

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13
PUEBLA PUE.

FRECUENCIA DE OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 13 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL, SAN JOSE MAYORAZGO PUEBLA.

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

PRESENTA:

DRA. MARIA ANTONIETA GUADALUPE TORRES ZENTENO.

PUEBLA, PUE.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Torres Zenteno, Maria
Antonieta Guadalupe
FECHA: 8-09-2005
FIRMA: [Firma]

2005

m346157



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FRECUENCIA DE OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 13 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,
SAN JOSE MAYORAZGO, PUEBLA.**

PRESENTA:

DRA. MARIA ANTONIETA GUADALUPE TORRES ZENTENO.

AUTORIZACIONES:


**DRA. MARIA DE LOURDES HUCHÍN AGUILAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN SEDE U.M.F.NO.1.**


**DR: MARCO ANTONIO MERINO GONZÁLEZ.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD
ASESOR METODOLÓGICO.**

**DRA. MARIA DE LOURDES HUCHÍN AGUILAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN SEDE U.M.F.NO.1.**


ASESOR DEL TEMA DE TÉSIS.

**DR. MARCO ANTONIO MERINO GONZÁLEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD**



PUEBLA, PUE.

**FRECUENCIA DE OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 13 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,
SAN JOSE MAYORAZGO, PUEBLA.**

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

**PRESENTA:
DRA. MARIA ANTONIETA GUADALUPE TORRES ZENTENO.**

AUTORIZACIONES :

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

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

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

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE

| | |
|-----|---|
| 1. | Título..... |
| 2. | Introducción..... |
| 2.1 | Marco Teórico (Antecedentes generales y específicos)..... |
| 3. | Planteamiento del problema..... |
| 4. | Justificación..... |
| 5. | Objetivos..... |
| 5.1 | Objetivo general..... |
| 5.2 | Objetivos específicos..... |
| 6. | Metodología..... |
| 6.1 | Tipo de estudio..... |
| 6.2 | Población, lugar y tiempo de estudio..... |
| 6.3 | Tipo de muestra y tamaño de la muestra..... |
| 6.4 | Criterios de inclusión..... |
| 6.5 | Criterios de no inclusión..... |
| 6.6 | Criterios de exclusión..... |
| 6.7 | Técnicas y procedimientos..... |
| 6.8 | Definición conceptual y operacional de las variables..... |
| 6.9 | Consideraciones éticas..... |
| 7. | Resultados y graficas..... |
| 8. | Discusión..... |
| 9. | Conclusiones..... |
| 10. | Referencias bibliográficas..... |
| 11. | Anexos..... |

2. INTRODUCCION

2.1 ANTECEDENTES GENERALES Y ESPECIFICOS

La obesidad puede definirse de varias maneras, pero se refiere específicamente a una masa excesiva de grasa corporal, que se presenta cuando se consume más energía de la que se gasta en un período prolongado lo que ocasiona un aumento de peso corporal, este padecimiento puede coexistir con el déficit de micronutrientes y otras enfermedades carenciales y no solo como un trastorno originado en un desequilibrio energético.^{1, 2, 3.}

De acuerdo a las normas internacionales una persona sufre de sobrepeso u obesidad si está excedido su Índice de Masa Corporal (IMC), se obtiene dividiendo el peso entre la estatura en metros elevada al cuadrado.

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{talla}^2 \text{ (mt)}$$

Interpretación del IMC expresado en Kg. /m² de superficie corporal (para hombres y mujeres con estatura de más de 1.60 m. ó 1.50 m, respectivamente.)

| | |
|---------------------|-----------------|
| Desnutrición | < ó = 17 |
| Bajo peso | 17.1-20 |
| Normal | 20.1-25 |
| Sobrepeso | 25.1-27 |
| Obesidad 1er. grado | 27.1-29.9 |
| Obesidad 2do. grado | 30.0-39.9 |
| Obesidad 3er. grado | 40 en adelante. |

Para mujeres con estatura menor a 1.50 m. considere sobrepeso con IMC mayor de 23 y menor de 25 y obesidad con IMC igual ó mayor a 25.

Igual en hombres; cuando su estatura es menor a 1.60 m, se aplica el mismo criterio del IMC que en las mujeres.^{3, 4}

CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA Y LA CADERA

La circunferencia de la cintura y la cadera se mide con una cinta métrica de material flexible pero no elástico, de preferencia de fibra de vidrio. Debe medirse con el sujeto en posición de “firmes” y sin ropa, con la cinta en un plano paralelo al horizontal, a nivel del sitio de medición.

La cinta se debe colocar en el nivel más estrecho del tronco o cintura. En personas muy obesas no existe cintura o estrechamiento del tronco, por lo que se medirá la circunferencia mínima del abdomen en la zona media entre el borde costal y las crestas iliacas, al final de una espiración normal.

La medición de la circunferencia de la cadera se realiza con el sujeto en ropa interior, midiendo la circunferencia máxima de la saliente de las nalgas o glúteos a nivel del punto más amplio de dicha zona anatómica.

Estas dos medidas permiten clasificar a los sujetos obesos en dos grupos según su distribución predominante de grasa, mediante la relación cintura-cadera, que se obtiene al dividir la circunferencia de la cintura entre la de la cadera:⁴

Relación cintura /cadera

Circunferencia de la cintura (cm.)/Circunferencia de la cadera (cm.)

Los valores normales que hemos encontrado en México para el índice cintura/cadera son.

Mujeres entre 0.71 y 0.84

Hombres entre 0.78 y 0.93

Los índices mayores equivalen a distribución de la grasa de tipo androide, de la parte superior del cuerpo o silueta de manzana o de zapote, y los menores a

distribución de la grasa de tipo ginecoide, de la parte inferior del cuerpo, o silueta de pera o de aguacate.⁵

En diversos estudios se ha demostrado que tanto en varones como en mujeres el perímetro abdominal aumentado (índice cintura-cadera elevado), obesidad androide se asocia con riesgos, de enfermedad vascular cerebral, cardiopatía isquémica, resistencia a la insulina, hiperinsulinemia, intolerancia a la glucosa, propensión a la diabetes tipo 2, hiperlipidemia, aterosclerosis, hipertensión arterial, gota, trastornos menstruales, hirsutismo, cáncer de mama, cáncer del endometrio, muerte prematura.⁶

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA OBESIDAD.

Resulta interesante saber que los primeros cambios en los hábitos alimentarios ocurrieron en tiempos prehistóricos, cerca de la edad de hielo, en donde el hombre empezó a producir su comida en lugar de recolectar. De ésta manera las tribus nómadas aparentemente retornaban año con año a lugares donde las plantas comestibles crecían en abundancia y posteriormente se fueron estableciendo en esos lugares.

Las primeras representaciones de seres humanos obesos se remontan a figurillas de piedra donde se observa una silueta femenina marcadamente redonda como la Venus de Willendorf.

Sin embargo, este tipo de figuras con connotaciones religiosas la mayoría de las veces representaba la fertilidad o la diosa grávida.²

Hipócrates por otro lado, comentaba en sus textos que “la muerte súbita es mas común en gordos que en delgados”. También se decía que la obesidad era causa

de infertilidad en mujeres y reducía la frecuencia de las menstruaciones. Sugirió como tratamiento de la obesidad el trabajo intenso antes de cada comida acompañándose de vino diluido, así como comer una vez al día.

Galeno fue una de las figuras más dominantes en la historia de la medicina. Identificó dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada; la primera se clasificaba como natural y la segunda como mórbida. ²

En el México prehispánico, en numerosos pueblos el adelgazar significaba peligro e inclusive enfermedad terrible. Se consideraba que la pérdida de peso corporal resultaba de un daño ocasionado por otra persona, que se había introducido en el paciente para prosperar a expensas de su propia sustancia. Con las reproducciones de las medidas y de sus formas podemos inferir que la obesidad no era rara e incluso se trataba. Sin embargo se desconocen cuales eran las medidas o medicamentos que los antiguos pobladores de México utilizaron para tratar la obesidad. ⁴

A medida que los conquistadores españoles se adentraron en territorio mexicano se fue generando una serie de cambios en la alimentación. Por un lado, la comida tradicional indígena se integró con animales hasta entonces desconocidos en América como los pollos, ganado vacuno, ovejas, cabras y cerdos. También se integró el uso de granos como el arroz, cebada, garbanzo, centeno, ajonjolí, lenteja, avena y principalmente el trigo. De verduras como la zanahoria, col, rábano, alcachofa, perejil, chícharo. De especias como pimienta, clavo, nuez moscada, azafrán, canela y algunas plantas como la caña de azúcar.

