

1122628



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**División de Estudios Superiores
INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE
ZONA ARAGON No. 29**



**“ Diagnóstico Familiar ”
en
“ Pacientes Hipotiroideos ”**

T E S I S

**Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
p r e s e n t a n**

- 1- DR. AGUSTIN CABALLERO VALENCIA**
- 2- DR. ARTURO CASAS SANCHEZ**

**Asesor de Tesis: DR. J. RUBEN QUIROZ PEREZ
Jefe de Depto. Clínico**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA ARAGON No. 29
I. M. S. S.**

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.

Vo Bo

DR SALVADOR RODRIGUEZ CANAFLO

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL DE ZONA ARAGON No 29

I M S S



JEFATURA DE ENSEÑANZA
CLINICA HOSPITAL No. 29

Vo Bo

DRA REYNA MERCADO MARIN

PROFR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD

DE MEDICINA FAMILIAR

HOSPITAL GENERAL DE ZONA ARAGON

No 29 I M S S

ASESOR DE TESIS

DR J RUBEN QUIROZ PEREZ

JEFE DEPTO CLINICO

HOSPITAL GENERAL DE ZONA ARAGON No 29 I M S S

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E :

Cap.	T I T U L O	Pág.
I.	INTRODUCCION.....	1
II.	MARCO TEORICO.....	3
III.	OBJETIVOS.....	16
IV.	PLAN EXPERIMENTAL DEL PROYECTO.....	17
V.	TEORIAS.....	18
VI.	PROCEDIMIENTO DE TRABAJO.....	19
VII.	RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	21
VIII.	REFERENCIAS.....	66
IX.	CONCLUSIONES.....	69
X.	BIBLIOGRAFIA.....	70

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION.

El hipotiroidismo es una enfermedad típica de la senectad de la vida, encontrándose su máxima frecuencia entre los 50 y los 70 años; su frecuencia ha sido revelada solo hasta la última década, debido al desarrollo tecnológico y de métodos más sensibles para detectar la función tiroidea. Tunbridge y cols. han demostrado que el hipotiroidismo sintomático se observa solo en el 1 por ciento de la población adulta y otro 4 % presentan evidencia bioquímica de reducción en la función tiroidea.

La prevalencia del hipotiroidismo se estima alrededor de 0.3 a 1 % en regiones no endémicas de bocio. Labhart en Zurich señala una frecuencia entre 0.20 y 0.25 %. Bansi en Hamburgo en una serie de 55,952 pacientes encontró 73 hipotiroides (0.13 %). Es importante mencionar que el curso de hipotiroidismo en algunas ocasiones puede ser transitorio.

Dado que el hipotiroidismo es una enfermedad que en la mayoría de los casos requiere terapia sustitutiva de por vida, y los pacientes que no la reciben son más víduos introvertidos que causan dependencia y trastornos en el núcleo social, dicho de otra forma en la familia, principalmente, en la presente tesis vamos a abordar el estudio de este tipo de familias para valorar sus repercusiones después de haber recibido terapia sustitutiva.

Se revisó la bibliografía de 1979 a 1982 en busca de artículos relacionados con trastornos en la dinámica familiar o algún estudio social relacionado con hipotiroidismo, sin encontrar nada al respecto.

La filosofía de la Medicina Familiar es dar tratamiento y educación para la salud a las familias que se encuentran al cargo del Médico Familiar. Para llevar a cabo estas funciones en forma adecuada es necesario conocer entre otras cosas el padecimiento, las fases psicológicas por las que pasa el paciente crónico y los aspectos básicos de dinámica familiar, además de realizar un diagnóstico de salud en cada una de las familias.

Es desuma importancia en el quehacer diario de Médico Familiar el conocimiento de sus familias y se acentúa cuando éstas



carecen con un padecimiento crónico, por lo que brindar la atención adecuada y oportuna tanto desde el punto de vista médico como social.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HISTORIA CLINICA.

HIPOTIROIDISMO.

El hipotiroidismo se ha dividido en a) Hipotiroidismo Primario, causado por falla de la función de la glándula, y b) Secundario, sea debido a falta de tirotrófina (TSH). Es posible diferenciar entre una forma hipofisaria de hipotiroidismo y una hipotelámica en base a los índices del factor liberador de tirotrófina (TRF). En algunos casos la causa puede ser un defecto en la acción de la hormona a nivel de los tejidos periféricos.

HIPOTIROIDISMO CONGENITO

ETIOLOGIA.

Anomalías del desarrollo.

Las disgenesias de la glándula incluyen agenesia, malformación o defectos en el descenso de la glándula. Las causas de defecto no son bien conocidas, pero se ha visto cierta tendencia familiar. La incidencia del hipotiroidismo congénito se considera de 1/4000 nacimientos. En cerca del 60% del hipotiroidismo congénito se debe a disgenesias y de estos más del 50% presentar tiroides ectópicas (Zhang 1968; — Feimann 1968), su localización puede ser lingual, sublingual o perilingual, aunque puede existir tejido tiroideo en su sitio normal. — Del tejido tiroideo ectópico un 17% puede ser defectuoso y cursar con hipotiroidismo desde la infancia o presentarse en la adolescencia o edad adulta.

Dishormonogénesis.

En el nacimiento ocurren alteraciones en la síntesis de hormona tiroidea en un 25 a 30% de pacientes con hipotiroidismo congénito. Los pacientes presentan bocio exceptuando aquellos que no responden a la TSH. El hipotiroidismo se puede presentar en la infancia o desarrollarse en la adolescencia o edad adulta.

HIPOTIROIDISMO CONGENITO DEBIDO A OTRAS CAUSAS.

Se han descrito cuadros de hipotiroidismo posterior a la ingesta materna de drogas antitiroideas. Amniocentesis, tratamiento con yodo radioactivo después del segundo trimestre del embarazo en pacientes con antecedente de rubéola materna, y ocasionalmente se han visto cuadros de hipotiroidismo en pacientes con alteraciones cromosómicas, especialmente síndrome de Down.



Enfermedades Infiltrativas de la Tiroides.

Se ha observado que de los pacientes con sarcoidosis el 10% puede cursar con síntomas de hipotiroidismo, se cree que esto sea debido a un proceso inmunológico ocasionado por esa enfermedad.

Tropas Antitiroideas

Se han descrito alteraciones tiroideas secundarias al uso de fluoruros, tales de litio, cobalto, etc. paraaminosalicílico, aminoplutetimidá, fenilbutazona, rezorcinol. La mayoría en los niños pueden causar bocio e hipotiroidismo.

Yodo

El yodo interfiere la liberación de la hormona tiroidea en sujetos eutiroideos e hipertiroideos. También puede causar inhibición en la síntesis de la hormona tiroidea en forma transitoria, compensado por mecanismos de la hormona antitiroidea (efecto de Wolff-Chaikoff). Lo más común es debido a yodo farmacológico de los pacientes con enfermedades pulmonares obstructivas. El hipotiroidismo ocurre en 0.2% cuando la dosis de yodo fue de 5 a 7 gr por día y 2.9% cuando la dosis fue de 20 a 30 gr por día (Bernhardt, 1969).

Los pacientes con tiroiditis linfocítica crónica son más sensibles a la acción bloqueadora del yodo y dosis de 0.5 mg al día pueden causar hipotiroidismo. Es más frecuente encontrar anticuerpos antitiroideos circulantes en pacientes asmáticos que desarrollan hipotiroidismo que en aquellos que no lo desarrollan. Los pacientes con asma intrínseca son más sensibles al efecto bloqueador de yodo que aquellos con asma extrínseca. Los efectos bloqueadores del yodo de otros medicamentos antitiroideos inductores de bocio e hipotiroidismo son reversibles y desaparecen dentro de las primeras semanas o meses después de suspender el medicamento.

Cabe mencionar que la administración de yodo durante el embarazo, puede causar no solo hipotiroidismo en la madre, sino también bocio congénito, hipotiroidismo y cretinismo.

Bocio Endémico.

La severidad de la deficiencia de yodo se refleja en la prevalencia de cretinismo endémico. El hipotiroidismo intrauterino es la causa del cretinismo.

Tiroiditis fibrosa Invasiva Tiroiditis de Riedel).

Esta puede cursar en forma muy rara con hipotiroidismo, aunque lo más frecuente es secundario al tratamiento quirúrgico.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tiroiditis subaguda (Tiroiditis de Quervain)

La tiroiditis subaguda es una enfermedad aguda por una fase de hipotiroidismo transitorio subclínico y está manifestado por incremento en los niveles de TSH como una respuesta exagerada a la TRH, se presenta sobretodo en los casos severos se observa en el 20% de éstos, dura de 1 a 3 meses, pero se puede prolongar por un año a más. La recuperación espontánea es la regla, pero en 0.7 a 1% quedan con hipotiroidismo permanentes. Puede haber datos de inflamación celular, pero estos son transitorios. Tiroiditis Autoinmune (Tiroiditis de Hashimoto).

Esta enfermedad presenta en 2 formas diferentes el bocio clásico de Hashimoto y la tiroiditis atrofica. El hipotiroidismo es el resultado de la destrucción de la glándula por los anticuerpos.

La enfermedad se caracteriza por un aumento de la tiroxina sérica, se observa en el 20% de los casos, pero en la mayoría de los casos se observa una disminución de la tiroxina sérica, esto se debe a la destrucción de la glándula por los anticuerpos.

La enfermedad se caracteriza por un aumento de la tiroxina sérica, se observa en el 20% de los casos, pero en la mayoría de los casos se observa una disminución de la tiroxina sérica, esto se debe a la destrucción de la glándula por los anticuerpos.

Hipotiroidismo de Hashimoto en la enfermedad de Graves.

La enfermedad de Graves se caracteriza por una forma ocasional de hipotiroidismo. El hipotiroidismo secundario a la terapia antitiroidea es más frecuente que el hipotiroidismo espontáneo.

La causa de hipotiroidismo es producida por una tiroiditis autoinmune asociada con enfermedad de Graves y se ha notado una correlación con la presencia de anticuerpos antimicrosomales tiroideos. Hipotiroidismo secundario a la extirpación.

En forma ocasional puede presentarse un hipotiroidismo precediendo al desarrollo de la enfermedad de Graves, aún en ausencia de tiroiditis autoinmune.

Hipotiroidismo por extirpación.

Una tiroidectomía total por cualquier causa, evoluciona hacia el hipotiroidismo. Cuando la tiroidectomía es parcial el desarrollo del hipotiroidismo depende de la capacidad del tiroides remanente para recuperar la función. En el bocio simple la capacidad del tiroides remanente para cumplir la función es alta; pero cuando la cirugía -

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

es por enfermedad primaria de la glándula con ejemplo en la tiroiditis es frecuente el hipotirodismo.

Después de tiroidectomía subtotal por tirotoxicosis, se ha observado hipotirodismo al año 31.5% y los casos observados el primer año van aumentando los casos de hipotirodismo, aunque no se ha señalado hasta cuando dejará de desarrollarse hipotirodismo, sin embargo, esto se puede controlar con las pruebas de función tiroidea en los primeros meses.

Una cifra elevada de TSH sobretodo en los primeros meses antes de la cirugía no nos indica que el paciente va a ser hipotirodico, pero cuando existe una respuesta exagerada de la TSH a la TRH nos indica que el paciente va a ser hipotirodico.

Un estudio de Post en 1973 reportó la incidencia de hipotirodismo postoperatorio de hipotirodismo 2 meses de postoperatorio en enfermedad de Graves en un 20%, sin embargo a los 6 meses todos los pacientes estaban eutirodicos, con TSH elevadas.

Hipotirodismo Post Iodo Activo.

El Iodo radiactivo se utiliza para tratamiento en el cáncer tiroideo, además se utiliza en el tratamiento de la tirotoxicosis. Se ha considerado que a los 2 años postoperatorio un 10-15% de los pacientes son hipotirodicos, sin embargo la incidencia significativa se presenta entre el primer y segundo año de radiación, con un 2 a 5% de nuevos hipotirodicos al año.

Hipotirodismo periférico.

Se caracteriza por elevación de los niveles séricos de hormona tiroidea con eutirodismo clínico y poco o nada de hormona tiroidea libre a la forma tiroidea.

Hormona tiroidea ligada a anticuerpos.

Se pueden encontrar hormonas tiroideas unidas a anticuerpos en tiroides, 70% y 74% en pacientes con hipotirodismo. Un reporte reciente nos indica que el aumento de anticuerpos contra T3 se correlaciona con el aumento de hipotirodismo. Pero no se ve evidencia de tiroiditis, pero no existe relación con la TSH.

El síndrome de tirotoxicosis baja.

Es bien conocido que puede existir niveles bajos de T3 en el rango del hipotirodismo en enfermedad de tiroides como en la hipotiroidismo severo, el síndrome de Hashimoto, en la ansiedad nerviosa, la agitación del estrés quirúrgico. Esto se produce por niveles elevados de T4, lo que se interpreta como disminución de la conversión de T4 a T3. Los pacientes son clínicamente eutirodicos, salvo sus excepciones.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ciones. Estadio de crecimiento a un nivel de desarrollo normal. Hay que tener en cuenta que el eje hipotálamo-hipofisiario-tiroideo está afectado por debajo de lo normal. Esto requiere una combinación de tratamiento propia, para evitar el desarrollo de la enfermedad.

Hipotiroidismo hipofisiario.

Se puede presentar como parte de una falla parcial o total de la hipófisis por daño primario o secundario a tumores, infarto o traumatismos, radiación externa, procesos infiltrativos, la ecciosis, la plasia congénita, hipofisectomía hipofisiaria idiopática o puede ser familiar.

Deficiencia selectiva de TSH.

La deficiencia de TSH se ha descrito en aproximadamente 30 pacientes algunos con tumores de la pituitaria y en otros con Diabetes Mellitus. Característicamente no existe respuesta a la estimulación con TRH.

HIPOTIROIDISMO HIPOTALÁMICO.

El hipotiroidismo hipotalámico se debe a una formación inadecuada de TRH y se puede distinguir de la forma hipofisiaria por la respuesta adecuada de TSH a la estimulación con TRH exógena.

Otros tipos de Hipotiroidismo.

Se puede presentar acompañando al pseudohipoparatiroidismo; en combinación con otras fallas hipofisiarias y en la anorexia nerviosa.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y COMPLICACIONES.

El hipotiroidismo puede ser definido como el estado clínico resultante de la producción disminuida de hormonas tiroideas, o muy raramente de su falta de acción a nivel tisular. Cada tejido del cuerpo es afectado en mayor o menor grado por la deficiencia de hormonas tiroideas. El cuadro clínico es resultante de una gran variedad de factores por ejemplo los niveles bajos y su severidad, aunque existe una gran diferencia como respuesta a niveles disminuidos de hormona tiroidea, una gran deficiencia puede en ocasiones estar asociada sólo con alteraciones clínicas mínimas de la enfermedad.

El hipotiroidismo se presenta con más frecuencia en las mujeres que en los hombres, en una relación de hipotiroidismo sintomático de 10 a uno. La presencia de anticuerpos antitiroideos circulantes que se encuentran en la mayoría de los pacientes con fallas tiroideas, se ha aceptado usualmente que tienen elevación de TSH sérica y es una evidencia suficiente de enfermedad tiroidea primaria.

El síndrome de hipotiroidismo fué descrito por primera vez por Gull en 1874. El término Mixedema fué acuñado por Ord cuatro años más tarde y aunque Haliburton puntualizó en 1893 que el mixedema no era un rasgo constante de hipotiroidismo, el término se consideró como síndrome por muchos años. Con el advenimiento de técnicas más precisas de diagnóstico se ha demostrado que el hipotiroidismo es un fenómeno de grado. El término mixedema deberá reservarse sólo para grados avanzados de hipotiroidismo que cursen con edema importante.

Mixedema

Los aspectos clínicos del hipotiroidismo evidentes son muy conocidos e incluyen pérdida de energía, intolerancia al frío, acroparestesias, resequeadad del pelo, caída de pelo, aumento de peso, constipación, enrojecimiento de la voz, facies típica, y disminución de los reflejos tendinosos. La confirmación por laboratorio para este presenta problemas y todas las pruebas de función tiroidea son anormales. Este estado es el resultante del mayor grado de falla tiroidea.

