



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

“DIAGNÓSTICO DE SALUD”

GARCÍA VEGA MARÍA FERNANDA 2122030499

ASESOR:

DRA. OFELIA GOMEZ LANDEROS

ENERO 2020

ÍNDICE

Capítulo 1. Descripción de la comunidad	3
1.1 Introducción	3
1.2 Determinantes sociales	5
1.3 Determinantes ambientales	10
1.4 Bibliografía	14
Capítulo 2. Descripción del Centro de salud	15
2.1 Personal, Infraestructura y Servicios de Salud	15
2.2 Indicadores de salud	15
2.1.1 Principales motivos de consulta de primera vez por sexo	15
2.1.2 Principales motivos de consulta subsecuente por sexo	16
2.1.3 Principales padecimientos transmisibles	17
2.1.4 Casos de padecimientos especiales de vigilancia epidemiológica	17
2.1.5 Principales motivos de incapacidad por riesgo de trabajo	18
2.1.6 Principales causas de defunción	18
2.1.7 Mortalidad de padecimientos de vigilancia epidemiológica	19
2.1.8 Conclusiones	19
2.3 Bibliografía	19
Capítulo 3. Reporte de actividades	21
3.1 Actividades realizadas durante el servicio social	21
3.2 Protocolo de Investigación	29
3.2.1 Introducción	29
3.2.2 Antecedentes	29
3.2.3 Justificación	31
3.2.4 Objetivos	31
3.2.5 Diseño de estudio	32
3.2.6 Bibliografía	32

Capítulo 4. Conclusiones	33
4.1 Conclusiones en relación a su formación como persona	33
4.2 Conclusiones en relación a la formación como profesional	34
4.3 Conclusiones en relación a la aportación a la comunidad	35
4.4 Conclusiones en relación a la Institución Educativa	36
Anexos	37

CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD

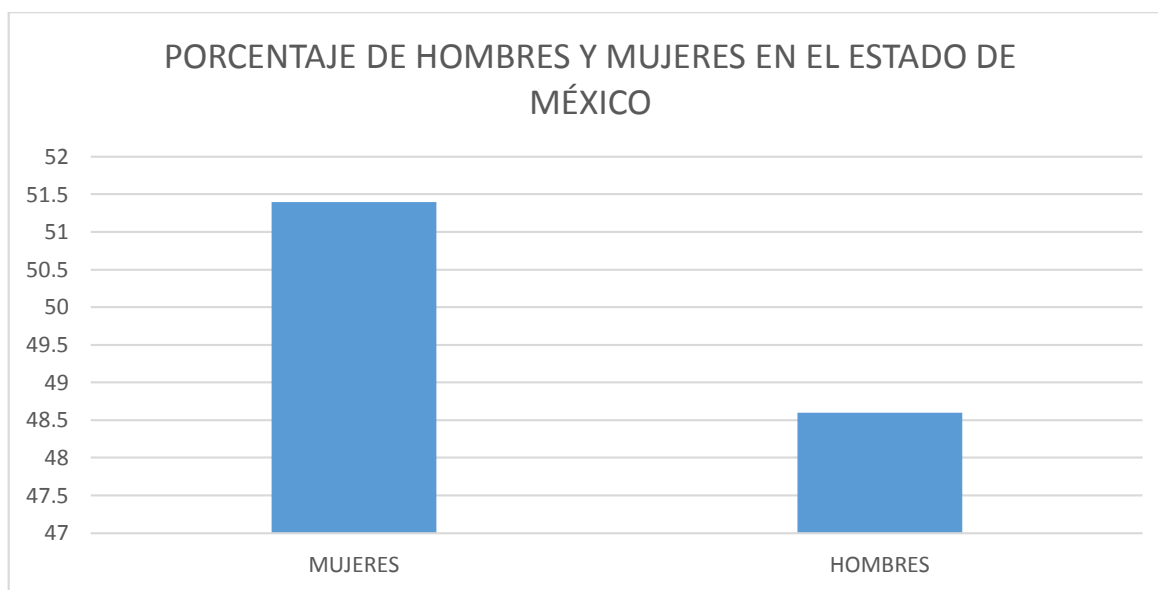
1.1 INTRODUCCIÓN

La Delegación Estado de México (Ote y Pte), cuenta ya con 50 años de establecida. La Delegación México Poniente se originó y separó administrativamente de la Oriente en el año 1998, estableciendo su sede delegacional en la Ciudad de Toluca de Lerdo y abarcando una extensión territorial de 22,351 km².^{1,2}

Según el censo de Población y vivienda en el 2019 residen en el Estado de México un total de 17,366,387 habitantes, de ellos 8,811,664, son derechohabientes a los servicios de salud, siendo para la delegación México Poniente de 1,678,253, lo que equivale al 19% de esa población derechohabiente.³

En el Estado de México el 51.4%, son mujeres y el 48.6% son hombres, representando el 13.5% de la población total nacional.³

Gráfica 1. Porcentaje de hombres y mujeres en el estado de México

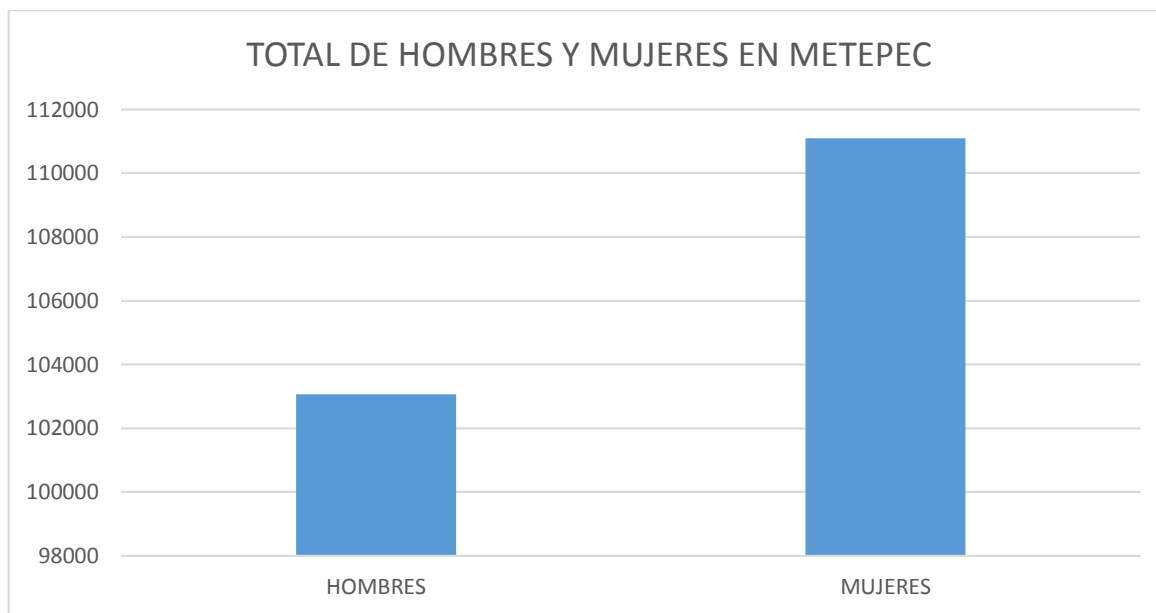


Metepec, un municipio urbano localizado en el centro del Estado de México, cuyo nombre significa “EN EL CERRO DE LOS MAGUEYES”, limita al oriente con los municipios de San Mateo Atenco y Santiago Tianguistenco; al poniente y al norte con el municipio de Toluca; y al sur con los municipios de Chapultepec, Mexicaltzingo y Calimaya. Tiene una extensión territorial de 70.53 kilómetros cuadrados, que representan el 0.32% de la superficie total de la entidad.¹

Cuenta con una población de 214,162 habitantes, de los cuales 103,059 son hombres, es decir 48.1%, y 111,103 son mujeres, equivalente al 51.9% de la población total, su densidad poblacional es de 3,040.8 habitantes por kilómetro cuadrado. Observándose una tasa de crecimiento del 1.19%

durante el periodo 2000-2010, con una descendencia promedio en las mujeres de 45 a 49 años de 3.5 hijos.^{2,3}

Gráfica 2. Total de hombres y mujeres en el Municipio de Metepec



La densidad poblacional es de 586 habitantes por km². Población que se distribuye entre 125 municipios, y en donde el 22% vive en zonas rurales y urbanas el 78%. La esperanza de vida al nacer se ubica para los hombres en 73 años y para las mujeres en 78 años, promedio muy similar al de la media nacional.²

En cuanto a los Servicios de Salud en el Estado de México, y en relación a la infraestructura física, está integrada por las siguientes instituciones:

- Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)
- Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) Instituto de Salud y Seguridad Social para los trabajadores del Estado (ISSSTE),
- Instituto de Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), integrado por dos delegaciones conocidas como: Oriente y Poniente.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de México, la Delegación México Poniente en infraestructura cuenta con dos Hospitales General Regional, dos Hospitales Generales de Zona, un Hospital de Gineco/Obstetricia, una Unidad Médica de Atención Ambulatoria y 42 Unidades de Medicina Familiar para atender a una población usuaria de 1,840,359 derechohabientes, y de 1,601,484 derechohabientes adscritos a médico familiar.⁴

Durante el año 2018 se observó lo siguiente:

1.- En Morbilidad, los diez motivos de consulta de primera vez por grupos de edad ocuparon el primer lugar las Infecciones respiratorias agudas, seguido de Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, como en el período 2014 a 2017, tercero Dorsalgia como en 2016 y 2017 que en 2014 ocupó el sexto lugar, cuarto Infecciones de Vías Urinarias, como en 2016 y 2017; que en el año 2014 lo ocupó Control de salud de rutina del niño; quinto Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos, que en 2016 ocupó Síndrome del colon irritable; sexto, Rinitis alérgica y vasomotora; séptimo, Síndrome del colon irritable; octavo; noveno y décimo lugar, Gastritis y duodenitis, Control de salud de rutina del niño y Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo respectivamente.²

2.- En Principales padecimientos de primera vez y subsecuentes, por grupo de edad y sexo, ocuparon el primer lugar la Hipertensión esencial (primaria); segundo, Diabetes mellitus no insulino dependiente, 3er lugar en 2017, en 3er lugar Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores como en 2016 y 2017, pero en 2015 fue Diabetes mellitus no insulino dependiente, cuarto, Dorsalgias; quinto Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias, seguido de Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, supervisión del embarazo; posteriormente gastritis y duodenitis, Rinitis alérgica y vasomotora y Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo.²

3.- En los 10 principales padecimientos transmisibles por grupo de edad, los primeros tres lugares los ocupan Infecciones Respiratorias Agudas, gastroenteritis de presunto origen infeccioso e Infección de vías urinarias, seguidos de conjuntivitis, faringitis, tiñas, varicela, vulvovaginitis inespecífica, amibiasis intestinal e infecciones intestinales.²

4.- Los casos de padecimientos con Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica, se notificaron 4 casos de ESAVI (Evento supuestamente asociado a inmunización), 1 caso de Enfermedad Febril Exantemática, 1 caso de Hepatitis B, 2 casos de Hepatitis C, 2 casos de VIH, así como 1 caso de CaCu y 5 casos de Ca de Mama.²

5.-En cuanto a la mortalidad general en la población derechohabiente se encuentra en primer lugar Infarto Agudo al Miocardio, en 2º Neoplasias y en 3er lugar Diabetes Mellitus no Insulino dependiente. La Diabetes Mellitus no Insulino dependiente ocupó el 1er lugar en 2015 pero en 2014 lo fue la Hipertensión Arterial y esta en 2016 fue segunda; tercero Neoplasias, en 2015 fueron las Enfermedades del aparato digestivo ahora décimo; del cuarto al noveno Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Infarto Agudo al Miocardio, Enfermedades del hígado, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedades del aparato genitourinario y Neumonías.²

6.-Como causa de defunción, la Hipertensión Arterial, aumentó su tasa en relación a los años previos, tasa en los adultos mayores, con valores de 16 en hombres y de 9 en mujeres.²

1.2 DETERMINANTES SOCIALES

En lo que corresponde a la variación anual de la población en la Delegación Estado de México Poniente, se observa del año 2010 al año 2015 una variación promedio para la población derechohabiente y adscrita a medicina familiar del 4 y 9% respectivamente, con una tendencia ascendente de 45,140 DH a 55569 DH respectivamente.⁵

Variación de población.

Tabla 1. Total de la población en cada uno de los servicios de salud.

POBLACIÓN	2011	2012	2013	2014	2015	% de variación anual
Población del Estado (INEGI)	14,007,495	14,007,495	15,175,862	15,175,862	15,175,862	2%
Población Derechohabiente IMSS	1,463,317	1,568,861	1,417,257	1,574,205	1,678,253	4%
Población Adscrita a Medicina Familiar, UMF 231, IMSS	48,230	54,089	56,408	63,838	55,569	4%

Fuente: Afiliación y Vigencia 2018, INEGI. 2017

El total de habitantes en la Delegación Estado de México Poniente son de 5,425,537 (36.1% de la población total del Estado de México) en 58 municipios, en solo 7 municipios, los más grandes, se encuentra el 58% de la población entre ellos; Naucalpan, Toluca, Atizapán, Huixquilucan, Nicolás Romero, Metepec y Zinacantepec, con densidad poblacional de 679 personas por km², concentra al 13.5% de la población del país. Población que se distribuye entre 125 municipios, y en donde el 22%, vive en zonas rurales y el 78% en urbanas.⁵

Habitantes por municipio.

Tabla 2. Total de habitantes por municipio del Estado de México.

Habitantes en la delegación por municipio		
Municipios	No. habitantes	%
Acambay	60918	1.12
Aculco	44823	0.83
Almoloya de Alquisira.	14856	0.27
Almoloya de Juárez	147653	2.72
Almoloya del Rio	10886	0.20
Amanalco	22868	0.42
Amatepec	26334	0.49
Atizapán	10299	0.19
Atizapán de Zaragoza	489937	9.03
Calimaya	47033	0.87
Capulhuac	34101	0.63
Coatepec de Harinas	36134	0.67
Cocotitlán	12142	0.22
Chapultepec	9676	0.18

Donato Guerra	33455	0.62
Huixquilucan	242167	4.46
Ixtapan d ela sal	33341	0.61
Xalatlaco	26865	0.50
Jilotzingo	17970	0.33
Jipilco	69031	1.27
Jocotitlán	61204	1.13
Joquizingo	12840	0.24
Lerma	134799	2.48
Manilco	25624	0.47
Metepec	214162	3.95
Mexicaltzingo	11712	0.22
Polotitlán	13002	0.24
San Bartolo More.	28426	0.52
Naucalpan	833779	15.37
Nicolás Romero	366602	6.76
Ocoyoacac	61805	1.14
El oro	34446	0.63
Rayón	12748	0.23
Sn Antonio la Isla	22152	0.41
Sn. Felipe del Progreso	121396	2.24
Sn. Mateo A.	72579	1.34
Sn. Simon de Gue.	6792	0.13
Santo Tomas	9111	0.17
Tejupilco	71077	1.31
Temascalcingo	62695	1.16
Temascaltepec	32870	0.61
Temoaya	90010	1.66
Tenancingo	90946	1.68
Tenango del valle	77965	1.44
Texcalayacac	5111	0.09
Tianguistenco	70682	1.30
Tlatlaya	32997	0.61
Toluca	819561	15.11
Tonatico	12099	0.22
Valle de Barvo	61599	1.14
Villa del Carbón	44881	0.83
Villa Guerrero	59991	1.11
Villa Victoria	94369	1.74
Xonacatlan	46331	0.85
Zacazonapan	15121	0.28
Zinacantepec	167759	3.09
Villa Luvianos	27781	0.51
San Jose delrincón	91345	1.68
Total	5425537	100.00

Fuente: INEGI 2018.
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/capsulas/2017/sociodemograficas/densidad.asp?c=1008>

La Población promedio por médico familiar del 2011 al 2015 es de 2,520 a 2,646 DH y con un promedio de beneficiarios por asegurado de 1.8 DH en el último año de análisis.^{4,5}

Población promedio por MF y beneficiarios.

Tabla 3. Población promedio derechohabiente por médico familiar en la UMF 231.

Población promedio	2011	2012	2013	2014	2015
Promedio de población por médico familiar	2821	3014	3381	3526	3990
Promedio de beneficiarios por asegurado	3	3	4	4	5

Fuente. Afiliación y Vigencia de Salud, SIAIS 2018, UMF 231

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/capsulas/2017/sociodemograficas/densidad.asp?c=1008>

En lo que corresponde a la población usuaria de acuerdo a Afiliación y Vigencia, por grupos de edad y sexo, el 46% corresponde al sexo masculino y el 54% al sexo femenino, correspondiendo el 7% para el grupo de menores de 4 años para ambos géneros, es de señalar que el grupo de menores de 14 años, corresponde al 27% de la población de análisis y un 25% para los adultos mayores. Se muestra la Población derechohabiente por tipo de aseguramiento.⁵

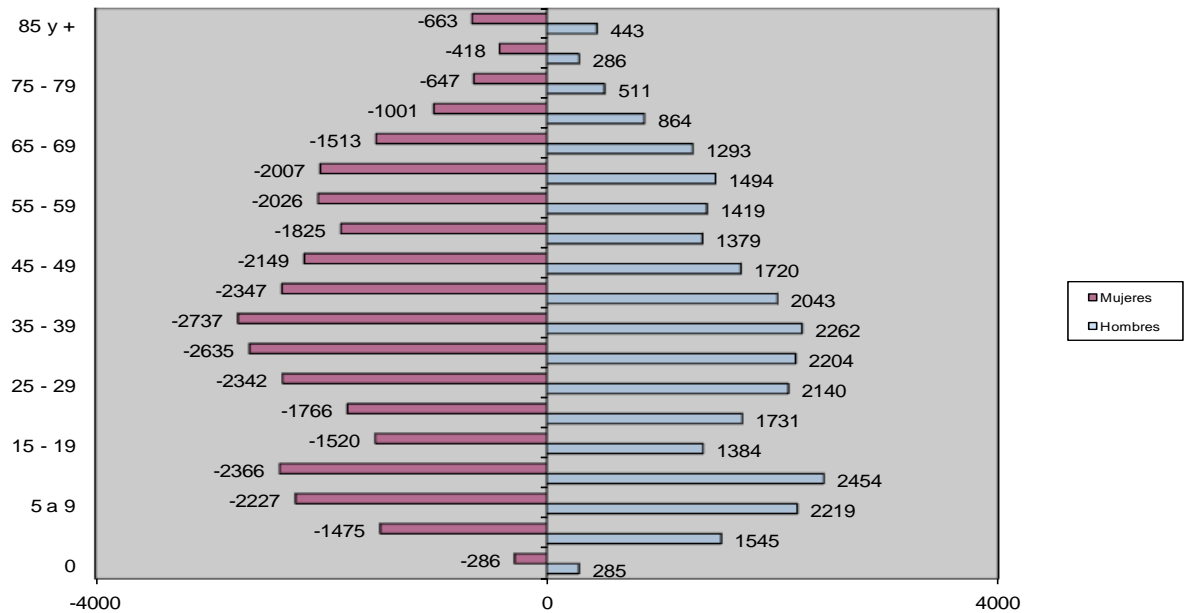
Tabla 4. Población adscrita 2018. Acceso a Derechohabientes

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0	285	0.48	286	0.48	571	0.96
1 a 4	1545	2.59	1475	2.47	3020	5.06
5 a 9	2219	3.72	2227	3.73	4446	7.46
10 a 14	2454	4.12	2366	3.97	4820	8.08
15 - 19	1384	2.32	1520	2.55	2904	4.87
20 - 24	1731	2.90	1766	2.96	3497	5.86
25 - 29	2140	3.59	2342	3.93	4482	7.52
30 - 34	2204	3.70	2635	4.42	4839	8.12
35 - 39	2262	3.79	2737	4.59	4999	8.38
40 - 44	2043	3.43	2347	3.94	4390	7.36
45 - 49	1720	2.88	2149	3.60	3869	6.49
50 - 54	1379	2.31	1825	3.06	3204	5.37
55 - 59	1419	2.38	2026	3.40	3445	5.78
60 - 64	1494	2.51	2007	3.37	3501	5.87
65 - 69	1293	2.17	1513	2.54	2806	4.71
70 - 74	864	1.45	1001	1.68	1865	3.13
75 - 79	511	0.86	647	1.09	1158	1.94
80 - 84	286	0.48	418	0.70	704	1.18
85 y +	443	0.74	663	1.11	1106	1.85
Total	27676	46.42	31950	53.58	59626	100.00

Fuente. Acceso a Derechohabientes, Población Adscrita, Afiliación y Vigencia 2018

Imagen 1. Población adscrita. Junio 2018.

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN 2018 DE METEPEC POR EDAD Y SEXO



Fuente. Dirección de Incorporación y Recaudación, 2017 (DIR)

En cuanto al perfil educativo en la población >15 años y más el 4% cuenta con licenciatura, maestría o doctorado y el 21% cuenta con bachillerato.^{2,5}

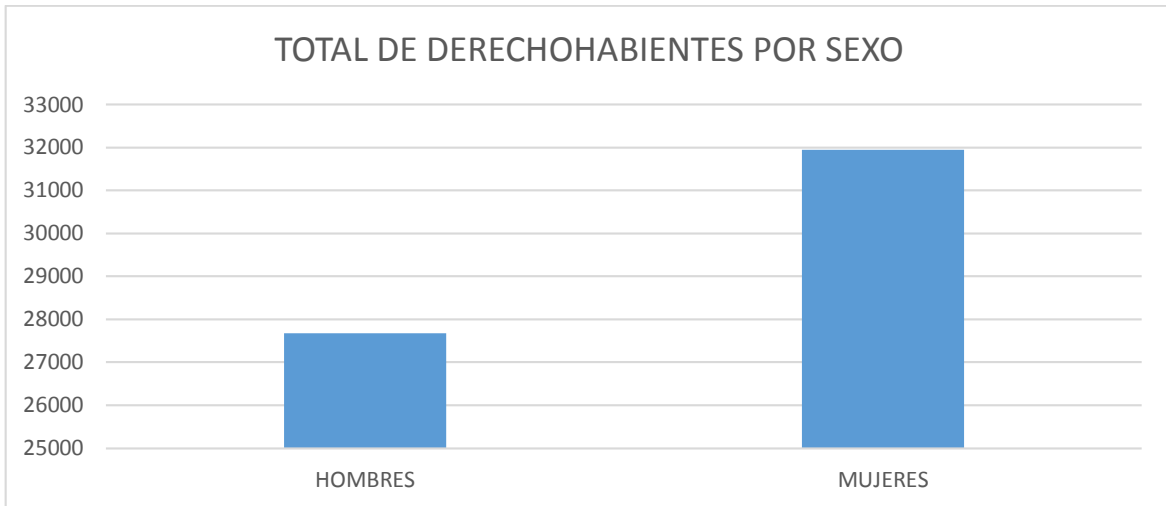
La cobertura de la población derechohabiente a servicios de salud es del 42.4%:

- Instituto Mexicano del Seguro Social cubre el 69.5%
- ISSSTE 10.2%
- Seguro Popular 7.8%
- Otras instituciones públicas y privadas. 13.4%

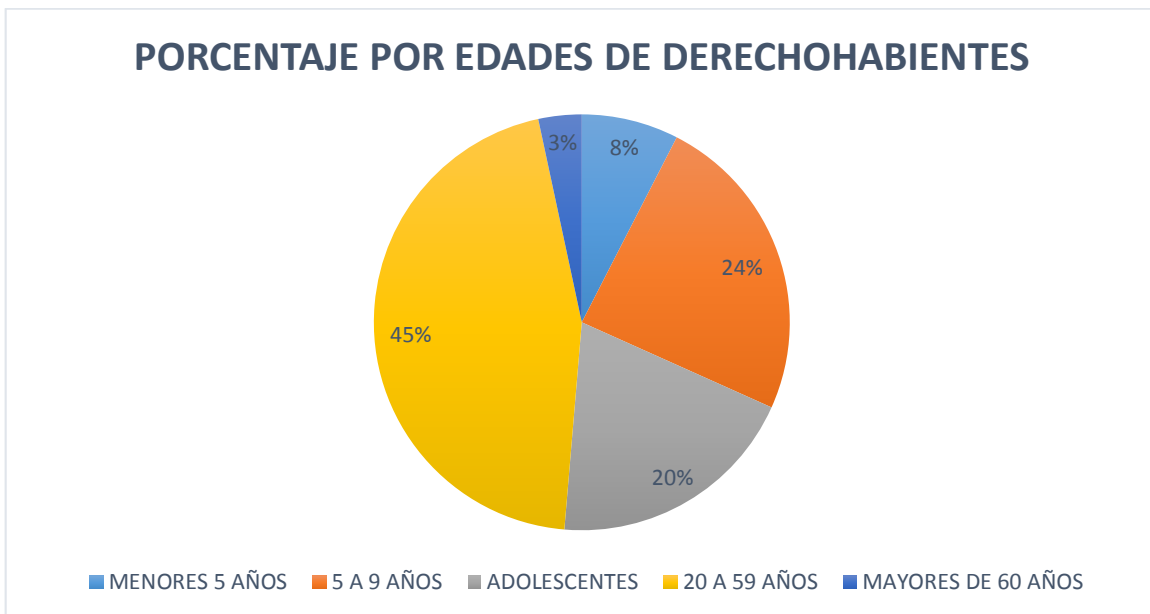
De acuerdo a la División de Información en Salud, en 2018, la UMF 231, tiene una población usuaria adscrita de 59,626 derechohabientes.

De esta población el 46% (27,676) corresponde al sexo masculino y el % 54% (31,950) al sexo femenino. El 6% corresponde al grupo de < 5 años, el 16% a menores de 9 años, el 13% a adolescentes, mujeres de 20 a 59 años el 30%, y hombres de ese grupo etáreo el 25%, y mayores de 60 años, el 19%, de esta, el 10% corresponde a mujeres y 8% a hombres.^{2,5}

Gráfica 3. Total de derechohabientes por sexo.



Gráfica 4. Porcentaje por edades de derechohabientes.



CONCLUSION

De acuerdo a la distribución por edades de la población usuaria, más del 50% se distribuye en los siguientes grupos etarios: 20 a 59 años, lo cual es importante porque son grupo en los cuáles, las acciones preventivas son de suma importancia, como lo son mujeres en edad fértil, planificación familiar y detecciones. Se ha incrementado en grupo de población de mayores de 60 años, con lo cual se incrementan las enfermedades crónico degenerativas y complicaciones.

Como delegación esto implica mayor demanda en las unidades médicas, aunado a lo anterior por la transición demográfica y epidemiológica es importante estar preparado para atender a población adulta.

1.3 DETERMINANTES AMBIENTALES

Ubicación geográfica

La delegación México Poniente abarca 58 municipios, presentando temperaturas que van de los 21.1° a los 3.9° C.⁶

El estado de México cuenta con una extensión territorial 22,351 km² por ello ocupa el lugar 25 a nivel nacional, representa el 1.1% de la superficie del país, con 87% de población urbana y 13% rural, con una densidad poblacional de 679 habitantes por km², se encuentra entre la latitud de 23° 45' - 18° 55', longitud 101° 28' - 105° 42'. Uso de horario centro UTC-6. Limita al norte con los estados de Querétaro e Hidalgo, al Sur con Morelos y Guerrero; al oeste con Michoacán, al este con Tlaxcala y Puebla y rodea al Distrito Federal.^{3,6}

En la entidad se ubican dos grandes sistemas de montañas que corresponden al eje neo-volcánico y a la Sierra Madre del Sur, se encuentra a 2,650 metros sobre el nivel del mar, ubicado en el centro del país y su territorio rodea a la ciudad de México; se encuentra situado entre la Sierra Madre del Sur, en la cuenca del Balsas (Ocuilan y Zacazonapan hasta Santo Tomas de los Plátanos. Toluca su capital es la metrópoli más alta del altiplano mexicano.⁶

La distribución territorial de la población se distribuye en cinco municipios (36.3%): Ecatepec de Morelos con 1,656,107 habitantes que representan el 12.2%; Netzahualcóyotl con 1,110,565 habitantes, representa 8.1%; Naucalpan de Juárez cuenta con 833,779 habitantes, representa el 5.9%; Toluca 819,561 representa el 5.3% y Tlalnepantla de Baz con 684,225 habitantes con el 4.9%.⁶

Geología

Esta construida por afloramiento de rocas de origen ígneo sedimentario y metamórfico las principales estructuras geológicas Popocatepetl, Ixtlacihuatl y Nevado de Toluca. Existen fracturas y fallas regionales asociados con el fenómeno de volcanismo y mineralización. Con un Valle ubicado entre serranías. En el centro se encuentra un lomerío de origen ígneo extrusivo o volcánico, en volcanes de edad cuaternaria y valles se incluye las depresiones que dieron origen al lago de Texcoco.⁶

Flora

En las sierras: pino, encino, cedro blanco, oyamel y zacatonal, en los valles pastizales, vara dulce y nopal, damiana y ocotillo, en la depresión del Balsas uña de gato, huizache, cazahuate, sotol, copal y guajes.⁶

Fauna

En las sierras: liebre, gato montés, conejo de los volcanes y venado cola blanca, en los valles y depresión del Balsas rata almizclera, coyote, comadreja, tejón, tlacoyote y zorrillo.⁶

Imagen 2. Orografía



- Eje Neovolcánico
- Sierra Madre del Sur
- Depresión del Balsas

Fuente. INEGI 2018

Clima

Presenta cuatro tipos de climas: clima tropical (tropical lluvioso y semicálido), templado (subhúmedo y semifrío) predomina en los valles de Toluca y México, frío en las cumbres del Popocatepetl, Ixtlacihuatl, Nevado de Toluca, Sierra de las Cruces y Cerro de Jocotitlán y seco (semiseco y seco estepario) localizado en el norte y parte del oriente del estado.⁶

Hidrología y Precipitación

Con precipitaciones total anuales de 1,278 a los 623 mm, según la zona, 900 mm anuales en promedio. Miles de arroyos y ríos recorren el estado, todos ellos son afluentes de los sistemas hidrológicos del alto Panuco, Lerma-Santiago y Balsas, lo que da origen a tres importantes cuencas hidrológicas para el país (cuenca del río Lerma, Balsas y Pánuco).⁶

Vías de comunicación terrestre, áreas y marítima

El estado de México presenta ventajas estratégicas debido a su cercanía con el Distrito Federal, con un incremento importante en sus vías de comunicación terrestres en los últimos 6 años, se tiene

como principales vías de comunicación: por el norte Autopista Toluca- Atlacomulco-Atlacomulco-Morelia- Guadalajara, Atlacomulco autopista arco norte hacia autopista México – Querétaro, arco norte hacia Pachuca- Puebla para el Oriente. De la capital del estado hacia el Distrito Federal autopista Toluca-México, Toluca-Naucalpan en todas ellas con las vías de comunicación correspondiente a la vía federal, a hacia el sur autopista Tenango-Ixtapan de la Sal y Toluca-Zitácuaro. Vía aérea con el aeropuerto internacional con sede en Toluca hacia principales los destinos del país y centros turísticos.⁶

Imagen 3. Geología

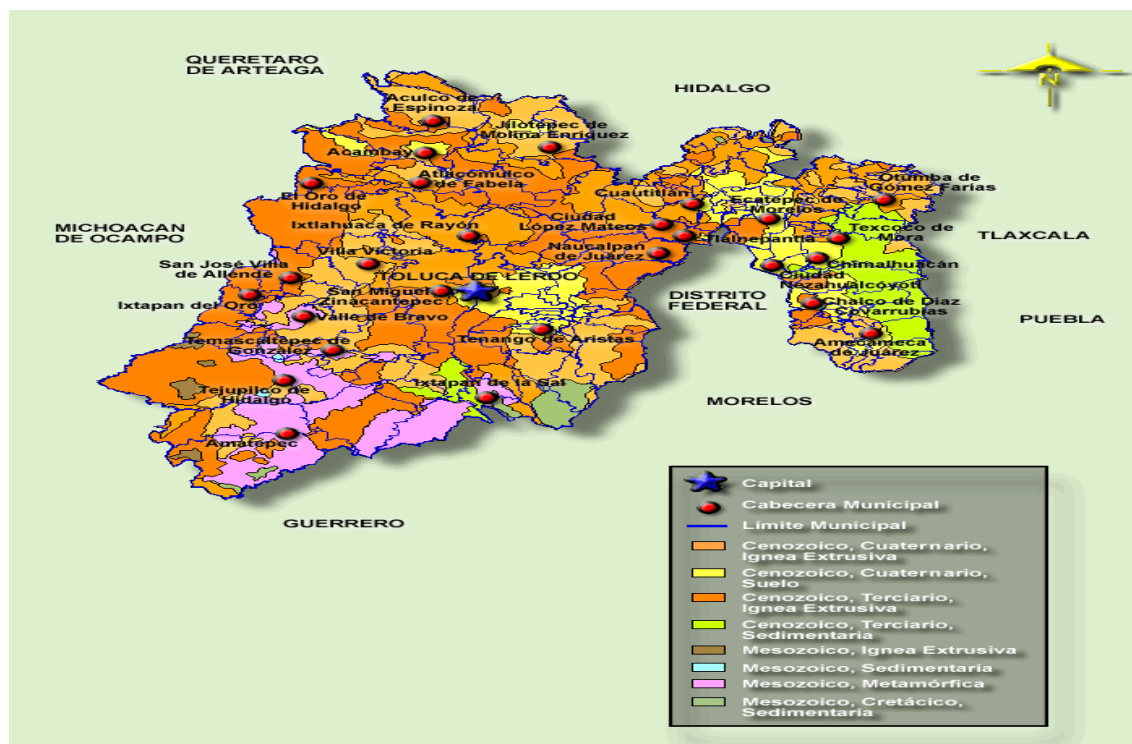
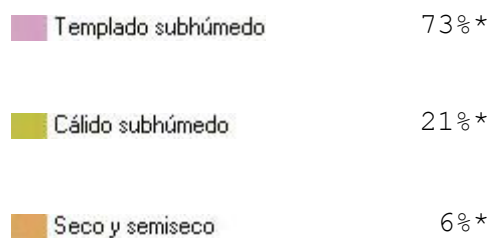


Imagen 4. Clima



■ Frío de alta montaña

Fuente. INEGI 2018
0.16%* *Planificación Urbana*

Conformada en dos valles: Valle de México en zona conurbana con Distrito Federal para los municipios de Naucalpan, Tlalnepantla, Villa Nicolas Romero, Atizapán en todas ellas con zonas marginadas que han provocado hacinamiento importante en estos municipios y en donde el crecimiento ha sido poco ordenado.⁶

En el valle de Toluca y sur del estado el crecimiento no ha sido del todo planificado ya que se están formando cinturones de zonas marginadas en municipios conurbanos a la ciudad de Toluca, Metepec, Zinacantepec, Almoloya de Juárez, Calimaya, hacia el sur con menos crecimiento y más aéreas rurales la planificación aunque poca es suficiente para esta zona.⁶

Efecto Invernadero

Se observa al igual que el Distrito Federal en el valle de México los municipios de Naucalpan, Atizapán, Villa Nicolas Romero y Tlalnepantla, con un incremento importante de 1980 al 2010 en donde el problema principal es el relleno sanitario en la zona de Atizapán y Villa Nicolas Romero con la disminución de zonas boscosas.⁶

En los municipios de Lerma, Ocoyoacac y Santana Jilotzingo. En el Valle de Toluca al haber más corrientes de aire este efecto no es tan importante, pero si se presenta por la presencia de rellenos sanitarios en los municipios de Zinacantepec y Almoloya de Juárez, así mismo la disminución de zonas boscosas en dichos municipios incluyendo Calimaya.⁶

Certificación de unidades

La UMF 231 se encuentra en proceso de Certificación.²

1.4 BIBLIOGRAFIA

1. INFANED. Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. México. 2018. (Consultado en 2 de diciembre de 2019). Disponible en <http://inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM15mexico/municipios/15054a.html>
2. IMSS. ARIMAC RED INTERNA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. 2019.
3. INEGI. Panorama Sociodemográfico del Estado de México 2019. México: INEGI; 2018. (Consultado en 3 de diciembre de 2019). Disponible en <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15054>
4. INEGI. Espacios y Datos de México. México. 2019. Consultado en 3 de diciembre de 2019. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/default.aspx?ag=15054>
5. INEGI. Derechohabiencia. Encuesta intercensal 2015. México: INEGI; 2015. (Consultado en 4 de diciembre de 2019). Disponible en https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/default.html#Informacion_general
6. INEGI. Encuesta Nacional Agropecuaria 2017. México: INEGI; 2017. (Consultado en 4 de diciembre 2019). Disponible en https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/default.html#Informacion_general

CAPITULO 2. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

2.1 PERSONAL, INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS DE SALUD

Personal

La UMF 231 está conformada por 68 trabajadores clasificados de la siguiente manera: 23% médicos, personal de enfermería el 29%, trabajadoras sociales 3%, personal administrativo 15% y asistentes médicas 30.¹

Infraestructura de unidades médicas

La delegación está constituida por tres unidades médicas de gestión desconcentrada (AMGD): AMGD 62 corresponde al HGR 220 con 30 unidades de medicina familiar con una población de adscrita a médico familiar de 798,447, AMGD 63 corresponde HGZ 58 con 7 UMF y una población de adscrita a médico familiar de 428,943 y AMGD 64 del HGZ 194 con 5 unidades de medicina familiar y con 268,943 derechohabientes adscritos a médico familiar. La UMF 231 corresponde a la AMGD con una población de 65 497,369.³

Número y tipo de equipo por tipo de nivel de atención

En la UMAA, el Número y tipo de equipo con el que se cuenta son camas no censables, Existe en la UMF, un Área medicina física y rehabilitación, 8 Consultorios de medicina familiar en servicio, 3 Consultorios de medicina preventiva, un Consultorios de odontología, TM y TV así como área de Atención Médica continua, 3 Peines de laboratorio y un área de farmacia. Únicamente se cuenta con un banco de sangre en el HGR/UMF220.³

Dentro de los recursos de salud la delegación México poniente cuenta con 1.2 médicos por 1000 DH lo que lo ubica bajo el promedio nacional que es de 1.4 pero es superior al del nivel estatal que es de 0.8. En relación a enfermería se cuenta con 2 enfermeras por 1000 DH también una decima menos que el promedio nacional pero superior al promedio estatal 1.3. La relación medico enfermeras es de 1.5 igual al promedio nacional y estatal, lo anterior refleja que es importante seguir desarrollando personal de salud que cumpla con los requerimientos de población. En cuanto a la infraestructura médica se cuenta con una escasez de consultorios y camas en unidades la que se ve superada por la demanda, ya que solo se cuenta con 0.17 consultorios por 1000 DH superior al nivel estatal pero inferior al promedio nacional que es de 0.22. En relación a camas censables se cuenta con 0.40 camas por 1000 DH, inferior al promedio nacional de 0.7. Lo anterior pone en riesgo de saturar servicios y no otorgar la calidad que requieren los derechohabientes y expuestos ante situaciones de contingencia.^{1,4}

2.2 INDICADORES DE SALUD

La esperanza de vida en el estado es de 79.8 años, para el sexo masculino 73 años y femenino 78 años. La tasa de natalidad es de 18.7 por cada 1000 habitantes y la tasa de fecundidad fue de 2.08.³

2.1.1 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR SEXO

En el 2018 se otorgaron un total de 87461 consultas en la unidad. El 27% (23,199), son de primera vez y el 73% (64,262) subsecuentes. De la totalidad de consultas, el 49% (42,460) del total de estas consultas fueron demandadas por mujeres y 51% (45,001) por hombres.¹

Gráfica 5. Total de consultas de primera vez por sexo.

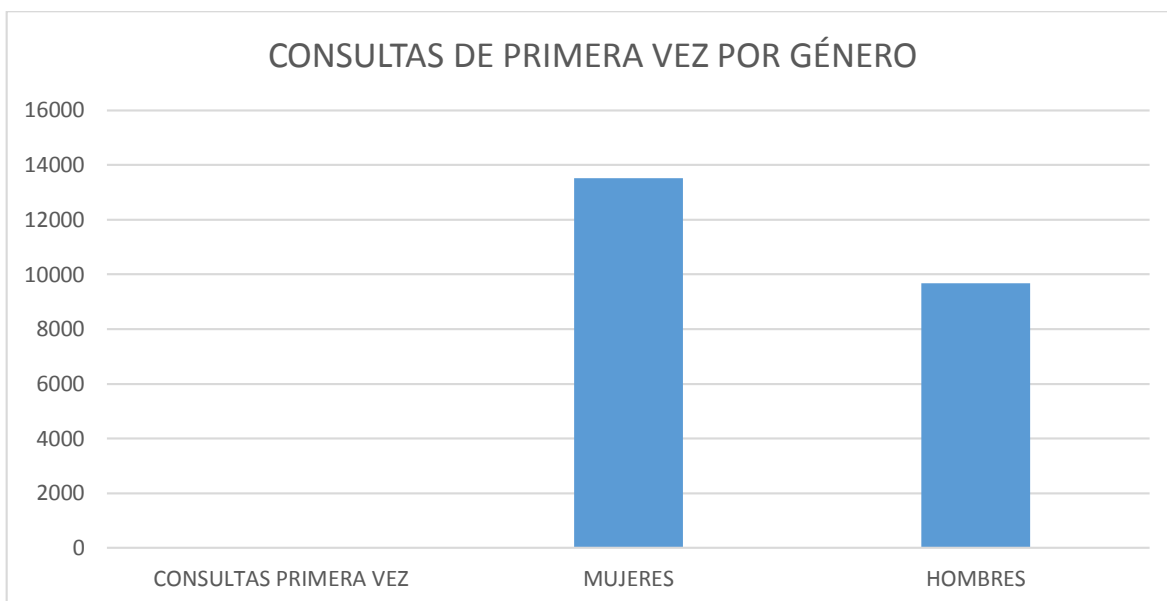


Tabla 5. Principales motivos de consulta de primera vez.

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ	HOMBRES	MUJERES
Infecciones respiratorias agudas	4854	6115
Diarrea y gastroenteritis	2504	2990
Dorsalgias	1396	1932
Infección de vías urinarias	666	1932
Rinitis alérgica	949	602

2.1.2 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA SUBSECUENTE POR SEXO

Gráfica 5. Principales causas de consulta subsecuente por sexo.

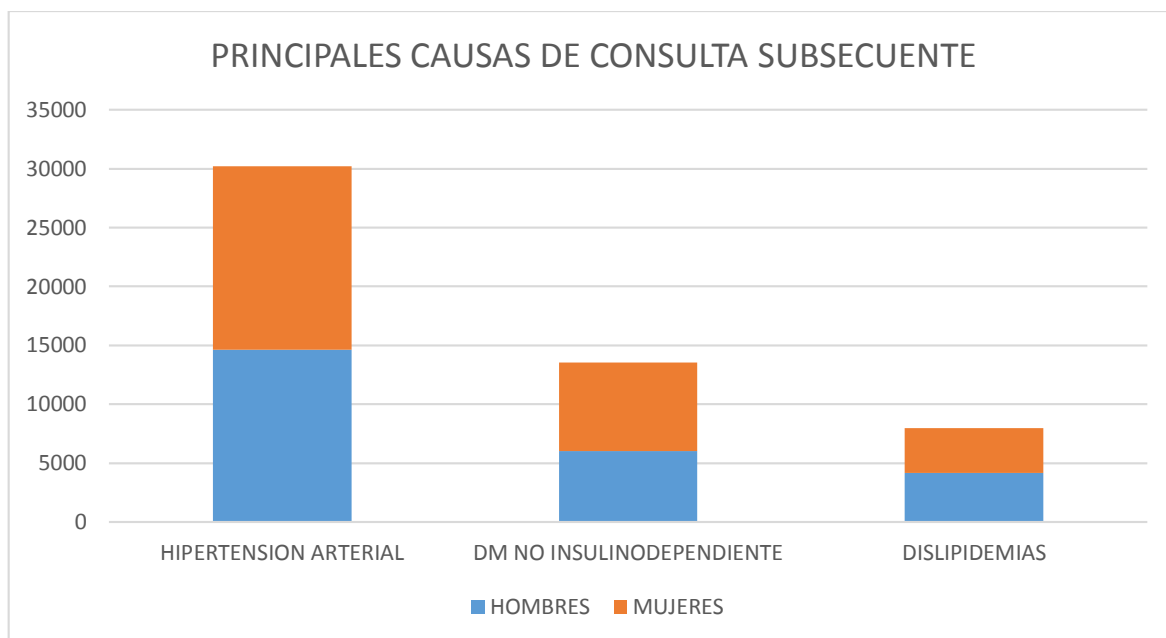


Tabla 6. Total de principales causas de consulta subsecuente.

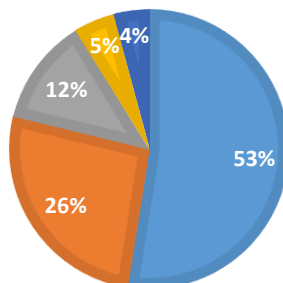
CONSULTA SUBSECUENTE	HOMBRES	MUJERES
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	14636	15574
DM NO INSULINODEPENDIENTE	6006	7548
DISLIPIDEMIAS	4164	3814
DORSALGIAS	0	2944
SUPERVISIÓN DEL EMBARAZO		1948

2.1.3 PRINCIPALES PADECIMIENTOS TRANSMISIBLES

Gráfica 6. Principales enfermedades transmisibles

PRINCIPALES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

■ INFECCIONES RESPIRATORIAS ■ DIARREA Y GEPI ■ INFECCIONES URINARIAS
 ■ CONJUNTIVITIS ■ FARINGITIS



2.1.4. CASOS DE PADECIMIENTOS ESPECIALES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En los diagnósticos sujetos a Vigilancia Epidemiológica se ha tenido buenos resultados de acuerdo a la evaluación realizada por la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Atención a Contingencias, logrando índices de notificación dentro de los valores de referencia, con dificultades en los resultados de muestras que se envían a CM La Raza, que reportan como resultado muestra inadecuada, del conocimiento de niveles correspondientes.^{1,3}

Tabla 7. Número de casos de padecimientos especiales de vigilancia epidemiológica.

PADECIMIENTOS	NÚMERO DE CASOS
ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA	1
EVENTO SUPUESTAMENTE ASOCIADO A VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN	4
HEPATITIS B	1
HEPATITIS C	2
ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA	2
VIH	2
CÁNCER DE MAMA	5
CÁNCER CERVICOUTERINO	1

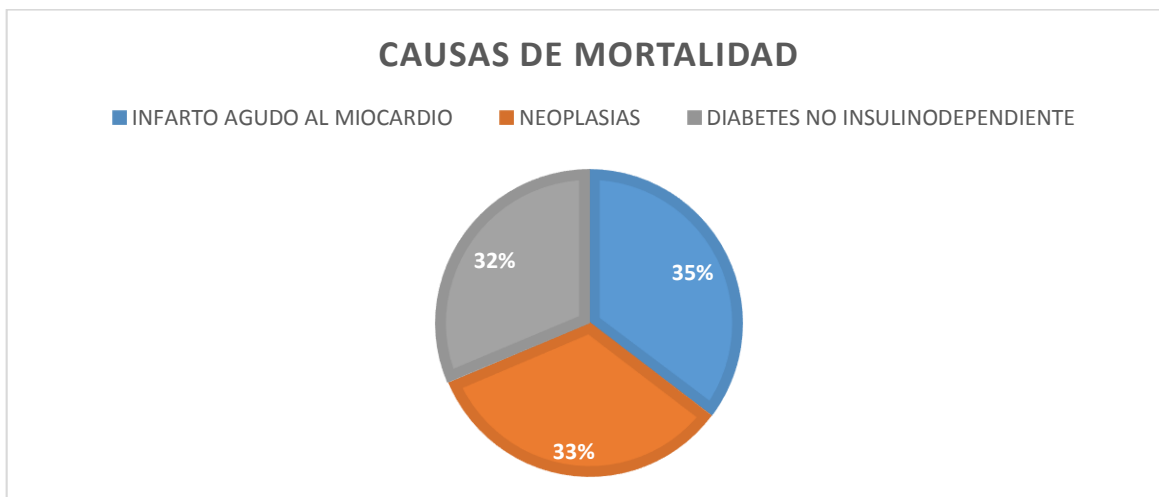
2.1.5 PRINCIPALES MOTIVOS DE INCAPACIDAD POR RIESGO DE TRABAJO

En primer lugar se encuentra; el diagnóstico de contusión dedos mano, con una tasa de 347 casos por 100,000 DH en segundo lugar, lumbalgia por esfuerzo con una tasa de 297 casos por 100,000 derechohabientes seguido del diagnóstico policontundido, con una tasa de 252 casos por 100,000 derechohabientes.¹

2.1.6 PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN

Se registró un total de 165 defunciones durante el año.¹

Gráfica 7. Principales causas de mortalidad.



Otros motivos de defunción fueron: Enfermedades del aparato digestivo, Hipertensión Arterial, Neumonía, Enfermedades del hígado, Insuficiencia Renal Crónica, Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y Enfermedades del aparato genitourinario.¹

Tabla 8. Principales causas de defunción por grupos de edad y sexo

Orden	Diagnósticos	Código CIE-10	No. de casos	tasa	Masc	Fem.	<1		1a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 59		60 y mas	
							H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
1	Infarto Agudo al Miocardio	I21	18	3122	17.34	13.87	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10
2	Neoplasias	C00-D48	17	29.48	24.28	5.20	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	9	5
3	Diabetes Mellitus no Insulino dependiente	E11- E14	16	27.75	13.87	13.87	0	0	0	0	0	0	0	5	2	14	10	
4	Enfermedades del aparato digestivo	K00-K93	15	26.01	20.81	5.20	0	0	0	0	0	0	0	0	2	17	9	
5	Hipertensión Arterial	I10	14	24.28	15.61	8.67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	9	
6	Neumonía	J18	7	12.14	8.67	3.47	0	0	0	0	0	0	0	3	2	9	9	
7	Enfermedades del hígado	K70-K77	7	12.14	6.94	5.20	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	
8	Insuficiencia Renal Crónica	N18	4	6.94	3.47	3.47	0	0	0	0	0	0	0	7	5	9	3	
9	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	P00-P96	2	3.47	3.47	0.00	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	Enfermedades del aparato genitourinario	N00-N99	2	3.47	1.73	1.73	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Todas las demás			23	39.89	20.81	19.08	0	0	0	0	0	0	0	9	5	16	10	
Total general			125	216.79	137.01	79.78	3	0	0	0	0	0	0	31	19	94	69	

Fuente: SISMOR Población derechohabiente adscrita a médico familiar. 2018

2.1.7 MORTALIDAD DE PADECIMIENTOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En 2018, se registró una defunción por VIH, una defunción por CaMa. No se registraron defunciones durante el periodo 2014 a 2017. Durante el 2015, se presentó una defunción por CaMa en el grupo etéreo, de 60 y más, así como la defunción de un pequeño de 9 meses, posterior a sesionarla en comités correspondientes, se ratificó el diagnóstico de neumonía y Síndrome de Werdnig-Hoffman.¹

2.1.8 CONCLUSIONES

La esperanza de vida en el estado México, de acuerdo al INEGI, es de 75.4 años, y a nivel nacional de 74.2. Este cambio en la esperanza de vida coincide con el incremento de la morbilidad de las enfermedades crónico- degenerativo, así como en la imagen de la pirámide de población con su ensanchamiento en la cúspide en las edades que corresponden de 55 a 59 años.^{1,3,4}

En 2018, el total de 125 defunciones, el 75%, 94 defunciones corresponden a los 10 principales motivos de defunciones, en 2017, 116 defunciones ocurridas en DH de esta UMF, es decir, el 85%, corresponde a los 10 principales motivos de defunciones, de estas 116 defunciones el 41% corresponde a mujeres y 59% a hombres, comportamiento similar a los años 2014 y 2015.

En 2017 en primer lugar las defunciones por Diabetes Mellitus no Insulino dependiente, con 26 casos, tasa de 47 por 100,000 DH.

En 2017, en segundo lugar, 18 defunciones por Hipertensión Arterial, tasas de 32, en tercer lugar, neoplasias, con 15 decesos y tasa de 27, en 2015 fue tercero Insuficiencia Renal Crónica, Neumonía y Neoplasias con 14 casos por cada diagnóstico y una tasa de 25 por 100,000 DH.

Los principales motivos de incapacidades por riesgo de trabajo hablan que los padecimientos osteomuscular y de tejido conectivo son importantes y se planeen servicios de rehabilitación en conjunto con medidas preventivas para evitar los mismos.

La atención en urgencias refleja la transición epidemiológica ya que se atiende a padecimientos infecciosos y cada día se incrementan las complicaciones de las enfermedades crónicas. Lo que ocasiona saturación del servicio, es importante se mantenga el control de estos padecimientos en el primer nivel con el fin de prevenir complicaciones.

Los egresos hospitalarios son reflejo de un descontrol de padecimientos crónicos por el primer nivel las complicaciones de la diabetes e hipertensión arterial continúan siendo los principales motivos de atención hospitalaria. Lo que también se ve reflejado en la mortalidad en las que no se nota aun el descenso de estas patologías. Es importante seguir impulsando programas preventivos como PREVENIMSS, ya que padecimientos como EDAS, Cáncer Cérvico Uterino y de Mama, en donde se logrado mantener una tendencia descendente.

2.3 BIBLIOGRAFÍA

1. IMSS. ARIMAC RED INTERNA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. 2019.
2. INEGI. Panorama Sociodemográfico del Estado de México 2019. México: INEGI; 2018. (Consultado en 3 de diciembre de 2019). Disponible en <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15054>

3. INEGI. Espacios y Datos de México. México. 2019. Consultado en 3 de diciembre de 2019. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/default.aspx?ag=15054>
4. INEGI. Derechohabiencia. Encuesta intercensal 2015. México: INEGI; 2015.(Consultado en 4 de diciembre de 2019). Disponible en https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/default.html#Informacion_general

CAPÍTULO 3. REPORTE DE ACTIVIDADES

3.1 ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

FEBRERO 2019

Se nos indicó reportarnos el día 1 de febrero a la unidad asignada para la realización del servicio social. Durante el primer día recibimos indicaciones a cerca de la manera de trabajar en la UMF 231, sobre los lineamientos a seguir y los sectores en donde íbamos a trabar, los cuales son: consulta de medicina familiar, atención médica continua y en las cirugías programadas ambulatorias.

Propiamente se inició labores el día 4 de febrero en donde a se me asignó el área de las cirugías programadas y ambulatorias en UMAA 231.

Se me explicó que hay días asignados para cada especialidad, en la UMAA se realizan cirugías de las siguientes especialidades: Oftalmología, Traumatología y Ortopedia, Cirugía General, Urología y Otorrinolaringología.

En promedio en un día se realizan 5 procedimientos de Cirugía General, 4 de Otorrinolaringología, 4 de Urología, 5 de Oftalmología, y de Traumatología y Ortopedia de 2 a 4 dependiendo de las características del procedimiento.

En cuanto a Cirugía General se realizan hernioplastías ya sean inguinales o umbilicales, las hernioplástías fueron las más numerosas en una relación 2 a 1 respecto a las umbilicales, en cuanto a las hernias inguinales se realizaron en un 70 por ciento a hombres, en cambio en hernias umbilicales fueron más pacientes del género femenino, alrededor de un 40 por ciento contaba con algún trastorno crónico degenerativo como Hipertensión arterial o Diabetes mellitus tipo 2. La mayoría con estatus de trabajador se registró que la mayoría se dedicaba a ejercer como ayudante general o intendencia. La edad media aproximada de los pacientes atendidos por parte de esta especialidad partía de los 35 años de edad. Cabe mencionar que para la realización de hernioplastía inguinal se usaba malla, técnica sin tensión que reduce el porcentaje de recidivas de dicho padecimiento, para las hernias umbilicales se usaban puntos de tensión solamente, ya que por el grado de severidad, no había necesidad de uso de material adicional.

Respecto a la especialidad de Otorrinolaringología, como ya se mencionó la media de procedimientos que se realizaban en un día eran 4, procedimientos como: amigdalectomía, corrección de desviación septal. Por mucho, la amigdalectomía fue el procedimiento más numeroso a realizar, en población pediátrica, pacientes con edad comprendida en los 6 a 12 años de edad. Realizando resección de piezas por medio de electrocauterización y control de sangrado con puntos hemostáticos, en tiempo comprendido en la Unidad de Medicina Ambulatoria que se me designó observé una septoplastía en un adulto joven.

Para el servicio de Urología se programó diversos procedimientos como circuncisiones, retiro así como colocación de catéteres doble J, varicocelectomía, reparación de hidrocele, la mayoría en pacientes de más de 40 años, en cuento a varicocele se observó en hombres jóvenes que su edad comprendía entre los 18 a los 25 años.

Para oftalmología se programaban en su gran mayoría para resección de pterigiones, y en menor cantidad procedimientos como resección de lesiones verrugosas, drenaje de orzuelos o chalaziones. Pacientes de 45 años en adelante, son los que se registraron durante este mes.

Para traumatología y ortopedia se programaron procedimientos menores como resección de quistes sinoviales, reparación de dedos en gatillo, o liberaciones del nervio mediano, la población fue femenina entre los 25 a 35 años de edad trabajadoras en su mayoría de oficinas dedicadas a ejercer como secretarias, o trabajos que comprendían uso de equipos de cómputo por tiempo prolongado.

Hay que destacar que no se registró complicaciones en el postoperatorio inmediato ya sea del procedimiento quirúrgico o derivados del uso de anestesia.

Además de las actividades en la unidad, se nos dio el curso propedéutico indicando las labores a realizar mensualmente en la UMF 249 junto con los compañeros de las demás carreras, curso que duró 1 semana; hubo actividades de integración, pláticas sobre obligaciones y derechos de los pasantes del servicio así como información de las múltiples plataformas al alcance. Por otra parte se agendó los temas a tratar en el primer semestre del servicio que debían cubrir los alumnos de cada carrera.

Como pasantes de la carrera de medicina apoyamos al servicio de enfermería de la unidad en la primera semana nacional de salud, se nos destinó la administración de vacunas, en mi caso tuve a mi disposición la vacuna antipoliomielítica, por lo que, acompañada de una compañera pasante de enfermería, estuve tocando de puerta en puerta en las casas de las unidades aledañas, promoviendo la vacunación en parques, estacionamientos, mercados, etc. En diversas ocasiones se mostraron renuentes a la vacunación pero gracias a la educación e información que se les proporcionó pudimos hacer cambiar de opinión a las personas, además se hizo hincapié para que asistieran a la Unidad de Medicina Familiar para más información.

MARZO 2019

Para marzo del 2019, se me asignó el área de Atención Médica Continua. Como médico pasante se puede dar consulta, siempre y cuando se esté supervisado por el médico encargado. Durante este periodo de tiempo se realizaron consultas para enfermedades diarreicas en la mayoría de las ocasiones, sobre todo en pacientes jóvenes de estatus de trabajador. Referían ingesta de alimentos preparados en la vía pública además de pescados y mariscos, si revisamos en las encuestas de ENSANUT, este tipo de padecimientos corresponden a la época ya que la descomposición de alimentos es más pronta, aunado a la mala higiene por parte de los que preparan los alimentos. Las consultas a pacientes pediátricos fueron menores, aunque gran porcentaje también acudió por alteraciones gastrointestinales y enfermedades diarreicas, en este caso se observaron en pacientes escolares.

En cuanto a pacientes con alteraciones crónicodegenerativas, hubo relación con los padecimientos ya mencionados, pues se presentaron pacientes con antecedente de ingesta de alimentos de dudosa higiene y descompensación glucémica, se registraron pacientes diabéticos del tipo no

insulinodependiente con hiperglucemia debida a deshidratación. Se optó por manejo en segundo nivel en estos casos para descartar alteraciones en los electrolitos.

Se revisó aproximadamente más de 30 riesgos de trabajo, reportándose esguinces de tobillo, trauma contuso en pies o manos, lumbalgias mecánicas, así como accidentes durante trayecto a lugar de trabajo como choques automovilísticos que provocaron esguinces cervicales, caídas causando o asaltos provocando contusiones múltiples. Debido a las condiciones en que se dio el padecimiento se optó igualmente por valoración en segundo nivel.

Como se mencionó, hay actividades mensuales en UMF 249 con los pasantes de servicio social, en esta primera sesión se nos explicó la mecánica a seguir para la revisión de los múltiples temas a discutir. En cuanto a los pasantes correspondientes a la carrera de medicina se revisaron temas como diagnóstico del embarazo y control prenatal, se complementó con temas de rehabilitación los cuales iban destinados a ejercicios y actividades destinadas a la mujer embarazada para mejorar los múltiples efectos secundarios en este periodo. Además de pláticas acerca de la valoración estomatológica para pacientes en general y enfocadas en la mujer gravídica.



ABRIL 2019

Para abril, se me asignó rotar en consulta familiar, en este caso en consultorio número 3 de la Unidad. La dinámica a seguir con la doctora del consultorio fue aprender a utilizar el sistema del seguro social sobre todo manejo del expediente electrónico. La doctora explicó que la mayoría de los pacientes a su cargo comprenden hombres y mujeres en la tercera edad, por lo tanto con múltiples enfermedades crónicas degenerativas, polifarmacia, con alto índice de dependencia de terceros, síndrome de caídas, pero aparentemente muy apegados al tratamiento establecido por otras especialidades así como por la doctora familiar.

Se observó una población considerable portadora de diabetes mellitus no insulino dependiente de los cuales alrededor un 15 por ciento en terapia sustitutiva a base de hemodiálisis o diálisis peritoneal. Así como portadores de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica oxigeno dependientes; en mi estancia en dicho consultorio observé solamente un paciente con EPOC que se oponía al uso de oxígeno domiciliario, a pesar de las múltiples recomendaciones del neumólogo y de la misma doctora, se rehusó, continuando con el hábito tabáquico. Al igual que dicho paciente, observé a otros con diabetes mellitus no insulino dependiente que se rehusaban al uso de insulina, se hizo hincapié en las recomendaciones siendo un esfuerzo no fructífero.

Así mismo la doctora me explicaba de algunos casos que resultaban no tan comunes, en este mes se dio seguimiento a un joven de 14 años con diagnóstico de sarcoma de Ewing, siendo un caso extraño debido a la muy baja incidencia de la región; se dio seguimiento postquirúrgico con un notable incremento en el estado de salud del joven.

Dada la accesibilidad de la doctora, se nos permitió realizar modificaciones en tratamiento así como sugerencias para pruebas diagnósticas, discutiendo los casos para complementación de información. Siendo bastante útil para las próximas rotaciones y la práctica en general ya que considero una dinámica enriquecedora para los pasantes de servicio de la carrera de medicina.

Durante la reunión mensual en la Unidad de Santiago Tlaxomulco continuamos con temas que explicaban métodos anticonceptivos, promoviendo la información para pacientes jóvenes en la unidad correspondiente de los compañeros. Hubo debates y complementación de información para tratar de otorgar información concisa y directa a dicha población de pacientes en la práctica diaria. Se nos dio información de diversas patologías en encías y recomendaciones para el médico general para la derivación oportuna al especialista, además los pasantes de gerontología nos dieron un panorama más amplio sobre el entorno de la población de la tercera edad para así otorgar un manejo integral apropiado a la población más numerosa del país.

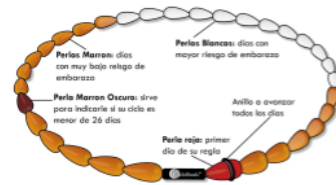
PRESENTACIONES

<h3>PLANIFICACION FAMILIAR</h3> <ul style="list-style-type: none">Meta de la planificación familiar según la Family Health International es capacitar a las parejas y a cada persona de manera individual para que elijan libremente cuantos hijos van a tener y cuando tenerlos.  <p>MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD. MAGNENBEX VALDEZ. ARTICULO DE REVISTA. ARTÍCULO DE OTRO USUARIO.</p>	<h3>METODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD</h3> <ul style="list-style-type: none">Son aquellos que asocian signos y síntomas a los cambios fisiológicos hormonales que suceden cercanos a la ovulación.Buscan conocer la ventana de fertilidad.Se dividen de acuerdo a su complejidad y nivel de tecnología.  <p>MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD. MAGNENBEX VALDEZ. ARTICULO DE REVISTA. ARTÍCULO DE OTRO USUARIO.</p>
--	--

METODO DE DIAS FIJOS (BAJA TECNOLOGIA, POCO COMPLEJO)

- Se basa en programas computacionales que estiman la probabilidad de embarazo en distintos días del ciclo.
- M: 26-32 días, se requiere abstinencia del día 8-19 con una excelente protección.
- De acuerdo a un estudio multicentrico en Georgetown tiene IC 95%.
- Su enseñanza toma 20 min.

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD. MAGNÉSIK YATES. ARTÍCULO DE REVISTA. REVISTA DE GYO MÉDICO



COLLAR CYCLEBEADS

METODO DE LOS DOS DIAS (BAJA TECNOLOGIA, POCO COMPLEJOS)

- Es muy sencillo de enseñar, usar, incluso a mujeres con bajo nivel educacional.
- Se basa en la presencia o ausencia de secreción vulvar, para saber si esta en días fértiles o no.
- Dos preguntas: ¿hoy he notado secreción?, ¿ayer note secreción?. Si la respuesta es si, la mujer esta en riesgo de embarazo.
- Tasa de embarazo 3.5%.

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD. MAGNÉSIK YATES. ARTÍCULO DE REVISTA. REVISTA DE GYO MÉDICO



Figura 1. Algoritmo de los dos días

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD. MAGNÉSIK YATES. ARTÍCULO DE REVISTA. REVISTA DE GYO MÉDICO

OVULACION DE BILLINGS, MODELO CREIGHTON (BAJA TECNOLOGIA, COMPLEJOS)

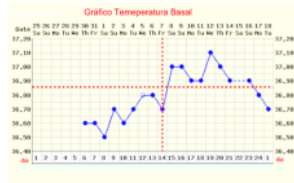
- Se basan en el cambio de las características de la secreción vulva.
- 6 días previos a la ovulación, los estrógenos producen el moco tipo E, postovulación el cuerpo lúteo estimula secreción moco G--- progesterona.
- Lleva de 3-6 meses en enseñarse y aprenderse.
- OMS determino 97% de efectividad llevado a cabo de manera correcta.

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD. MAGNÉSIK YATES. ARTÍCULO DE REVISTA. REVISTA DE GYO MÉDICO



METODO SINTOTERMICO (BAJA TECNOLOGIA, COMPLEJOS)

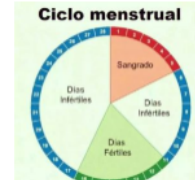
- Se combinan las características del moco cervical, el aumento de la temperatura corporal basal.
- Eficacia 98% con uso correcto, con uso típico 80-87%.



MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD. MAGNÉVBER, YÁNEZ. ARTÍCULO DE REVISTA: REVISTA DE GYD.UBRERO.

RITMO (METODO TRADICIONAL)

- La mujer registra durante 6 meses la duración de sus ciclos, al mas largo resta 11-12 días, al mas corto resta 18 días.
- Es muy inseguro, ya que se basa en los periodos anteriores no en el actual.



MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD. MAGNÉVBER, YÁNEZ. ARTÍCULO DE REVISTA: REVISTA DE GYD.UBRERO.

METODO DE LA TEMPERATURA BASAL

- Curva bifásica de la temperatura basal.
- Se calcula de manera retrospectiva.
- Abstinencia desde el primer día de la menstruación, hasta tres días después del pico de la temperatura.



MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD. MAGNÉVBER, YÁNEZ. ARTÍCULO DE REVISTA: REVISTA DE GYD.UBRERO.

OTROS (COITO INTERRUPTIDO/ LACTANCIA MATERNA)

- PRL inhibe liberación de hormona liberadora de gonadotropinas. (disminuye FSH, LH)
- Coito interrumpido: muy poco seguro, genera hipertrofia prostática, síndrome de congestión pelviana, frigidez e insatisfacción sexual.



MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD. MAGNÉVBER, YÁNEZ. ARTÍCULO DE REVISTA: REVISTA DE GYD.UBRERO.

MÉTODOS HORMONALES



¿QUE ES LA ANTICONCEPCION HORMONAL?

- "[...] administración hormonal oral y parenteral de anticonceptivos hormonales que comprenden estrógenos y progestágenos con el objeto de evitar embarazos".
- Estrógenos y progestina
- Progestina

GPC. Manejo de anticonceptivos hormonales en mujeres en edad reproductiva, en el primer y segundo nivel de atención. Técnico. Secretaría de Salud. 27 de marzo 2017. Actualización parcial.

Comparación de los métodos de planificación familiar

Más efectivos y fáciles de usar	Muy efectivos pero deben usarse con cuidado	Efectivos pero deben usarse con cuidado
<p>Esterilización femenina Vasectomía</p>	<p>Método de lactancia materna</p>	<p>Condón femenino y masculino</p>
<p>DIU Implantes</p>	<p>Píldoras Inyectables</p>	<p>¡IMPORTANTE! El condón es el único método que protege contra el embarazo y las ITS o el VIH/sida.</p>

Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes. (2010). Recuperado from <http://www.dhs.gov/bulletin/online/default.asp?ci=6033-quiet&of=brochure.pdf>

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

- Usado principalmente por mujeres 20-24 años de edad. Pueden emplearse desde la menarca hasta los 50 años de edad cuando no existen factores de riesgo.
- Regulan los ciclos menstruales, disminuyen sangrado y dolor.
- Pueden emplearse en cualquier momento del ciclo.
- Primer día de la menstruación o dentro de los primeros 5 días.

OPC *Uso de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva, en el primer y segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2010marzo2011. Actualización parcial.

ESQUEMAS

- Monofásico**
 - Estrógenos + progesterona 21 días
- Bifásico**
 - Estrógenos 10-12 días □ Progesterona 10-12 días
- Trifásico**
 - Estrógenos 1ra semana □ Estrógenos y progesterona 2da semana □ Progesterona 3ra semana

OPC *Uso de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva, en el primer y segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2010marzo2011. Actualización parcial.

CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS	RELATIVAS
Hipertensión arterial sistémica	Obesidad
Tumores hormonodependientes	Tabaquismo
Antecedente TEV	Depresión
Embarazo	Migraña
Enfermedad cerebrovascular	Cosumo concomitante de antibióticos
Diabetes con complicaciones vasculares	Antecedente de ECV antiguo

Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes. (2010). Recuperado from <http://www.dhs.gov/bulletin/online/default.asp?ci=6033-quiet&of=brochure.pdf>

¿QUÉ PODRÍA SALIR MAL?

- Enfermedad vascular cerebral hemorrágica
- Infarto agudo al miocardio
- Trombosis venosa
- Sangrado intermenstrual

OPC *Uso de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva, en el primer y segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2010marzo2011. Actualización parcial.

PILDORA DEL DIA SIGUIENTE



- Método empleado después del coito y antes de la implantación.
- Reducen el riesgo de embarazo en 75-89%.
- No son adecuados para uso regular
- Se debe indicar antes de 72 hrs desde el coito

OPC *Consulta y asesoría médica para el uso de la anticoncepción de emergencia. México: Secretaría de Salud; 2009

ESQUEMAS

- Método de Yuzpe
- DU Levonorgestrel
- 2 D Levonorgestrel

OPC. Consulta y asesoría médica para el uso de la anticoncepción de emergencia. México Secretaría de Salud, 2009

IMPLANTE SUBDERMICO

- Colocación en tejido subcutáneo de dispositivo en forma de bastón que libera de manera constante y reducida esteroides.
- Evitan embarazo 3-5 años, con riesgo de fallar en 0.05%
- Regreso rápido a la fertilidad después de su retiro.
- Seguros en quienes se contraindiquen los estrógenos.



OPC. Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva, en el primer y segundo nivel de atención. México Secretaría de Salud, 07/03/2017. Actualización parcial.

- Cambios en patrones de sangrado
- Tanto aumento como disminución
- Efectos colaterales
 - Acné, cefalea, vaginitis, aumento de peso, dolor de pecho.
- Complicaciones con la inserción
 - Dolor, sangrado, hematoma, inserción profunda.

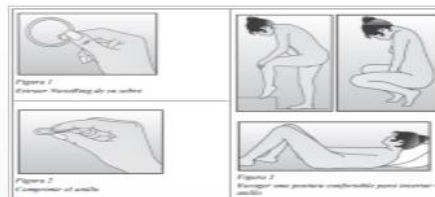
"Guía de planificación familiar para agencias de salud comunitaria y sus clientes". (2012). Retrieved from <https://www.fpaandros.org/imagenes/definitiva/4000-pudaweb/fichera.pdf>



ANILLO ANTICONCEPTIVO



- Sistema de liberación vaginal
- 120 mcg Etonogestrel
- 15 mcg Etinilestradiol
- Indicados en mujeres de 18-40 años.
- Actúa durante 3 semanas
- Dejar descansar una semana
- Sangrado por privación 2-3 días



CONTRAINDICACIONES

- Hipersensibilidad, tromboflebitis y fenómenos tromboembólicos, HTA grave, I.H. grave, hemorragia uterina anormal (metrorragias y menorragias) o del tracto urinario no diagnosticada, aborto diferido, embarazo, sospecha o evidencia de malignidad mamaria o de los órganos genitales hormonodependiente.



REACCIONES ADVERSAS

- Vaginitis; nerviosismo, anorgasmia o disminución de la libido, depresión, insomnio; cefalea, mareo; sofocos; dolor abdominal o malestar, náuseas; erupción cutánea, alopecia o falta de crecimiento del pelo, acné; dolor de espalda, calambres en las piernas; irregularidades menstruales (hemorragia y/o amenorrea), dolor pélvico, dolor en las mamas, leucorrea; astenia, cambios en el peso, edema.

PARCHES ANTICONCEPTIVOS

- Liberan 203 mcg norelgestromina y 33.9 mcg etinilestradiol de forma continua en 24 hrs.
- Inhiben la maduración folicular y la ovulación, espesan el moco cervical.
- Efectividad 99%



METODOS DE BARRERA



PRESERVATIVO O CONDON MASCULINO

- Funda de látex que se coloca en el pene erecto antes de la relación sexual y que lo cubre por completo.

Efectividad
85% - 95%

Protege contra
Infecciones de
Transmisión Sexual.

¿COMO ACTUA?



PRESERVATIVO O CONDON MASCULINO (VENTAJAS)

- Único M.A. En el que participa el hombre en la planificación familiar
- Disminuye riesgo de ETS
- - Cualquier edad
- Fácil de conseguir
- No disminuye sensibilidad, no dificulta eyaculación ni orgasmo
- Se puede sostener una relación sexual por más tiempo

RECOMENDACIONES DE USO

- Verifica la fecha de caducidad
- Abre el paquete cuidando no romper el condón
- Coloca el condón, sin desenrollar, en la punta del pene erecto
- Aprieta la punta del condón mientras lo extiendes hasta cubrir todo el pene, evitando que queden burbujas de aire pues pueden romper el condón durante la relación y provocar escurrimientos
- Si el hombre no está circuncidado, debe empujar la piel del pene hacia atrás hasta liberar el glande (cabeza del pene)
- Después de la eyaculación y antes de perder la erección, el pene debe ser retirado de la vagina sujetando el extremo del condón, evitando que se derrame el esperma
- Usa un nuevo condón en cada relación sexual
- Los condones nunca deben ser reutilizados

CONDON FEMENINO

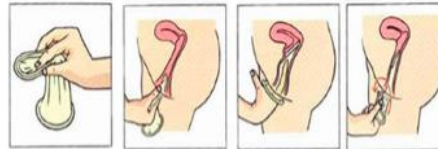
- Prevención de ETS, VIH y embarazo.
- VENTAJAS:
 - Gran utilidad ante alergia a Latex
 - Mayor resistencia



FEMENINO	MASCULINO
Insertado en la vagina de la mujer.	Desenrollado en el pene del hombre.
Hecho de polímero de nitrilo, goma sintética.	Hecho de látex, goma natural.
Reviste la vagina.	Reviste el pene.
Puede ser insertado con antelación a la relación sexual y no depende de la erección.	Solamente puede ser colocado en el pene erecto.
No necesita ser removido inmediatamente tras la eyaculación, pero debe ser retirado antes que la mujer se levante.	Debe ser removido inmediatamente después de la eyaculación.
Cubre ambas, la parte interna de la mujer y parte de los genitales externos, además de la base del pene, brindando mayor protección.	Cubre la mayor parte del pene y protege la vagina de la mujer.
Bien lubricado, facilita la inserción y el coito.	Poca lubricación.

CONDON FEMENINO

- ▣ Efectividad: 97%
- ▣ EA: alergia/irritación de mucosa y área genital



DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU-T-Cu

- ▣ Elaborado de plástico flexible, tiene una rama vertical y una horizontal a manera de T.

Efectividad de más del 98%.

No protege contra Infecciones de Transmisión Sexual.



IMSS: 2 tipos de dispositivos intrauterinos de cobre: el DIU T de cobre estándar, y DIU T de cobre para mujeres nulíparas

COMO ACTUA DIU-T-Cu

- Su acción anticonceptiva de cobre se encuentra limitada a la cavidad uterina
- La función del dispositivo intrauterino de cobre es impedir el encuentro del óvulo y el espermatozoide
- Reduce la posibilidad de que el espermatozoide fertilice al óvulo

El periodo de acción anticonceptiva es de 10 años para el DIU T de cobre estándar y el DIU T para mujeres nulíparas.

PERIODO DE APLICACIÓN DIU-T-Cu

El DIU puede aplicarse durante la menstruación o en cualquier momento, si existe la seguridad de no estar embarazada, como puede ser: después del parto, durante una cesárea o después de un aborto (siempre y cuando no haya evidencia de infección).

no debe usarse en mujeres que:

Beneficios y ventajas

- Fácil de aplicar y retirar
- No interfiere con las relaciones sexuales
- No interfiere con la lactancia
- Efectivo desde el momento de colocarlo
- Independientemente del tiempo de uso, el retorno a la fertilidad es inmediato después de su retiro
- No tiene ninguna interacción con medicamentos

DIU-T-Cu

- En los primeros 3 o 4 meses, llegan a presentar cólicos e irregularidades del sangrado menstrual, lo cual disminuye gradualmente
- Revisión al mes de la aplicación, después a los 3 meses y posteriormente cada año durante el tiempo que dura el efecto anticonceptivo

DISPOSITIVO INTRAUTERINO LEVONORGESTREL

- Dispositivo de plástico en forma de T que contiene un sistema liberador de Levonorgestrel

Efectividad de más del 99%.

No protege contra Infecciones de Transmisión Sexual.



DIU LEVONORGESTREL

- Puede ser usado por la mujer en cualquier momento de su vida reproductiva, sin importar la edad, ni el número de gestaciones que haya tenido
- Menstruaciones abundantes o que se encuentran en etapa premenopáusica (que tienen más de 40 años de edad).

DIU LEVONORGESTREL

- Período de protección anticonceptiva : 5 años

La acción anticonceptiva del dispositivo intrauterino de Levonorgestrel se encuentra limitada a la cavidad uterina.

Combina los beneficios y efectividad derivados del DIU, así como los de la anticoncepción hormonal. El Levonorgestrel hace más espeso el moco del cuello uterino, lo cual reduce la posibilidad de que el espermatozoide fértil llegue al óvulo.

no debe usarse en mujeres que:

REACCIONES ADVERSAS

Dolor mamario

Irregularidades menstruales

Suspensión de la menstruación

Ácne

Quistes funcionales del ovario

REVISION DE DIU LEVONORGESTREL

- La primera cita de revisión con tu médico es al mes de la colocación del DIU de Levonorgestrel y las siguientes citas cada 6 meses durante el primer año
- Posteriormente las citas deben ser anuales y hasta que termine la efectividad anticonceptiva (que dura 5 años). Es importante saber que se puede colocar un nuevo DIU de Levonorgestrel en el momento de la extracción

19 EXPLACCIÓN

20 UNIDAD 11 DE REPRODUCCIÓN EN EL HOMBRE Y EN

METODOS DEFINITIVOS



METODOS DEFINITIVOS (ESTERILIZACION)

- ◻ Protección permanente contra el embarazo no deseado.
- ◻ La esterilización femenina voluntaria es el método más usado a nivel mundial.
- ◻ Tasa de error 0.1% en los métodos definitivos

Freink, J. Fuelas, et al. Introducción a los métodos anticonceptivos. Salud. México 2012
Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization. 2016

VENTAJAS DE ESTERILIZACION

- ◻ Segura y eficaz
- ◻ Es conveniente para quienes cuentan con un número deseado de hijos.
- ◻ No hay efectos secundarios a largo plazo.

Freink, J. Fuelas, et al. Introducción a los métodos anticonceptivos. Salud. México 2012
Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization. 2016

DESVENTAJAS

- ◻ Costo inicial relativamente alto
- ◻ Las oportunidades de invertir el procedimiento son muy limitadas y no se puede garantizar el éxito.
- ◻ Riesgo de complicaciones quirúrgicas.
- ◻ No existe protección contra ETS.

Evitar que el espermatozoide encuentre el ovulo para la fecundación

Tasa de error 0.1-0.15%

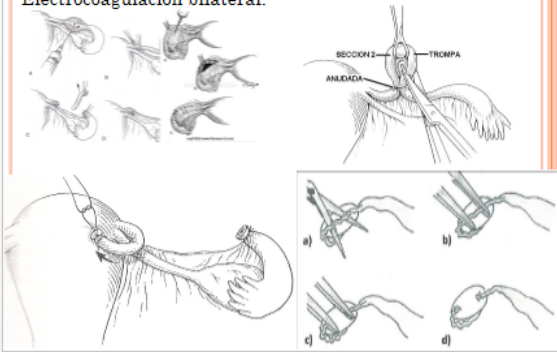
Freink, J. Fuelas, et al. Introducción a los métodos anticonceptivos. Salud. México 2012
Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization. 2016

ESTERILIZACION FEMENINA

- ◻ Oclusión bilateral de las trompas de Falopio por ligadura, corte, sección cuaterización o colocación de anillos, clips, grapas o dispositivos intratubarios.
- ◻ Procedimientos: laparotomía, Laparoscopia. Postparto, Postaborto, concurrente con una cirugía abdominal o vaginal programada.
- ◻ Síndrome postesterilización (alteración del flujo sanguíneo ovárico).

Freink, J. Fuelas, et al. Introducción a los métodos anticonceptivos. Salud. México 2012
Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization. 2016

- Anestesia general o local.
- Técnicas: Pomeroy, Irving, Parkland, Uchida, Electrocoagulación bilateral.

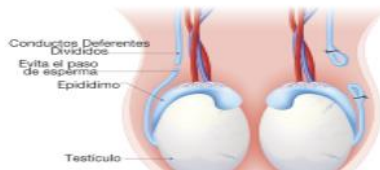


ESTERILIZACION MASCULINA

- Sección u obstrucción de los conductos deferentes.
- Vasectomía con/sin bisturí.
- Se puede realizar en cualquier momento

Frenk, J. Ruelas, et al. Introducción a los métodos anticonceptivos. Salud. México 2012
 Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization. 2015

- Anestesia local
- Efectiva después de 12 semanas
 O posterior a 20 eyaculaciones.



Frenk, J. Ruelas, et al. Introducción a los métodos anticonceptivos. Salud. México 2012
 Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization. 2015

EFFECTOS A LARGO PLAZO

ESTERILIZACIÓN FEMENINA: EFECTOS A LARGO PLAZO PARA LA SALUD

- ▶ Protege contra el cáncer ovárico
- ▶ Probablemente protege contra la EII
- ▶ No causa síndrome de postesterilización
- ▶ No hace aumentar la mortalidad de una histerectomía
- ▶ No afecta la función sexual normal

ESTERILIZACIÓN MASCULINA: EFECTOS A LARGO PLAZO PARA LA SALUD

- ▶ No existe mayor riesgo de contraer alguna enfermedad crónica
- ▶ Los estudios recientes indican que no hace aumentar el riesgo de contraer cáncer de la próstata
- ▶ No hace aumentar el riesgo de cáncer testicular ni de enfermedades cardiovasculares
- ▶ No afecta la función sexual normal

MAYO 2019

Continué en consulta externa en este mes, en este caso en el consultorio 4 de la unidad familiar. A diferencia del consultorio previo observamos población con enfermedades reumáticas, especialmente mujeres con lupus eritematoso sistémico o artritis reumatoide. La población de enfermos con padecimientos crónico degenerativos y ancianos era menor respecto al consultorio anterior. Durante este periodo nos enfocamos sobre todo a pacientes con enfermedades diarreicas, infecciones de vías respiratorias, enfermedades de transmisión sexual tales como clamidia y virus de papiloma humano.

Dado que el médico asignado a este consultorio tuvo periodo vacacional, tuve la oportunidad de trabajar con otra doctora que me dio la oportunidad así mismo de sugerir estudios diagnósticos y tratamientos. Observamos en 3 ocasiones casos de preclampsia posterior a la resolución del embarazo. Por lo que se discutió durante este mes los trastornos hipertensivos del embarazo y sus complicaciones.

Durante la consulta detectamos 12 pacientes con hipertensión arterial descontrolada, al indagar en el padecimiento observamos que los pacientes no cumplían enteramente el tratamiento establecido por su médico familiar.

Durante la sesión mensual en la unidad 249 continuamos con los temas agendados, en este caso con las enfermedades exantemáticas, pues son padecimientos que pueden llegar a causar confusión por el tipo de lesiones que se presentan, dando diagnósticos erróneos, se optó por tratar de realizar un cuadro comparativo para identificar las diferencias de cada enfermedad.



JUNIO 2019

En este mes se me asignó nuevamente acompañar al médico familiar en consulta. Este consultorio tiene en un 60 por ciento pacientes mayores de 65 años de edad con enfermedades crónicodegenerativas. De este porcentaje el 40 por ciento cuenta con padecimientos aislados ya sea diabetes o hipertensión solamente, el resto con al menos dos de estas enfermedades. Hay que considerar que en este consultorio a diferencia de los previos, el control por medio de estudios de laboratorio y de imagen era mucho menor, inclusive muchos pacientes no estaban al tanto de su estado actual y evolución. Al menos 8 pacientes mencionaron tratamiento antibiótico de varios meses de evolución para trastornos alérgicos, al tratar de modificar dicho manejo, se mostraron renuentes y presentaron quejas al jefe clínico por negligencia. Suplementación vitamínica a base de complejo B sin fundamento también fue observada.

Pacientes de edad avanzada con diversos padecimientos y polifarmacia optaban por no asistir a la consulta, en su lugar familiares acudían sólo para surtir medicamentos; se insistió en que acudieran

al menos una vez para realizar un control completo con estudios de imagen y laboratorio, pero los familiares de los pacientes comentaron que no se encontraba dentro de sus posibilidades.

Durante este mes, pude observar durante la realización de electrocardiogramas programados alrededor de 8 pacientes que habían padecido trastornos isquémicos previos, al realizar un sondeo al menos 3 tuvieron terapia intervencionista a base de colocación de stents con abordaje radial; el resto de los interrogados mencionaron terapia antiagregante y anticoagulante.

En la reunión mensual se discutieron temas infecciosos pulmonares como neumonías, así como la valoración de Traumatismo Craneoencefálico, además de trastornos hipertensivos. Temas en los que indagó en el manejo en primer nivel y los momentos para referencia.



JULIO 2019

Nuevamente se me asignó la Unidad de Medicina Ambulatoria en quirófano. Se agendaron procedimientos de las especialidades ya mencionadas.

En el caso de cirugía general en total se realizaron hernioplastías inguinales en 64 pacientes, de estos, 5 fueron hernias inguinoescrotales unilaterales sin complicaciones durante el procedimiento,

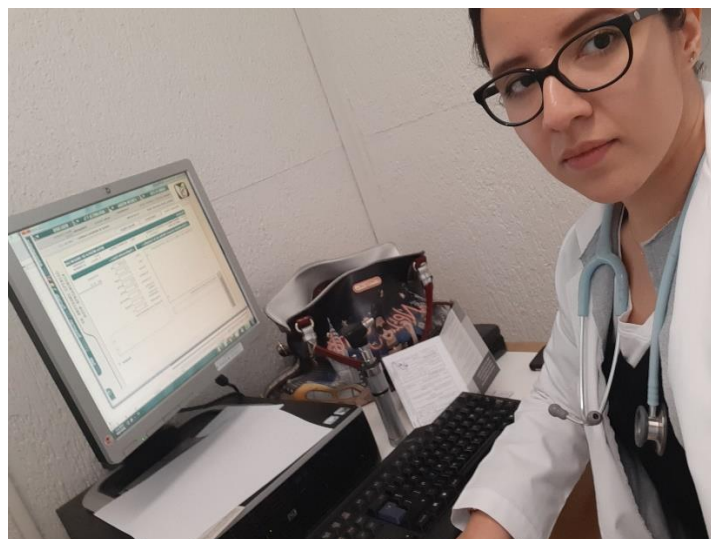
estos 5 pacientes se encontraban en la séptima década de la vida. Además se programaron 48 hernioplastias umbilicales, de estos 48 pacientes programados 2 resultaron hernias de pared y 2 hernias epigástricas por lo que el abordaje tuvo que ser distinto. La técnica utilizada para las hernioplastias inguinales fue sin tensión con colocación de malla, a diferencia de las hernioplastias umbilicales en las que sí se usa la técnica a tensión sin malla, en el caso de la hernia epigástrica debido al tamaño del defecto, el cirujano usó técnica a tensión así como colocación de malla.

Para el servicio de urología, se programaron retiro de catéteres doble J, varicocelectomía, drenaje de hidrocele, circuncisiones. El retiro de catéter doble J se realizó en 2 mujeres con diagnóstico de cáncer de vejiga, las varicocelectomías se efectuaron en 5 pacientes entre las segunda y tercera décadas de la vida. Observamos el drenaje de hidrocele en pacientes entre la quinta y sexta década de la vida. Todos estos procedimientos se realizaron sin complicaciones.

Para el servicio de oftalmología se programaron aproximadamente 60 resecciones de pterigionos. El 70 por ciento de los pacientes eran hombres entre la quinta y sexta décadas de la vida. También se retiraron orzuelos en mujeres en la tercera década de la vida.

En cuanto a Otorrinolaringología se realizaron septumplastias en 3 pacientes hombres jóvenes de entre 25 a 35 años. Además de amigdalectomías en 5 escolares los cuales contaban con infecciones de vías aéreas de repetición.

En la sesión mensual revisamos los temas de asma bronquial, síndrome metabólico, esquema de inmunizaciones así como diabetes. Durante esta sesión se discutió de la importancia del manejo no farmacológico de diabetes mellitus, pues la mayoría de los pacientes a pesar de tener apoyo nutricional, no siguen una dieta estricta, ni realizan actividad física. Se habló sobre distintas formas de promover una buena alimentación y actividad física, pero concluyendo que a pesar de la insistencia a los pacientes no alcanzan a vislumbrar las complicaciones que produce esta enfermedad. Los compañeros comentaron que han tratado de persuadir a los pacientes de distintas maneras como son pláticas informativas, folletos, por medio de la valoración con estudios de laboratorio siendo un esfuerzo infructuoso.



AGOSTO 2019

Durante este mes me encontraba en el servicio de atención Médica continua por 2 semanas, dentro de este periodo no se observó gran afluencia de pacientes, pues en este mes está agendado el periodo vacacional para las escuelas que corresponden a la educación elemental. Aunque es importante destacar que la mayoría de los pacientes tratados en la primera quincena del mes fue para padecimientos gastrointestinales, así como deshidratación moderada, la edad comprendida de estos pacientes en su mayoría abarcaba en la tercera década de la vida, alrededor del 15 por ciento se dedicaba a realizar trabajo de campo por lo que llegaban con un grado de deshidratación moderada. La mayoría de los pacientes comentaron ingesta de alimentos en la vía pública sobre todo de mariscos y pescados por lo que se optó por tratamiento antibiótico para estos pacientes.



SEPTIEMBRE 2019

Me asignaron nuevamente al consultorio 3 donde como ya he comentado la mayoría de su población son adultos con polifarmacia y diversas comorbilidades.

Durante este periodo además de la consulta habitual pudimos observar una situación muy particular. Una paciente acudió a consulta por dolor abdominal, al interrogatorio negaba síntomas acompañantes o algún antecedente que llamara la atención. Al realizar una exploración física completa el dato que llamó la atención sobre todo fue una masa palpable en abdomen que abarcaba desde hipocondrio izquierdo hasta hipogastrio en su eje mayor, movable y no dolorosa. La paciente refería no haberla notado previamente. Se inició el protocolo de estudio llegando al diagnóstico de leiomioma por lo que fue intervenida quirúrgicamente, cabe destacar que el cuadro sintomatológico

que refería la paciente no encajaba enteramente para sospechar inicialmente en miomas. Este caso ayudó a comprender la importancia de integrar un diagnóstico con las diferentes herramientas disponibles en la Institución.

Durante la realización de electrocardiogramas no se identificó una alteración isquémica aguda.

OCTUBRE 2019

Se me asignó el servicio de Atención Médica Continua. A diferencia de los meses previos, durante este periodo pudimos observar aumento en la incidencia de las enfermedades infecciosas predominantemente en las vías respiratorias superiores y en vías urinarias además de enfermedades exantemáticas.

En cuanto a las infecciones de vías aéreas observamos incidencia sobre todo en pacientes prescolares, escolares y adultos jóvenes. El 80 por ciento de dichas infecciones de origen viral, por lo que se optó por tratamiento sintomático, el resto de los pacientes tuvo infección con datos de afección bacteriana, en más del 50 por ciento de éstos se optó por manejo con penicilina benzatínica, el resto de los mismos por el hecho de presentar alergias a las penicilinas se inició manejo con macrólidos.

Como se comentó previamente las infecciones de vías urinarias se observaron predominantemente en este mes. El 70 por ciento de los casos fue en mujeres en edad fértil con estatus de trabajador, el antecedente más relevante fue el uso de ropa interior de materiales sintéticos así como la baja ingesta de agua, en la mayoría de los casos se inició tratamiento a base de nitrofurantoína tal y como lo marca la guía de práctica clínica con una tasa de mejoría bastante considerable. El resto de los casos registrados fue en hombres en la tercera década de la vida, sin antecedentes relevantes como enfermedades de transmisión sexual o anomalías de la vía urinaria, antecedentes que se consideran en estos casos ya que las infecciones de vías urinarias en hombres se consideran complicadas desde un inicio, en estos casos se optó por iniciar con antibióticos de tipo ciprofloxacino con tasas de mejoría altas.

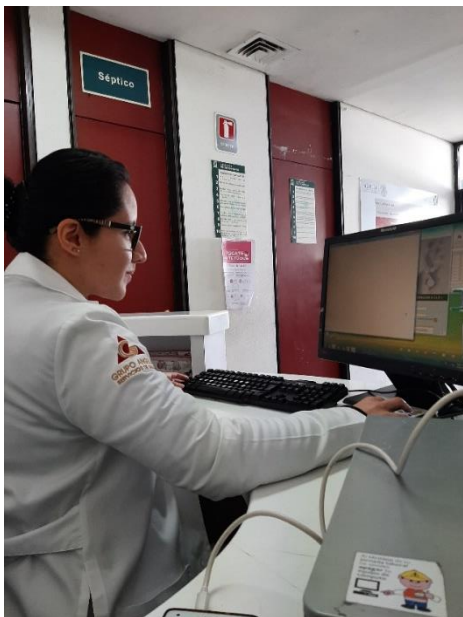
Para las enfermedades exantemáticas se registraron 5 casos de varicela y 1 de enfermedad de mano pie boca, en niños escolares y prescolares, dichos casos referidos al servicio de epidemiología, iniciando tratamiento antibiótico si ameritaba o sintomático en su caso se dio seguimiento en la consulta familiar; en todos estos casos hubo antecedente de exposición en guarderías y escuelas según el caso.

Durante este mes se incitó a la población en general a vacunarse contra el virus de la influenza, pues las infecciones de vías respiratorias fue de las principales causas de atención de primera vez tanto en atención médica continua como en la consulta familiar.

Durante este mes se tuvo 20 pacientes con datos de isquemia aguda miocárdica tanto clínica como electrocardiográficamente, de los 20 casos 18 fue en pacientes con antecedentes de isquemia miocárdica como infartos previos o angina inestable, además de otras comorbilidades como hipertensión arterial y diabetes mellitus. Los otros 2 casos se vieron en jóvenes de 25 años ambos

aparentemente sin factores de riesgo pues negaron consumo de sustancias nocivas como alcohol tabaco o cocaína, así como comorbilidades. Dichos casos se enviaron a segundo nivel.

Además tuvimos un caso de cetoacidosis con repercusión sistémica, junto con 1 caso de bradiarritmia sintomática no cardioversible casos que también fueron referidos a segundo nivel.



NOVIEMBRE 2019

Durante el mes de noviembre me encontraba en el servicio de urgencias así como en octubre; estuve 2 semanas ya que agendé mi segundo periodo vacacional. Al igual que el mes anterior, hubo gran incidencia de padecimientos infecciosos de las vías aéreas superiores, aunque cabe destacar que alrededor del 15 por ciento de estos pacientes tuvo tratamiento antibiótico. Durante la primera quincena de noviembre no se registró complicaciones de las vías aéreas tales como neumonía o cuadro clínico de sepsis.

Se incitó a los pacientes en general pero sobre todo a adultos mayores, embarazadas y pacientes con múltiples comorbilidades a recibir la vacuna contra la influenza, pues la incidencia de influenza estacional en la región es alta. Durante las pláticas de promoción para la vacunación se mostró renuencia así como aversión por parte de varios pacientes, pues hay duda en cuanto al proceso de inmunidad que confiere la vacunación, se trató de dar información lo más digerible y directa

posible; afortunadamente pudimos convencer a los pacientes para recibir la vacuna.



Es importante mencionar que es necesario incitar la realización de pláticas o actividades informativas pues durante la práctica que hemos tenido en estos meses ha habido dudas en cuanto a la vacunación entre otros temas.

Además de las actividades descritas, se sugirió la realización de mastografías pues la unidad móvil estaba en la UMAA. Aproximadamente aconsejamos a 10 mujeres sobre la realización de mastografía, muchas de ellas comentaron que no consideraban necesario el estudio, por lo que tenías varios años sin realizarlo. Por lo que pudimos observar gran número de pacientes no están al tanto de padecimientos degenerativos, neoplásicos, o de las complicaciones de padecimientos metabólicos.



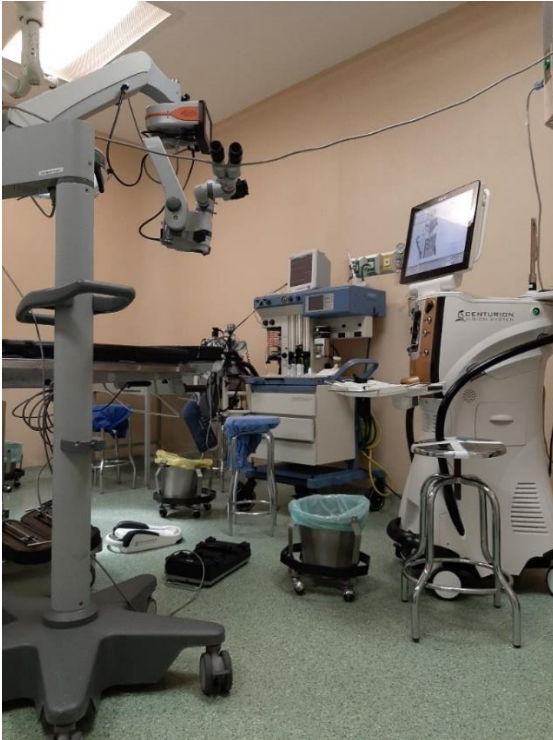
También es importante mencionar que durante la realización de los electrocardiogramas programados se derivaron a 3 pacientes durante el mes porque se identificó en el estudio de rutina procesos isquémicos como infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST.

DICIEMBRE 2019

Para diciembre nuevamente estaba apoyando en la unidad de medicina ambulatoria. En la primera quincena del mes se programaron facoemulsificaciones en 50 pacientes, el 70 por ciento de estos eran pacientes de la tercera edad con diabetes mellitus con catarata senil, el 30 por ciento fueron pacientes con cataratas traumáticas y metabólicas. Estos procedimientos no tuvieron complicaciones. Además durante estas dos primeras semanas se programaron retiro de material de osteosíntesis, retiro de quistes sinoviales y 1 artroscopia para el servicio de Traumatología y Ortopedia. Además el servicio de cirugía general realizaron 40 hernioplastías inguinales de estas, 2 pacientes presentaron hernias inguinoescrotales por lo que se intervino de la mano con urología. 25 pacientes tuvieron hernias umbilicales. En urología se observó 2 varicocelectomías, 7 circuncisiones, 1 denervación por orquialgia crónica. Para otorrinolaringología se realizaron 5 septumplastías 4 amigdalectomías. Los procedimientos no presentaron complicaciones en el postquirúrgico inmediato.

Durante nuestra reunión mensual discutimos nuevamente la importancia de la lactancia materna, además de los sucedáneos lácteos, haciendo énfasis en la promoción de la lactancia materna en la clínica.





3.2 PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE PRÓSTATA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 231 METEPEC, ESTADO DE MEXICO

3.2.1 INTRODUCCIÓN

Dada su frecuencia en las poblaciones, el cáncer de próstata es una patología de importancia en la salud pública a nivel nacional e internacional.

Es la neoplasia con mayor frecuencia en hombres alrededor del mundo y representa la segunda causa de muerte por cáncer en esta población.

Se tienen clásicamente reconocidos diversos factores como son la raza, edad, factores genéticos. Otros factores como la alimentación, consumo de sustancias nocivas, sobrepeso u obesidad han sido propuesto pero sin obtener resultados definitivos.

3.2.2 ANTECEDENTES

Desde hace varias décadas los tumores malignos se han posicionado en los primeros lugares como causa de mortalidad a nivel mundial. En México desde 1960 el cáncer se ubicó entre las diez

principales causas de muerte. En 2014 representó en 12.2% de las defunciones debajo de las enfermedades cardíacas 19.2% y diabetes mellitus 14.8%.¹

El cáncer es una afección clínica de carácter maligno cuyas características son la alteración morfológica y funcional, seguida de la proliferación descontrolada de un tejido que invaden, desplazan y destruyen localmente y a distancia a otros tejidos del organismo.²

Es la principal causa de mortalidad a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud, se estima que en el periodo comprendido de 2005 a 2015 murieron 84 millones de personas a causa de esta enfermedad.²

Las transiciones y estilos de vida llevarán al incremento de la mortalidad por neoplasias en los próximos años.³

Tumores como son próstata, tráquea, bronquios y pulmón son los que más afectan al género masculino representando 36.1% de los fallecimientos. (1). Siendo el cáncer de próstata el segundo más común a nivel mundial con 1.2 millones de casos y 358 000 muertes anualmente según la Organización Mundial de la Salud.³

En México el cáncer se ha mantenido en segundo o tercer puesto como una de las principales causas de muerte, para el 2013 representaba una tasa de mortalidad de 66.37 por cada 100,000 habitantes.¹

Desde el 2005 la principal causa de cáncer en los hombres ha sido el prostático, proyectándose una tasa de prevalencia para el 2020 de 6.5 por cada 100,000 habitantes, siendo la segunda causa de muerte por tumores malignos.^{1,2} Es la neoplasia maligna más frecuente en el medio en hombres mayores de 40 años..³

En México como en diversas regiones de Centroamérica el cáncer de próstata representa el 49 por ciento de las defunciones en hombres mayores de 60 años.¹

La acelerada transición demográfica, así como la transición epidemiológica y nutricional que vive el país hacen susceptible a la población de presentar diversos factores de riesgo para cáncer como son el envejecimiento, fumar, consumir alcohol, dieta no balanceada ni equilibrada. Aunque para el cáncer de próstata al parecer el factor hereditario así como la edad son los más importantes; el riesgo aumenta con familiares de primera y segunda línea de 5 a 11 veces.^{1,3}

En el año 2018 el Estado de México ocupó el primer lugar de casos diagnosticados de cáncer en el país, entre los primeros lugares se reportó leucemia, cáncer de mama y cáncer de próstata, asociados a factores de riesgo como la inactividad física, sobrepeso, obesidad, papiloma humano o consumo de sustancias nocivas.³

El 65% de los cánceres atendidos llegan a tratamiento médico en estadios avanzados destinando así el 70% del presupuesto de salud a padecimientos que se reducen a la dependencia de terceros.^{3,4}

Durante el 2018 el Instituto de Salud del Estado de México realizó un total de 90 263 cuestionarios de diagnóstico, 56 mil pruebas de antígeno prostático y 11 656 exámenes rectales digitales a hombres a partir de los 45 años sin antecedentes de cáncer familiar, y a partir de los 40 años en aquellos que sí contaban con antecedentes.⁴

De las pruebas realizadas, 226 fueron positivas y 148 iniciaron tratamiento gratuito.⁴

Aunque la etiología del cáncer de próstata aún no está definida, existen factores de riesgo conocidos que pueden derivar en esta patología, los cuales son: edad, etnia, factores genéticos y dieta. El 99% de los casos de cáncer de próstata es la forma de adenocarcinoma. A continuación se describen los factores de riesgo mencionados.^{5,6,7,8}

Edad: a diferencia de otros tipos de cáncer, el prostático tiene una fuerte relación entre la edad y la malignidad. Raramente ocurre antes de los 40 años, pero la incidencia crece considerablemente posteriormente con un pico a los 65 y 74 años.^{6,7,8}

Etnia: El cáncer de próstata es más común en hombres afrodescendientes e hispanos, encontrándose relación con la carga genética y el tipo de hábitos higiénicos y dietéticos.^{6,7,8}

Factores Genéticos: Últimos estudios han arrojado como factor de riesgo mutaciones en las vías de reparo del ADN específicamente mutaciones en las vías BRCA2 y ATM.^{6,7,8}

Dieta: Últimamente se ha relacionado cierto tipo de alimentos con el riesgo de padecer cáncer de próstata.^{6,7,8}

Grasa animal: Una dieta abundante en grasas animales puede ser un factor importante, particularmente grandes cantidades de ácido alfa linolénico y bajo grado de ácido linolénico, este tipo de combinación puede observarse en las carnes rojas.^{7,8}

Vegetales: La baja ingesta de vegetales puede ser otro factor de riesgo. En un estudio de casos y controles informó aumento de riesgo en hombres que consumían menos de 14 porciones de vegetales semanalmente comparado con aquellos que consumían 28 o más porciones semanalmente.^{7,8}

Alcohol: Aunque el alcohol es un factor de riesgo para diversas patologías. Estudios enfocados en el cáncer de próstata han dado diversos resultados, en 2001 no se definió una relación consistente. Aunque en otro ensayo de prevención de cáncer prostático refiere que un consumo de más de 50 gramos de alcohol al día aumentó el riesgo de padecer cáncer de próstata en 2%.^{7,8}

Tabaquismo: Se ha observado que el tabaquismo no sólo aumenta el riesgo de padecer cáncer de próstata sino también repercute en el pronóstico una vez establecido el diagnóstico; el riesgo de este padecimiento aumenta el riesgo en 2%.^{7,8}

Obesidad: Al igual que el tabaquismo, la obesidad incide en este padecimiento no sólo como factor de riesgo, también en la gravedad de la enfermedad una vez establecido el diagnóstico. Estudios refieren aumento en la recurrencia así como en la mortalidad proporcional al grado de obesidad.^{7,8}

Otros factores: Infecciones e inflamación crónica se han postulado como factores que podrían contribuir en la enfermedad, aumentando el riesgo en 1.2 por ciento. Exposición a distintos herbicidas e insecticidas como el agente naranja o clordecona también ha sido postulado así como ingesta de antiinflamatorios no esteroideos como ácido acetil salicílico, estatinas y la frecuencia de la frecuencia eyaculatoria, aunque sin resultados concluyentes.^{7,8}

3.2.3 JUSTIFICACIÓN

Dado que es la principal causa de mortalidad en hombres mayores de 45 años y que además se diagnostica en estadios avanzados, es importante reconocer cuáles son los factores de riesgo más comunes en la población de estudio y así incitar una valoración más temprana y completa en pacientes potenciales.

3.2.4 OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer los factores de riesgo para cáncer de próstata en pacientes diagnosticados con esta enfermedad.

Objetivos específicos:

Describir los factores de riesgo para padecer cáncer de próstata en pacientes diagnosticados con esta enfermedad.

Determinar cuáles factores de riesgo son los más comunes

Comparar los resultados con la bibliografía para determinar si concuerdan en frecuencia.

3.2.5 DISEÑO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo en el cual se revisará la base de datos de la Unidad de Medicina Familiar 231 en el Archivo Clínico Médico tomando en cuenta solamente los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata vivos, buscando los siguientes factores de riesgo:

- Antecedente en familiares de primera línea de cáncer
- Edad
- Sobrepeso y obesidad
- Consumo de Alcohol, Tabaco
- Dieta

Posteriormente se describirán los factores más frecuentes presentes en esta población comparando los resultados con la bibliografía para determinar si dichos factores corresponden en frecuencia.

PALABRAS CLAVES

Cáncer de próstata, factores de riesgo, tabaquismo, alcoholismo, antecedente familiar, sobrepeso, obesidad.

3.2.6 BIBLIOGRAFÍA

1. Reynoso-Noverón, N., Torres-Domínguez, J.. Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Mexicana de Medicina Conductual* 2017; 8 (1): 9-15.

2. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata en un Segundo y tercer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 2010
3. Cáncer de próstata primera causa de muerte en hombres de edad avanzada. 02 de marzo de 2019 *Secretaría de Salud*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/073-cancer-de-prostata-primer-causa-de-muerte-en-hombres-de-edad-avanzada> (último acceso en 3 de diciembre 2019).
4. Cáncer de Próstata. *Instituto de Salud del Estado de México*. 2018. http://salud.edomex.gob.mx/isem/tp_cancerprostata (Último acceso en 3 de diciembre 2019).
5. Merayo-Chalico, C. Sánchez, et al. Prevalencia del cáncer de próstata incidental en el Hospital Dr. Manuel Gea González; 20 años de revisión. *Rev Mex Urol* 2014; 69 (4): 147-152.
6. García-Perdomo, H., Zapata-Copete, J. Sánchez,A. Una mirada global y actualizada del cáncer de próstata. *Rev Fac Med* 2018.66 (3): 429-437.
7. Sartor, A. *Risk factors for prostate cancer*. Up to Date. https://bidi.uam.mx:3197/contents/risk-factors-for-prostate-cancer?search=prostate%20cancer%20risk%20factors&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 (Último acceso en 3 de diciembre 2019).
8. Hoffman, R. Screening for prostate cancer. *N Engl J Med* 2015; 365: 2013-9.

CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE EL SERVICIO SOCIAL

4.1 CONCLUSIONES EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN COMO PERSONA

Es sabido muy bien que el año de servicio social es crítico para la formación del estudiante de medicina. Ser honestos y decir que es atemorizante no es algo desproporcionado. Durante todos los años de formación el estudiante se encuentra bajo la tutela ya sea de profesores, residentes y adscritos, por lo que no se vive enteramente la toma de decisiones sobre el padecimiento de un paciente.

Sonará trillado, pero durante este año se observó el cambio de estudiante a un profesional de la salud. Personalmente ese cambio lo puedo describir con diversas características. La principal en mi caso es que aprendí a visualizar la labor del médico de forma más completa; a lo que me refiero concretamente es al hecho de no sólo indicar un tratamiento como he aprendido, sino hacer constatar estas decisiones sobre mí, sobre el paciente y el resto del personal que está apoyándonos diariamente.

Llegar a un lugar que no se conoce enteramente hace que se tenga temor, nerviosismo y sobre todo salta esa pregunta a la mente, que creo que en algún momento alcanza a todo pasante de servicio social: ¿estoy haciendo lo correcto? Pregunta muy interesante pues engloba varios ámbitos del estudiante, se preguntará si está en lo correcto con su decisión de profesión, sede, compañeros, amistades y sacrificios. Analizando un poco esta pregunta, en realidad no es tan difícil de contestar.

Ciertamente la elección de plazas y las condiciones venideras son basadas en el promedio obtenido en la carrera, por lo que se atiene a las consecuencias. En mi particular punto de vista, independientemente de la zona geográfica en la que se encuentre el estudiante, aprenderá a sobrellevar adversidades. Un nuevo lugar de residencia, nuevas personas, nuevos compañeros de trabajo nos obliga a tener un panorama mucho más amplio no sólo de la carrera de Medicina sino también de la vida en general. Nos obliga a tomar decisiones prudentes, bien pensadas sobre nuestro futuro como médicos.

Debo admitir que la región de Metepec es un lugar muy cómodo para la vida diaria, no quiere decir que no haya habido algunas situaciones desconcertantes para alguno de nosotros. Metepec afortunadamente presentó condiciones para vivir bien, no tuvimos que soportar condiciones climáticas tan extremosas o molestas como otras regiones del país; pero además pudimos vislumbrar todo tipo de pacientes, toda clase de personas, una gran mayoría de padecimientos que nos ayudó enormemente para consolidar conocimientos y aptitudes que llevamos germinando durante estos años de formación.

Finalmente me gustaría comentar que el desarrollo personal fue para mejor, concuerdo con otros profesionales de que es un año importante en donde ya tienes esa condición de médico, tan ansiada durante 5 años. Es un año que hizo que me volviera objetiva, estricta, realista y anhelante con lo que viene en un futuro como médico y como persona.

4.2 CONCLUSIONES EN RELACIÓN A LA FORMACIÓN COMO PROFESIONAL

Desde el primer día en que se entra a la universidad en la carrera profesional que sea, la forma de pensar cambia radicalmente, pues todos los ideales se destinan ahora al trabajo de realización como profesional. Obviamente no puedo hablar en nombre de las demás carreras ni mucho menos de mis demás compañeros de medicina.

Para mí un médico en un inicio significaba un individuo comprometido con terceras personas, ha pasado ya muchos años y una gran cantidad de acontecimientos y puedo decir que sigo creyéndolo. Durante este tiempo, fui agregando a esta definición otras características que trataré de explicar a continuación.

Creo que la carrera de medicina es una de las más nobles por las que puede optar una persona, no quiero demeritar a las demás, pero una condición que debe desarrollar un médico desde el primer momento en que pisa la facultad es la empatía, a partir de ahí podemos agregar lo que queramos. Ser empático y sobretodo en esta carrera es imperioso, no permite no sólo tener la perspectiva de la ciencia, sino también la humana. En una sociedad que ha perdido valores, el médico además de pregonar información médica también debe mostrar apoyo al paciente que muchas veces se encuentra en el momento más crucial y sensible de su vida.

Además de los valores y ética profesional que debe portar el médico otra cuestión importante que aprendí durante este año de servicio, fue la capacidad de tomar decisiones prudentes, precisas, objetivas sobre una patología y su tratamiento correspondiente. Las condiciones laborales a los que somos sometidos nos obligan a tomar medidas más efectivas, nos permite consolidar años de estudio y práctica para el mayor beneficio del paciente, pero sobre todo nos permite equivocarnos antes del gran paso, el convertirse en médico propiamente, quizá se podrá ver algo orgulloso, pero nos hace sentir médicos.

Este año hizo que mi perspectiva inicial de la característica inherente del médico se reforzara pero además me permitió convertirme en un médico que de alguna manera siempre quise ser, alguien dedicado, comprometido, empático, y ambicioso.

Aprendí cuestiones que debo hacer, como ser objetivo, prudente, serio, rápido en toma de decisiones, humilde cuando necesito ayuda, estudiar y actualizarme constantemente, además aprendí lo que no debo hacer, no necesito explicar más pues es todo lo contrario de lo que acabo de redactar.

Debo resaltar que la Universidad Autónoma Metropolitana me ayudó a tener los cimientos de todas estas cualidades, ya que desde los primeros trimestres empezamos a vivir la vida intrahospitalaria, por lo que desde temprano aprendimos las formas de la vida intrahospitalaria así como del primer nivel de atención. Así que es importante decir que enfrentarse a estas circunstancias con bases bien establecidas hace la tarea mucho más sencilla; aprendemos a ver las cosas con seriedad, pero más que nada con gusto, ya que nos encontramos en la carrera soñada.

En conclusión, los años de estudio en la universidad y el tiempo de práctica en el internado nos agrega aspectos que nos ayudan a sobrellevar el servicio social, pero el año de servicio social nos catapultó a la vida real, con personas afectadas tanto orgánicamente como socialmente, y es cuando podemos ver que estamos preparados.

4.3 CONCLUSIONES EN RELACIÓN A LA APORTACIÓN A LA COMUNIDAD

Me gustaría decir que provoqué un gran impacto a la comunidad y que por ello, un gran número de personas van a cambiar su estilo de vida nocivo, lamentablemente no es así. En primer lugar la Unidad de Medicina Familiar 231 se encarga de un pequeño sector del vasto Estado de México, así que, aunque hubiera realizado un esfuerzo hercúleo no iba a ser de gran magnitud, pero hay ciertos casos que me gustaría discutir respecto a la población atendida.

Como se ha revisado en capítulos anteriores de este trabajo, una de las principales causas de consulta además de accidentes laborales, enfermedades infectocontagiosas, fueron las enfermedades crónicodegenerativas, resaltando entre éstas la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus no insulino dependiente. Gran parte de la población de adultos padecen de estas enfermedades, y durante el año pudimos diagnosticar por primera vez éstos padecimientos. Son mínimos los casos, pero es importante destacar que el esfuerzo de mi parte y demás compañeros sobre la dupla de tratamiento farmacológico y los cambios en el estilo de vida fue pregonado todos los días; se hicieron recomendaciones sobre la actividad física, alimentación, además de la toma puntual y adecuada de medicamentos, etcétera que vale la pena destacar que hubo cambios considerables y favorables sobre algunos pacientes. Debo admitir que me llené de orgullo.

Infortunadamente también observamos malos manejos farmacológicos por parte de médicos de base. Por otro lado fue agradable el poder modificar tratamientos para mayor beneficios de los pacientes, y que éstos agradecieran la empatía que como he dicho es una característica imperiosa del médico.

Otra cuestión que me gustaría destacar fue en los días en los que se llevó a cabo la primera semana de vacunación, como ya he mencionado, en esos días se me dio la tarea de administrar la vacuna Sabin de poliomielitis. Durante el día no observé gran problema, salvo el hecho de estar caminando varias horas. Solamente en una ocasión, una mujer se negó a la aplicación de la vacuna, argumentando que producían autismo e intoxicaciones, nos dimos a la tarea de explicar y aclarar dudas que pudieran surgir, por lo que finalmente aceptó. Así que no solo salimos a dar vacunas hasta que se acabara el material, sino que pudimos informar a las personas y así esperando que este tipo de información se extendiera a demás vecinos y amigos.

Por último, además de las pequeñas victorias por así decirlo, mínimas pero considerables, vimos todo lo contrario. A pesar de los múltiples esfuerzos de enseñanza y recomendaciones, gran número de derechohabientes ignoraron todo lo propuesto, por lo que, en efecto vimos descontrolados hipertensivos, diabetes mellitus mal manejadas, consumo de antibiótico sin criterio alguno, exigencias de atención médica de urgencias cuando no era una situación que pusiera en peligro la vida, insultos, quejas, etcétera.

Si es verdad que deja un mal sabor de boca, pero eso no impidió que cada uno de nosotros no tratara de cumplir con sus obligaciones con el mayor criterio. Por lo que puedo decir mi nombre y el de los demás, hicimos un buen trabajo en la unidad.

4.4 CONCLUSIONES EN RELACIÓN A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

La Universidad Autónoma Metropolitana es una institución que permite el abordaje modular, cuestión que no era de mi total conocimiento, en un inicio se nos integra con áreas distintas a las de la salud, como diseño, y con otras carreras propias de la salud como estomatología, enfermería etcétera. Durante este periodo se discuten los principales problemas de México y el papel de la Universidad dentro del país. Una de los principales problemas que discutimos fue la condición socioeconómica que afecta a la mayoría de la población.

Como Universidad, trata de alcanzar las regiones más conflictivas de la Ciudad de México, razón de la localización de cada una de sus unidades. Por lo que uno de los objetivos de ésta institución es aplicar toda herramienta en beneficio de nuestra comunidad.

A consideración mía ésta fue la principal virtud que nos otorgó la universidad desde el principio.

El sistema modular nos permitió abordar las distintas etapas del ser humano con un enfoque dirigido a resolver los principales problemas como sociedad, uno de los ejemplos que más resuena en mí es la mortalidad materno-fetal.

Estas herramientas permitieron que estudiantes como yo no sólo integráramos conocimientos teóricos y prácticos sino que ayudó en la toma de decisiones objetivas con el fin de optimizar recursos, beneficios, y personal para el beneficio del paciente.

Cuestiones que encajan perfectamente en la forma de trabajar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Creo además que la universidad nos ayudó a encajar en la forma de trabajo intrahospitalaria pues nos envolvió en el ambiente desde etapas muy tempranas de la carrera. A diferencia de otras universidades, creo que el estudiante de esta unidad tiene la ventaja de que es proactivo, humilde ante el conocimiento y gustoso de la práctica, características que son bien recibidas en todo lugar de trabajo.

Haber elegido esta institución educativa nos otorgó un gran número de cualidades, gracias a su personal docente, al sistema modular, al ambiente universitario y a la temprana anexión a las instalaciones clínicas. Pudimos tener un panorama amplio desde un inicio de la carrera y de las propiedades del personal de salud; nos obligó a ser objetivos, por lo que el camino de cada uno de nosotros estuvo guiado hasta los últimos días del servicio social, con la finalidad de explotar todas nuestras virtudes sin olvidar la meta a alcanzar.

Esta institución está pensada no sólo en producir profesionales competentes, sino que está comprometida a atribuir a la sociedad mediante estudiantes orgullosos de ser mexicanos. Es una labor difícil educar y tratar a distintas personas de diferentes edades y poder adquisitivo, sobretodo en una carrera como lo es medicina, pero gracias a la Universidad Autónoma Metropolitana estoy ansiosa de seguir trabajando pues tengo excelentes herramientas para continuar.

ANEXOS

CONSTANCIAS

 **GOBIERNO DE MÉXICO** | 

EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
DIVISIÓN DE INNOVACIÓN EDUCATIVA

Se otorga la presente

Constancia

A: Maria Fernanda Garcia Vega

Por haber finalizado satisfactoriamente el curso:

Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Primer Nivel de Atención

Modalidad: En línea Duración: 20 horas

Del 10 de junio de 2019 al 31 de diciembre de 2019
Ciudad de México, 31 de diciembre de 2019


Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco
Titular de la Coordinación de Educación en Salud


Dra. Ana Laura Cajigas Magaña
Titular de la División de Innovación Educativa



 **GOBIERNO DE MÉXICO** | 

EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
DIVISIÓN DE INNOVACIÓN EDUCATIVA

Se otorga la presente

Constancia

A: Maria Fernanda Garcia Vega

Por haber finalizado satisfactoriamente el curso:

Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus

Modalidad: En línea Duración: 20 horas

Del 10 de junio de 2019 al 31 de diciembre de 2019
Ciudad de México, 31 de diciembre de 2019


Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco
Titular de la Coordinación de Educación en Salud


Dra. Ana Laura Cajigas Magaña
Titular de la División de Innovación Educativa





GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
DIVISIÓN DE INNOVACIÓN EDUCATIVA

Se otorga la presente

Constancia

A: Maria Fernanda Garcia Vega

Por haber finalizado satisfactoriamente el curso:

Hipertensión Arterial Sistémica y Crisis Hipertensiva

Modalidad: En línea

Duración: 20 horas

Del 10 de junio de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Ciudad de México, 31 de diciembre de 2019

Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco
Titular de la Coordinación de Educación en Salud

Dra. Ana Laura Cajigas Magaña
Titular de la División de Innovación Educativa



GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
DIVISIÓN DE INNOVACIÓN EDUCATIVA

Se otorga la presente

Constancia

A: Maria Fernanda Garcia Vega

Por haber finalizado satisfactoriamente el curso:

Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad en Adultos

Modalidad: En línea

Duración: 20 horas

Del 10 de junio de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Ciudad de México, 31 de diciembre de 2019

Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco
Titular de la Coordinación de Educación en Salud

Dra. Ana Laura Cajigas Magaña
Titular de la División de Innovación Educativa





GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
DIVISIÓN DE INNOVACIÓN EDUCATIVA

Se otorga la presente

Constancia

A: Maria Fernanda Garcia Vega

Por haber finalizado satisfactoriamente el curso:

Atención integral a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio

Modalidad: En línea

Duración: 20 horas

Del 10 de junio de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Ciudad de México, 31 de diciembre de 2019

Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco
Titular de la Coordinación de Educación en Salud

Dra. Ana Laura Cajigas Magaña
Titular de la División de Innovación Educativa



GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
DIVISIÓN DE INNOVACIÓN EDUCATIVA

Se otorga la presente

Constancia

A: Maria Fernanda Garcia Vega

Por haber finalizado satisfactoriamente el curso:

Cáncer de Próstata

Modalidad: En línea

Duración: 20 horas

Del 10 de junio de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Ciudad de México, 31 de diciembre de 2019

Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco
Titular de la Coordinación de Educación en Salud

Dra. Ana Laura Cajigas Magaña
Titular de la División de Innovación Educativa