Nuestra cocina hoy en día es el producto del mestizaje. La verdadera cocina mexicana es el resultado de la alimentación indígena con la europea, unas veces

con productos americanos preparados a la española y otras con ingredientes españoles a la manera indígena. La industria y el intercambio comercial con otros países, ha dado lugar a la nueva cocina mexicana que acepta ingredientes de todas partes del mundo, adaptándolo al modo nativo.^{2,7.}

PREVALENCIA MUNDIAL DE LA OBESIDAD

La obesidad se ha convertido en una epidemia a nivel mundial y afecta a niños y adultos, especialmente mujeres, tanto de países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo. En la publicación de la Organización Panamericana de la Salud (2000) se hace énfasis en que esta tendencia ascendente de la obesidad y el sobrepeso forman parte del proceso global de transición demográfica y epidemiológica que experimentan los países de la región.^{8,9}

En EUA, de acuerdo a los estudios NHES I (National Health Examination Survey) y NHANES I, II, y III (National Health and Nutrition Examination Surveys), el número de personas con sobrepeso y obesidad se ha incrementado. En varones, la obesidad aumentó de 10% en 1960 a 19.7% en 1994 y en mujeres, por arriba del 20%, el sobrepeso y la obesidad afectan especialmente a algunos grupos minoritarios como los indios Pima, así como a aquellos con bajo ingreso y educación. En el estudio NHANES III se pone de manifiesto que la prevalencia de la obesidad es mayor en la raza negra e hispana que en la raza blanca.

En casi todos los estudios epidemiológicos se hace evidente que la obesidad es más frecuente en mujeres y en todas las edades.⁹

En Europa, los datos más completos en prevalencia de obesidad provienen del estudio MONICA (MONItoring of trends and determinants in CARdiovascular diseases) de la Organización Mundial de la Salud mismos que fueron recolectados

entre 1983 y 1986 y en el cual participaron 38 centros europeos. Dicho estudio informó prevalencias de obesidad de 15% en varones y 22% en mujeres.

Una extensa revisión de las prevalencias de obesidad en el mundo fue publicada en el Informe de Obesidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO; 2000).^{7,}

8,9, 10, ,11.

PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN MEXICO

Adultos

En un esfuerzo por conocer cómo evolucionan los patrones de enfermedad en México, la Secretaría de Salud ha llevado a cabo una serie de Encuestas Nacionales. Las encuestas de salud ENSA – I y ENSA – II estuvieron orientadas al estudio de accesibilidad, calidad, utilización y cobertura de los servicios de salud y en la ENSA – III se estudiaron, además, los aspectos relativos a la frecuencia, distribución y prevalencia de enfermedades crónicas y sus factores de riesgo en adultos de ambos sexos. Los datos de la ENSA – III están en proceso de análisis.

La primera Encuesta Nacional de Nutrición (ENN – I) que se llevó a cabo en 1988, documentó prevalencias de sobrepeso y obesidad a nivel nacional en 19000 mujeres entre los 12 a 49 años, así como distribuciones de peso y talla en niños menores de 5 años de edad. Se informaron, en mujeres, prevalencias del 10% de sobrepeso y 14.6% de obesidad. Una década después, la segunda Encuesta de Nutrición (ENN – II) estudió a mujeres y niños de los mismos grupos de edad. Las mujeres mostraron una prevalencia de sobrepeso de 30.8% y obesidad de 21.7%.

Las prevalencias de sobrepeso y obesidad entre las ENN – I y la ENN – II no son comparables ya que, para definir sobrepeso y obesidad en adultos, utilizaron puntos de corte de IMC diferentes. La ENN – I definió sobrepeso como IMC de $24.9 < 27$ y obesidad con un IMC > 27 . En la ENN – II se utilizaron en la definición, los puntos de corte de la OMS (sobrepeso IMC entre 25 y 29.9 y obesidad IMC > 30). Ambas estudiaron una mezcla de población rural y urbana.¹²

La primera Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC), se llevó a cabo en 1992 a 1993. Fue una encuesta probabilística cuyos objetivos fueron estimar la

prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y los factores de riesgo relacionados a estos padecimientos tales como tabaquismo, alcoholismo, hiperlipidemias, obesidad e historia familiar de ambos padecimientos. Entre las complicaciones se estudiaron enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia arterial.¹³

La muestra representativa nacional consistió de 14682 sujetos entre los 20 a 69 años de edad residentes de localidades urbanas (> 2500 habitantes). La obesidad se definió como un IMC > 30.^{3,4} La prevalencia global de obesidad para varones y mujeres a nivel nacional se informó de 21.4%. Cuando se dividió al país por regiones la mayor prevalencia de obesidad se encontró en la región norte (24.7%), seguida por la región sur (21.7%) y las regiones centro y la zona metropolitana que comprende a la ciudad de México y 10 municipios del Estado de México, las cuales mostraron, ambas la misma prevalencia de 19.4%. En este primer análisis, no se calculó la prevalencia de sobrepeso ni se dieron cifras categorizadas por sexo.¹²

PREVALENCIA DE OBESIDAD EN MÉXICO

En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas ENEC, se estudió a un total de 14432 personas de toda la República (calificada como muestra representativa) de las cuales el 21.4% tuvo un IMC igual o mayor a 30 (IMC > 30Kg/m²).

Con la siguiente distribución porcentual por región:

| | |
|------------------------|-------|
| Norte | 24.7% |
| Centro | 19.5% |
| DF; Zona Metropolitana | 19.4% |
| Sur | 21.7% |
| Nacional | 21.4% |

En un análisis subsecuente de la ENEC, Arroyo y colaboradores (2000) estimaron la prevalencia de sobrepeso y obesidad y diferenciaron dichas prevalencias por sexo. La muestra representativa nacional incluyó 8462 mujeres y 5929 varones entre los 20 y 69 años de edad, residentes de 417 poblaciones de más de 2500 habitantes. Utilizaron el criterio de la OMS para clasificar el IMC en sus diferentes categorías, aunque los autores al sobrepeso lo denominan preobesidad y no subdividieron a la obesidad ($IMC \geq 30$) en categorías. Los resultados mostraron un promedio global de preobesidad del 38% y de obesidad del 21%, lo cual confirmó el resultado obtenido en el análisis previo. La prevalencia de sobrepeso fue mayor en varones (41.4%) que en mujeres (35.6%) mientras que la obesidad fue a la inversa mayor en mujeres (21.5%) que en varones (14.9%).

La prevalencia de preobesidad (sobrepeso) por grupos de edad y sexo fueron mayores en los varones que en las mujeres a todas las edades. Después de la década de los 20 a 29 años, se observa una elevación súbita en la prevalencia de preobesidad de 13.2% y 10.6% para varones y mujeres. A partir de allí, se mantiene una meseta más o menos homogénea hasta la década de los 60 a 69 años en donde la prevalencia se reduce en 3.4%. A partir de los 30 años, los varones mantienen una prevalencia de preobesidad por arriba del 45% la cual alcanza su máximo en la década de los 50 a 59 años.

Las mujeres mostraron cifras de prevalencia de obesidad mayor que los varones en todos los grupos de edad. Inicia con una prevalencia del 12.5% en la década de los 20 a 29 años, de allí, el incremento es prácticamente lineal hasta alcanzar el punto máximo del 41.9% en la década de los 50 a 59 años. Al llegar a la década de los 60 años la prevalencia de obesidad declina a 33.2%. En los varones esta

alcanza su punto máximo (22.1%) en la década de los 40a 49 años y a partir de allí declina 3.9% al llegar a la tercera edad.

Las diferencias en preobesidad entre sexo no son tan marcadas en los diferentes grupos de edad. En la obesidad, a medida que avanza la edad las diferencias se hacen más notorias especialmente en la década de los 50 a 59 años en donde las mujeres presentan el doble de prevalencia (41.9%) que en los varones 20.3%.^{13,}

14.

CAUSAS DE LA OBESIDAD

Hasta hoy no ha sido comprendido pero se sabe que existen muchos factores causantes de esta enfermedad, unos que parecen ser muy sencillos y otros bastante complicados. Los más importantes son los siguientes.^{15, 16 17.}

- Genético
- Metabólico
- Psicológico
- Sociocultural
- Sedentarismo
- Neuroendocrino
- Medicamentoso
- Nutrición altamente calórica
- Multifactoriales

PROBLEMAS DE SOBREPESO

Pueden ser médicos psicológicos sociales¹⁸, físicos^{18, 19} y económicos.²⁰

COMPLICACIONES MÉDICAS

- Cardiovasculares
- Hipertensión arterial
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Osteoartritis, etc.

COMPLICACIONES PSICOSOCIALES

Disminución de la autoestima

Depresión

Aislamiento.

COMPLICACIONES FÍSICAS Y ECONOMICAS

Limitación en la selección de ropa

Limitación en la higiene personal

Acceso limitado a sillas y asientos

Limitación para caminar y subir escaleras

Mayor dificultad para conseguir trabajo

Mayor costo en ropa, comida y seguro de vida

LAS ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DEBEN INCLUIR:

Programas de enseñanza en las escuelas de medicina tanto a nivel pregrado como postgrado.

Campañas masivas de educación para la población en general.

Cambios en las estrategias de salud pública.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad como problema de salud es cada día mas frecuente, se incrementa a un ritmo alarmante, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, impactando en forma importante con repercusión en el futuro de la Seguridad Social y la epidemiología de las enfermedades. Así como consecuencia importante en la actividad productiva de este grupo de personas. En México prevalece en promedio en el 21.4 % de la población adulta.

El conocimiento profesional y público del origen de sobrepeso y obesidad son importantes para disminuir la repercusión de sus complicaciones y así bajar el costo de la atención al paciente obeso en el Sistema de Salud Mexicano.

Por lo que se considera necesario conocer:

¿CUAL ES LA FRECUENCIA Y GRADO DE OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA A LA UMF No. 13 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN JOSE MAYORAZGO, PUEBLA?

4. JUSTIFICACION.

En años recientes, el exceso de peso y obesidad han venido a crear una problemática que se incrementa día con día, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, como lo es México.

Se sabe bien que la obesidad es un factor de riesgo de cardiopatía, diabetes y otras enfermedades crónicas asociadas a riesgo de muerte prematura en los adultos jóvenes, es decir individuos de 20 a 40 años. En este grupo de edad ser obeso se asocia a una expectativa de vida 13 años inferior con respecto a personas con un peso normal. Por lo tanto los pacientes con sobrepeso y obesos son nuestro objetivo de atención primaria, junto con otros programas dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que se debe de mantener el apoyo para disminuir las repercusiones de las complicaciones y así bajar los costos de las mismas en el Sistema Nacional de Salud.

La alta incidencia de sobrepeso y obesidad observada en la consulta diaria en la UMF No. 13 de San José Mayorazgo, Pue. y específicamente en el consultorio No. 3 turno matutino, motiva el presente trabajo de investigación, se habla mucho del tema pero no se conocen cifras exactas, por lo que es de importancia conocer estas.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia y grado de obesidad en pacientes adultos de 20 a 59 años que acuden a consulta a la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San. José Mayorazgo, Puebla.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar en que edad es mas frecuente la obesidad de los pacientes que acuden a consulta en la UMF 13 de San José Mayorazgo, Puebla.

- Identificar en que sexo es más frecuente la obesidad de los pacientes que acuden a consulta en la UMF 13 de San José Mayorazgo, Puebla.

- Determinar el grado de obesidad de los pacientes que acuden a consulta en la UMF 13 de San José Mayorazgo, Puebla.

6. METODOLOGIA

6.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio epidemiológico.

- Por la interferencia del investigador en el fenómeno que se estudia:
Observacional.
- Por el número de mediciones del fenómeno de estudio:
Transversal.
- Por la evolución del fenómeno a través del tiempo:
Prospectivo.
- Por el número de población de estudio:
Descriptivo.

6.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

El presente proyecto se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 13 San José Mayorazgo, Pue. , en el período comprendido del 8 de Enero al 30 de Diciembre de 2004.

6.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Marco Muestral, población de 20 a 59 años ambos sexos adscrita a la Unidad, que suman 22, 521 pacientes.

Tamaño de la muestra: No se considera, ya que se estudiarán a todos los pacientes que acudan a consulta en el periodo de estudio.

Tipo de selección: Determinística y consecutiva

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de 20 – 59 años de edad, que acudan a consulta en el mes de Agosto a Octubre del 2004, a la UMF No. 13, del IMSS, San José Mayorazgo, Puebla.
- Ambos sexos

6.5 CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Pacientes no derechohabientes de la UMF 13 San José Mayorazgo, Puebla.
- Pacientes con diagnóstico en la RAIS de diabetes, insuficiencia renal, hipotiroidismo, hiperlipidemia, antecedente de enfermedad

isquémica de corazón, gota, cáncer de mama, cáncer de endometrio, pacientes que reciben esteroides, enfermedad de Cushing y Addison.

- Pacientes sometidas a tratamiento de obesidad.

Pacientes que no cuentan con la información completa. En el Registro de la Atención Integral a la Salud. (Formato RAIS)

6.6 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que no acudan alguna de sus citas programadas.

6.7 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

ESTRATEGIAS DE TRABAJO

Se revisará peso y talla que se reporten en el formato RAIS (Registro de Atención Integral a la Salud) que se encuentran en la segunda columna de izquierda a derecha, dichos datos serán anotados en hoja de registro en forma semanal para su posterior procesamiento hasta completar el tiempo de estudio.

La información a considerarse se tomara de los pacientes que acudan a consulta en los meses de Agosto a Octubre de 2004 a la Unidad de Medicina Familiar No. 13 de San José Mayorazgo, Puebla, del Instituto Mexicano del Seguro Social y que reúnan los criterios de inclusión.

6.8 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

| DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES | | | | | | |
|--|---|------------------------|---------------------|---------------------|----------------------------------|----------|
| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | | | | |
| | | TIPO DE VARIABLE | ESCALAS DE MEDICION | | | |
| | | | NOMINAL | ORDINAL | INTERVALO | RELACION |
| ADULTO | HOMBRE Y MUJER DE 20 A 59 AÑOS | NOMINAL | SI | | AÑOS | |
| | | | NO | | 20-24 | |
| | | | MUJER | | 25-29 | |
| | | | | | 30- 34 | |
| | | 35-39 | | | | |
| | | 40-44 | | | | |
| | | HOMBRE | 45-49 | | | |
| | | | 50-54 | | | |
| 55-59 | | | | | | |
| | | | | | | |
| OBESIDAD | Exceso de grasa corporal que se presenta cuando se consume más energía de la que se gasta en un periodo prolongado. | ORDINAL | | Sobrepeso | Kg./m ² sc 25.1-27 | |
| | | | | Obesidad 1er. grado | 27.1-29.9 | |
| | | | | Obesidad 2do. grado | 30.0-39.9 | |
| | | | | Obesidad 3er. grado | 40 en adelante. | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

6.9 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente proyecto se apegó a lo establecido en la ley general de salud en materia de investigación en Salud, en la declaración de Helsinki que dice:

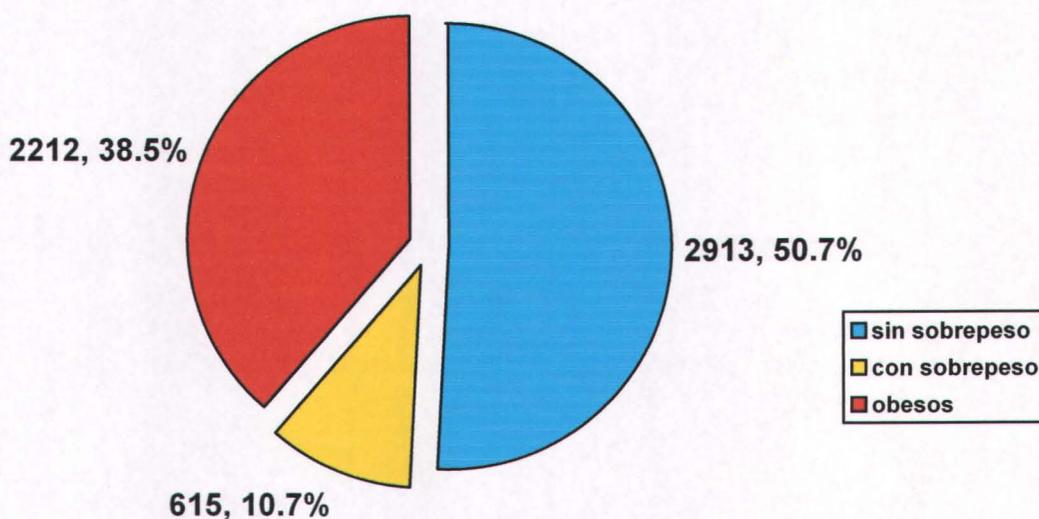
1. La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.
2. Los acuerdos 5/95 al 55/95 del 11 de Enero de 1995 en H. Consejo Técnico del IMSS, referente a la modernización del Instituto.
3. El manual de Organización de la Dirección de prestaciones Médicas de 1996.
4. Manual de Organización y Operación del Fondo para el Fomento de la Investigación Médica (FOFOI) 1999-
y de acuerdo a:
La organización y funcionamiento de las instancias que dictaminan los proyectos de Investigación: de IMSS.

7. RESULTADOS

En el presente trabajo se estudiaron a un total de 5740 pacientes pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 13 de San José Mayorazgo de la Ciudad de Puebla. De los cuales resultaron con sobrepeso 615 pacientes que corresponden al 10.7% y con obesidad 2212 pacientes que corresponden al 38.5 %, haciendo un total de 2827, por lo que para fines del presente trabajo serán considerados como el total de pacientes estudiados. (ver gráfica 1)

GRAFICA 1

Frecuencia de pacientes con obesidad y sobrepeso de la Unidad de Medicina Familiar No. 13

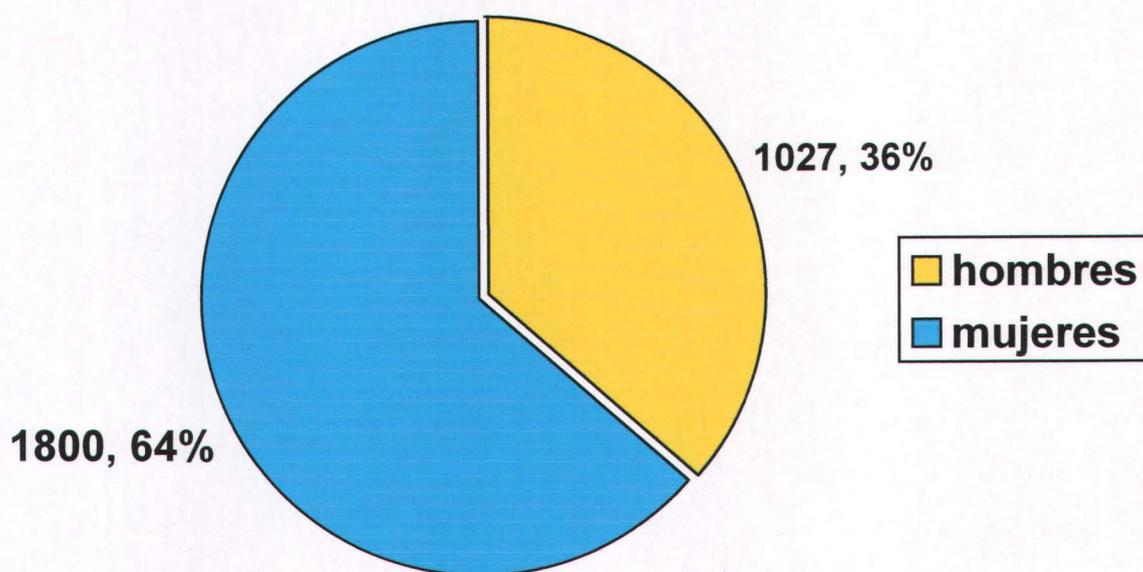


GENERO

Con respecto al género del total de paciente con sobrepeso y obesidad 2827 en total 1027 fueron del género masculino que corresponde al 36 % y 1800 mujeres que corresponden al 64 %. (ver gráfica 2)

GRAFICA 2

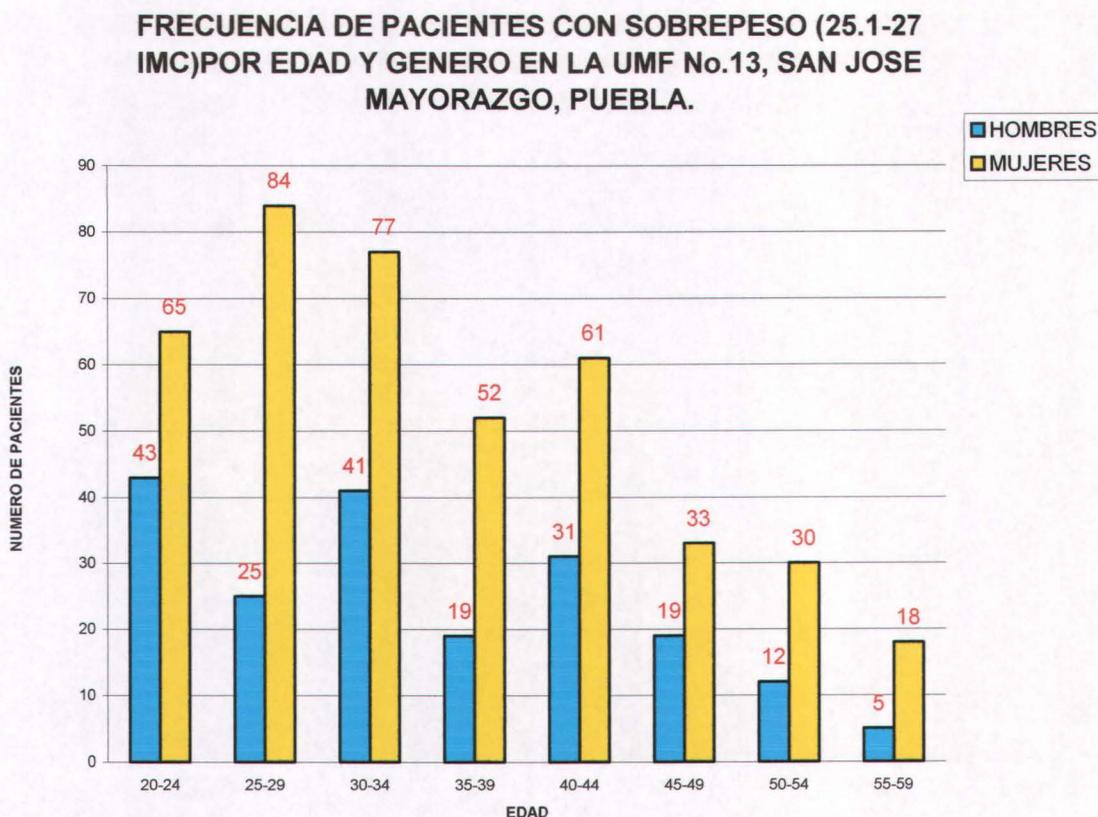
Frecuencia de género en sobrepeso y obesidad en pacientes de la U.M.F. No. 13



SOBREPESO.

Del total de pacientes con sobrepeso (IMC= 25.1 a 27) en relación a su edad y el sexo encontramos que de los pacientes con edades comprendidas entre 20 y 24 años, 108 presentaron dicho sobrepeso de los cuales 43 fueron hombres y 65 mujeres, de 25 a 29 años 109 pacientes, 25 hombres y 84 mujeres, de 30 a 34 años 118 pacientes, 41 hombres y 77 mujeres, de 35 a 39 años, 71 pacientes, 19 hombres y 52 mujeres, 40 a 44 años 92 pacientes, 31 hombres y 61 mujeres, de 45 a 49 años 52 pacientes, 19 hombres y 33 mujeres, de 50 a 54 años 42 pacientes, 12 hombres y 30 mujeres y de 55 a 59 años 23 pacientes de los cuales fueron 5 hombres y 18 mujeres. (ver gráfica 3)

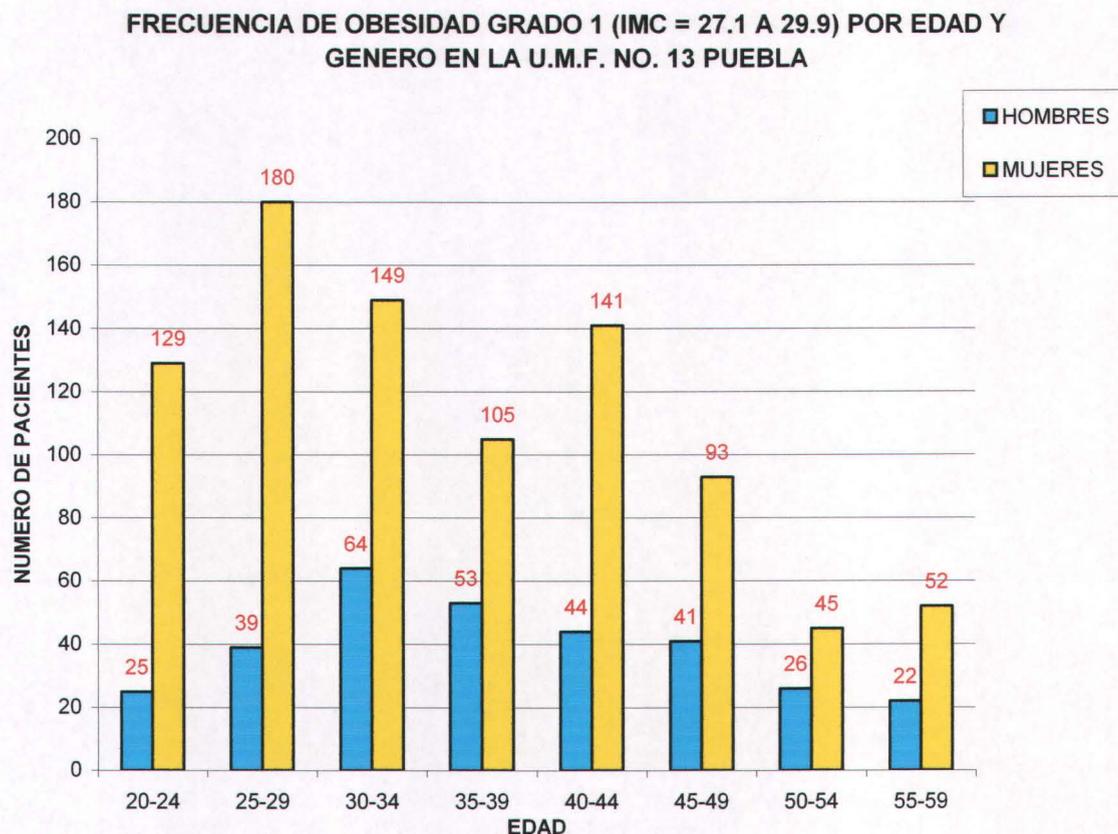
GRAFICA 3



OBESIDAD PRIMER GRADO

Los pacientes que presentaron obesidad de 1er. grado (IMC= 27.1 a 29.9) con respecto a la edad y el sexo en total fueron 1197 pacientes de los cuales 304 fueron hombres y 893 mujeres, distribuidos según la edad de la siguiente manera. De 20 a 24 años de edad 154 en total, 25 hombres y 129 mujeres, de 25 a 29 años un total de 219 pacientes , 39 hombres y 180 mujeres, de 30 a 34 años 213 en total, 64 hombres y 149 mujeres, de 35 a 39 años 158 en total, de los cuales 53 hombres y 105 mujeres, de 40 a 44 años de edad 185 pacientes en total, 44 hombres y 141 mujeres, de 45 a 49 años en total 134, 41 hombres y 93 mujeres, de 50 a 54 años en total 61, 16 hombres y 45 mujeres, de 55 a 59 años 74 en total, 22 hombres y 52 mujeres. (ver gráfica 4)

GRAFICA 4

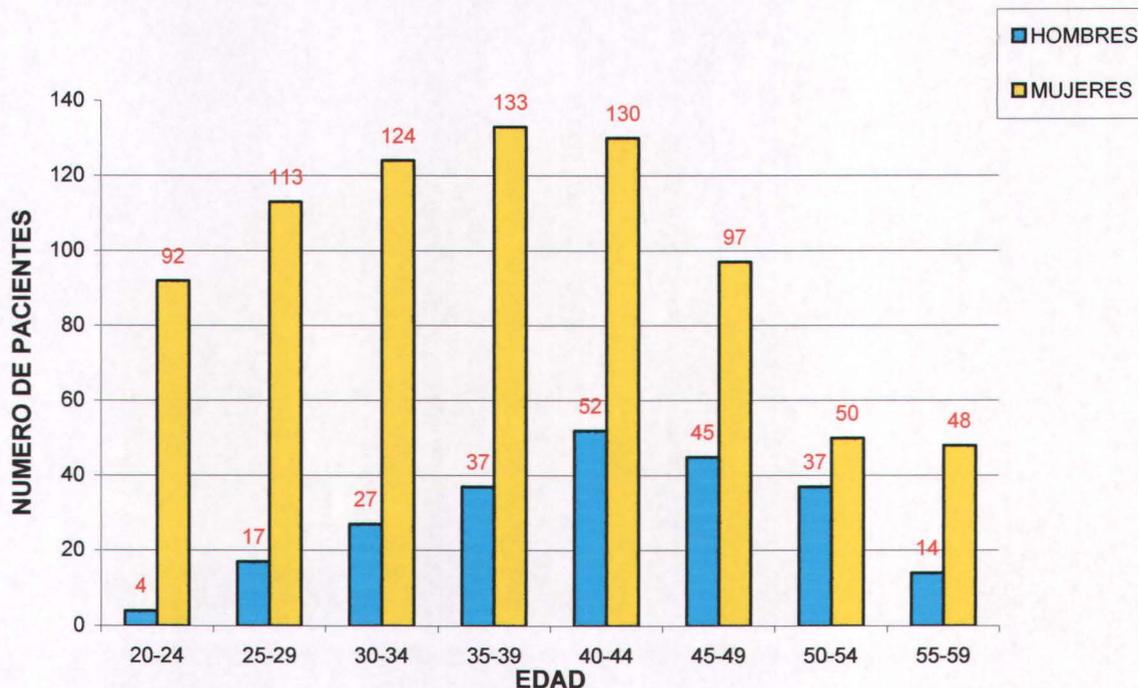


OBESIDAD SEGUNDO GRADO

El número de pacientes que en total presentaron obesidad de segundo grado (IMC= 30.0 a 39.9) fue de 1020, de los cuales fueron 233 hombres y 787 mujeres, que al distribuirse por edad correspondieron al grupo de 20 a 24 años un total de 96 pacientes, 4 hombres y 92 mujeres, de 25 a 29 años en total 130, 17 hombres y 113 mujeres, de 30 a 34 años 151, donde 27 fueron hombre y 124 mujeres, del grupo de 35 a 39 años en total 170, 137 hombres y 133 mujeres, de 40 a 44 años 182 en total, 52 hombres y 130 mujeres, de 45 a 49 años un total de 137, 45 hombres 97 mujeres, de 50 a 54 años en total 87 pacientes, 37 hombre y 50 mujeres y de 55 a 59 años un total de 62, siendo 14 hombres y 48 mujeres.(ver gráfica 5)

GRAFICA 5

FRECUENCIA DE PACIENTES CON OBESIDAD 2o. GRADO(30.0-39.9) POR EDAD Y GENERO EN LA UMF No. 13,SAN JOSE MAYORAZGO, PUEBLA.

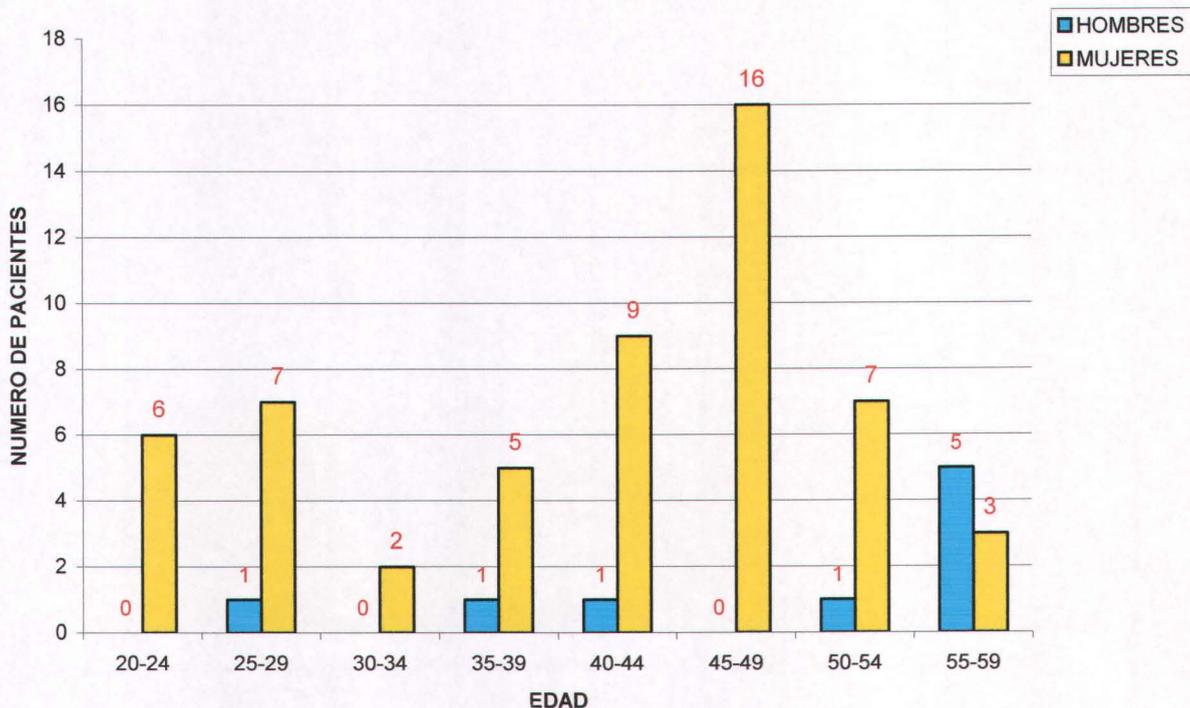


OBESIDAD DE TERCER GRADO.

La obesidad de tercer grado fue considerada en aquellos pacientes con (IMC= ó > de 40) reportándose un total de 64 pacientes en este grado, de los cuales 9 fueron hombres y 55 mujeres, del grupo de 20 a 24 años fueron un total de 6, siendo todas ellas del sexo femenino, de 25 a 29 años con un total de 8, de los cuales solo fue 1 hombre y 7 mujeres, de 30 a 34 años fueron solo 2 pacientes mujeres, de 35 a 39 años con un total de 6 pacientes, 1 hombre y 5 mujeres, de 40 a 44 años en total 10, 1 hombre y 9 mujeres, de 45 a 49 años en total 16 siendo todas mujeres, de 50 a 54 años en total 8 pacientes, 1 hombre y 7 mujeres, de 55 a 59 años en total 8 pacientes, 5 hombres y 3 mujeres. (ver gráfica 6)

GRAFICA 6

PREVALENCIA DE PACIENTES CON OBESIDAD 3er. GRADO(40 EN ADELANTE), POR EDAD Y GENERO EN LA UMF No. 13 SAN JOSE MAYORAZGO,PUEBLA.



8. DISCUSIÓN

En el presente estudio se encuestaron, pesaron y midieron a un total de 5740 pacientes con edades comprendidas entre los 20 y 59 años de edad, que acudieron a consulta a la Unidad de Medicina Familiar no. 13 de Puebla, en un período de tiempo de 3 meses comprendidos entre el 1 de agosto al 31 de octubre de 2004.

De los 5740 pacientes iniciales 2827 resultaron con sobrepeso o algún grado de obesidad que correspondió al 49.2%, a diferencia de los resultados obtenidos por Arroyo en su estudio realizado en el 2000 en la ciudad de México donde reportó a un total de 59% de los pacientes de su estudio con sobrepeso o algún grado de obesidad.

Del total de pacientes con sobrepeso y obesidad con respecto al género, encontramos que de los 2827 pacientes 615 (36%) fueron hombres y 2212 (64%) mujeres diferencias muy marcadas con respecto a otros estudios, sin embargo la similitud en cuanto a la prevalencia del sexo femenino es marcada, tal como se refleja en la National Health and Nutrition Examination Surveys y la MONItoring of trends and determinants in CArdiovascular diseases).

Se tomo en cuenta para clasificar el sobrepeso y la obesidad las normas internacionales de la Organización Mundial de la Salud al igual que en estudios previos realizados por González VJ y López JC.

Con respecto al sobrepeso la mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino con predominio en las edades comprendidas entre los 25 a 29 años a diferencia de lo encontrado por Nahum Méndez donde el predominio se encontró en el sexo masculino.

Por lo que respecta a la obesidad de primer grado al igual que en el sobrepeso el predominio se presento en mujeres de 25 a 29 años y en hombres de 30 a 34 años.

La obesidad de segundo grado se presento con mayor frecuencia en mujeres nuevamente, con predominio en las edades de 35 a 39 años de edad mientras que en los hombres es entre los 40 y 44 años.

Hasta el momento se aprecia que el predominio de la obesidad en esta unidad medica es marcado predominantemente en mujeres, tal y como lo reporta López Alvarenga.

Al igual que en los estudios realizados por Stephen J. con respecto a la obesidad de tercer grado esta aumenta con forme aumenta la edad, así en el presente estudio se puede observar que prevalecen las mujeres en edades comprendidas entre los 45 y 49 años y en los hombres se aprecia una elevación entre los 55 y 59 años, aunque por el número de pacientes estudiados en esta edad consideramos que la diferencia no es significativa.

Considero pertinente mencionar que en la unidades de Medicina Familiar del IMSS el mayor numero de pacientes que acuden a ellas son mujeres, quizás por los distintos roles que en nuestra sociedad se manifiestan dentro de la familia, tal es el caso de que la poca asistencia a consulta de los hombres se debe en mayor parte a su desempeño laboral.

9. CONCLUSIONES

EN RELACION A LOS OBJETIVOS.

1. Se cumplió con los objetivos del estudio, se logró conocer la edad más frecuente en la cual se presenta el sobrepeso, siendo el grupo etareo de 20-24 años en varones, y en mujeres de 25-29 años de edad y la obesidad en varones se presentó en el grupo etareo de 30-34 años de edad y en la mujer de 25-29 años de edad, en la UMF No. 13 de San José Mayorazgo, Pue.
2. Se identificó el género en el cual es más frecuente el sobrepeso siendo el de los varones y la obesidad es más frecuente en la mujer, en la consulta diaria en la UMF No. 13 de San José Mayorazgo, Pue.
3. Se logró determinar el grado y obesidad en género y edad de los pacientes que acuden a consulta en la UMF No. 13 de San José Mayorazgo, Pue.

Los pacientes estudiados, de acuerdo a los criterios de inclusión, fueron pacientes que no se reconocen enfermos. Y el estudio nos reporta una predisposición a la obesidad en un cien por ciento.

Los pacientes que se encontraron con obesidad fueron 2156, y no se reconocen enfermos.

PROPUESTAS

La obesidad es causada principalmente por el sedentarismo, lamentablemente cada vez más frecuente en nuestra sociedad y la disminución del ejercicio físico. La genética de esta enfermedad solo participa como facilitador o dificultador del proceso de ganar peso. La dieta también es importante.

Por lo tanto el manejo de la obesidad debe de ser multidisciplinario, ya que debe lucharse con la dieta, el ejercicio físico, los hábitos y conductas del paciente. Desde el punto de vista de la dieta, el mejor tratamiento consiste en la dieta hipocalórica, lo que permitirá un buen funcionamiento cardiocirculatorio y mejor calidad de vida del paciente. También es importante conseguir que el paciente adquiera estilos de vida saludables, como autocontrol sobre la dieta y un incremento de actividad física, esto es realmente importante ya que la obesidad debe considerarse como una enfermedad crónica.

Debido a lo anterior es de gran importancia prestar atención al problema de la obesidad, dado que la incidencia esperada de los pacientes antes mencionados irá en aumento con un costo social y económico relevante.

Vale la pena hacer conciencia dentro del mismo personal del Instituto para cuidar sus hábitos alimenticios ya que dentro del mismo existe gran prevalencia de obesidad.

Tratar al paciente obeso o con sobrepeso de manera multidisciplinario, viéndolo como un ente biopsicosocial y no solo como una persona obesa, de tal manera que al lograr que el paciente comprenda su enfermedad se responsabilice de si mismo.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

10. Referencias bibliográficas

1. Obesidad/Consenso. (eds. Vargas AL, Bastarrachea SR, Laviada MH, González BJ, Ávila RH) Fundación Mexicana para la Salud, A.C. Mc Graw-Hill Interamericana, México, (2002): 1-9.
2. Méndez SN, Uribe EM. Obesidad. Epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas. Manual Moderno México, 2002: 2-10.
3. González BJ, Obesidad, Mc Graw-Hill, Interamericana, México, 2004: 1-2, 80-90.
4. González BJ, López JC, Rois ZM, Bravo GA, Fanghanel G, García TM. La migración de zona rural a urbana se asocia con distribución androide de grasa corporal en mujeres obesas. Rev Invest Clín 2001:129-135.
5. Reyes MH, Pérez CR, Trejo PJ, Guías de práctica clínica para médico familiar, Manual Moderno IMSS. México, (2004): 131-153.
6. Filozof C, González C, Sereday M, Mazza C, Braguinsky J. Obesity prevalence and trends in Latin American Countries. Obes Rev. 2001: 99.
7. Health, United States, 2002, table 70: healthy weight, overweight, and obesity among persons 20 years of age and over, according to sex, age, race, and Hispanic origin: United States, 1960-62, 1971-74, 1976-80, 1988-94, and 1999-2000.
8. Flegal KM, Carrol MD, Orden CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. Journal of the American Medical Association. 2002: 1723-1727.

9. Prevalence of Overweight and Obesity among adults: United States, 1999-2000, NCHS. 2004.
10. Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, Vinicor F, Marks JS, Koplan JP. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *Journal of the American Medical Association*. 2001: 1195-1200.
11. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México: INEGI, 2000.
12. López- Alvarenga JC, González BJ, Epidemiología de la Obesidad en México. *Nutrición y Obesidad* 1999: 8-9.
13. La obesidad: Factor de riesgo de la cardiopatía isquémica: Morlans PJ, *Revista Cubana Cardiol Cir Cardiovas*. (2001).
14. *Statistics Related to Overweight and Obesity*, NIDDK. 2004.
15. Stephen J. Lurie, MD, PhD, High Prevalence of obesity among the Poor in Mexico, *JAMA*. 2004.
16. Comparison of Verbal and Pictorial Measures of Hunger During Fasting in Normal Weight and Obese Subjects. Lowe MR, Friedman MI, Mattes R, Kopyt D, and Gayda C. *The North American Association for the study of Obesity*. (2000).
17. La obesidad: Un desorden metabólico de alto riesgo para la salud, Hernán DC. *Colom Med*. (2002).
18. Devlin MJ, Yanovski SZ, Wilson T. Obesity: Mental health professionals need to know. *Am J Psychiatry* 2000: 854-866.

19. Brown CD, Higgins M, Donato KA, Rhode RC, Garrison R, Obarzanek E, Ernst ND, Horan M, Body mass index and prevalence of Hypertension and dyslipidemia. Obesity research. 2000: 605-619.

20. Flegal KM. Obesity, Overweight, Hypertension, and High Blood Cholesterol: The important of Age. Obesity Research, 2000: 676-677.

CUADRO DE SALIDA DE RECOPIACION DE DATOS

| NOMINAL DE INTERVALO | SOBREPESO | | OBESIDAD 1er. GRADO | | OBESIDAD 2do.GRADO | | OBESIDAD 3er. GRADO | |
|----------------------------|-----------|-------|------------------------|-------|-----------------------|-------|------------------------|-------|
| | 25.1-27 | | 27.1-29.9 | | 30.0-39.9 | | 40 en adelante | |
| AÑOS | HOMBRE | MUJER | HOMBRE | MUJER | HOMBRE | MUJER | HOMBRE | MUJER |
| 20-24 | | | | | | | | |
| 25-29 | | | | | | | | |
| 30- 34 | | | | | | | | |
| 35-39 | | | | | | | | |
| 40-44 | | | | | | | | |
| 45-49 | | | | | | | | |
| 50-54 | | | | | | | | |
| 55-59 | | | | | | | | |



RAIS-012603

| UNIDAD MEDICA | | SERVICIO | | MAFICULA Y NOMBRE DEL PRESTADOR DE LA ATENCION | | RESUMEN | SEM | UMA | SEM | AMO | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|-------------------------------|-----|--------------------------|-----|--|--|
| | | | | | | | M | | | | |
| | | | | | | | V | | | | |
| 2 PROMOCION DE LA SALUD | | 3 PLANIFICACION FAMILIAR | | | | 4 VACUNA APLICADA | | 5 NUMERO DE DOSIS | | 6 ACTIVIDADES DE VIGILANCIA MATERNA | |
| 1 ENTREGA DE CARTILLA | | PRODUCTO | | | | | | | | | |
| GRUPOS DE AYUDA | | AGE/PACTE | | | | | | | | | |
| ALTA | | ORAL LEVONORDESREL | | | | 1. B20 | | 1. PRENATAL | | 1. VIGILANCIA PERINATAL DE LA M | |
| 3. | | ORAL DESOGESTREL | | | | 2. S40H | | 2. P1 | | 2. EXAMENOS PRENATALES SUBSECUCION | |
| 4. | | INYECCIONABLE MEFLOPROPRIOGESTERONA | | | | 3. PENTAVALENTE | | 3. 2A | | 3. VIGILANCIA PERINATAL DE LA M | |
| 5. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 4. S40H + DENTAVALENTE | | 4. 3A | | 4. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 6. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 5. GRP | | 5. 4A | | 5. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 7. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 6. SEI | | 6. 5A | | 6. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 8. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 7. TD | | 7. 6A | | 7. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 9. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 8. DP1 | | 8. 7A | | 8. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 10. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 9. ANTINEURONOLGICA | | 9. 8A | | 9. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 11. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 10. ENFALGIDA | | 10. 9A | | 10. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 12. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 11. ANTIBIOTICO | | 11. 10A | | 11. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 13. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 12. ANTIBIOTICO | | 12. 11A | | 12. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 14. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 13. ANTIBIOTICO | | 13. 12A | | 13. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 15. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 14. ANTIBIOTICO | | 14. 13A | | 14. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 16. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 15. ANTIBIOTICO | | 15. 14A | | 15. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 17. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 16. ANTIBIOTICO | | 16. 15A | | 16. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 18. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 17. ANTIBIOTICO | | 17. 16A | | 17. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 19. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 18. ANTIBIOTICO | | 18. 17A | | 18. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 20. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 19. ANTIBIOTICO | | 19. 18A | | 19. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 21. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 20. ANTIBIOTICO | | 20. 19A | | 20. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 22. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 21. ANTIBIOTICO | | 21. 20A | | 21. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 23. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 22. ANTIBIOTICO | | 22. 21A | | 22. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 24. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 23. ANTIBIOTICO | | 23. 22A | | 23. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 25. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 24. ANTIBIOTICO | | 24. 23A | | 24. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 26. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 25. ANTIBIOTICO | | 25. 24A | | 25. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 27. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 26. ANTIBIOTICO | | 26. 25A | | 26. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 28. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 27. ANTIBIOTICO | | 27. 26A | | 27. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 29. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 28. ANTIBIOTICO | | 28. 27A | | 28. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 30. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 29. ANTIBIOTICO | | 29. 28A | | 29. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 31. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 30. ANTIBIOTICO | | 30. 29A | | 30. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 32. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 31. ANTIBIOTICO | | 31. 30A | | 31. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 33. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 32. ANTIBIOTICO | | 32. 31A | | 32. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 34. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 33. ANTIBIOTICO | | 33. 32A | | 33. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 35. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 34. ANTIBIOTICO | | 34. 33A | | 34. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 36. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 35. ANTIBIOTICO | | 35. 34A | | 35. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 37. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 36. ANTIBIOTICO | | 36. 35A | | 36. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 38. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 37. ANTIBIOTICO | | 37. 36A | | 37. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 39. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 38. ANTIBIOTICO | | 38. 37A | | 38. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 40. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 39. ANTIBIOTICO | | 39. 38A | | 39. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 41. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 40. ANTIBIOTICO | | 40. 39A | | 40. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 42. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 41. ANTIBIOTICO | | 41. 40A | | 41. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 43. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 42. ANTIBIOTICO | | 42. 41A | | 42. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 44. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 43. ANTIBIOTICO | | 43. 42A | | 43. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 45. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 44. ANTIBIOTICO | | 44. 43A | | 44. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 46. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 45. ANTIBIOTICO | | 45. 44A | | 45. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 47. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 46. ANTIBIOTICO | | 46. 45A | | 46. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 48. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 47. ANTIBIOTICO | | 47. 46A | | 47. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 49. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 48. ANTIBIOTICO | | 48. 47A | | 48. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 50. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 49. ANTIBIOTICO | | 49. 48A | | 49. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 51. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 50. ANTIBIOTICO | | 50. 49A | | 50. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 52. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 51. ANTIBIOTICO | | 51. 50A | | 51. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 53. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 52. ANTIBIOTICO | | 52. 51A | | 52. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 54. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 53. ANTIBIOTICO | | 53. 52A | | 53. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 55. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 54. ANTIBIOTICO | | 54. 53A | | 54. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 56. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 55. ANTIBIOTICO | | 55. 54A | | 55. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 57. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 56. ANTIBIOTICO | | 56. 55A | | 56. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 58. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 57. ANTIBIOTICO | | 57. 56A | | 57. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 59. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 58. ANTIBIOTICO | | 58. 57A | | 58. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 60. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 59. ANTIBIOTICO | | 59. 58A | | 59. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 61. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 60. ANTIBIOTICO | | 60. 59A | | 60. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 62. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 61. ANTIBIOTICO | | 61. 60A | | 61. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 63. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 62. ANTIBIOTICO | | 62. 61A | | 62. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 64. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 63. ANTIBIOTICO | | 63. 62A | | 63. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 65. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 64. ANTIBIOTICO | | 64. 63A | | 64. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 66. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 65. ANTIBIOTICO | | 65. 64A | | 65. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 67. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 66. ANTIBIOTICO | | 66. 65A | | 66. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 68. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 67. ANTIBIOTICO | | 67. 66A | | 67. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 69. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 68. ANTIBIOTICO | | 68. 67A | | 68. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 70. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 69. ANTIBIOTICO | | 69. 68A | | 69. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 71. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 70. ANTIBIOTICO | | 70. 69A | | 70. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 72. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 71. ANTIBIOTICO | | 71. 70A | | 71. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 73. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 72. ANTIBIOTICO | | 72. 71A | | 72. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 74. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 73. ANTIBIOTICO | | 73. 72A | | 73. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 75. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 74. ANTIBIOTICO | | 74. 73A | | 74. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 76. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 75. ANTIBIOTICO | | 75. 74A | | 75. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 77. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 76. ANTIBIOTICO | | 76. 75A | | 76. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 78. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 77. ANTIBIOTICO | | 77. 76A | | 77. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 79. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 78. ANTIBIOTICO | | 78. 77A | | 78. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 80. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 79. ANTIBIOTICO | | 79. 78A | | 79. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 81. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 80. ANTIBIOTICO | | 80. 79A | | 80. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 82. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 81. ANTIBIOTICO | | 81. 80A | | 81. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 83. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 82. ANTIBIOTICO | | 82. 81A | | 82. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 84. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 83. ANTIBIOTICO | | 83. 82A | | 83. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 85. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 84. ANTIBIOTICO | | 84. 83A | | 84. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 86. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 85. ANTIBIOTICO | | 85. 84A | | 85. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 87. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 86. ANTIBIOTICO | | 86. 85A | | 86. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 88. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 87. ANTIBIOTICO | | 87. 86A | | 87. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 89. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 88. ANTIBIOTICO | | 88. 87A | | 88. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 90. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 89. ANTIBIOTICO | | 89. 88A | | 89. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 91. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 90. ANTIBIOTICO | | 90. 89A | | 90. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 92. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 91. ANTIBIOTICO | | 91. 90A | | 91. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 93. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 92. ANTIBIOTICO | | 92. 91A | | 92. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 94. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 93. ANTIBIOTICO | | 93. 92A | | 93. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 95. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 94. ANTIBIOTICO | | 94. 93A | | 94. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 96. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 95. ANTIBIOTICO | | 95. 94A | | 95. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 97. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 96. ANTIBIOTICO | | 96. 95A | | 96. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 98. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 97. ANTIBIOTICO | | 97. 96A | | 97. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 99. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 98. ANTIBIOTICO | | 98. 97A | | 98. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 100. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 99. ANTIBIOTICO | | 99. 98A | | 99. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 101. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 100. ANTIBIOTICO | | 100. 99A | | 100. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 102. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 101. ANTIBIOTICO | | 101. 100A | | 101. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 103. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 102. ANTIBIOTICO | | 102. 101A | | 102. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 104. | | INYECCIONABLE DESOGESTREL | | | | 103. ANTIBIOTICO | | 103. 102A | | 103. VIGILANCIA PERINATAL SUBSECUCION | |
| 105. | | INYECCIONABLE NORGESTREL | | | | 104. ANTIBIOTICO | | 104. 103A </ | | | |

| HORA DE LA CITA O ASIGNADA PARA LA ATENCIÓN | HORA DE PRICIO DE ATENCIÓN | PESO Kg | TALLA m | PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | | | | | | | | | | | ATENCIÓN AL DAÑO | | | | | (11) SUPLEVENTOS 1. HIERRO 2. ACIDO FOLICO 3. HIERRO - ACIDO FOLICO | (12) SALUD EN EL TRABAJO 1. ACCIDENTE DE TRABAJO 2. ACCIDENTE EN TIEMPO DE TRABAJO 3. ENFERMEDAD DE TRABAJO 4. INCAPACIDAD PERMANENTE POR TRABAJO 5. DEFERENCIA POR TRABAJO 6. FOMENTO DEL APOYADO 7. BENEFICIARIO INCAPACITADO 8. ATENCIÓN A CASO DE DEMANDA 9. PROBABLE RESTO DE TRABAJO 10. OTRA | (13) LUGAR DEL ACIDENTE 1. HOGAR 2. TRABAJO 3. VIA PUBLICA 4. RECREACION 5. ESCUELA 6. OTROS | CÓDIGO CIE-10 CLASIFICACION DE ENFERMEDADES | CÓDIGO CIE-10 CLASIFICACION DE LESIONES |
|---|----------------------------|---------|---------|------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------|---|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------------|--|--|---|--|--|--|
| | | | | (1) ESTADO | (2) PROMOCION DE LA SALUD | (3) INFORMACION FAMILIAR | (4) VACUNAS | (5) APLICACION DE PRODUCTOS DE CUIDADO DE LA PIEL | (6) VISUALIZACION MATERIA | (7) RESTRAY BENEFICAR | (8) RESTRAY BENEFICAR | (9) RESTRAY BENEFICAR | (10) OTRAS | (11) SUPLEVENTOS | (12) DIAS DE INCAPACIDAD | (13) SALUD EN EL TRABAJO | (14) LUGAR DEL ACCIDENTE | (15) REFERENCIA | | | | | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO SECUNDARIO | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO ADICIONAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO SECUNDARIO | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO ADICIONAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO SECUNDARIO | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO ADICIONAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO SECUNDARIO | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO ADICIONAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO SECUNDARIO | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO ADICIONAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO SECUNDARIO | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO ADICIONAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO SECUNDARIO | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO ADICIONAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO SECUNDARIO | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |
| | | | | NOMBRE COMPLETO | | | | | | | | | | | NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO | | | | | DIAGNOSTICO ADICIONAL | 0 | PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO | | |

FIRMA DEL PRESTADOR DE LA ATENCIÓN