El reconocimiento de grados menores de falla tiroidea puede ser difícil, sujetos con hipotiroidismo moderado con frecuencia presentan signos menores no específicos. La astenia y el edema facial deberán hacer sospechar de falla tiroidea. Sobre todo en pacientes que tienen historia de enfermedad familiar tiroidea, diabetes juvenil, anemia perniciosa, otras enfermedades autoinmunes, síndrome de Down y en quienes previamente fueron sujetos de terapia antitiroidea. Las pruebas convencionales de función tiroidea pueden dar resultados equivocados aunque alteraciones mínimas pueden ser detectadas por el electrocardiograma y el colesterol sérico puede estar elevado. Una elevación de la TSH puede ser el único hallazgo de laboratorio de un paciente hipotiroideo.

Hipotiroidismo Subclínico.

Este se puede definir como un estado asintomático en el cual una reducción de la actividad tiroidea ha sido compensado por un incremento de la TSH para mantener el estado eutiroideo. Algunos autores usan el término de eutiroalismo compensado para esta situación; otros han basado su definición en una hipercolesterolemia persistente acompañada de anticuerpos antitiroideos circulantes, pero ninguno de estos datos se pueden considerar diagnósticos. El diagnóstico más demostrativo consiste en la demostración de los niveles séricos basales



de TSH elevados y/o respuesta prolongada o exagerada de TSH a la estimulación con TTH en un paciente asintomático. Estos pacientes tienen una reducida reserva tiroidea en la cual se puede demostrar por una respuesta pobre a la estimulación con TSH. Estas alteraciones se pueden restablecer por completo por la administración de la hormona tiroidea. Los rasgos clínicos en este cuadro pueden estar ausentes o presentar cualquiera de los datos mencionados.

Piel y anexos.

La piel es característicamente seca, escamosa y con hiperqueratosis en los pliegues de flexión. La sequedad de la piel es debida a la disminución en la secreción de grasa. La piel iria se puede presentar en estado de com^o mixodematozo. Un color amarillo tenue especialmente en las palmas, plantas y pliegues puede ser resultado de hipercarotenemia debido a alteración en la conversión de caroteno a vitamina A. El aspecto tosco y el edema subcutáneo en el hipotiroidismo es resultado de la acumulación de ac. hialurónico microscópico. El edema subcutáneo es más obvio en los párpados periorcular, en el dorso de manos y pies. Puede haber edema del tobillo aunque un edema disseminado es común en ausencia de fallo cardíaco. El grosor de la piel se incrementa en el mixedema y disminuye con el tratamiento a base de tiroxina.

El pelo grueso y fácilmente isrrrendible se encuentra en el hipotiroidismo, la alopecia trata también se observa en este tipo de pacientes, disminuye el índice de crecimiento del pelo afectando también a las regiones axilar y pubiana.

Sistema nervioso.

Las hormonas tiroideas son esenciales para el desarrollo del SNC. En niños con hipotiroidismo no tratado en quienes el tratamiento se retardo frecuentemente cursan con retraso mental importante. En el hipotiroidismo se encuentran reducidas todas las funciones intelectuales incluyendo el lenguaje, la memoria, además de haber somnolencia lo que suele prestarse a confusión con una demencia senil. El hipotiroidismo severo puede cursar con anemia perniciosa con deficit importante de vitamina B 12 con alteraciones semejantes a las observadas en el hipotiroidismo. Las alteraciones Psiquiátricas son frecuentes especialmente alteraciones depresivas más raramente paranoia, o estados de agitación. El mixedema es una complicación rara y frecuentemente fatal del hipotiroidismo severo. Existen factores que pueden condicionar o predisponer al como mixematoso tales como la hipotiroidismo.

temia, infección, trauma, falla cardíaca, medicamentos, e hipoventilación con retención de CO₂.

La sordera es más rara generalmente recuperable con el tratamiento excepto en el síndrome de Pendred's (sordera congénita en los primeros años de vida, bocio de alrededor de 200 grs. desarrollo psicomotor normal con retardo en el desarrollo del lenguaje., eutiroideos histológicamente la proliferación epitelial es predominante.) El derrame del oído medio o interno puede contribuir a la sordera sinestabilidad. El vértigo es frecuente y se puede confundir con una ataxia cerebelosa con la cuál puede estar asociado. El lenguaje es lento y la voz es gruesa debido a depósitos de mucina en las cuerdas vocales pueden verse también afectados los nervios periféricos por depósito de mucina al igual que en la región del flexor del retinaculum. Hay síndrome de atrapamiento nervioso en otros sitios causando por ejemplo un síndrome del tunel del tarso.

Un derrame de la tibia es un signo de mixedema y se resuelve rápidamente posterior al inicio de la terapia hormonal.

Músculos.

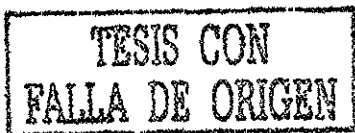
Hay dolor muscular generalizado y articular particularmente cuando el cuadro se instala en forma súbita, por ejemplo posterior a cirugía o a radiación. La condición puede ser agravada en época de frío y es particularmente severa por las mañanas, existen parestesias nocturnas y rigidez muscular que puede hacer pensar en polimialgia reumática.

La fase de relajación en los reflejos tendinosos es lenta mientras que la fase de contracción puede ser rápida, esto es un signo de enfermedad avanzada.

Se pueden encontrar elevación de algunas enzimas en el hipotiroxismo tales como la CKK y la TGO que son datos de daño muscular en estadios avanzados de la enfermedad

Aparato Digestivo.

La anorexia es común lo mismo que el aumento de peso como resultado de hipometabolismo, hay disminución en la excreción de agua y retención de líquidos debido a retención de mucopolisacáridos. Hay disminución en la peristalsis con constipación persistente que puede dar una impactación fecal o un falso íleo agudo. Esto se debe a depósitos mixedematosos en las fibras musculares del intestino y en las paredes ganglionares así como neuropatía autonómica visceral.



otro dato que se puede presentar es la ascitis, descrita por primera vez en 1883 por Kocher en pacientes con mixedema secundario a ablastación total del tiroides. La ascitis se suele acompañar con derrame pleural o pericárdico, los cuales respo dan en forma favorable al tratamiento hormonal.

A. Respiratorio.

Puede haber disnea en los pacientes, la cual con mayor frecuencia es debido a la obesidad. La capacidad vital y capacidad ventilatoria máxima se encuentran disminuidas como dato de enfermedad obstructiva. De cuando en cuando se presenta en forma leve una disminución del nervio frénico debido a un grado de falla respiratoria en mixedema severo. Una asociación con la ictericia e hipervolemia puede contribuir al coma.

Sistema Cardiovascular.

Como ha mencionado que puede haber derrame pericárdico, sin embargo es más frecuente la dilatación o crecimiento de las cavidades, la cual es debida principalmente a dos causas, edema intersticial y atonía muscular, los cuales son reversibles con el tratamiento. Es difícil diagnosticar con Rx, angiocardiógráfía (ECG); sin embargo el ECG puede parecer normal, los cambios no son específicos y consisten en bradicardia, complejo con bajo voltaje, relación lento e inversión de la onda T y desnivel del segmento ST, los cual se puede confundir con cardiopatía isquémica, sin embargo es reversible el tratamiento hormonal. Cabe mencionar que en este tipo de pacientes la cardiopatía isquémica es más frecuente que en la población en general. Se ha observado la asociación frecuente con hiperlipidemia, sobre todo de los tipos II y IV de la clasificación de Fredrickson, hipertiroioidismo y cardiopatía isquémica, y esto es más frecuente cuando se encuentran anticuerpos anti-ácidos circulantes.

Hematológico:

En un estudio realizado por Himsworth en 1976 en 202 pacientes hipotiroideos encontró que 26 % presentaban anemia, un tercio era multifactorial y en 2 tercios los niveles de hierro, folatos y vitamina B12. La anemia puede ser macrocítica, disminuyendo el tamaño de los eritrocitos con la terapia hormonal. En 8.5 % de los pacientes presentaban anemia pernicioso. La deficiencia de hierro se encontró en el 5 por % de los casos.

Función de las glándulas endócrinas

Las cifras de cortisol se encuentran disminuidas como resultado de reducción en la actividad de la 11 β Hidroxiesteroide deshidrogenasa, porque hay disminución en la excreción urinaria de 17 Ox esteroides y 17 hidrocorticoesteroides, aunque los niveles de cortisol en plasma son normales. La respuesta de la corteza adrenal a la estimulación vía hipoglucemia, metirapone y ACTH exógena ocasionalmente se encuentra reducida, pero generalmente dentro de límites normales. La asociación de tiroiditis autoinmune y enfermedad adrenal es conocida como síndrome de Schmidt.

La función pituitaria es generalmente normal, pero la respuesta de la hormona de crecimiento a la hipoglucemia se encuentra disminuida en el hipotiroidismo severo, pero responde a la terapia tiroidea. - Lo hay a veces y adenoma tiroideo pueden ser resultado de un hipotiroidismo de larga evolución particularmente aquellos que se presentan desde la infancia. La TSH se encuentra muy elevada disminuye con la terapia hormonal. El hipotiroidismo en el hombre es poco significativo, el efecto en la pituitaria, sin embargo en las mujeres puede existir infertilidad, menorragia, y/o amenorrea o dismenorrea, como resultado de la secreción inapropiada de gonadotropinas. En el hombre puede haber una aparente dilatación testicular, pero esto por lo general corresponde a un hidrocele, lo cual se resuelve con tioraxina.

Hipotiroidismo en niños

El hipotiroidismo en niños mayores de un año no se asocia con retraso mental irreversible. Se encuentra retraso en el crecimiento y en la edad ósea, en el brote de la pubertad o, raramente, en la pubertad precoz sexual; sin embargo se han reportado algunos casos de precocidad sexual cuyo mecanismo es desconocido pero de acompañar de niveles elevados de FSH y LH, apareciendo en las niñas sangrado transvaginal hipertrofia de los labios menores y galactorrea, en los niños se ha encontrado crecimiento peneano y testicular así como aparición de bello pubiano (Barnes, Hayles y Ryan 1973).

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TIPO IRODIDICO.

Una vez realizado el diagnóstico clínico de hipotiroidismo, éste se puede confirmar por laboratorio, encontrando cifras bajas de metabolismo basal, captación de Iodo radiactivo (en el hipotiroidismo primario se encuentra disminuida, pero en el hipotálamico y pituitario dentro de límites normales), la T3 y la T4 se encuentran dis-

minuidas (normal T4 5.0- 11 mcg X 100 ml , T3 125-245 ng/ 100 ml). La TSH se encuentra elevada (normal hasta 8 micro unidades/ml). Gamagrama tiroideo , se obtiene mediante la administración de Iodo - 131. En el gamagrama normal, se observan ambos lobulos y frecuentemente el istmo. La captación del isótopo es uniforme. En el bocio difuso se aprecia aumento del tamaño de la glandula, pero en los casos con hipotiroidismo la captación está disminuida , pudiendo también servir para localización de tejido tiroideo ectópico o metastasis. Por último mencionaremos el Iodo proteico, osea el que se encuentra unido a proteínas, cuyos valores normales son de 4-8 Gamas y cifras menores indican hipotiroidismo. Cabe aclarar en este caso que la administración previa de Iodo exogeno puede alterar estos valores.

TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO:

El objetivo del tratamiento es la restauración del estado metabólico normal, pudiendose utilizar preparaciones tiroideas diversas. Los objetivos primarios son a mentar la diuresis, disminuyendo de esta manera el edema y posteriormente los efectos cardiotónicos, incremento del apetito y disminución de la constipación.

Hipotiroidismo en paciente estable: No es necesario restablecer el metabolismo normal en forma rapida, en un paciente que cursa con hipotiroidismo de larga evolución, ya que se pueden presentar complicaciones tales como angina, arritmias cardiacas, sobre todo en pacientes con alteraciones cardiovasculares. En estos pacientes , la sustitución con hormona tiroidea se debe iniciar con 25 a 50 microgramos de L-tiroxina o su equivalente; la dosis se incrementara de 25 a 50 microgramos con intervalos de 2 a 3 semanas, hasta alcanza una dosis sustitutiva total (100-200 microgramos al día) .

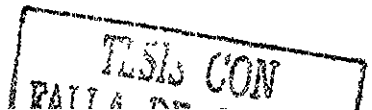
Es más conveniente utilizar T3 en paciente con enfermedades cardiovasculares o en quienes se sospecha ésta , ya que su vida media es menor que la de T4 y sus efectos colaterales o indeseables desaparecerán más rapidamente al suspender la terapia.

Situaciones que requieren tratamiento rápido en el hipotiroidismo: - situaciones de estres, tales como trauma, cirugía o infección, son mal toleradas en el paciente hipotiroideo, pudiendo provocar un coma mixed matoso. Cuando esto sucede o cuando es necesario una cirugía de urgencia, el hipotiroidismo debere ser corregida tan rapidamente como sea posible



Se puede iniciar el tratamiento con lio-tironina a razón de 50 a 100 microgramos dividida en varias dosis. Si no es posible la vía oral, se puede utilizar la misma dosis de levo tiroxina por vía endovenosa. Ciertamente situaciones que no requieran una sustitución rápida, quedarán excluidos de este cuadro. Si la sustitución tiroidea es mal tolerada, el riesgo de toxicidad se deberá evitar con el riesgo del hipotiroideo.

Coma mixodematoso : Es la complicación más severa del hipotiroidismo, a la cual cursa con hipotensión, bradicardia, hiponatremia, hipoventilación, presentándose estos en forma súbita, pudiendo cursar con hipotermia, la cual no es diagnosticada por los termómetros usuales. - El tratamiento se iniciará tan pronto se haga el diagnóstico. La mortalidad se puede presentar en el 50 % de los casos. La terapia se encaminará a los siguientes tres aspectos: 1.- mantenimiento de las funciones vitales a) hipoventilación puede llevar a la retención de CO₂ y llevarlo a la narcosis, es importante realizar gasometría en estos pacientes y la ventilación asistida puede ser necesaria. b) Hipotensión, esta responde pobremente a los agentes vasopresores, hasta que la terapia tiroidea ha sido establecida, la repleción de volumen con líquidos isotónicos de electrolitos. c) hipotermia no deberá ser tratada con calor externo, ya que esto puede exaservar la falla circulatoria por incremento en los requerimientos de oxígeno y diseminación del tono vascular periférico. D) hiponatremia esta es de tipo dilucional y se corrige generalmente con el mejoramiento metabólico del paciente. La administración de líquidos está contraindicada. E) hipoglicemia, se corrige con la administración de glucosa. F) síntomas de hipoadrenocortisismo pueden ser precipitados por la administración rápida de hormona tiroidea, pero esto se puede prevenir con la administración endovenosa de 300 a 400 mg de succinato sódico de hidrocortisona cada 24 hrs disminuyendo la dosis de acuerdo a las condiciones del paciente. G) Todos los depresores del sistema nervioso central serán abolidos. 2.- sustitución de hormona tiroidea, un dosis única de 50 microgramos de levo-tiroxina sódica dada intravenosa ante es suficiente para establecer las cifras normales necesarias de la hormona. Esto puede ser seguido por 50 a 200 microgramos al día intravenoso, hasta que las preparaciones orales sean toleradas. Se puede utilizar también lio-tironina 50 a 100 microgramos inicialmente, se-



guidos por 50 microgramos IV o 25 microgramos d'ca por donde necesite
 tricos, modificandose dicha dosis en base al peso del paciente o en
 quienes tienen enfermedad coronaria. 3.- tratamiento de los factores
 precipitantes.

PREPARACIONES DE TIROIDAS TIPOIDIAS.

Preparación	Tabletas. Dosis	Dosis sustitutiva en adultos.
Thyroid USP (tiroides disecada)	16, 32, 65, 100, 160, 200, 250 y 325 mg	100 a 300 mg
Tiroglobulina (PTCLOID)	16, 32, 35, 100, 130, 200 y 325 mc	100 a 300 mg
Levo-tiromina sódica T4 (SINTROID)	25, 50, 100, 200, y 300mg	100 a 200 mg
Liotironina sódica T3 (CITOCAL)	5, 25 y 50 mcg	50 a 100 mcg

Manual de Medical Therapeutics. De la escuela de Medicina de la Univer-
 sidad de Washington. 23 Ed. pag. 325. 1980.

OBJETIVOS :

GENERAL : Conocer el diagnóstico de salud de las familias con hipotiroidismo y las repercusiones que tiene en ellas

INTERMEDIOS:

- 1.- Conocer los tipos de familias, con respecto a su origen y residencia
- 2.- Conocer clases de familias, subproletariado, proletariado, clase media baja, media alta, alta .
- 3.- Tipo de familia nuclear o extensa.
- 4.- Identificar las fases de la familia
- 5.- Identificar las funciones de las familias
- 6.- Identificar los roles de las familias.
- 7.- Definir si es una familia funcional o disfuncional.

OPERATIVO:

Promover y elevar el nivel de salud de la población.

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA :

El Médico Familiar debe conocer la problemática familiar integral; y esto se puede lograr de una manera adecuada y eficaz, mediante la realización de estudios longitudinales familiares de la población a su cargo para alcanzar una comprensión integral de los aspectos saludables y patológicos, tanto del propio paciente como de su familia, de la interacción entre ambos y de las relaciones dinámicas del sistema familiar con su entorno; según Meisner ha señalado que la enfermedad en el ser humano, además de tener una patología, conjunto de una ecología, y por lo tanto, para comprender la enfermedad es indispensable conocer sus aspectos ecológicos, tanto familiar como social. Tradicionalmente en Medicina, la unidad de tratamiento formaba el binomio paciente-médico, siendo que la Familia es la unidad primaria de la sociedad y dentro de ella se desarrolla, entre sus miembros, relaciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples, siendo éstas de una manera dinámica, ya que es el conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o al contrario.

El estudio longitudinal familiar es el medio más adecuado para proporcionar los elementos de juicio necesarios para elaborar programas de trabajo de acuerdo a las necesidades de sus familias, tanto desde el punto de vista individual, familiar y social. Esto implica la posibilidad del Médico Familiar de hacer llegar el beneficio de sus acciones a todo el núcleo familiar, es decir proporcionar una atención, orientaciones prioritarias y factibles, cuyos resultados se pueden evaluar, dando lugar a la retroalimentación, para modificar o cambiar sus programas de trabajo, según lo aconsejen los datos de la experiencia.

PROBLEMAS

Mediante la realización de estudios longitudinales familiares se puede obtener una mejor visión global de los problemas de salud y de los aspectos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad. Los estudios de este tipo se ven en el capítulo de los problemas familiares y de los problemas de salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROGRAMA DE TRABAJO.

MATERIALES Y MÉTODOS :

A) MATERIAL : Se captó a los pacientes vistos en la consulta externa del Servicio de Endocrinología, turno matutino, del Hospital General De Zona Aragón (I.M.S.T.), durante el trimestre comprendido del primero de marzo al 31 mayo de 1982, recolectados de la forma 4-30-6, con diagnóstico de hipotiroideoismo. El total de pacientes captados fueron 23; sin embargo de estos sólo se pudo localizar a diez familias, ya que las restantes trece tenían direcciones falsas. Todos los pacientes fueron del sexo femenino, cuyas edades se encontraban de 22 a 75 años, con un promedio de 41.7 y una incidencia de 60 % en el grupo de 15 a 44 años, entre 44 y 68 hubo 30 % y por arriba de esta edad sólo se percibió el 10 %.

El trabajo fue realizado por dos residentes de Medicina Familiar.

Se utilizaron los servicios de archivo del Hospital General — Zona Aragón (I.M.S.T.) donde se consultaron las hojas 4-30-6 y la forma D.S.T.- 001 de registro de pacientes a la Unidad.

Se utilizó el modelo para estudio longitudinal familiar proporcionalado por la Jefatura de enseñanza del Hospital General De Zona Aragón. Expediente clínico.

B) MÉTODO : Una vez captado los nombres, domicilios de los pacientes hipotiroideos de la forma 4-30-6 y D.S.T.- 001, se procedió a la localización de los domicilios de los 23 pacientes captados. De estos sólo se encontraron 10, ya que los demás, o no vivían en el domicilio señalado o dicho domicilio no existía.

Una vez localizados los 10 domicilios se procedió a entrevistar a cada una de las familias, explicándoles en que consistía el estudio y solicitando su colaboración para el mismo. Todos aceptaron en forma voluntaria. El estudio se realizó durante un periodo de 5 meses, efectuando una visita mensual de una hora de duración durante las cuales se trató de reunir a la mayoría de los miembros de la familia; utilizando como guía el formato para estudio longitudinal —

de familias proporcionado por la Jefatura de Enseñanza del Estado General de Zona Aragón I. S. S. C. L. # 29. Durante las entrevistas se utilizó el método de trabajo libre, lo que nos sirvió para enterarnos del tipo de relaciones existentes de cada uno de los miembros de la familia. Utilizando, además el experimento clínico del presente para corroborar el diagnóstico del hipotiroidismo, en algunas ocasiones las preguntas tuvieron que ser directas y precisas para completar el estudio.

SEMBOLOGIA.
 SIMBOLOGIA ESTADISTICAS



HOMBRE



MUJER



PACIENTE IDENTIFICADO.



COCHECIUMIENTO



DIVORCIO O SEPARACION



UNION LIBRE .



FUERTE



ABORTO



VIVIR CON EL MISMO SEXO

LES CON
 FALLA DE ORIGEN

Se trata de paciente del sexo femenino de 49 años de edad, sin antecedentes cerebrales ni de importancia para su diagnóstico actual. AFN: Es originaria y residente del D.L. provincia de estrato socioeconómico medio, escolaridad secundaria, ocupación laborista del hogar, Alcohólico: trata a los nervios, Alimentación suficiente en calidad y cantidad. Habitación: Habitaba en una casa propia en Unidad CTE Aragón, con buenas condiciones de higiene y ventilación, cuenta con todos los servicios de una ciudad urbana, sin hacinamiento ni promiscuidad; convivía con gran cantidad de animales domésticos como papas, gatos y perros, los cuales encuentran en el patio. Sus hábitos higiénicos son aceptables.

Historia Clínica: Inicia hace 3 años con disminución de peso rápida de 4 Kg al mes, pesimismo, sudoración, nerviosismo, palpitaciones, exoftalmos bilaterales, por lo que es visto por el servicio de endocrinología donde se fundamenta el diagnóstico de bocio tóxico difuso siendo tratada a base de antitiroideos, sin obtener respuesta favorable, por lo que se le dan 100ms de Iodo radiactivo, causando posteriormente con datos de hipotiroidismo, los cuales fueron corroborados por laboratorio, por lo que se inicia terapia sustitutiva con Testaecto total de Tiroides, actualmente con 125 mg cada 24 hs.

FAMILIA:

Se trata de una familia nuclear moderna integrada por 8 personas, urbana, de nivel socioeconómico medio alto, en fase de independencia; donde se cumplen todas las funciones de la familia. Tiene hábitos de costumbres tradicionales, con ingresos mensuales de 132 mil pesos e ingresos por cánta de 17 250 pesos, CN escolaridad superior.

EVOLUCIÓN DE LA FAMILIA:

Se encuentran casados por las 2 leyes desde hace 29 años, procreando 9 hijos, de los cuales fallecieron 3 antes de los 3 años de edad. Siempre han vivido en armonía sin que existan vicisitudes que amenacen a la integridad familiar. La autoridad es llevada por el padre y en su ausencia por la madre, siendo ejercida en forma racional, la comunicación es buena entre todos los miembros de la familia, los vínculos son claros y estrechos, los roles son llevados de acuerdo al lugar que ocupan en la familia, el deber es de acuerdo al proveedor el de ella es de esposa madre. Los roles conyugal, parental, fraternal son funcionales.

RELACIONES FAMILIARES.

El sujeto siempre ha estado consciente de su enfermedad; el concepto de salud de la familia es adecuado y existió siempre buena aceptación hacia los residentes que realizaron las entrevistas, el concepto sobre el ICS es buena, aunque no conocen bien a la familia.

El pronóstico se espera bueno para la familia, ya que están cubiertas en forma adecuada todas sus funciones, la comunicación es adecuada y los vínculos son claros hacia todos los miembros de la familia.

FAMILIA EIZALDE GÓMEZ CASO # 2

RESUMEN CLINICO: Se trata de paciente femenino de 22 años de edad, quien es vista por el servicio de Endocrinología con diagnóstico de Hipotirodismo postado 131.

A.E.: Padre muerto a los 3 años de edad por EIP; madre muerta a los 42 años por CA CU; abuelo materno vivo de 65 años de edad con diabetes mellitus.

A.P. no P.: E o originaria del Estado de Guanajuato, residente en el D.F desde los 5 años de edad, proviene de una familia de origen español donde el padre era hijo único, siendo el único administrador de la hacienda propiedad del abuelo. Una vez muerto el padre, el abuelo ejerció el control de la hacienda, por lo que éste emigró al capital de la República, viviendo con toda clase de carencias, a partir de entonces. A los 4 años de edad tuvo un accidente de vehículo por un muchacho de la edad por lo que le ocasionó un trauma psicológico. Estuvo en el internamiento de la madre hasta los 10 años. Lo que motivó a la madre a casarse con un hombre que se estaba ocupando en ella, casado desde hace 4 años, dedicado al comercio del algodón, alcoholismo negado, tabaquismo activo desde hace 8 años fumando 2 cigarrillos diarios.

A.C.O: Menarca a los 11 años de edad con ritmo de 30 X4 días normales; VSA a los 18 años; G: I; P:I.

R.P P: Negados.

P.A.: Inicia su padecimiento desde los 14 años de edad, con aumento de volumen de la cara anterior del cuello, nerviosismo, acompañado de sudoración y palpitaciones, acudiendo dos años después al servicio de Endocrinología donde se fundamente el diagnóstico de Bocio Tóxico difuso, recibiendo terapia anti-tiroidea y posteriormente dos dosis de Iodo 131, última en agosto del 81. Tres meses después inicia con cuadro clínico de hipotiroidismo corroborado por laboratorio por lo que se inicia terapia sustitutiva actualmente con 195 mg de extracto total de tiroides diarios. Otro problema es la disminución de la libido desde que inicio las relaciones sexuales - no ha presentado orgasmo con su conyuge, pero si lo ha tenido en sueños.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ES TRUJURA FAMILIAR : La familia se encuentra integrada por tres personas: Alejandro de 26 años , Adriana de 22 y Alejandrino de 2 años de edad.

AMBIENTE FISICO FAMILIAR: La familia habita en la colonia Valle de Aragón , colonia popular la cual se encuentra al norte de la ciudad contando con todos los servicios urbanos. Lo más importante de mencionar aquí es que la colonia se encuentra en las cercanías del Vaso de Texcoco diseccionado por lo que origina frecuentes polvaredas.

VIVIENDA: Habitan en un departamento rentado que consta de 3 recamaras, que cuenta con todos los servicios de una comunidad urbana, con buena ventilación de iluminación, la casa se encuentra limpia y ordenada.

ECONOMIA : Es totalmente dependiente de los ingresos de Alejandro, quien percibe 39 mil pesos mensuales trabajando en dos partes, con ingresos por concepto de 13 mil pesos.

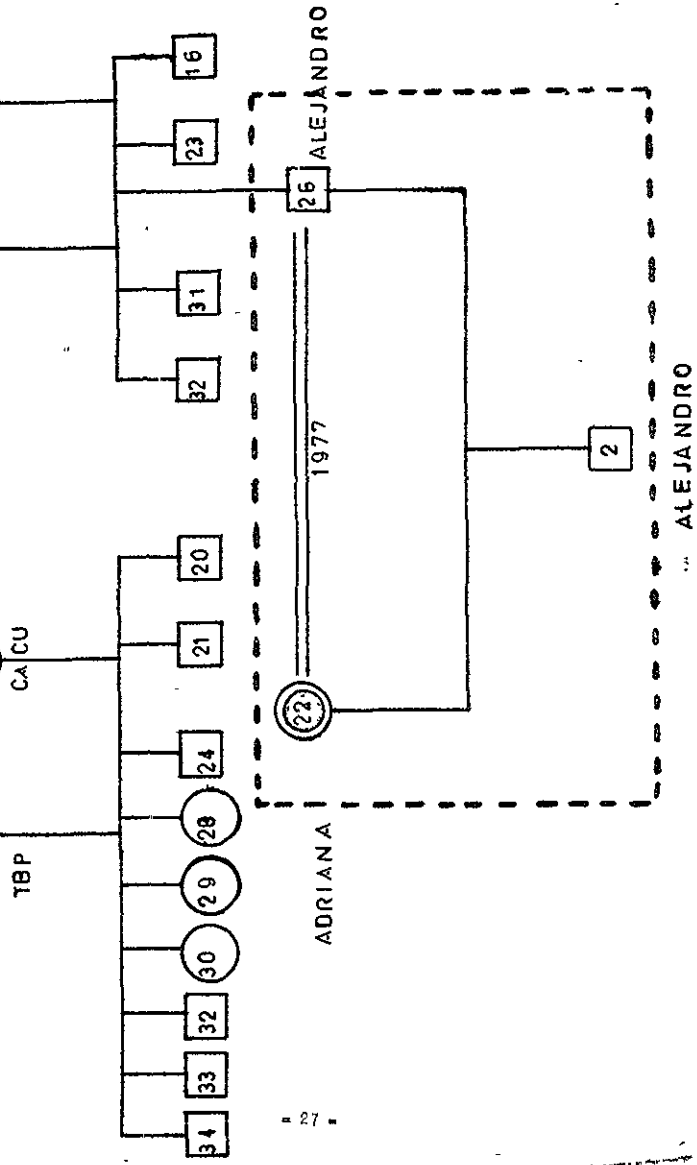
EDUCACION : Alejandro estudio preparatoria y agente aduanal - Adriana secundaria - obrera comercial, Alejandrino aun no esta en edad escolar.

SAUD : No existen en la familia enfermedades crónicas ni agudas dentro de la familia excepto la de Adriana, la cual se encuentra bien sustentada. Se encuentran cubiertos los programas de medicina preventiva, tienen un concepto de salud bueno.

DIAGNOSTICO FAMILIAR : Alejandro permanece prácticamente todo el día fuera debido a su trabajo, de tal manera que sólo convive con Adriana por la noche y con el niño los fines de semana, la autoridad es llevada por ambos en forma igualitaria y funcional, los vínculos entre ellos son estrechos, existiendo buena comunicación entre ellos el rol de Alejandro es de esposo-proveedor y el de ella es de esposa-madre. La familia se encuentra en fase de expansión y se encuentran cubiertas todas las funciones, es una familia nuclear urbana - de la clase media, integrada y funcional.

FAMILIA ELIZALDE GOMEZ
 CONSUELO CASO#2
 JUSTO 1
 TBP

MOISES ?
 JOSEFINA



15.000
 FALLA DE ORIGEN

VIII: VEGAS FAMILIA # 3

PSIQUICÓLOGICO : Se trata de febril de 42 años, con tiroidismo postado 131.

A.H.F. : Nació vivo de 75 años de edad tiroidectomizada a los 57 años por bocio; padre fallecido por infarto agudo del miocardio; un hermano hipertenso vivo de 46 años.

A.P. no P. : Originario del Estado de México, reside en el D.F. -- desde los 15 años, procede de medio socioeconómico medio, con regulares hábitos higiénico dietéticos, alcoholismo y toxicomanías negados.

A.C.O. : Menarca a los 13 años 30 X 5 eumenorreica VSA a los 15 años; G: V; P.W; sin infocul de 12 años.

A.P.F. : Amigdalectomía hace 30 años, amercisectomía hace 12.

P.A. : De tres años de evolución de inicio inicialmente por cuadro clínico de tirotoxicosis con bocio, por lo que es vista por el servicio de Endocrinología, fundándose el diagnóstico de bocio tóxico difuso manejándose inicialmente con drogas antitiroideas con pobres resultados, por lo que se le dan dosis de todo 131, tres meses después evoluciona con datos de hipotiroidismo corroborándose el diagnóstico por medio de laboratorio por lo que desde enero del 82 inicia con terapia sustitutiva, actualmente con 130 mg de extracto total de tiroides.

ESTRUCTURA FAMILIAR : La familia se encuentra integrada por 5 miembros, José de 46, Gloria de 43, Gabriel de 25, Armando de 24 y Francisco de 13 años, tienen otros dos hijos, José y Víctor los cuales viven aparte.

AMBIENTE FISICO FAMILIAR : La familia habita en la colonia Valle de Aragón, colonia popular la cual se encuentra al norte de la ciudad de México contando con todos los servicios urbanos, lo más importante mencionar es que frecuentemente existen polvaredas procedentes del Vaso de Texcoco. No existen centros de vicio en la comunidad.

VIVIENDA : Habitan en una casa duplex, la cual están pagando actualmente consta de 3 habitaciones, sala-comedor, cocina y baño por todos los servicios intradomiciliarios, con buena ventilación, iluminación e higiene, la eliminación de excreta y basura es adecuada no hay plagas en el interior de la casa.

ECONOMIA : La economía depende por completo de José cuyos ingresos mensuales ascienden a 240 mil pesos, con ingresos percapita de 48 mil pesos, con los que satisfacen el día y algunas suntuarias.

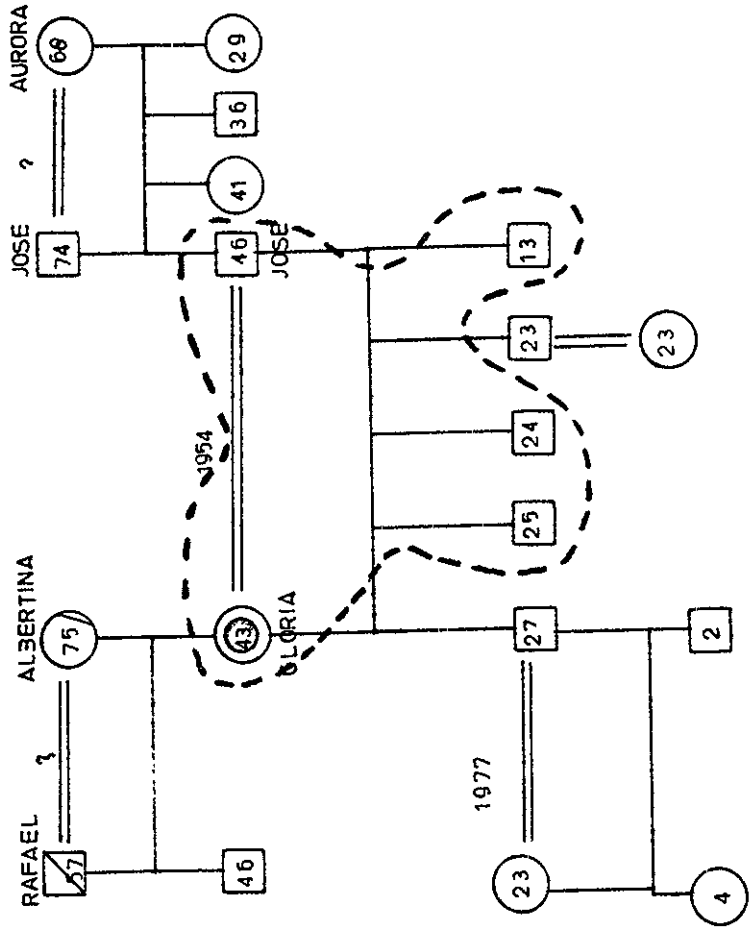
EDUCACION : Toda la familia cuenta con educación superior excepto Gloria con secundaria y comercio, Francisco de acuerdo a su edad.

HABITOS Y CUIDADOS : Sus hábitos higiénicos son aceptables, su alimentación es suficiente en cantidad y calidad. Inocuidad ositi en los de 5 cigarrillos al día, así como alcoholismo ocasional, sin llegar a la embriaguez. Se reúne toda la familia los fines de semana pasea juntos 2 veces al año.

SAUD : José presenta enfermedad articular degenerativa, que limita la movilidad de la cabeza; Gloria con hipertensión arterial, actualmente en tratamiento; los demás miembros no presentan enfermedades agudas ni crónicas relevantes, aunque a su único hijo se le ha diagnosticado, a un mes de nacido, la enfermedad de Tay-Sachs, su pronóstico de salud es bueno.

RELACIONES FAMILIARES : Debido a las actividades personales de cada uno de los miembros de la familia solo pueden convivir juntos por las noches, reuniéndose también los fines de semana. La autoridad es ejercida por José en forma racional, los vínculos entre ellos son estrechos. Mantiene buenas comunicaciones y relaciones armónicas entre todos los miembros de la familia. El rol de José es el de proveedor y el de Gloria es de esposa madre. La familia se encuentra en fase de independencia, sus funciones se encuentran cubiertas. Es una familia nuclear de la clase media alta, integrada y funcional. de tipo nuclear moderno.

FAMILIA VARGAS MEJIA



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FAMILIA CASTRO PEREZ.

CASO 4.

PATROLOGIA:

Se trata de un varón de 40 años de edad con hipertiroidismo por tirotoxicosis total.

AF: Padre suizo con silicosis pulmonar a los 45 años; madre suiza por TB a los 65 años; un hermano muerto a los 21 años de edad por carcinoma gástrico no especificado.

ET: Origen rural residente en D.F. Procede de entorno socioeconómico medio, con regulares hábitos higiénico-dietéticos, tabaquismo desde los 20 hasta los 30 años 3-4 cigarrillos al día, alcoholismo leve los.

HT: Embarazado a los 15 años, con parto de 30 x 3 Cu. I a los 13 años; HT, P, HT, I, histerectomía por miomatosis uterina hace un año.

AF: Elastia anular izquierda a los 10 años y umbilical a los 20 años.

HT: HT, P, HT, I, histerectomía a los 10 años por fibromiomas, migrañas, pituitaciones, nerviosismo, pérdida de peso y aumento de volumen en la parte anterior del cuello, por lo que es visto por el servicio de Endocrinología documentado el diagnóstico de Pocio toxicodifuso, por lo que se le practica tiroidectomía total, -volucionado en el -postoperatorio con hito de hipoparatiroidismo, por lo que se inicia terapia a base de calcio y terapias sustitutiva posteriormente con extracto total de tiroides, actualmente 125 mg diarios y calcio oral 1 x 3 además de sales de potasio.

DETERMINACIONES:

La familia se encuentra integrada por 6 miembros, Jesús de 50, Carmen de 48, Raúl de 13, Leticia de 21, Isabel de 20 y Jesús de 14 años.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

La familia habita en la Col. Valle de Aragón, colonia regular que se encuentra al Norte de la ciudad de México, contando con todos los servicios urbanos, lo más importante mencionar, es que no continuamente existen polverederos procedentes de vaso de excooco, no existen centros de vicio cercanos.

VIVIENDA:

Habitar en una casa propia, cuenta de 3 recámaras, sala con

dor, cocinero, con todos los servicios en el domicilio, como en la vez anterior, la madre a la educación, e la madre de Jesús es adecuada, no existe el problema, al respecto ninguna otra necesidad.

ECONOMÍA:

La economía depende principalmente de Jesús, aunque también de los otros hijos con el ingreso familiar de 130 000 pesos mensuales e ingresos extras de 21 000 pesos, con los que cubren sus necesidades básicas algunos gustos.

EDUCACIÓN:

Jesús estudia Preparatoria y estudios de economía, Carmen, Patricia y Gabriel son secundarios y cursan el nivel.

RELACIONES SOCIALES:

Los hábitos higiénico-higiénicos aceptables, visitan a sus familiares cercanos, salen de vacaciones 2 veces al año.

SAÚDE:

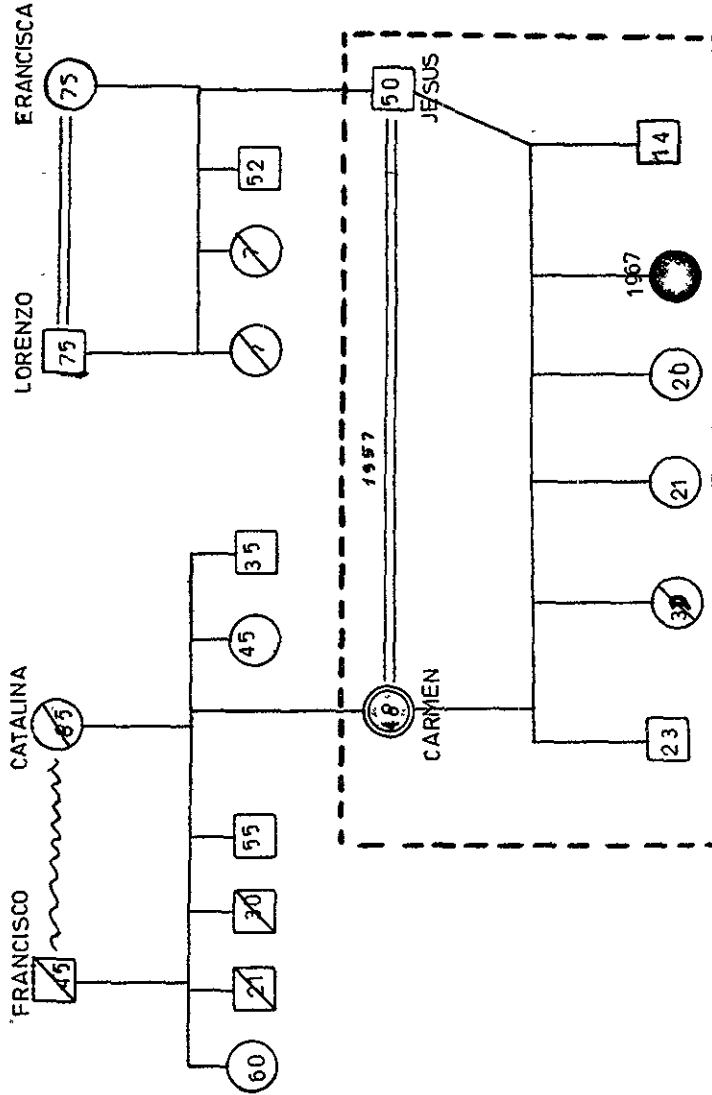
No presentan enfermedades agudas ni crónicas invalidantes, excepto Carmen que se encuentra bien controlada del hipotiroidismo. Su concepto de salud es "no tener problemas ni físicos ni mentales, se encuentran cubiertos los programas de salud preventiva.

DINÁMICA FAMILIAR:

Debido a las actividades de todos solo conviven todos juntos por las tardes, aunque Carmen y Jesús chico, conviven más tiempo, desde que éste regresa de la escuela, a las 19 hs va están todos en la casa, cenar a las 20:30 hs se duermen como a las 22 hs. La autoridad es ejercida por ambos padres en forma racional, los vínculos entre ellos son estrechos, existiendo buena comunicación y las relaciones son armónicas, el rol de Jesús es de esposo proveedor y el de Gloria es de esposa madre. La familia se encuentra en fase de dependencia, con sus funciones cubiertas, es una familia nuclear de la clase media, urbana, intermedia y funcional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA CASTREJON PEREZ



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN CLÍNICO:

Se trata de paciente femenino de 26 años de edad con Dx. de hipotiroidismo post todo 1971.

AFP: Padres aparentemente sanos, abuelo paterno hipertico, mezcla otros de interés.

AFP: Originaria y residente del D.F. con regulares hábitos higiénico dietéticos, proviene de estrato socioeconómico medio, alcoholismo y tabaquismo ne años, ocupación hogar.

ACC: Menarca a los 13 años, con ritmo de 30 x 4 Bu. INIA a los 20 años, G: I, P: I, A: I, con I₁ complementario. Contracepción con anillo vultericos orales

APP: Extirpación de quiste ovario izquierdo, piósalpax o erazo lae ce un año, admisión posparto en Tlaxcala.

PRESENTACIÓN CLÍNICA:

Los síntomas se inició con nerviosismo, hiperestesia d, síndrome de peso de 5 kilos en 3 meses, aumento de volumen en región anterior de cuello, ev. cianosis de dedos, intolerancia a calor, por lo que acude al Servicio de Endocrinología donde se documenta el Dx. de hipotiroidismo, iniciando tratamiento con drogas antitiroideas, con pobres resultados, por lo que se le administra una dosis de Iodo radiactivo, evolucionando a los 3 meses con datos de hipotiroidismo, el que se corroboró por laboratorio, iniciando terapia sustitutiva a dosis progresiva, actualmente con 125 mg diarios de extracto total de tiroideas.

ENTREVISTA FAMILIAR:

La familia se encuentra integrada por 3 miembros, Javier de 28 Raquel de 26 y Fabian de 4 años.

ENTREVISTA SOCIAL:

La familia habita en la Colonia Proveniencia, colonia que se encuentra ubicada al sur del DF, con acceso con todos los servicios urbanos, no existen industrias tóxicas cercanas, ni centros de vicio. HISTORIA:

Habita en la casa de la familia de Raquel, ubicada en indones dientes de aquella. Su vivienda cuenta de una recámara, baño, cocina, y sala comedor, con calefacción, iluminación e incluye todos los servicios sanitarios. El consumo de agua es potable, con agua corriente y servicios de drenaje, por lo que se considera que la familia se encuentra en condiciones adecuadas de vida.

les se arcaun re. or un certal.

NOTA:

Data legende d l aorte le Janvier, con : cresos mensuales de-
29 000 resos mensuales con l reso porofat e 9666 resos mensuales.

EMISION:

Janvier, R. Manuel - édicos, T. Juan Loude - J. J. J. J.

INDICACIONES:

El presente documento, emitido por el Banco de España, tiene el carácter de
moneda legal, y se venden a 3 pesetas al año. No tienen valor legal
ni en el exterior ni en las colonias.

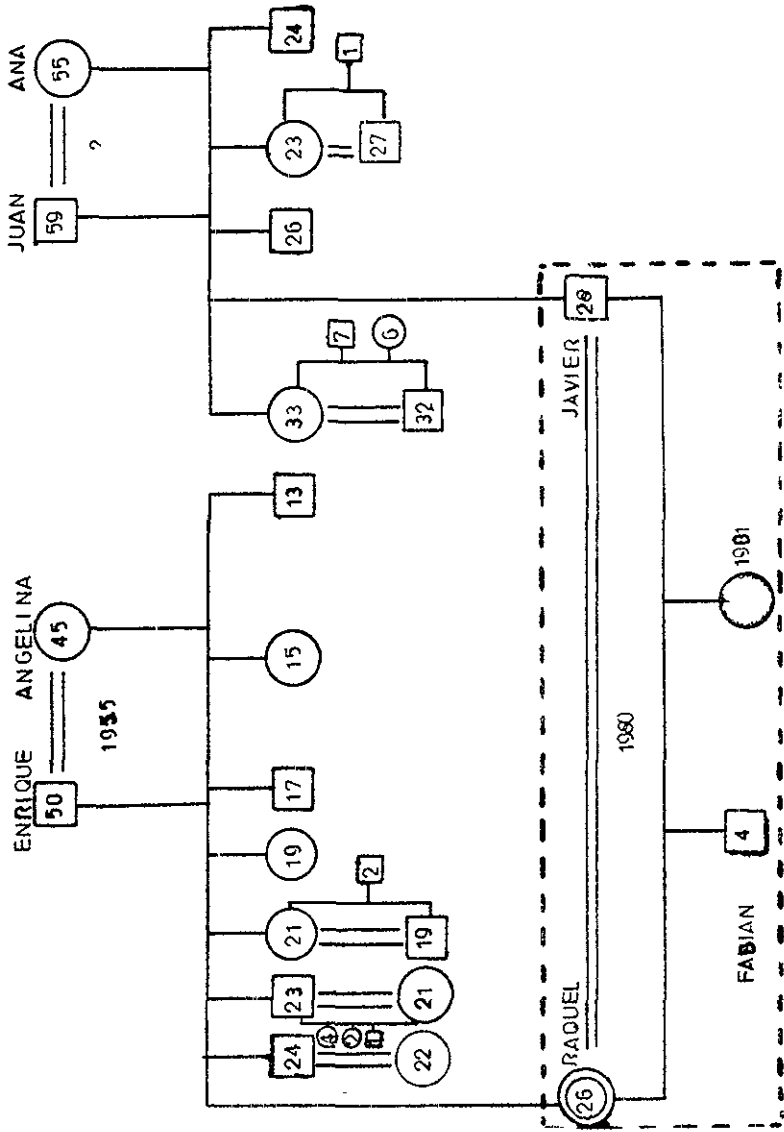
1937.

El presente documento, emitido por el Banco de España, tiene el carácter de
moneda legal, y se venden a 3 pesetas al año. No tienen valor legal
ni en el exterior ni en las colonias.

INDICACIONES:

Janvier, R. Manuel - édicos, T. Juan Loude - J. J. J. J.
en el I. S. de la moneda, la moneda se vende a 3 pesetas al año. No tienen valor legal
ni en el exterior ni en las colonias. No tienen valor legal ni en el exterior ni en las colonias.
madre, la familia se encuentra en el extranjero. La familia se encuentra en el extranjero.
adopción, la familia se encuentra en el extranjero. La familia se encuentra en el extranjero.
familia que se encuentra en el extranjero. La familia se encuentra en el extranjero.

FAMILIA HERNANDEZ MORA



ESTUDIO DE CASO

2000-6

ANTECEDENTES:

Se trata de un paciente masculino de 30 años de edad, con diagnóstico de hipertensión arterial esencial desde los 13 años.

5 años de evolución.

APAF: Es originaria de la ciudad de El D., proviene del nivel socioeconómico medio-bajo, se refiere a una historia de hipertensión arterial esencial desde los 13 años, tratamiento farmacológico con diuréticos desde los 13 años, con una evolución de 12 años hasta el diagnóstico actual.

1970: Inicia a los 13 años, con tratamiento con 30 x 3 Di. Inicia a los 15 años, con 17, 5, 5, histerectomía por miomatosa uterina hace 13 años.

1982: Colocación de electrodo en Sept. 12, laparotomía abdominal desde los 4 años de evolución.

0 años de evolución.

Inicia su padecimiento hace 2 años con cuadro de síntomas de hipertensión arterial, por lo que acude al servicio de Endocrinología, donde se le diagnostica el diagnóstico de Hipertensión Arterial Difusa, por lo que recibe tratamiento con fármacos antihipertensivos, disminuyendo en forma voluntaria por lo que en la actualidad un fármaco de acción sintomática, volver a los 3 meses de uso de fármacos de hipertensión arterial, controlándose por laboratorio, por lo que se inicia terapia sintomática con tratamiento total de fármacos, actualmente 105 mg diarios.

EXAMEN FÍSICO:

La familia se encuentra integrada por 7 miembros: Cruz de 33, Virginia de 39, Martha de 23, Alejandro de 22, Verónica de 16, María de 15 y Edgar (hijo doctivo) de 5 años.

EXAMEN LABORATORIAL:

La familia habita en la Unidad Sanitaria de la zona, Col. popular que se encuentra al N del D. con todos los servicios urbanos, no existen industrias tóxicas cercanas ni centros de riesgo.

VIVIENDA:

Existe en casa propia que consta de 3 habitaciones, sala con cocina y baño, un patio anterior y otro posterior, con buena ventilación, iluminación e higiene, con todos los servicios urbanos necesarios, el drenaje de excretas adecuada.

NOTAS:

Los ingresos familiares totales ascienden a 339 000 pesos en

suales, con ingresos promedio de 4000 pesos mensuales.

EDUCACIÓN:

Cruz se graduó de secundaria, Virginia primaria completa, Bart alocenari, Alejandro secundaria, Teresita secundaria completa, pero cuando se secundaria y Edgar acaba al kinder.

RELACIONES CON LOS PADRES:

Sus hábitos alimenticios son aceptables, lo mismo de los dietéticos, existen unos cuantos en Virginia de 12 cigarrillos al día, lo mismo existe un consumo limitado del alcohol, se puede decir que la persona, practica un deporte.

SAÚDE:

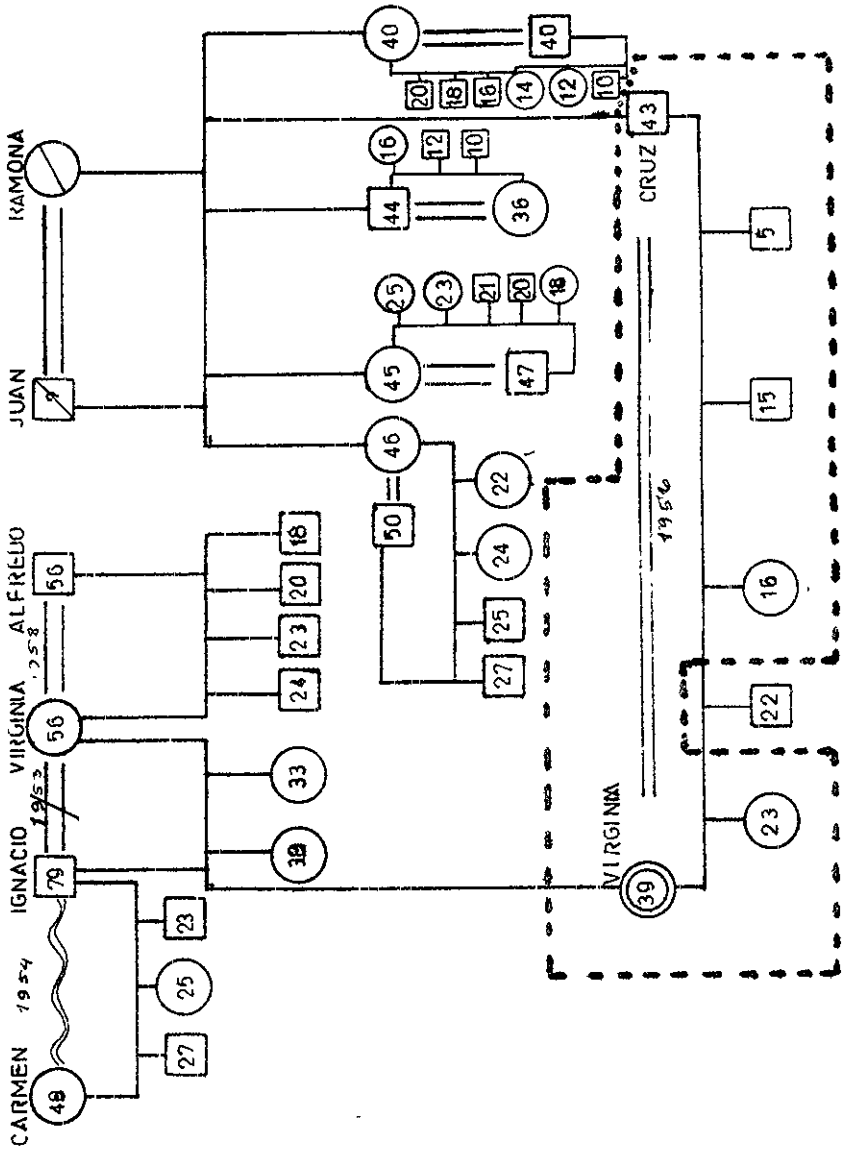
Actualmente no existen enfermedades agudas o crónicas ni valdentes en la familia, excepto en Virginia con la hipertensión, e intervención intermitente controlada. Los programas de medicina preventiva se encuentran cubiertos, su concepto de salud se relaciona con el sustento físico.

ORGANIZACIÓN FAMILIAR:

Por lo general se relaciona sus labores, Cruz, Alejandro y la Martha trabajan a aquellos por la mañana y esta sistema a la cual que Virginia por las tardes. Todos conviven juntos por los fines cuando han vuelto de sus labores, la autoridad en la casa es ejercida por el padre, quién la ejerce en forma racional, respetando el modo de pensar y actuar a los demás miembros de la familia, en su ausencia Virginia es quién lleva las riendas. Cruz lleva el rol de esposo proveedor, Virginia de esposa madre y colaboradora. Los vínculos entre ellos son estrechos, la comunicación es adecuada.

Se trata de una familia nuclear moderna de la clase media alta urbana, íntegra, en fase de independencia, en quien se cumplen las funciones familiares.

FAMILIA SANTILLAN MARTINEZ



39

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FAMILIA TAYO BASTIDA.

64 X 7.

PROFESIONISTA.

Se trata de paciente femenino de 56 años, con Dx de hipotiroi-
dismo post tireoidectomía.

ABP: Padre muerto a los 51 años de edad por complicaciones de diabe-
tes mellitus, madre muerta a los 42 años de edad por hepatosis no
especificada. Una hermana viva de 62 años de edad con Diabetes mel-
litus tipo II y Leucemia.

ABNF: Originario de la Piedad Mich., radica en el D.F. desde hace 10 a-
ños, proviene de nivel socioeconómico débil, ocupada en las labores
del hogar, con aceptables hábitos higiénico-estéticos, alcoholismo
y toxicomanías negadas.

ACC: Venecia a los 12 años, con ritmo de 30 x 3 l/m. IV a los 15 a-
ños, G:VII, P:VII, R:R hace 10 años.

ATP: Extirpación de quiste de ovario izquierdo a los 30 años, padece
femina (bulimia), desde hace 7 años, no complicada, catástrofe bruto-
ral operada hace 14 años.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Inicia su padecimiento hace 20 años con datos de tirotoxicosis
sistémica y bocio, por lo que acude al servicio de Endocrinología, donde
se le corrobora toxicidad tiroidea difusa, realizándole tireoidectomía to-
tal, evolucionando en postoperatorio con datos de hipoparatiroidismo
severo, por lo que se inicia terapia a base de calcio, como a los
3 meses presenta cuadro de hipotiroidismo, corroborado por laboratorio,
por lo que se inicia terapia sustitutiva en forma progresiva, -
actualmente controlada con 130 mg diario de Estrato total de tiroi-
des y 2 gramos de calcio.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO:

La familia se encuentra integrada actualmente por 4 miembros:
Padre de 61, Hecorro de 56, Hija de 33 y Anéfitos de 20 años.

ASPECTOS FISIOLOGICOS PSICOPATOLÓGICOS:

La familia habita en la Unidad San Juan de Aragón, colonia po-
pular que se encuentra ubicada al norte del D.F. controlada, con todos
los servicios públicos de una comunidad urbana, así como centros de
deporte y recreativos, no existiendo industrias tóxicas ni centros
de vicio en la comunidad.

VIVIENDA:

Habitación que se proyecta a construir, con el anterior cocinero y baño, un patio posterior, con buena ventilación, iluminación e higiene, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios. Climatización de días secos y calientes.

ECONOMÍA:

La Economía familiar depende del padre y de Angélica, el se encuentra trabajando su pensión por invalidez es de un salario mensual tomanero ella es secretaría. Con ingresos familiares de 34.000 pesos mensuales con un rescate pendiente de 2500 pesos.

EDUCACIÓN:

Julio estudio until en comités y catacait cómo como mecánico de tornos, socorro sabe leer y escribir, Lilia aprendió a leer y escribió un primer libro.

ACTIVIDADES:

Las aficiones de la nicodietética son deportivas, no tienen hábitos de ocio, los días de ocio se dedican a leer, a hacer ejercicios o visitar a los familiares que residen en los alrededores de la ciudad. Se dedican a leer y a hacer ejercicios. Acostumbran a leer y a hacer ejercicios. Acostumbran a leer y a hacer ejercicios.

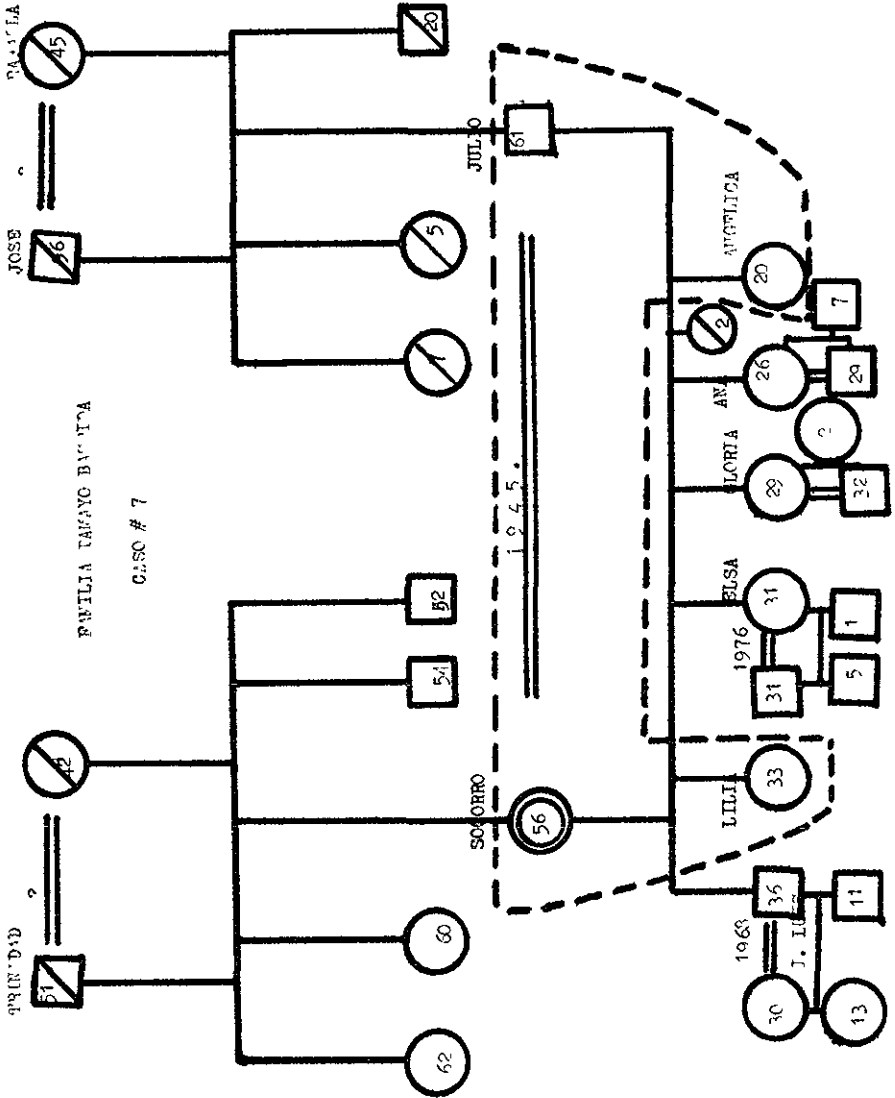
SAÚDE:

Julio presenta hipertensión con síndrome sistémico leve y dolor de cabeza que se alivian en tratamiento de retiro por invalidez. Recorro con hipoparatiroidismo y tiroideopatía controlada, los demás están aparentemente sanos, se encuentran cubiertos los programas de medicina preventiva, su concepto de salud es bastante bueno.

RELACIONES FAMILIARES:

Conviven la mayor parte de día con los otros, excepto Angélica que sale a trabajar, pero por la noche cuando los demás están en casa de la familia, generalmente se comunican sus problemas y los resuelven en conjunto, siempre ha existido buena comunicación entre todos los miembros de la familia. La autoridad es llevada por el padre, pero la ejerce en forma racional, permitiendo la libertad de los miembros de la familia. Julio lleva el rol de esposo proveedor, Socorro de esposa madre, los vínculos entre ellos son estrechos.

Se trata de una familia nuclear moderna, integrada, de nivel socioeconómico medio-baja, urbana, en fase de retiro, en quien se cumplen todas las funciones familiares.



ESTUDIOS CLINICOS.

C. SC. 48.

RESUMEN CLINICO:

Se trata de paciente del sexo femenino de 24 años de edad con
Dinámicos de hipotiroidismo post Tado 131.

AMN: 1948.

APP: Es originaria y residente del DF, proviene de nivel socioeco-
nómico medio, con vida estricta y una laboriosa, con costumbres
buena alimenticia, alcoholismo y tabaquismo.

ACC: Comienza a los 13 años, con ritos de 30 x 3 cm por la asociado
de.

APP: Solo cuadros reactivos leves ocasionales.

PRESENTE:

Inicia desde los 13 años con sintomatología de hipotiroidismo leve,
por lo que recibe al principio de Iodo 131. Desde entonces se
recomienda terapia con levotiroxina, iniciando con 10 mg diarios,
con respuesta a esta dosis, por lo que se reanuda, para ambas
trazas de Tado 131. En los últimos 2 meses después de estas
de hipotiroidismo, corroborado por el laboratorio, por lo que se inicia
terapia sustitutiva con levotiroxina, actualmente con 130 mg
diarios.

EXAMEN FISICO:

La paciente se encuentra atendida por miembros: agüela de
61 años, Sabina de 54, José de 27, Arturo de 25, Marcelina de 24 (ca-
sada), Carmen de 18, Alejandra de 16 y Carlos de 14 años.

ANTECEDENTES FISICOS:

La familia habita en la Unidad San Juan de los Rios, colonia po-
mular que se encuentra ubicada al N del DF, cuenta con todos los
servicios públicos y una comunidad activa, así como plazas recrea-
tivas y deportivas, no existiendo industrias tóxicas en el centro de
vicio en la comunidad.

VITALIDAD:

Habita en casa propia y consta de 5 habitaciones, sala comedor,
cocina y baños, con agua y electricidad, alumbrado público, y
con todos los servicios metropolitanos. Situación de desechos
comunidad.

INDICACIONES:

Se recomienda al paciente al agua de Sabana, José de 27
de Iodo 131, Arturo de 25, María de 24, agüela de 61 años

toria, Carmen preparate la y cocina con total, Alejandra con coor-
dina y Carlos con el cuidado de los hijos.

PARTE DE LOS PADRES:

Sus hábitos de higiene y salud son adecuados, no los hábitos
a veces por la salud, según los fines de semana visitan a los ia-
llados cercanos, una vez al año salen a Xela, Jor... de la
familia, seccion de artes, tienen una relación con los ve-
conceder a ellos, y dentro de los fines de semana se...
mes.

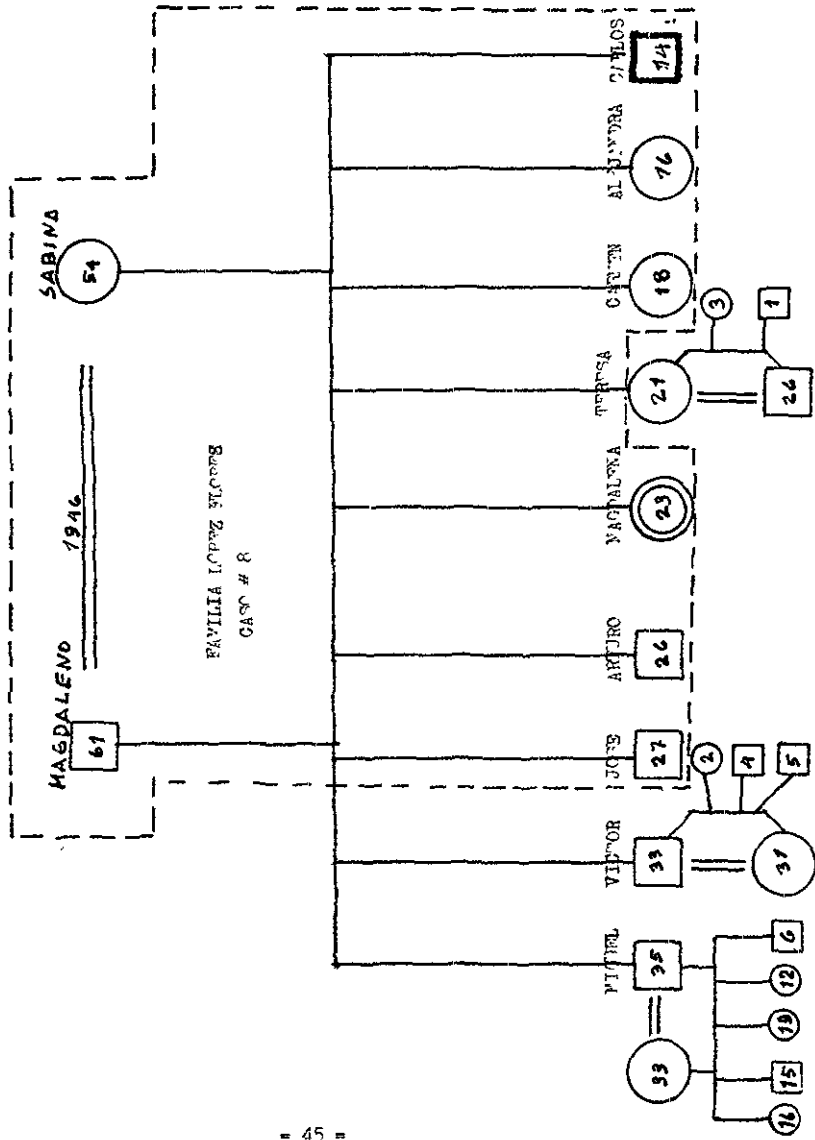
SITU:

o existen en la familia y favorece los comportamientos
cónico, excepto en la familia, y la relación con el ambiente, em-
se encuentra bien adaptada, se encuentra cubiertos los progra-
de medicina preventiva, su concepto de salud es esta bien.

TIPO DE FAMILIA:

Acostumbran a estar juntos Sabina, Carmela y Carlos, los demás
no hacen por ser debido a sus actividades. Conviven todos jun-
tos por las noches, cuando platican de sus actividades cotidianas y
sus problemas, triunfos y fracasos. La autoridad en la casa la llevan
los padres en forma igualitaria y racional; existen buenas relaciones
de armonía y convivencia entre todos los miembros de la familia. El
rol de la abuela es de escaso proveedor, Sabina lleva el rol de es-
posa madre, los vínculos son estrechos, conviviendo todos juntos los
fines de semana, saliendo a parques de recreo, las relaciones en los
subsistemas parentales, conyugales y fraternales son adecuadas.

Se trata de una familia nuclear moderna, de la clase media, e
con ingresos familiares de \$6 000 pesos mensuales e ingresos per cá-
pita de 10750 pesos mensuales. Integrada, en fase de retiro, va que-
r agdaleno se encuentra jubilado, urbana, en quien se cumplen todas
las funciones familiares.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAC # 9.

RESUMEN CLÍNICO:

Se trata de paciente del sexo femenino de 35 años de edad, con diagnóstico de hipotiroidismo primario.

HT: Padre muerto a los 18 años de edad por complicaciones de diabetes mellitus, madre viva de 65 años con Artritis Reumatoide.

APFP: Originaria y residente del d.f. proviene de nivel socioeconómico medio, ocupación enfermera general, con aceptables hábitos higiénico-dietéticos, alcoholismo o y toxicomanías negadas.

ACC: en los años 15 años, con inicio de 16 x 7 Sur. IVF a los 24 años, III, III, curando con toxemia leve durante el I embarazo, histerectomía por miomatosis uterina precoz de 40 años.

AFP: Detección tosígenica, parotiditis y mastiditis ocasionales, está siendo estudiada por probable neoplasia maligna.

PRESENTACIÓN CLÍNICA:

La paciente hace un año con datos de hipotiroidismo, por lo que es admitida en el servicio de Endocrinología, corroborando el diagnóstico de hipotiroidismo primario, iniciándose tratamiento sintomático a base de T3 y T4, dos al día.

ANTECEDENTES CLÍNICOS:

En el presente familia se encuentra formada por 5 miembros: - Jasta de 65 años (madre del caso pata), Celia de 35 años (caso principal), Alberto, hermano soltero de 39 años, César de 10 y Ricardo de 9. Actualmente Celia vive separada de su óstura desde hace 2 años por alcoholismo de éste e incompatibilidad de costumbres, soledad y Pongelio a visitar a sus hijos los fines de semana y en vacaciones se los lleva a su pueblo con la mamá. El motivo por el que ella se ha integrado con su padre y un hermano soltero, aunque con independencia su independencia. Refiere estar mejor ahora que cuando vivió con Pongelio, a los niños al parecer no les ha afectado notablemente.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

La familia habita en la Col. Nuevos Atzacualco, colonia popular que se encuentra al N del DT, contando con todos los servicios de una comunidad urbana, así como centros recreativos, deportivos, o existen industrias tóxicas ni centros de vicio en la comunidad.

HISTORIA:

La paciente es una casa de la mamá de Celia constituida por 4 personas

mayas, sala comedor, cocina y baños, con buena ventilación y alumina-
ción eléctrica. Con todos los servicios y comodidades. Eliminación
de desechos adecuada.

ECONOMÍA:

Los ingresos familiares mensuales ascienden a 15 000 pesos mensuales
con un resaca per cápita de 6250 pesos. Cabe señalar que los ingresos
Alfonso no se toman en cuenta, ya que éste trabaja para él solo, ayu-
dando al padre en forma regular.

EDUCACIÓN:

Justo tercero de Educación, Alfonso es Profesor, Celia prepara
torxia y título de contaduría general, Cesar y Ricardo de acuerdo
a su edad.

HÁBITOS Y COSTUMBRES:

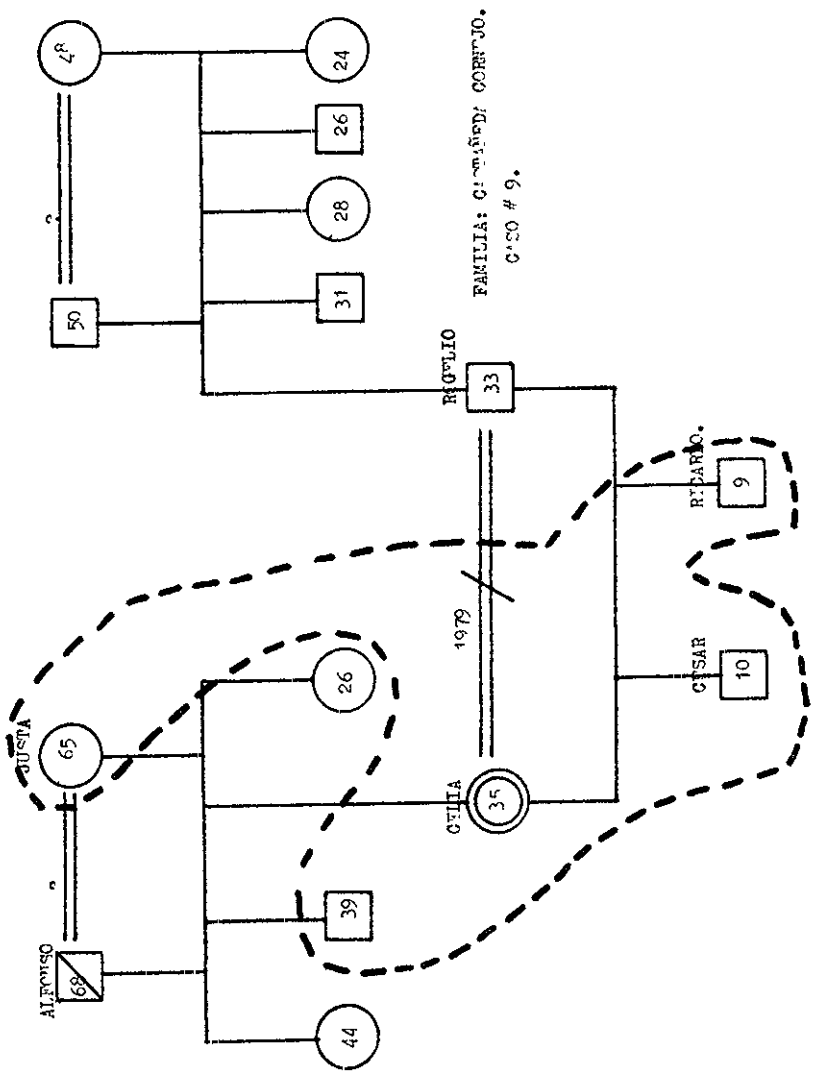
Sus hábitos higiénico-conductísticos son correctables, no tienen há-
bitos nocivos para la salud, hábitos recreativos van al cine varias ve-
ces por semana y otros a sitios de recreo, deportivos diarios, se ocu-
pan de natación y gimnasia, durante las vacaciones el padre les
lleva a pescar a provincia, llevan buenas relaciones con sus vecinos.
S I D:

Actualmente no existen enfermedades agudas o crónicas incapacite-
dantes, excepto en Celia un hipotiroidismo primario el cual se en-
cuentra bien sustituido y prob. nefropatía lúpica. Se encuentran en cu-
biertos los programas de medicina preventiva, su concepto de salud
es un equilibrio tanto físico como mental.

DINÁMICA FAMILIAR:

Conviven la mayor parte del día madre e hijos, cuidando a su
tác recreativas, platican de sus actividades cotidianas, tanto de-
sus éxitos como de problemas, existiendo buena comunicación entre
todos los miembros de la familia. La autoridad es llevada por Celia,
en forma racional, permitiendo la libertad de pensamiento y acción,
llevando el rol de madre colaboradora, los vínculos son claros.

Se trata de una familia incompleta por ausencia del padre, ex-
tena, urbana, semintegrada, en fase de dispersión, urbana de la
clase media, en que se cumplen todas las funciones.



LEAS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN CLINICO:

Se trata de paciente al sexo masculino de 75 años de edad, con diagnóstico de hipertensión primaria.

Antecedente de convulsiones epilépticas, breve historia de alcoholismo en fecha, ingiere a los 46 años de edad, 2 litros de alcohol por día hasta el fin de vida por síndrome neurotóxico entre los 45 y 50 años, asocia a la crisis.

Enfermo en el estado de Zacatecas, nacido en el 1900. Hace 5 años, proviene de estrato socioeconómico medio bajo, refiere a los síntomas del alcoholismo, con déficits de vitaminas B1, B6, B12, alcoholismo y tabaquismo de años.

Enfermo a los 11 años, con diagnóstico de epilepsia a los 14 años, de tipo focal, con crisis parciales.

Enfermo a los 15 años de edad, con diagnóstico de epilepsia focal de 14 años, con crisis parciales de tipo focal con ondas espículas epileptiformes, referidas a la epilepsia.

Historia de la enfermedad:

La enfermedad se inició con convulsiones de tipo focal, por lo que es remitido al servicio de epilepsia, donde se le prescribió el fenitoína a dosis de 300 mg por día, por lo que se le prescribió fenitoína, actualizado con dosis de 1200 mg diarios de extracto total de la planta.

Historia de la familia:

La familia actual es formada por el paciente y su esposa de 75 años, con hijos de 75.

Historia de la enfermedad:

La familia refiere que el paciente en su infancia, consumía poca leche que se encontraba en el campo, consumo de alcohol de servicios de una comunidad indígena, se encontraba en estratos bajos, en un centro de servicio de la comunidad.

Historia de la enfermedad:

Habitaba en un campo con poca leche, consumía en el campo de su hijo y su hija, con fecha de nacimiento, prescribió el fenitoína a dosis de 300 mg por día, con diagnóstico de epilepsia, con diagnóstico de epilepsia focal, con diagnóstico de epilepsia focal, con diagnóstico de epilepsia focal, con diagnóstico de epilepsia focal.

Historia de la enfermedad:

Se a pro viene el soporte económico de los hijos, ascendiendo a

a 4000 pesos mensuales, los cuales los utilizan únicamente para alimentación. Los demás gastos son solventados por su hija Paula.

ENTREVISTA:

Jesús tiene proyección incompleta, Juana sabe leer y escribir.
SITUACIÓN FAMILIAR:

Los hábitos higiénico-artísticos son deficientes, costumbrian salir todos los días a caminar a los parques recreativos cercanos, 2 veces al año son socios a pasear al interior de la Reserva Pública por alguno de sus lagos. Tienen buenas relaciones con sus vecinos. Son vicomantes neerías. Co-viven todo el día juntos, Jesús lee a Juana libros religiosos o de historia, cada quien se prepara sus alimentos por separado y cada uno tiene su propia cama, o realiza el aseo.

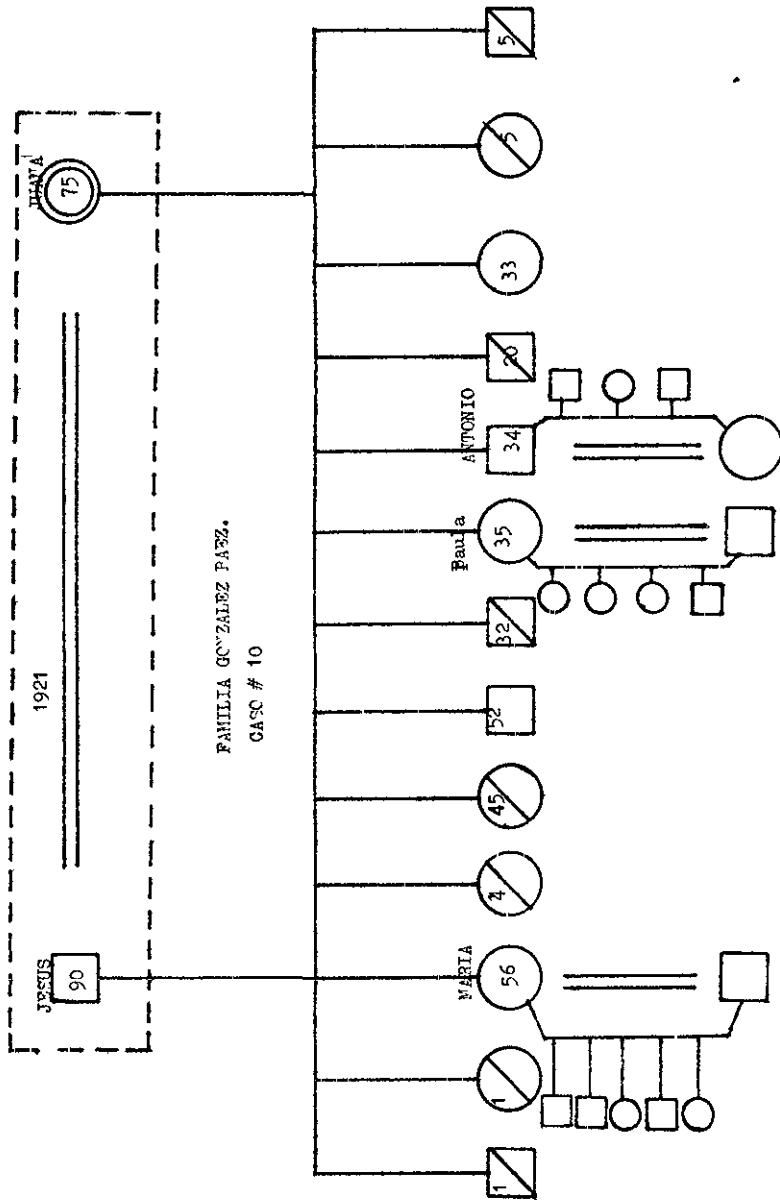
SAIUD:

Aunque ambos padecen de reumatismo, éste no es incapacitante - ni deficiente, su hipotiroidismo está bien sustituido, su concepto de salud es "no tener nada", también padece Juana Síndrome de Sjogren, que se encuentra bien controlado. CONCEPTO MÉDICO FAMILIAR con quién llevan buenas relaciones

RELACIONES FAMILIARES:

Conviven prácticamente todos el día juntos, salen a pasear juntos, platican y leen juntos, aunque realizan cada quien sus tareas propias. El rol de ambos es de escasos compañeros, los vínculos son claros. La autoridad es ejercida por ambos en forma igualitaria.

Se trata de una familia nuclear tradicional, urbana, integrada, en fase de estirpe, en la que ya se cumplieron todas las funciones.



ESTRUCTURA FAMILIAR.

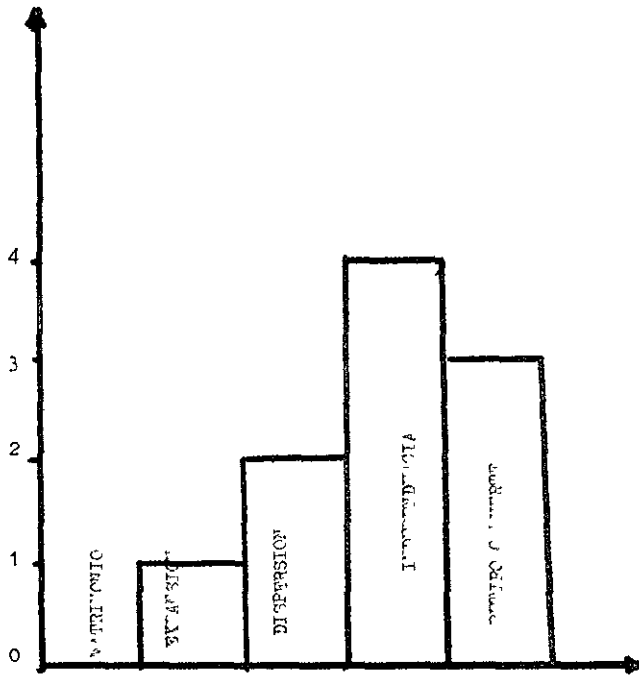
PUNTOS DE OTRAS EDAS POR GRUPO DE EDAD:

Edades	Nº De Pacientes	%
20-29	3	30
30-39	2	20
40-49	3	30
50-59	1	10
60-69		
70-79	1	10
Total	10	100

DESCRIPCION DE TITULO.

ES DO CIIII.

DESCRIPCION	#	VALOR
SOLDADOS	1	10
CABALLEROS	0	00
REPORTE DE DISCRIMINACION	1	10
VENDIDOS	0	0
TOTAL	10	100



INDUSTRIA
FALLA DE ORIGEN

E T R U S I P A C I T A T I P .

TECNOLOGIA:	TIPO:	PROYECTA
COMPOSICION	NUCLEAR.	7
	EXTENSA.	3
	COMPACTA	0
CRISTAL.	RURAL.	1
	SUBURBANA	0
	URBANA.	9
COMPACTA	CAMPESINA.	0
	ROBOTA.	0
	EMPLERADO.	4
	PROFESIONISTA	5
DESARROLLO	PRIMITIVA	0
	TRADICIONAL	4
	MODERNA.	6
INTEGRACION	INTEGRADA.	9
	SEMINTERGRADA	1
	DESINTEGRADA.	0

VIVIENDA. NUMERO DE PERSONAS POR CUARTO.

CASO #	# DE PERSONAS	# DE CUARTOS	PRCM. DE PERSONAS X CUARTO
1	8	4	2
2	3	3	1.00
3..=	5	3	1.66
4	6	3	2.0
5	3	1	3
6	7	3	2.33
7	4	3	1.33
8	5	5	1.60
9	5	4	1.25
10	2	1	2

VIVIENDA.

TIPO Y ENTADA DE VIVIENDA.

CATEGORIA	PRIMERA	SEGUNDA	Tercera
			9
DEFINITIVO	1		10
VIVIENDA	0	0	0
BOLE	0	0	0
PARCE	0)	0	0
TOTAL	1	9	100

CONCLUSIÓN

TIPO Y ORIGEN DE PACIENTES INGRESADOS.

ACTIVIDAD	NUMERO	%
HOGAR	6	60 %
EMPLEADA	2	20 %
ENFERMERA	1	10 %
MEDICO	1	10 %
TOTAL	10	100 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ECONOMIA

NÚMERO DE MIEMBROS QUE TRABAJAN POR FAMILIA.

CASO #	○	△	□	⬡
1	8	4	4	8
2	3	1	2	3
3	5	3	2	5
4	6	4	2	6
5	3	1	2	3
6	7	4	3	7
7	4	1	3	4
8	8	3	5	8
9	5	2	3	5
10	2	1	2	2
TOTAL	51	23	26	51
%	45	21	54,90	100 %

- Número de miembros por familia.
- △ Número de personas que trabajan
- Número de personas que no trabajan.
- ⬡ Total de personas
= 60 =

GEORGIA.

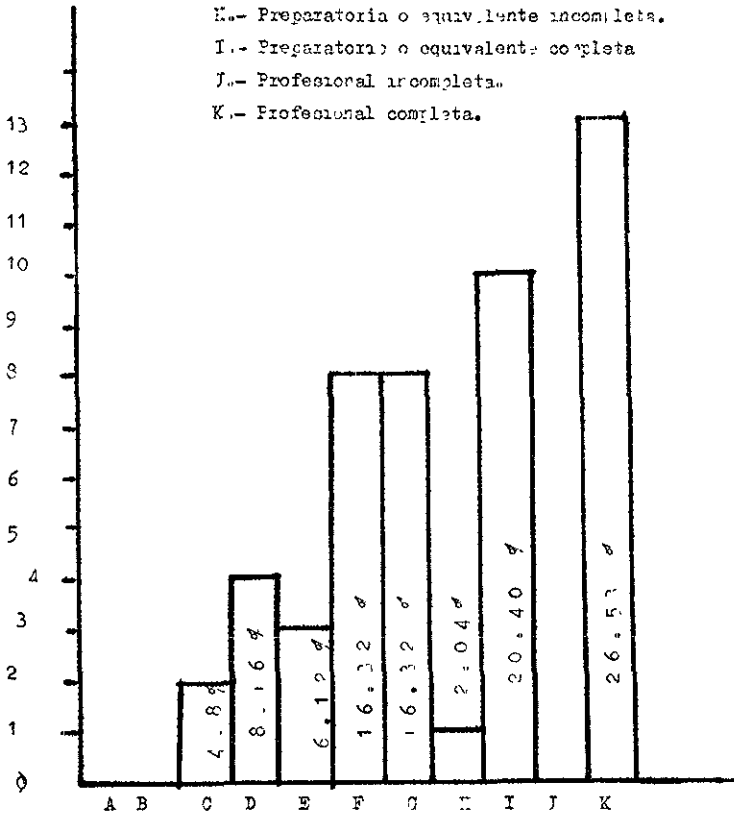
INDICES:

NO #	INDEX VALUE	# OF PROS	INDEX VALUE
1	138 000	8	17 250
2	39 000	3	13 000
3	240 000	5	48 000
4	130 000	6	21 666
5	27 000	3	9666
6	339 000	7	48429
7	34 000	4	8 500
8	86 000	8	10 750
9	25 000	5	5 000
10	4 000	2	2 000

EDUCACION.

GRADO DE ESCOLARIDAD:

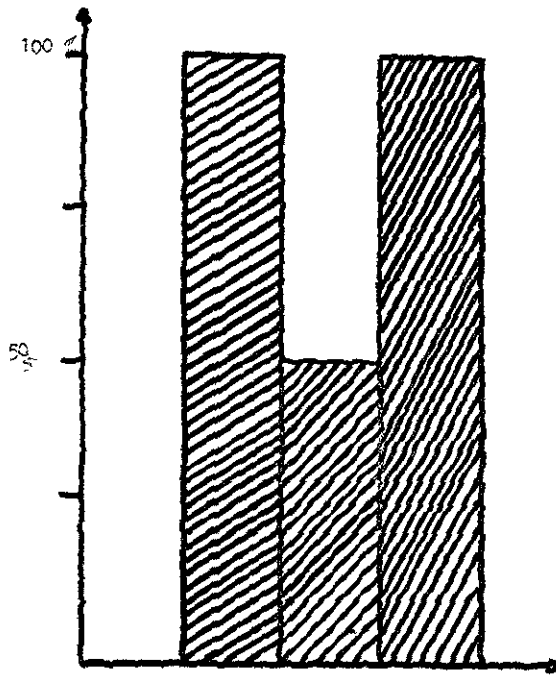
- A.- No sabe leer ni escribir.
- B.- Sabe leer, pero no escribir.
- C.- Sabe leer y escribir.
- D.- Primaria incompleta.
- E.- Primaria completa.
- F.- Secundaria o equivalente incompleta.
- G.- Secundaria o equivalente completa.
- H.- Preparatoria o equivalente incompleta.
- I.- Preparatoria o equivalente completa.
- J.- Profesional incompleta.
- K.- Profesional completa.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

S.T.D.

OCURRENCES OF PROBLEMS OF INTERPERSONAL RELATIONSHIPS



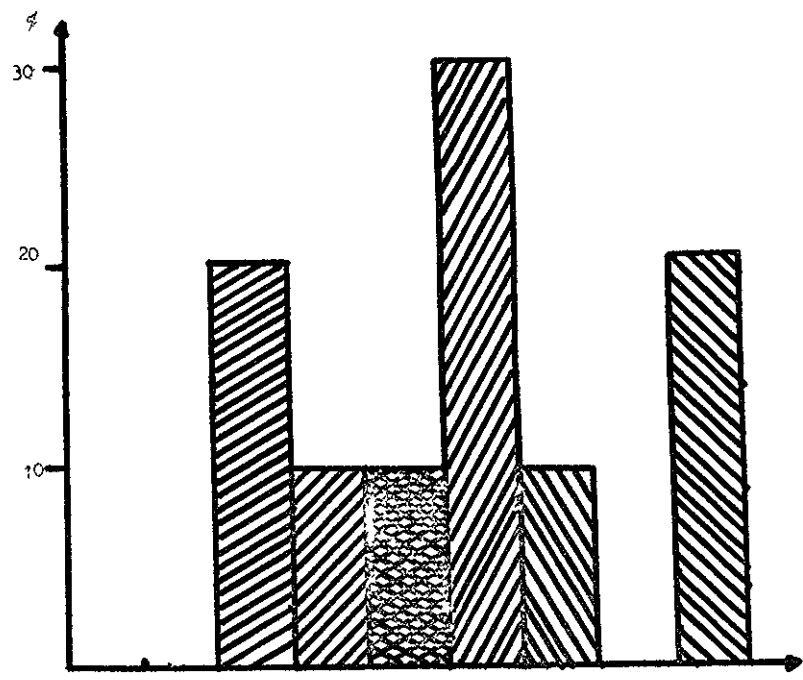
VDR









DCC

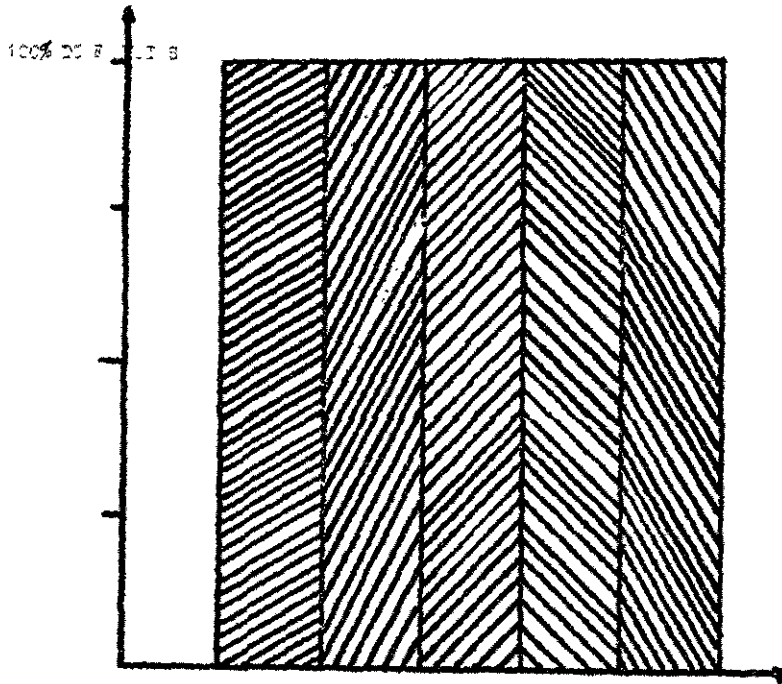
OD






ICL IFCO CIOI P. III R.

MODO A DICO CUMTIVO USADO.



-  D.I.U.
 -  FICOPUSIA
 -  SIMVSA.
 -  PARMIAS
 -  WILIPYONTIA
 -  PICO
 -  NINGHO
 -  WILIPUSIA
- = 64 =



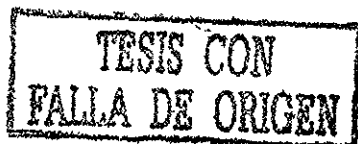
-  ...
 -  ...
 -  ...
 -  ...
 -  ...
- = 65 =

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS:

Se estudiaron 10 familias con hipotiroidismo, todas presentaban el hipotiroidismo primario; 20 % correspondió a pacientes con hipotiroidismo = post-tiroidectomía radical; 60 % post-todo resectivo y el 20 % restante no se encontró causa aparente. Todos los pacientes fueron del sexo femenino; la edad promedio de grupo de pacientes fue de 41.6 años, con rango de 22 a 75 años y una frecuencia máxima de cada en el grupo de 20 a 29 años y en el de 40 a 49 años. En el grupo de 50 a 70 años solo hubo el 10 %, no correspondiendo con los datos de la literatura. Todas fueron controladas en forma oportuna y actualmente cursan eutiroideas.

De las 10 familias estudiadas sumaron 51 integrantes en total, de éstos fueron 30 hombres correspondiendo al 58.82 % y 21 mujeres, que abarcan el 39.21 %. Esta es la muestra una forma que no corresponde con la que se nos ha presentado siempre de nuestro país, ésta representa una base angosta, la que se ensancha al inicio de la edad reproductiva, de la población menor de 4 años, o sea los que no acuden a la escuela aún solo son el 3.92 %; la población en edad escolar abarca el 11.76 %, de éstos todos fueron del sexo masculino. De la población por arriba de los 65 años correspondió el 1.95 % al sexo masculino y 3.92 % al femenino. De los hombres en edad productiva se encontraron 21 correspondiendo al 41.17 % del total, esto es muy importante, ya que la población masculina es la que aun en la actualidad es la que más se utiliza para el progreso de una población. En cuanto al sexo femenino en este grupo de edad se encontraron 19 correspondiendo al 37.25 %. De estos datos se puede observar que la población en edad productiva corresponde al 78.43 % contra 21.57 % de la población que no está en edad productiva. Cifras que se encuentran fuera de la realidad de nuestro pueblo y aún de muchos países desarrollados, ya que esto nos está indicando la gran fuerza de trabajo de la población estudiada. Con respecto a la población infantil hay necesidad de recalcar que se encuentra muy por debajo de lo que se esperaba. Para terminar con la pirámide de población solo mencionaremos que el promedio de edad para el sexo masculino fue de 28.06 años y las mujeres con promedio de edad de 34.14 años, con un promedio global de 30.56 años.



Con lo que respecta al estado civil, se observó que en el 80 % de los casos correspondía a familias casadas por ambas leyes, una paciente no tenía vida sexual activa y en el 10 % se encontró una paciente divorciada. Lo que nos muestra que en la gran mayoría las familias se encuentran interrumpidas, como lo veremos más adelante.

Respecto a las fases de la familia, las gráficas nos muestran que el 40 % se encuentra en fase de independencia, 30 % en fase de retiro, 20 % en dispersión y solo el 10 % en fase de expansión. Lo que nos muestra predominio de las personas productivas.

Dentro de la estructura familiar nos encontramos con que en base a su composición el 70 % es de tipo nuclear, 30 % familia extensa. En base a su origen en el 90 % fue del tipo urbano y solo el 10 % tipo rural. En base a su ocupación, el 50 % de las familias son profesionistas y el 40 % con empleados. En base a su desarrollo, en el 60 % son familias modernas y en el 40 % tradicionales. En base a su integración en el 90 % se encuentran integradas y solo en el 10 % semi-integradas por ausencia del padre.

AMBIENTE FÍSICO FAMILIAR:

Todas las familias estudiadas se encuentran dentro del área de influencia del 774, cercanas a parques recreativos y deportivos, el clima generalmente es templado y la altura es la misma que del resto de la Cd. de México. En sus cercanías se encuentra el Vaso de Texcoco, liseado, lo que frecuentemente ocasiona polvaredas. La zona se encuentra totalmente urbanizada, con todos los servicios públicos. Las calles generalmente se encuentran asfaltadas.

VIVIENDA:

Con respecto al tipo de vivienda, en el 90 % de los casos se encontró que contaban con casa propia y solo en el 10 % vivir en departamento rentado. El promedio de habitantes por recámara se encontró entre 1 y 2.33 personas por cuarto, con un promedio de 1.7 personas por cuarto de descanso. En cuanto a las condiciones de la vivienda, en el total de los casos se puede considerar abordable, lo mismo que la ventilación, iluminación e higiene, cabe mencionar que en el 40 por ciento de los casos, las familias conviven con 1 o varios miembros domésticos, situación que pone en riesgo su salud.



CONCLUSIONES:

Tras haber observado estadísticas de los porcentajes de retiro encontraron que en el 10% de la población labora en el sector, 20% trabajan o no empleados y 20% con respecto de ellas son profesionales. Con respecto a la población estudiada, recordemos que en el 50% de las familias con profesionales tienen uno o más profesionales, el 40% trabajan como empleados solo en el 10% no trabajan con los demás transiéndose en fase de retiro.

De los 51 miembros de familia estudiados, trabajan 23 personas convirtiéndose al 45.09%; o sea que cada miembro que trabaja solo mantiene a otro, situación fuera de la realidad nacional, el rango de miembros en una familia que no trabaja, se encuentra en fase de retiro contra un promedio de 56.56% de personas de una familia que si trabajan, o sea el caso # 4, donde son 6 miembros y trabajan 4.

Respecto a los ingresos, podemos observar que estos son variables con un margen sumamente amplio, ya que el rango varía entre 2000 pesos per cápita en una familia, contra el más alto que es de 45 C. mensuales. Situación que no precisamente está en relación con carreras profesionales, ya que existe el caso # 6 de nuestro estudio, quienes tienen los más elevados ingresos per cápita.

INDICACION.

Respecto a este punto se puede observar en la gráfica respectiva que el promedio educacional es bastante elevado, encontrándose el promedio de escolaridad en 10.63 años de estudio, o sea correspondería al segundo año de Preparatoria, situación que está muy lejos de alcanzarse en nuestro país. Otro dato sumamente interesante es que en la población familiar no existe el analfabetismo. La frecuencia de profesiones en la gráfica sobresa muy ampliamente a los datos inferiores de escolaridad.

SALUD:

En cuanto a este aspecto se ha mencionado ya que la población no presenta enfermedades incapacitantes, salvo el hipotiroidismo y el hipertiroidismo que se observa en 2 pacientes, sin embargo todas las pacientes se encuentran bien sustentadas, otros 2 casos son el del # 7 quien presenta espondilolisis y espondilosis; y el # 3 con TAD. En cuanto a los programas de medicina preventiva en la gráfica



correspondiente se puede observar que el VDRI y DCD están cubiertos en el 100 % de las familias, el DCC se practicó en el 50 % de las pacientes hipotiroideas y en el otro 50 % están histerectomizadas.

Respecto a la planificación familiar, la gráfica nos muestra una familia que lleva el método del ritmo, otra que usa pastillas, una paciente hipotiroidea sin VCA, 2 pacientes con salpingocleisis, 3 con histerectomía y 2 que ya pasaron la menopausia, o sea que solo en el 30 % de estas familias existen métodos tradicionales de control de la fertilidad; el otro 70 % ya no puede procrear más familia, y los que pueden están por el momento controlados.

DINAMICA FAMILIAR:

La gráfica correspondiente a las funciones familiares nos muestra que en el total de las familias se encuentran todas ellas cubiertas. Los vínculos son claros en la gran mayoría de los casos y solo en uno se observó vínculo difuso.

CONCLUSIONES:

Se trata de familias nucleares modernas en su mayoría, de la clase media, integradas, en que la independencia es la predominante, urbanas, jóvenes, con gran fuerza y capacidad de trabajo, dada por el predominio de la población en edad productiva, con bajo nivel de desempleo, en su mayoría profesionistas, con economía holgada, con vivienda propia arquitectónicamente aceptables, con buena ventilación e iluminación. Los hábitos higienicodietéticos son aceptables, contando con factores de riesgo para la salud, dados por el polvo que prevalece gran parte del tiempo, además de que conviven con animales domésticos, con parques deportivos y recreativos cercanos, sin industrias tóxicas, que cuenta además con escuelas desde primaria hasta educación superior, las coberturas de inmunizaciones y planificación son aceptables, con concepto de salud predominantemente biológico, con capacitación médica adecuada por parte de la población, ya que su grado de educación es elevado, acuden en su mayoría al IMSS. Sus características son muy particulares, saliendo por completo de lo aceptado para nuestro medio por lo anteriormente mencionado.

correspondiente se puede observar que el VDRI y DCD están cubiertos en el 100 % de las familias, el DCC se practicó en el 50 % de las pacientes hipotiroideas y en el otro 50 % están histerectomizadas.

Respecto a la planificación familiar, la gráfica nos muestra una familia que lleva el método del ritmo, otra que usa pastillas, una paciente hipotiroidea sin VCA, 2 pacientes con salpingocleisis, 3 con histerectomía y 2 que ya pasaron la menopausia, o sea que solo en el 30 % de estas familias existen métodos tra. sitorios de control de la fertilidad; el otro 70 % ya no puede procrear más familia, y los que pueden están por el momento controlados.

DINAMICA FAMILIAR:

La gráfica correspondiente a las funciones familiares nos muestra que en el total de las familias se encuentran todas ellas cubiertas. Los vínculos son claros en la gran mayoría de los casos y solo en uno se observó vínculo difuso.

CONCLUSIONES:

Se trata de familias nucleares modernas en su mayoría, de la clase media, integradas, en que la independencia es la predominante, urbanas, jóvenes, con gran fuerza y capacidad de trabajo, dada por el predominio de la población en edad productiva, con bajo nivel de desempleo, en su mayoría profesionistas, con economía holgada, con vivienda propia arquitectónicamente aceptables, con buena ventilación e iluminación. Los hábitos higienicodietéticos son aceptables, contando con factores de riesgo para la salud, dados por el polvo que prevalece gran parte del tiempo, además de que conviven con animales domésticos, con parques deportivos y recreativos cercanos, sin industrias tóxicas, que cuenta además con escuelas desde primaria hasta educación superior, las coberturas de inmunizaciones y planificación son aceptables, con concepto de salud predominantemente biológico, con capacitación médica adecuada por parte de la población, ya que su grado de educación es elevado, acuden en su mayoría al IMSS. Sus características son muy particulares, saliendo por completo de lo aceptado para nuestro medio por lo anteriormente mencionado.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Jeffrey J. Frengtag; JOURNAL OF MEDICAL INVESTIGATION; 23, Va-
edical Department of Medicine Washington University -
School of Medicine, St. Louis, Missouri, USA, 1980, page:
321-28.
- 2.- Overell J. et al; CLINICAL INVESTIGATION OF THE BIOLOGICAL
RESPONSE TO AND TOLERANCE, 1979, Vol. 8 No. 1, Pages 3-61.
- 3.- Kennerly D. et al. BLOOD LEVELS OF 17-OH AND 17-KETOTESTOSTERONE
IN MEN WITH HYPOANDROGENISM. 1973, No. 12, Page 735-38
- 4.- Lundel G. et al; HYPOANDROGENISM: A CLINICAL SYNDROME FOR
ENDOCRINOLOGICAL INVESTIGATION. I. EFFECTS OF ANDROGEN DEPLETION. Acta
Endocrinologica Scandinavica 1970 (10) 6: 49-54.
- 5.- Marcke S. et al; ANDROGEN DEFICIENCY IN MEN. 1981,
Vol. 245, No. 10, Page 1919-22.
- 6.- Dockeray S. et. al; SCREENING FOR ANDROGEN DEFICIENCY
IN THE REPUBLIC OF IRELAND. British Medical Journal. Vol.
281, No. 6, Dec. 1980, Pages 1919-22
- 7.- Talancy J. et al; ANDROGEN DEFICIENCY IN MEN WITH
HYPOTHYROIDISM. Arch Intern Med. Vol.
141, April 1981, Pages. 544-45.
- 8.- Montoro J. et al; SUCCESSFUL OUTCOME OF TREATMENT OF
MEN WITH HYPOANDROGENISM. Annals of Medicine Interne 1981;
94, 31-34.
- 9.- Abbassi V. et al; CLINICAL RECOGNITION OF JUVENILE ANDROGEN
DEFICIENCY IN THE EARLY STAGES? Dic. 1980; Clinical Pediatrics;
pag. 762-76.
- 10.- Check J.; ANDROGEN DEFICIENCY IS ASSOCIATED WITH HYPOANDROGENISM
IN MEN WITH HYPOANDROGENISM. Am. J. Obstetrics Gynecol. March 15
1981, pag. 736-37.
- 11.- Finnegan J.; ANDROGEN DEFICIENCY IN MEN WITH HYPOANDROGENISM
HYPOANDROGENISM SCREENING; Acta Paediatrica Scand 69, 1980,
pag. 701.
- 12.- Delitala G. et al; SUPPRESSION OF ANDROGEN (T.E.S.T.)
AND PROLACTIN (PRL) RELEASE BY PYRIDOXINE IN CHRONIC
PRIMARY HYPOANDROGENISM. J. Clin. Endocrinol. 1977, Vol. 45 No. 5, pag
1205-09.



- 14.- Berlingoz F. et al.: ESTUDIOS Y ANÁLISIS ASOCIADOS DE LOS
GLUCÓCIDOS, ALCOHÓLICOS, Y ALCOHÓLICOS: APLICACIONES
PRÁCTICAS EN DISCRIMINACIÓN, 1967, Vol. 45 No. 6, pag.
1205-09.
- 15.- Bacteriología: INTRODUCCIÓN A LA BACTERIOLOGÍA
DE LOS ANIMALES POR EL MÉDICO Y EL BIÓLOGO, 1967, 1a Ed.
ed., pag. 177, 20-31
- 16.- Rapote F.: ESTUDIOS DE LOS ANIMALES QUE SON DE EFECTOS
TRIPLES, JAMA, 31 de Agosto, 1979, Vol. 242, No. 12, Page 1243-44
- 17.- Jackson I. D.: PROPRIOXIN-RELEASING AGENTS, MEDICAL
PROGRESS, 1960, Vol. 306, No. 3, Page 145-53.
- 18.- Howe & F. John: POLYMERIZATION OF ETHYLENE, 1976.
- 19.- Robles L.: ESTUDIOS DE LOS ANIMALES QUE SON DE EFECTOS
TRIPLES, 1960, No. 29, ISS 1960, Mexico
- 20.- Lozano B. M.: ESTUDIOS DE LOS ANIMALES QUE SON DE EFECTOS
TRIPLES, 1967, No. 24, ISS 1967, Mexico
- 21.- Varela R.: ESTUDIOS DE LOS ANIMALES QUE SON DE EFECTOS
TRIPLES, 1967, No. 24, ISS 1967, Mexico
- 22.- Satir V.: ESTUDIOS DE LOS ANIMALES QUE SON DE EFECTOS
TRIPLES, 1967, No. 24, ISS 1967, Mexico
- 23.- Psicoterapia Familiar y Comunitaria, Satir V. Prensa Médica
México de la Universidad USA 1960.

LEXICO, D.F. FEBRERO DE 1963.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN