en la atención de la medicina familiar y del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



SUGERENCIAS

Con la elaboración del expediente médico familiar "EMF-83", se contribuye a que el médico familiar comprenda que un desarrollo familiar se logra realizando acciones junto con la familia y no frente a la familia y que en base al proyecto se efectue la mayor prevención posible en las familias, con respecto a las patologías, principalmente a enfermedades transmisibles, que son gran preocupación para el sector salud en nuestro país, obteniendo una forma óptima en la detección adecuada de alteraciones metabólicas y degenerativas. Por lo que al elaborarlo se influya en el cambio socio-cultural e higiénico de la población adscrita para un mejor bienestar bio-psico-social.

A la elaboración de este proyecto se debe obtener una mejor relación médico-paciente-familia-institución y consecuentemente concientizar tanto al personal médico no familiar, administrativo y población en general, la relevancia del primer nivel de atención médica a través de la medicina familiar. Siendo el expediente médico familiar un requisito prioritario para la calidad y optimización de la atención médica, que se adecua a la familia mexicana que ha sido y será un objetivo del Instituto Mexicano del Seguro Social. Obteniendo una participación activa del grupo, interdisciplinario, siendo de fácil manejo, congruente, agilizando la consulta de medicina familiar, sin olvidar la calidad de atención médica. Demostrando que el estudio integral familiar es necesario y eficaz.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Familia:	No. Afiliación:	Tel.
Domicilio actual:	Empresa en que trabaja:	Fecha:
Jefe de familia:	Fecha:	Hora:
Clinica de adscripción:		
Médico:		

	Nombre	Edad				ACTIVIDAD O OCUPACION	INGRESO MENSUAL	Edu: CIVIL	LUGAR DE ORIGEN	ESCOLARIDAD	HABITA EN LA CASA	ALCOHOL TABACO OROGAS	FACTORES DE RIESGO HP
		M	I	O	A								
P													
M													
H1													
H2													
H3													
H4													
H5													
H6													
H7													
H8													
H9													
A													
M													
A													
M													
A													
P													
A													
P													
Otros Familiares:						Tot. Fam.	Problemas familiares:						
						Tot. Ing. P.C.							

DISTRIBUCION ECONOMICA

Año	INGRESO AL MES	VESTIDO	ANORRO	DEUDAS	ESCUOLA	RENTA	TRANSPORTE	ENERGETICOS	DIVERSIONES	LUZ	AGUA	ALIMENTO	OTROS	EGRESO AL MES
1982														
1983														
1984														
1985														
1986														

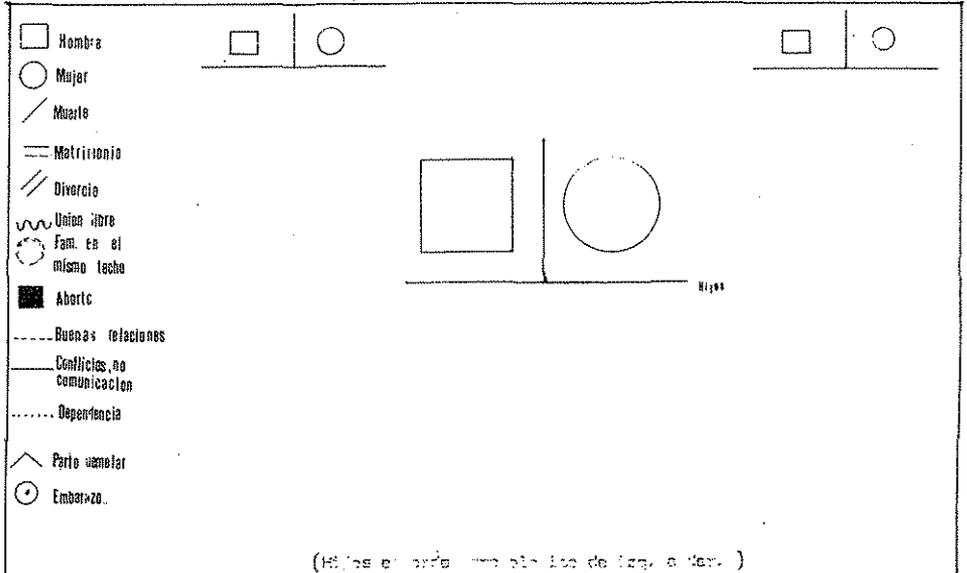
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Análisis Familiar:					Familia:						
Afiliación:					Fecha:						
Calificación y valores.											
Valen 1 punto	Valen 2 puntos.	Valen 3 puntos	Valen 4 puntos	Valen 5 puntos							
Profesionista	Técnico-Empleado	Comerciante, Obrero	Campeño								
Casado	Viudo	Divorciado	Unión libre								
Más de 40,000 pesos	De 30 a 40,000 pesos	De 20 a \$30,000	De 15 a \$20,000	Menos de \$15,000							
Casa propia	Rentada	Prestada									
Casa sola	Departamento	Vecindad									
Paredes de tabique	Tabicon	Adobe	Madera	Lamina-Paja							
Ladrillo y cemento	Piedra										
Piedra cemento	Sin Cemento										
Piso de mosaico	Cemento	Madera	Tierra								
Techo de cemento	Teja	Madera	Lamina	Paja							
Agua potable	Entubada	No potable	Noria	Pozo							
Excretas por drenaje	Fosa séptica.	Letrina	Pozo negro	Aire libre							
Gas	Petroleo	Carbón	Leña								
Recolección de basu		Aire libre									
Menos de 16 puntos : Familia existente					Calificación.						
De 16 a 21 puntos : Familia Buena.											
Mas de 22 puntos : Familia problema.											
Estructura Familiar	1982	1983	1984	1985	1986	Integración Familiar	1982	1983	1984	1985	1986
Nuclear						Integrada					
Extendida						Semi- Integrada.					
Compuesta						Desintegrada					
Ciclo de vida Fam.						Funciones de la familia que ameritan atención.					
Matrimonio						Socialización.					
Expansión						Cuidado					
Independencia						Afecto					
Dispersión						Reproducción					
Retiro						Status Social.					

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FAMILIOGRAMA.

47



(Hijos en orden cronológico de izquierda a derecha.)

ACCION	E INTERACCION	DINAMICA FAMILIAR										ROLES				
		MEDIO DE PROYECTO					MEDIOS DE PRODUCCION									
P																
M																
H1																
H2																
H3																
H4																
H5																
H6																
H7																
H8																
H9																
		LEGARQUIA	LIMITES	CENTRALIZADO	SOBERANIA	ALIANZA	CONFLICTO	REGRESIVIDAD	ACEPCION	EMISOR	VITALIS	INDEFINIDO	RESERVADO	AFFECTIVOS	CONSTITUCION	INDIVIDUALISMO

I-Invade **to ↓**
 S-Solo
 J-Junto
 D-Desunido
 U-Union
 N-Nula
 B-Buena
 R-Regular
 P.I.-Paciente Identificado
 Centralizacion-a***

43

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Patrol	Edad	Antecedentes heredo-familiares	Imunizaciones.	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Dividido a:	Incapacidad días	Defuncion
B										UAG.		
M										M.P.		
H1										E.P.		
H2										OSAT.		
H3										FISIO.		
H4												
H5												
H6												
H7												
H8												
H9												
A												
M												
A												
P												
A												
P												
A												
P												

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

45

Edad	Antecedentes heredo familiares	Inmunizaciones	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Enviado a					Incapacidad	Definición			
									ES	MS	LA	OB	OTRO					
P																		
H1																		
H2																		
H3																		
H4																		
H5																		
H6																		
H7																		
H8																		
H9																		
A																		
M																		
A																		
M																		
A																		
P																		
A																		
P																		

76

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Antecedentes personales patológicos y terapia importante en 5 años									
Familia :		Afiliaión:				Fecha:			
II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Parentesco
									Infección crónica o importante
									Año:
									Año
									Año
									Año
									Año

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Programas basicos aplicados en un año										Familia:	
Fecha:		Afilación:									
7/		H6	H5	H4	H3	H2	H1	M	P		
Observaciones.										Nombre	
										Odonto- logía	
										Exrad. estrept.	
										DPR	
										PPPV	
										DTRP	
										Enf. venera	
										DOD	
										DOC	
										Det. Ca mana	
										Immuniza- ciones	
										Niño sano.	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

49

Nombre	Odontología	Errad. estrept.	DFR	PFV	DTP	Enf. venerea	DOD	DOC	Det. Ca Mama	Inmunizaciones	Niño sano.
H8											
H9											
A M											
A M											
A P											
A P											
Observaciones.											

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Terapia familiar anual		Familia:												
Fecha:		Afiliación:												
Comunidades	Indiv.	Nombre	Ereno	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
P														
M														
H1														
H2														
H3														
H4														
H5														
Observaciones:														

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Terapia familiar anual.		Familia:											
Fecha:		Afiliación.											
Unidad	Nombre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
H6													
H7													
H8													
H9													
A M													
A M													
A P													
A P													
Obeervaciones.													

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

670

Resultados de laboratorio y gabinete mas importantes									
Familia:			Fecha:				Afiliación:		
HT	HD	HS	RD	HD	HD	HT	K	P	Año:
									Año:
									Año:
									Año:
									Año:
									Año:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

53

Año:	Año:	Año:	Año:	Año:	Año:	Observaciones:
88						
89						
A						
M						
A						
M						
A						
P						
A						
P						

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



**RESULTADO DE EXAMENES DE
LABORATORIO O RADIOLOGICOS**

	14	
	13	
	12	
	11	
	10	
	9	
	8	
	7	
	6	
	5	
	4	
	3	
	2	
	1	



A ESTA HOJA DEBEN ADHERIRSE LOS DIFERENTES
INFORMES EN ORDEN CRONOLÓGICO Y ASCENDENTE.
LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO ADHERIRSE
A PARTIR DEL Nº 6

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2.5 Bibliografía

- 1).- Barroso E; Estudio analítico del expediente clínico; Facultad de Medicina división de estudios superiores UNA# 1977.
- 2).- Plan Zamora delegación estatal en Michoacan IMSS.
- 3).- RFI modificada.
- 4).- Mc Donald CJ; Murray R; Jeris D; Bhargava B; Seeger J; Blevins L; A computer based record and clinical monitoring system for ambulatory care. Am. J. Public Health Mar. 1977 67(3):240-245.
- 5).- Carpeta Familiar.
- 6).- Gausheroff N; Boszormenyi-Nagy I; Matrullo J; Clinical and legal issues in the family therapy record. Hosp. community psychiatry dec. 1977 28(12) 911-913
- 7).- Kleintuntz B; Computational and non computational clinical information processi computer Behav Sci. apr. 1982 27(2) 164-175.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- P).- Expediente MF2, MF3.
- 9).- Van Eersod; J; A clinical experiment with the problem oriented record: Acta clin. Belg 1975 30(5) 349-355.
- 10).- Inceper J B; Rose LF; The problem oriented record clinical application in a teaching hospital. J. Dental educ. jul. 1978 39(7) 472-482.
- 11).- Kenneth WP; Hurst WJ; Woody FM; Applying the problem oriented system Medcom Medical update series Dec. 1973.
- 12).- Saucedo G. J.M. ; Psicoterapia familiar .El enfoque estratégico estructural. Primer simposium sobre la dinámica ca y psicoterapia de la familia .Instituto de la familia A.C. 94-110 ;Noviembre 7, 1981 México D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN