



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 247 ZICTEPEC**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO:

**“FACTORES ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA EN
LA POBLACION TURNO MATUTINO ADSCRITA A LA UMF 247 ZICTEPEC
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

Asesor Interno:

Dra. Ofelia Gómez Landeros

Asesor Externo:

Dra. María Elisa López Delgado

MEDICO PASANTE DE SERVICIO SOCIAL.

GÓMEZ REYES LETICIA YANELY

MATRÍCULA: 209232062

AGOSTO 2014- JULIO 2015

INDICE

CAPÍTULO 1: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.....	3
RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
OBJETIVOS.....	19
DISEÑO 21	
TIPO DE ESTUDIO.....	21
GRUPOS DE ESTUDIO.....	21
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	22
RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN.....	40
CONCLUSIONES.....	41
ANEXOS.....	42
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	42
CAPÍTULO 2: DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DE SERVICIO SOCIAL.....	43
INTRODUCCIÓN.....	44
HABITANTES POR MUNICIPIO.....	46
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE TLALNEPANTLA.....	53
OROGRAFÍA.....	54
HIDROGRAFÍA.....	55
FLORA.....	57
FAUNA.....	57
GRUPO ÉTNICO Y DIALECTO.....	59
CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES.....	60
VÍAS DE COMUNICACIÓN.....	63
CAPÍTULO 3: DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS.....	65
LOCALIZACIÓN.....	66

ANTECEDENTES	66
MISION	67
VISION	67
RECURSOS FÍSICOS:	67
CROQUIS DE LA UNIDAD.....	69
ORGANIGRAMA.	71
RECURSOS HUMANOS.	72
INFRAESTRUCTURA.....	74
POBLACIÓN USUARIA	75
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR CONSULTORIO.....	77
INDICADORES BÁSICOS DE SALUD.....	89
QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD DESAGREGADAS UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.....	90
CAPÍTULO 4: ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL	100
INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE LA UNIDAD RECEPTORA.....	101
ACERCA DE LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL.....	102
ASPECTOS POSITIVOS.....	102
PROBLEMÁTICA DETECTADA	103
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS.....	104
ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS	116
PROGRAMAS SESIONES GENERALES AGOSTO 2014- JULIO 2015	117
ANEXOS. MATERIAL INFORMATIVO PROPORCIONADO A LA POBLACIÓN.....	119
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL ...	127
EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN COMO PERSONA:	128
EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN PROFESIONAL.....	129
EN RELACIÓN A SU APORTACIÓN A LA COMUNIDAD	130
EN RELACIÓN CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA	131
BIBLIOGRAFÍA.....	132

CAPÍTULO 1:

PROTOCOLO DE

INVESTIGACIÓN

RESUMEN

La Hipertensión Arterial Refractaria o Resistente se refiere a la forma clínica en la que el paciente presenta cifras elevadas de presión arterial mayor a 140/90 mmHg o cifras mayores a 130/80 en situaciones como la Diabetes Mellitus o Enfermedad Renal Crónica, a pesar de un correcto plan terapéutico con dosis adecuadas de 3 fármacos antihipertensivos, uno de ellos, diurético; así como pacientes en control con más de 4 antihipertensivos.

Objetivo: Identificar los factores asociados a la Hipertensión arterial refractaria, en la población adscrita en la UMF 243 Zictepec en el turno matutino en el año 2014.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, trasversal y observacional en 167 pacientes con hipertensión arterial refractaria que corresponde al 2.8% del total de 5989 pacientes hipertensos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar del IMSS en el año 2014.

Resultados. En los factores asociados se observó la siguiente distribución: en primer lugar se encontró una relación en pacientes mayores de 60 años en un 70.48%, sexo femenino 67.06%, Obesidad 54.21 %, Diabetes Mellitus 47.59%, uso de Antinflamatorios no esteroideos 27.10%, comorbilidades como insuficiencia renal 10.84%, ansiedad 8.43% y por ultimo apnea del sueño 3.03 %. Conociendo los factores involucrados en la población, se tomaron las medidas adecuadas para mejorar el control terapéutico principalmente en el uso correcto de dosis, indicaciones e interacciones de los medicamentos tanto hipertensivos como los usados en las comorbilidades.

Palabras clave: Hipertensión Arterial Refractaria, Unidad Medicina Familiar 79, Obesidad, Diabetes Mellitus, Apnea del sueño, ansiedad, Antinflamatorios no esteroideos.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial refractaria de acuerdo con la American Heart Association (AHA) son cifras tensionales mayores de 140/90 mm Hg usando 3 medicamentos antihipertensivos, uno de ellos diurético; o 4 medicamentos sin importar su grupo. Para distinguir una hipertensión refractaria a una pseudohipertension es importante valorar distintos aspectos como: el cumplimiento terapéutico y el síndrome de bata blanca. Por lo cual se vuelve un problema clínico frecuente no sólo en unidades especializadas, sino también en el ámbito de la asistencia primaria. Es difícil conocer la prevalencia exacta de esta entidad, ya que varía desde un 2.9% hasta un 30% en los grandes ensayos clínicos.

Entre los factores asociados a hipertensión arterial refractaria se encuentran edad avanzada, obesidad, diabetes Mellitus, resistencia a la insulina e insuficiencia renal crónica, los afrodescendientes, alto consumo de alcohol y el género.

El tratamiento consiste en modificar el estilo de vida, disminución de peso, restricción de ingesta de sal y alcohol, ejercicio aeróbico además de adoptar terapias farmacológicamente razonables: bloqueador del sistema renina angiotensina (IECA o ARA II) más calcioantagonista y diurético; o beta bloqueador más calcio antagonista y diurético.

MARCO TEÓRICO

Clásicamente se ha definido la Hipertensión Arterial Refractaria o resistente (HTR) como aquella situación clínica en la que el paciente sigue presentando cifras elevadas de presión arterial mayor a 140/90 mm Hg o cifras (>130/80 mmHg) en determinadas situaciones como la diabetes mellitus o la enfermedad renal crónica, a pesar de un correcto cumplimiento de un plan terapéutico que incluya necesariamente cambios adecuados en el estilo de vida y un tratamiento con dosis adecuadas de tres fármacos antihipertensivos con distintos mecanismos de acción, uno de los cuales debe ser un diurético¹. A partir de 2008, la Asociación Americana del Corazón (AHA)² ha incluido otro elemento que define también refractariedad, a aquellos pacientes con presión arterial controlada en consultorio, pero gracias a la utilización de 4 drogas antihipertensivas o más.^{3,9}

PREVALENCIA

La prevalencia de hipertensión resistente es incierta. Se piensa que está alrededor del 10-15%, pero se ha observado un 20-30% en los grandes ensayos clínicos, en los cuales el objetivo de presión arterial diastólica <90 mmHg se alcanza en el 90% de los pacientes, pero la meta de presión arterial sistólica <140 mmHg apenas se consigue en el 60% de los casos.³

En España, las prevalencias de HTA refractaria en algunos estudios no diseñados específicamente para evaluarla fueron las siguientes: en ALLHAT 27%, en CONVINCE 18%, en VALUE, al menos 15%. Datos más recientes procedentes muestran sobre un total de 68.045 pacientes hipertensos, 12,2% de HTA refractaria. Dada la alta prevalencia de la HTA en la población general y las cifras mencionadas, esta se transforma en un problema médico frecuente.⁴

La prevalencia de HTA refractaria varía según los estudios debido a las limitaciones mencionadas inherentes a la definición utilizada y a la selección previa de pacientes según se trate o no de una unidad especializada y de los criterios de derivación utilizados. En un amplio estudio de cohorte, Alderman encontraron que sólo el 2,9 % de los sujetos fueron resistentes al tratamiento, mientras que la prevalencia en centros terciarios oscila entre el 5 % y el 30 %⁵

Dada la alta prevalencia de HTA en la población general, el fracaso en la obtención de cifras óptimas de presión arterial supone que un porcentaje importante de hipertensos no consigue reducir su elevado riesgo cardiovascular ⁴. El tratamiento antihipertensivo se debe ajustar ya que se ha asociado una disminución de la incidencia de ictus, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca en un 35 %-40 %, 20 %-25 % y 50 %, respectivamente⁶.

El control inadecuado de la presión arterial es, en la mayoría de los casos, multifactorial. Suele producirse por causas como el empleo de dosis insuficientes o combinaciones inadecuadas de fármacos hipotensores, incumplimiento del tratamiento (farmacológico o dietético) por parte del paciente ⁵, causas secundarias de hipertensión no diagnosticadas, consumo de sustancias exógenas capaces de elevar la presión arterial, interacciones medicamentosas, hipertensión de bata blanca y, finalmente, HTA realmente refractaria al tratamiento.⁷

Factores de riesgo.

Entre los factores predisponentes en el perfil de un paciente con hipertensión arterial refractaria que pueden conducir a dificultades en su control se observan: la obesidad, la hipertrofia ventricular izquierda, raza afroamericana, sexo, alcoholismo, tabaquismo, edad avanzada (Mayor a 60 años), la diabetes o enfermedad renal crónica. Además dentro de ello hay un número de factores potencialmente reversibles que contribuyen a hipertensión resistente, principalmente: el tratamiento subóptimo, estilo de vida y la dieta, la combinación

de fármacos o recetas a base de hierbas que aumentan las cifras de presión arterial, y también la presencia de hipertensión secundaria.⁸

ETIOLOGIA.

a) Causas primarias

Las causas de hipertensión refractaria son múltiples (tabla 1), se debe descartar el incumplimiento terapéutico, revisar el régimen terapéutico y las posibles interacciones medicamentosas, situaciones de sobrecarga de volumen, pseudohipertension, síndrome de la bata blanca o hipertensión aislada.⁹

Causas de hipertensión refractaria
Pseudoresistencia Pseudohipertension ⁸ Efecto de bata blanca Defectos en la medida de la presión arterial
Relacionadas con fármacos Dosis demasiado baja Asociaciones no sinérgicas. Acciones o interacciones farmacológicas.
Sobrecarga de volumen Exceso de ingesta de sal Insuficiencia renal progresiva Tratamiento diurético inadecuado.
Condiciones asociadas. Obesidad. Síndrome de apnea obstructiva del sueño. Ansiedad, crisis de angustia. Dolor crónico.
Hipertensión secundaria no sospechada.

Entre los fármacos que pueden interferir con el control de la hipertensión se encuentran:

- AINES, tienen la característica de amortiguar el efecto de los antihipertensivos ^{10,11}
- Agentes simpaticomiméticos (descongestionantes nasales, cocaína)
- Estimulantes (anfetaminas)
- Alcohol
- Anticonceptivos orales
- Ciclosporina

a) Causas secundarias

Las dos principales son síndrome de apnea de sueño e hiperaldosteronismo primario.¹²

Causas secundarias de hipertensión arterial descontrolada.	
Frecuentes	Poco frecuentes.
Síndrome de apnea del sueño	Feocromocitoma
Hiperadosteronismo primario	Síndrome de Cushing
Enfermedad renal parenquimatosa	Hiperparatiroidismo
Estenosis arterial renal	Coartación de la aorta
	Tumor intracraneal.

PSEUDO HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA.

El uso incorrecto de medicamentos afecta a un 40% de pacientes esto debido a que el medicamento de elección no es el apropiado para el paciente, las dosis no son adecuadas y las combinaciones con otros antihipertensivos, siendo una de las principales causas el uso erróneo de medicamentos, como el no utilizar un diurético para controlar la expansión de volumen o su uso inapropiado, sin verificar la filtración glomerular.¹²

Otra forma de pseudo hipertensión es entendida como aquella en la que la presión arterial medida mediante el manguito de presión es inapropiadamente alta con relación a la presión arterial, esto por la rigidez arterial, este fenómeno es frecuente en ancianos y debe sospecharse ante la lesión de órganos diana a pesar de valores altos de presión arterial, para realizar el diagnóstico diferencial se ha propuesto el uso de la maniobra de Olser. ⁴

PATOGENIA.

A. Antiinflamatorios no esteroideos.

El mecanismo se debe por inhibición de la ciclooxigenasa, por tanto la síntesis de prostaglandinas modificando la regulación de la presión. En pacientes sin hipertensión aumentan un 5 mm Hg, en pacientes hipertensos interfieren con todos los antihipertensivos menos con los calcio-antagonistas. ¹¹

Disminuyen la natriuresis y favorecen la retención hidro-salina con la consiguiente expansión de volumen, pueden producir un empeoramiento de la función renal, especialmente en los sujetos con edad avanzada, los cuales pueden presentar deterioro previo de la función renal con niveles de creatinina dentro de la normalidad o tan solo ligeramente elevados. De ahí la importancia de realizar siempre (al menos en los sujetos con edad avanzada) una estimación del filtrado glomerular a partir de la creatinina plasmática. Es importante monitorizar la función renal en sujetos hipertensos antes y durante el tratamiento antihipertensivo, especialmente cuando se utilizan conjuntamente con los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o con los antagonistas de los receptores AT1 de la angiotensina II (ARA II)¹²

A. APNEA DEL SUEÑO

La prevalencia del síndrome de apnea del sueño (SAOS) o apnea obstructiva del sueño varía según las series, pero se estima que en la población general sería del 4-6% en los varones y del 2-4% en las mujeres de 30 a 70 años de edad. Se estima que la prevalencia en la población hipertensa no seleccionada sería del 23-35%. Por otro lado, la apnea obstructiva del sueño es un factor de riesgo independiente de HTA no controlada y se asocia con frecuencia a HTA resistente. Esto se debe por el aumento de actividad simpática y de la secreción de aldosterona ^{9,22}. Entre más severa sea la apnea, los niveles plasmáticos de aldosterona aumentan, cuando el paciente cuenta con el complemento de CPAP se observa una disminución en los barorreceptores de la frecuencia cardíaca y secundaria a esto una disminución de la presión arterial^{13,21}

A. HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

Caracteriza por un aumento en la secreción de aldosterona, modificando el eje renina- angiotensina. Aldosterona ⁴

A. RESISTENCIA A LA INSULINA

La insulina aumenta la reabsorción de agua y sodio por el túbulo renal, alteración del transporte de membrana y estímulo del protooncogen c.myc con la consiguiente hipertrofia del músculo liso vascular.¹⁴

A. OBESIDAD.

Los resultados del estudio de Framingham han mostrado que un índice de masa corporal superior a 25 kg/m² se asocia de forma significativa con una falta de control de la presión arterial diastólica en los pacientes que reciben tratamiento farmacológico, mientras que la relación con la falta de control de la PA sistólica se observaba en los sujetos con un índice de masa corporal superior a los 30 kg/m, la patogenia no es bien conocida, se asocia con la alteración en la excreción del sodio y la activación del sistema nervioso simpático y del sistema renina-angiotensina y/o una resistencia a la insulina ¹⁵

F. ANSIEDAD.

De las causas menos estudiadas es la psicológica, cuya frecuencia ha sido del 9%. Se encontró una diferencia estadísticamente importante entre los pacientes mal controlados y los controlados reflejando que la ansiedad y la depresión son factores psicosociales implicados en el mal control y mantenimiento de cifras de presión arterial elevada ¹⁶

G. INSUFICIENCIA RENAL.

Una teoría explica que aumenta por la retención de sodio y la expansión de volumen consiguiente con liberación de sustancias como la angiotensina y noradrenalina. Conforme avanza la insuficiencia aumenta la presión, la insuficiencia renal parenquimatosa es la causa más frecuente de hipertensión refractaria. Entre las manifestaciones principales se incluyen edema, nicturia, alteraciones del sedimento urinario y elevación de la creatinina sérica.¹⁷

DIAGNÓSTICO.

- Tratamiento a base de 3 medicamentos antihipertensivos en dosis plenas, uno debe de ser diurético.
- Confirmar el cumplimiento terapéutico. La falta de control en los medicamentos, en análisis retrospectivos muestra que entre un 30 a un 50% de los pacientes no cumple con el tratamiento establecido, por lo que es importante verificar su uso ¹⁹
- Evaluar el uso de fármacos o aumento en la ingesta de sal.

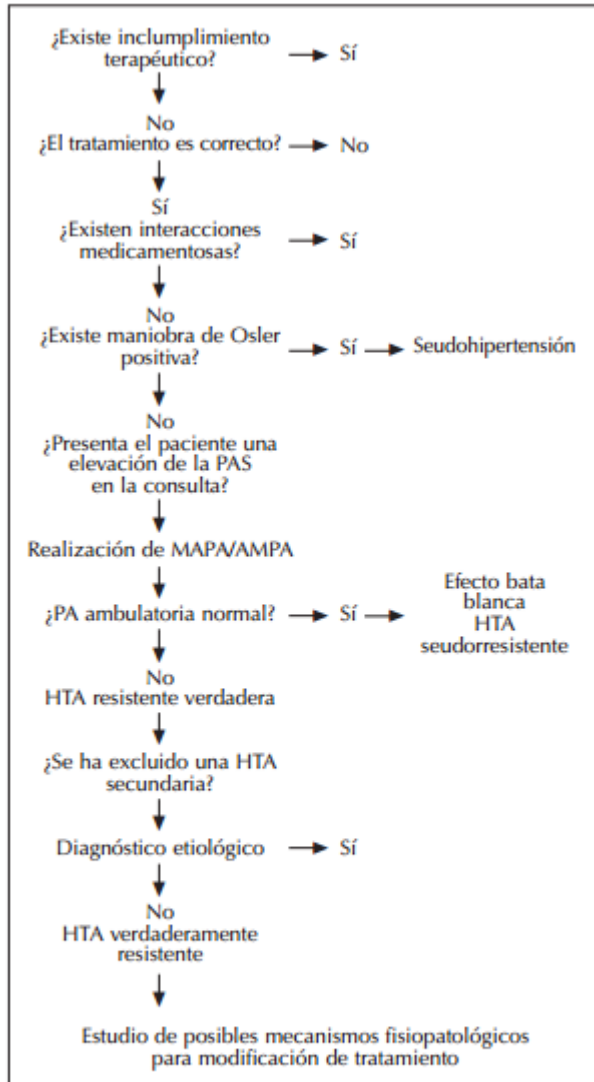


Fig. 1. Enfoque diagnóstico de la hipertensión arterial (HTA) resistente. PA: presión arterial; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; AMPA: automedición de la presión arterial.

- Para diferenciar entre una hipertensión verdadera y una pseudo hipertensión se tendrá que tomar en cuenta la monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA). El paciente con hipertensión refractaria tendrá la TA en consulta y de manera ambulatoria afectada, las demás se considera hipertensión aislada o síndrome de bata blanca.¹⁹ se muestra un esquema de cómo llevar a cabo el diagnóstico de hipertensión refractaria (tabla 3)

TRATAMIENTO.

En primer lugar se debe recordar la importancia de modificar el estilo de vida, principalmente la disminución de peso, restricción de ingesta de sal a cifras inferiores a 5 gr, esto favorece a un disminución de 5 mm hg e incrementa el efecto hipotensor de los fármacos; disminución de la ingesta de alcohol; el ejercicio aeróbico de intensidad moderada (20 minutos) el cual ha demostrado

disminuir de 2-3 mm hg; y por ultimo determinar la causa de la hipertensión refractaria ¹⁸

Una estrategia útil es combinar fármacos de clase diferente, con los siguientes efectos: reducción de la sobrecarga de volumen (diuréticos y agonistas de la aldosterona), reducción de la sobre actividad simpática (betabloqueantes), disminución de las resistencias vasculares (inhibidores de la enzima convertidora o bloqueadores de los receptores de angiotensina II), relajantes del musculo liso vascular (bloqueantes de los Canales de calcio o alfa bloqueadores) ⁵.

Las combinaciones razonables son:

1. Un bloqueador del sistema renina angiotensina (IECA o ARA II) más un calcioantagonista y un diurético.
2. Un beta bloqueador más un calcioantagonista y un diurético.

Se recomienda el uso de hidroclorotiazida 25 mg día, excepto en los sujetos con insuficiencia renal en el cual se necesita un diurético de asa, se recomienda la tripleta de diurético, IECA o ARA II y antagonista de calcio ¹⁵.

Los principales grupos farmacológicos son:

1. Calcioantagonistas: dihidropiridinas, verapamilo y diltiazem-
2. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): captopril, enalapril, lisinopril, quinapril, tradolapril, ramipril.
3. Vasodilatadores arteriales directos: hidralacina, nitroprusiato, minoxidil.
4. Bloqueadores de receptores adrenérgicos periféricos: propranolol, atenolol, metoprolol, bisoprolol, a bloqueantes: fentolamida, prazosina, a-b- bloqueadores carvedilol y labetalol
5. Otros antiadrenergicos. Acción central: clonidina, guanabenzinao metildopa.; o bloqueadores postganclionares reserpina, guanettedina; o ganglionares trimetafan.
6. Diuréticos: tiazidas (clortalidona, hidroclorotiazida), diuréticos de asa (furosemida, torasemida), ahorradores de potasio (espironolactona, triamterno y amilodira)

7. Antagonistas del receptor AT1, (ARA II): losartan, candesartan, irbesartan.

Dentro de los fármacos más utilizados en México junto con sus dosis se encuentra en la siguiente tabla ¹⁸

Principio activo	Dosis recomendada	Presentación.	Dosis día
Hidroclorotiazida	12.5 – 100 mg/día	Tabletas 25 mg	1-2
Clortalidona	25 -100 mg/día	tabletas 50 mg.	1
Captopril	50- 150 mg/día	Tabletas de 25 mg	2
Enalapril	10- 60 mg/día	Tabletas de 10 mg.	1-2
Nifedipino	30- 60 mg/día.	Tabletas 30 mg	1-2
Amlodipino	5- 10 mg/día	Tabletas de 5 mg	1
Verapamilo	80-480 mg/día	Tabletas 80 mg	1-3
Propranolol	20- 240 mg/ día	Tabletas de 10 y40 mg	1-2
Metoprolol	50- 300 mg/día	Tabletas de 100 mg	1-2
Prazocina	1 – 6mg/día	Tabletas de 2 mg	2-3
Losartan	50- 200 mg/día	Tabletas de 50 mg	1-2
Felodipino	5-10 mg/día	Tabletas 5 mg	1-2
Hidralazina	50-100 mg/día	Tabletas 50 mg	1-2

Entre las indicaciones de los fármacos por grupo se encuentra.²⁰

Fármaco	Aconsejable	Desaconsejable
B bloquadores	Enfermedad coronaria. Taquiarritmias insuficiencia cardiaca hipotiroidismo embarazo (2da línea)	Asma bradiarritmias claudicación grave riesgo de diabetes síndrome metabólico
Tiazidas	Insuficiencia cardiaca- ancianos	Gota riesgo de diabetes.
IECA, ARA II	Insuficiencia cardiaca	Hiperpotasemia

	<p>disfunción sistólica</p> <p>diabetes</p> <p>insuficiencia renal crónica</p> <p>síndrome metabólico</p> <p>hipertrofia ventricular</p>	<p>estenosis de la arteria renal</p> <p>embarazo.</p>
<p>Calcio</p> <p>antagonistas</p>	<p>Angina de pecho</p> <p>ancianos</p> <p>claudicación intermitente</p> <p>síndrome metabólico</p> <p>hipertrofia ventricular</p> <p>embarazo 2da línea.</p>	<p>Isquemia miocárdica</p> <p>estreñimiento.</p>
<p>A bloqueadores</p>	<p>Hipertrofia prostática</p> <p>feocromocitoma</p>	<p>Insuficiencia cardíaca</p> <p>hipotensión ortostática.</p>

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de hipertensión resistente es incierta, por lo que se puede considerar como una entidad patológica sub diagnosticada, se estima que esta alrededor del 10 al 15% y en algunos estudios se ha observado un incremento de hasta el 20-30%, afectando 1 de cada 3 adultos con hipertensión arterial.

El descontrol hipertensivo encontrado en los pacientes con hipertensión refractaria se asocia con factores de riesgo como obesidad, trastornos de ansiedad, apnea del sueño, uso indiscriminado de antiinflamatorios no esteroideos, edad y género; a una terapéutica incorrecta y el tiempo de evolución provocando un riesgo mayor de afectación a órganos diana con aumento de la morbilidad y mortalidad cardiovascular, por lo es importante realizar un diagnóstico oportuno, mejorando el pronóstico y la evolución de la enfermedad. Por lo que en una población como la encontrada en la unidad médico familiar 79 Valle Ceylan del turno matutino del IMSS, la cual cuenta con un número importante de hipertensos puede ser factible la identificación de estos factores para el correcto abordaje terapéutico y el desarrollo de estrategias con el objetivo de disminuir su incidencia.

Por lo tanto, con este estudio se pretende corroborar estadísticas nacionales e internacionales en cuanto a la frecuencia de los factores asociados a hipertensión arterial refractaria para la elaboración de estrategias y medidas a ejercer en pro de la salud de los pacientes hipertensos.

El presente protocolo de investigación es factible debido a que la unidad médico familiar cuenta con un total de 5898 pacientes hipertensos, así mismo se cuenta con recursos económicos y humanos para revisar los expedientes electrónicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total, entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causa anualmente 9.4 millones de muertes, 41% de ellas por cardiopatía isquémica y 51% de eventos cerebro vasculares. En América se encuentra una prevalencia de 35%

En la En la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) 2012 se encontró en México que la prevalencia de hipertensión arterial es de 31.5%, en adultos con obesidad (42.3%) y en adultos con diabetes (65.6%), encontrándose entre las prevalencias más elevadas al plano mundial. La prevalencia creciente se debe a factores asociados como edad avanzada, obesidad o sobrepeso, sedentarismo, estrés, medicación inadecuada y en menor medida pacientes con insuficiencia renal, apnea del sueño, trastornos de la personalidad principalmente ansiedad ²³

La prevalencia real de la hipertensión arterial refractaria es difícil de estimar, ya que depende del tipo de población analizada, se ha encontrado que la población asistida en un centro de atención primaria se presenta en 2-3%(y en la consulta especializada hasta un 20-30% ⁴ Sin lugar a dudas donde hay más datos acerca de la prevalencia y factores asociados de la hipertensión arterial refractaria son estudios clínicos, motivo por el cual el presente proyecto se llevara a cabo en una unidad de primer nivel de atención médica. ¿Cuáles son los factores asociados a Hipertensión Arterial Refractaria en la población adscrita de la Unidad Medico Familia número 79 Valle Ceylán en el turno matutino en el año 2014?

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total, entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causa anualmente 9.4 millones de

muerter, 41% de ellas por cardiopatía isquémica y 51% de eventos cerebro vasculares. En América se encuentra una prevalencia de 35% ²⁴.

En la ENSANUT 2012 se encontró en México que la prevalencia de hipertensión arterial en el 2012 es de 31.5%, en adultos con obesidad (42.3%) y en adultos con diabetes (65.6%), encontrándose entre las prevalencias más elevadas al plano mundial ²³. La prevalencia creciente se debe a factores asociados como edad avanzada, obesidad o sobrepeso, sedentarismo, estrés, medicación inadecuada y en menor medida pacientes con insuficiencia renal, apnea del sueño, trastornos de la personalidad principalmente ansiedad.

La hipertensión arterial refractaria es un problema clínico frecuentes, no existen estudios en México de prevalencia de hipertensión arterial refractaria, el nivel mundial se ha encontrado una prevalencia en primer nivel de 2-3% ⁴

El último estudio realizado fue en la ciudad de Buenos Aires en el 2013, con el título de hipertensión arterial resistente, en el cual mencionan los factores asociados a hipertensión refractaria.

En México no se encuentra estudios sobre hipertensión arterial refractaria y en la unidad 79 solo se encontró un estudio

En la unidad médico familiar número 79 del IMSS, “valle Ceylán” se encontraran adscritos 5989 pacientes hipertensos, que serán estudiados para conocer ¿Cuáles con los factores asociados a Hipertensión Arterial Refractaria en la población adscrita a la UMF79 Valle Ceylán en el turno matutino en el año 2014?

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer los principales factores asociados, en la población adscrita en la Unidad Medico Familia número 79 valle Ceylán en el turno matutino en el año 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la población con hipertensión arterial refractaria en la UMF 79 turno matutino, en el año 2014.
2. Conocer las características sociodemográficas en la población con Hipertensión Arterial Refractaria adscritas a la UMF 79 Valle Ceylán del turno matutino en el año 2014.
3. Analizar los principales factores asociados a la Hipertensión Refractaria, en la población adscrita en la UMF79 Valle Ceylán en el turno matutino en el año 2014.

III. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

1.- CARACTERISTICAS DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO

- Se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 79 del IMSS, ubicada en Calle Cuernavaca s/n esquina Colima. Col. Valle Ceylán, Tlalnepantla, Estado de México.
- La clínica abrió al público el 21 de noviembre de 1988, la actual directora a cargo de la unidad es la Dra. Martha Patricia Soriano López.
- Ocupa una superficie de terreno de 4136 m², construida en dos plantas. En la planta baja se encuentran 11 consultorios médicos, 5 módulos de atención preventiva integrada, 2 consultorios de trabajo social, 1 jefatura de departamento clínico, 1 módulo de atención y orientación, 1 consultorio de curaciones, 1 oficina de ARIMAC, en la planta alta se encuentra 1 aula, jefatura de enseñanza, epidemiología y nutrición. Con una población adscrita de 68,388, promedio de 2,866 por consultorio, se atienden a 46 colonias, 72% cuenta con primaria y el 28% con pos- primaria. Actividad económica es el comercio.

- Tiene un horario de atención de 8:00 a 20: 00 hrs. En dos turnos: matutino y vespertino.
- De la población adscrita el total de hombres corresponde a 33,229 (48%)y mujeres 35910 (52%). Las 5 principales causas de consulta son hipertensión esencial, diabetes mellitus, faringitis aguda, embarazo normal y caries dental.

2. DISEÑO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

- Retrospectivo
- Observacional
- Transversal
- Descriptivo

2.2 GRUPOS DE ESTUDIO

CARÁCTERÍSTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO: el total de pacientes de 30 a 95 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 79, con diagnóstico de Hipertensión Arterial Refractaria del turno matutino del año 2014

Criterios de inclusión.

- Pacientes hipertensos con 3 ó más medicamentos antihipertensivos, uno de ellos diurético.
- Aquellos que acudieron a consulta médica dentro del periodo del 01 de enero 2014 a 31 de Diciembre del 2014 cumpliendo los criterios de hipertensión refractaría según la AHA.
- Turno matutino

Criterios de exclusión

- Se excluyen a pacientes con Hipertensión Arterial que presenten tensión arterial menor de 140/90 mm/Hg y pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 y 2 con tensión arterial menor de 130/80 mm/Hg.
- Pacientes hipertensos que reportan cifras tensionales en promedio de 140/90 mmHg y que son manejados con menos de 3 antihipertensivos (Diurético y/o antihipertensivo)
- Pacientes con falta de apego al tratamiento de hipertensión arterial.
- Pacientes atendidos en el Turno Vespertino

2.3 MUESTRA

- Se tomará el total de pacientes de 30 a 95 años de edad que cumplan con los criterios de Hipertensión Arterial Refractaria según American Heart Association de la Unidad Medico Familiar Número. 79 Valle Ceylán del turno matutino.

2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

- **HIPERTENSION ARTERIAL REFRACTARIA:**

Definición conceptual:

Es la persistencia de valores de presión arterial > 140 mm hg de presión arterial sistólica y/o >90 mm hg de presión arterial diastólica, ($>130/80$ mm hg en diabéticos o con insuficiencia renal crónica), en sujetos con al menos 3 fármacos antihipertensivos en dosis plenas.

Definición operacional.

Se considera como los valores de hipertensión de 140/90 mm Hg en pacientes hipertensos y 130/80 mm Hg en diabéticos o con insuficiencia renal, los cuales cuentan con 3 o más medicamentos antihipertensivo, uno de ellos diurético.

Escala de medición: normal, alta y resistente.

Tipo de variable: cuantitativa continua

- **SEXO**

Definición Conceptual:

Características fenotípicas del individuo, es decir sus caracteres externos lo que se ven como mujer o como hombre.

Definición Operacional:

Características observadas en el sistema.

Escala de Medición: Mujer, Hombre.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

- **EDAD**

Definición Conceptual:

La edad es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona. Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.

Definición Operacional:

Número de años referidos desde el nacimiento expediente electrónico.

Escala de medición:

30 años	40 años	50 años	60 años	70 años	80 años	90 años
31 años	41 años	51 años	61 años	71 años	81 años	91 años
32 años	42 años	52 años	62 años	72 años	82 años	92 años

33 años	43 años	53 años	63 años	73 años	83 años	93 años
34 años	44 años	54 años	64 años	74 años	84 años	94 años
35 años	45 años	55 años	65 años	75 años	85 años	95 años
36 años	46 años	56 años	66 años	76 años	86 años	
37 años	47 años	57 años	67 años	77 años	87 años	
38 años	48 años	58 años	68 años	78 años	88 años	
39 años	49 años	59 años	69 años	79 años	89 años	

Tipo de variable: cualitativa nominal

- **OBESIDAD**

Definición Conceptual:

Se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Definición Operacional:

Se determinará de acuerdo al resultado del Índice de Masa Corporal (IMC), que es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los niños y los adultos. Se calcula dividiendo el peso por la talla al cuadrado [IMC= peso (kg) / talla² (m)] los datos de peso y talla serán obtenidos del expediente electrónico.

Escala de Medición: SI / NO.

Tipo de variable: Cuantitativa continua

- ***Antiinflamatorios No esteroideos.***

Definición conceptual.

Antiinflamatorios no esteroideos son un grupo variado y químicamente heterogéneo de fármacos principalmente antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos, todos ejercen sus efectos por acción de la inhibición de la enzima ciclooxigenasa

Definición operacional:

Medicamentos no esteroideos con efectos antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos, con un uso mínimo de un mes.

Escala de medición: si/ no.

Tipo de variable: cualitativa.

- **ANSIEDAD.**

Definición conceptual.

Condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, preocupación o nerviosismo que acompaña de síntomas somáticos de tensión

Definición operacional:

Definición operacional:

Paciente con diagnostico ya conocido de ansiedad.

- **APNEA DEL SUEÑO.**

Definición conceptual:

Trastorno en el que la persona sufre una o más pausas en la respiración o tiene respiraciones superficiales durante el sueño, pudiendo durar desde segundos a un minuto a menudo ocurre 30 veces o más por hora

Definición operacional:

Pacientes que ya estén diagnosticados con apnea del sueño y se encuentre en el expediente electrónico.

Escala de muestra: si/ no

Tipo de variable: cualitativa.

- **INSUFICIENCIA RENAL.**

Definición conceptual:

Incapacidad de los riñones para excretar los productos de desecho, concentrar la orina y conservar los electrolitos. El trastorno puede ser agudo o crónico, la insuficiencia renal aguda se caracteriza por oliguria y por la rápida acumulación de productos del metabolismo nitrogenado en la sangre.

Definición operacional:

Pacientes ya diagnosticados con insuficiencia renal, sin importar el estadio.

Escala de medición: si / no

Tipo de variable: cualitativa.

- **DIABETES MELLITUS**

Definición conceptual:

Proceso complejo del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, que en principio es el resultado de la falta relativa o completa de secreción de insulina de las células beta del páncreas o por defecto de los receptores de insulina. Con glucosa de 120 mg/dl en ayunas

Definición operacional:

Pacientes ya conocidos como diabéticos por medio del expediente clínico.

Escala de medición. Si / No

Tipo de variable: cualitativa.

2.5 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio de muestreo de tipo Retrospectivo, Transversal Observacional, Descriptivo, en la Unidad Médico Familiar número 79 Valle Ceylan, para determinar los factores asociados a hipertensión arterial refractaria en el total

de la población de pacientes hipertensos de 5989 en edades entre 30 a 95 años, sin distinción de género. El grupo de estudio estará constituido por un total de pacientes con criterios de hipertensión arterial refractaria de 30 a 95 años adscritos a la Unidad Medico Familiar número 79 del IMSS “Valle Ceylan” del turno matutino durante el 2014. Se excluirán a todos los pacientes que son del turno vespertino, así como aquellos que tienen manejo con 3 medicamentos pero ninguno es diurético. Con el previo consentimiento de la directora y del jefe del expediente clínico para revisar los expedientes electrónicos. Para observar las variables se solicitara al servicio de ARIMAC el registro de los pacientes hipertensos y luego se verificaran por medio del Sistema de Información de medicina familiar (SIMF) para la localización de la población que cumplan con los criterios de inclusión con las cuales se valorara las variables de edad, genero, comorbilidades asociadas y para el cálculo de obesidad se utilizó el IMC. Los datos obtenidos se vaciaran en tablas de Excel y a través de estadística descriptiva se calcularán frecuencias y porcentajes, los resultados se expresarán en tablas y gráficas. Y se contrastaran con las fuentes bibliográficas; estas fueron de fuentes documentales como revistas médicas, revisiones bibliográficas, diccionarios médicos, libros y el principal buscador Google académico con artículos en español y en inglés. En un periodo desde el 2005.

2.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS

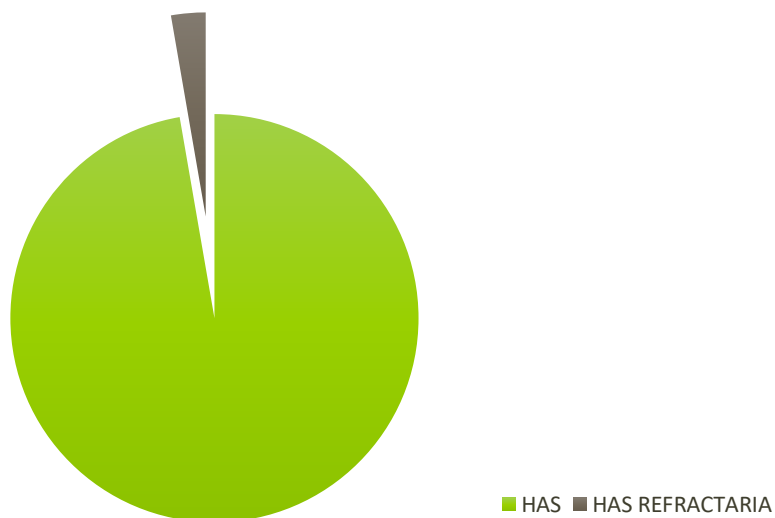
Los datos obtenidos se vaciaran en tablas de Excel y a través de estadística descriptiva se calcularán frecuencias y porcentajes, los resultados se expresarán en tablas y gráficas.

RESULTADOS

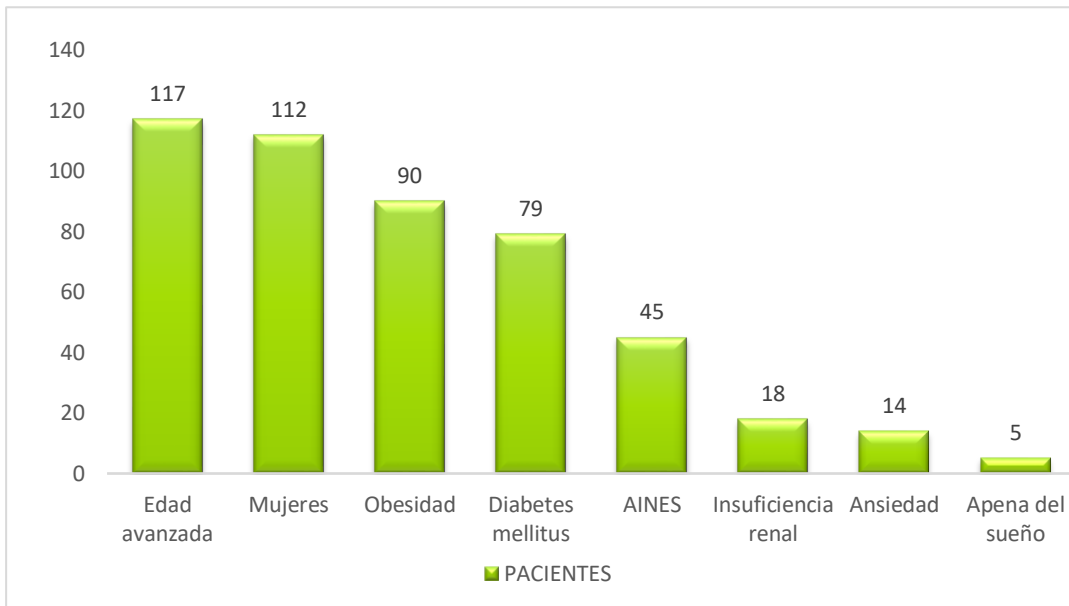
Se realizó una base de datos en el programa de "Excel", los datos recabados en la Unidad Médico Familiar 79 "Valle Ceylan" durante el año 2014 arrojaron los siguientes datos: La población total de hipertensos adscritos a la unidad fueron 5989 pacientes, de los cuales fueron encontrados 167 pacientes que cumplían con los criterios para hipertensión arterial refractaria, lo que significa una prevalencia del 2.8 %.

POBLACIÓN TOTAL HIPERTENSO TURNO MATUTINO	5989
HIPERTENSOS ANALIZADOS TA MAYOR DE 130/80 (*DIABETES E IRC)	2148
PACIENTES CON HAS REFRACTARIA	166
PREVALENCIA DE HAS REFRACTARIA	2.8%
TASA DE PREVALENCIA	.07%

HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UNIDAD.

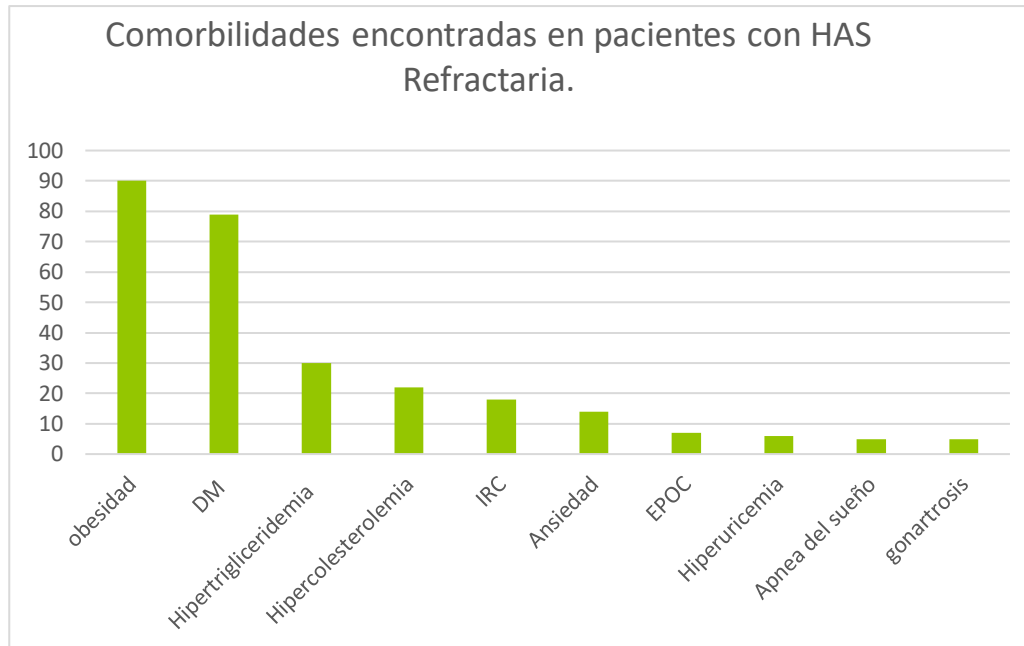


En los factores asociados se observó la siguiente distribución, en primer lugar se encontró una relación con la edad en 117 pacientes (70.48%), 112 pacientes mujeres (67.46%), 90 pacientes con obesidad (54.21 %), 79 con diabetes mellitus 47.59%, Uso de AINES 45 pacientes 27.10%, 18 pacientes con insuficiencia renal (10.84%) ,14 con trastorno de ansiedad (8.43%) y por ultimo apnea del sueño en 5 pacientes (3.03 %).

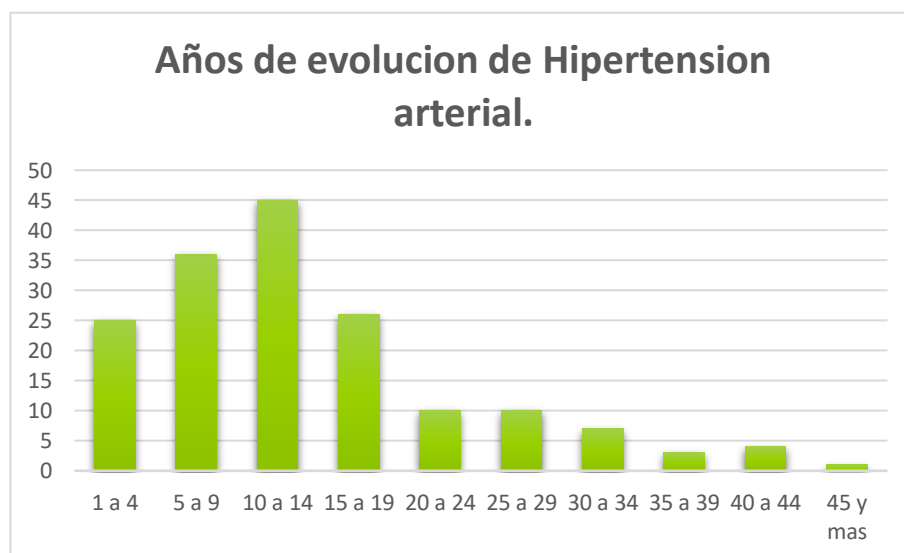


COMORBILIDADES

Dentro de las comorbilidades la mas frecuente es obesidad con 53.8%, DM con 47.3% en segundo lugar, hipertrigliceridemia con 17.9%, hipercolesterolemia 13.17%, IRC 10.77%, ansiedad 8.33%, EPOC 4.19 %, hiperuricemia 3.59%, apnea del sueño 2.9%, y gonartrosis 2.9% otras patologias encontradas son: cardiopatia isquemica, hipotiroidismo, hiperplasia protatica benigna, insuficiencia cardiaca, gastritis, angina inestable, cancer de pulmon, litiasis renal, lumbalgia y espondiloartrosis, sin ser significativas. Cabe mencionar que entre los diagnosticos se encontro una causa secundadia por feocromocitoma y otra que es secundaria a preeclampsia



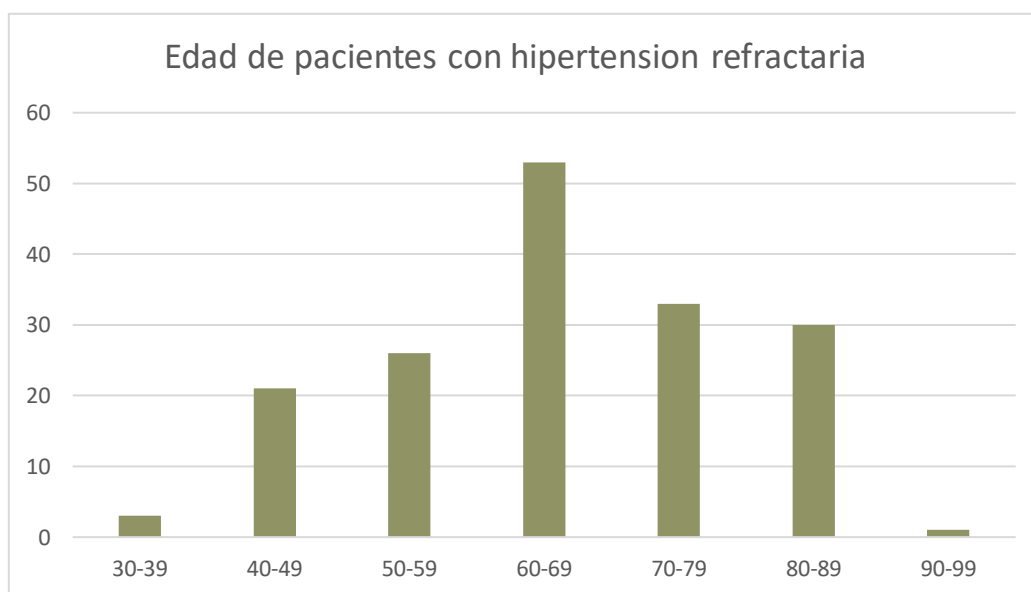
El promedio de tiempo de evolucion en pacientes con hipertension refractaria fue de 11.7 años, siendo 45 años de evolucion la maxima y 1 año la minima. Como se muestra en la tabla siguiente:



EDAD

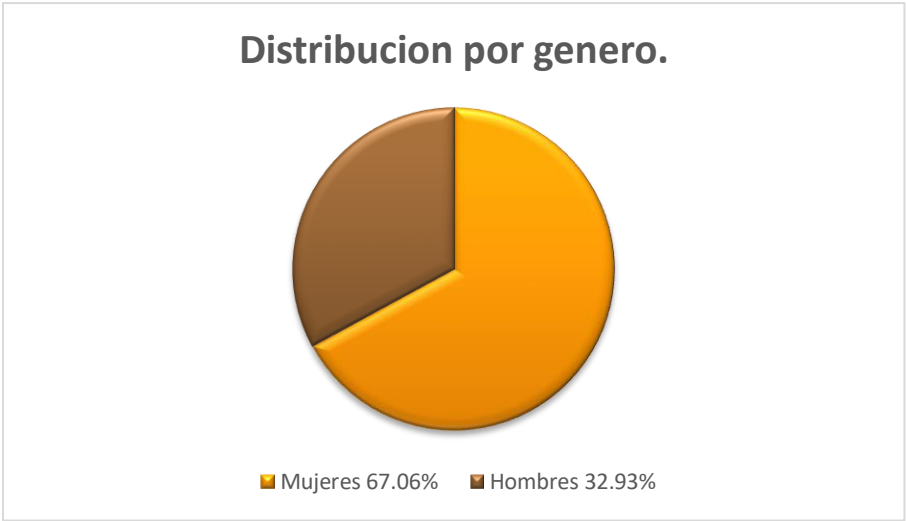
Para el total de población con hipertensión arterial refractaria se estudió los grupos de edad más frecuentes, promedio, edad máxima y mínima, referidos en la tabla siguiente.

EDAD PROMEDIO	65.5 Años
EDAD MINIMA	33 Años
EDAD MAXIMA	91 Años



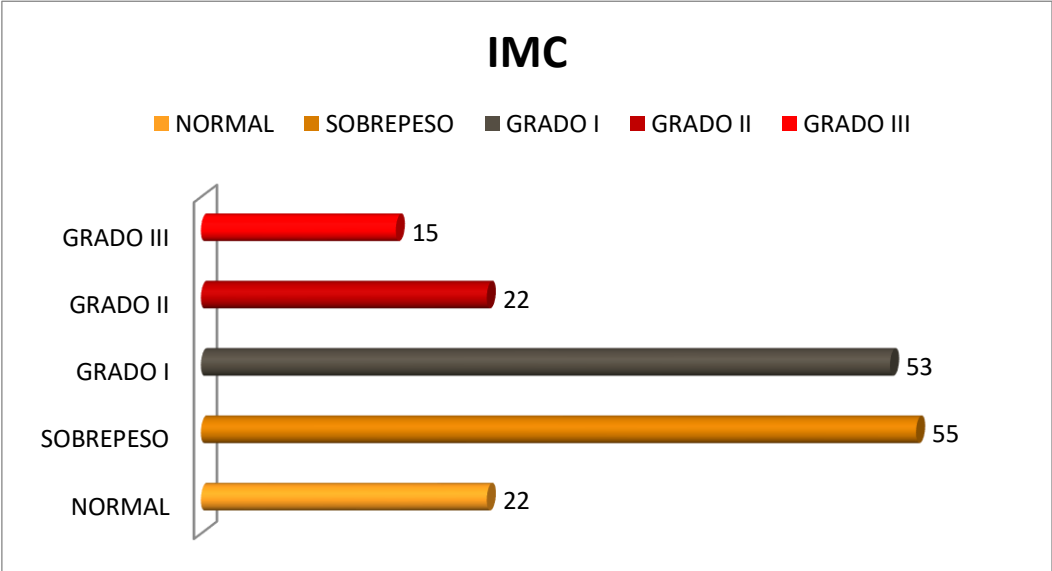
SEXO

En la población con hipertensión refractaria se encontró que la mayoría son mujeres con un numero de 112 pacientes con un porcentaje de 67.09% y 55 pacientes masculinos con un porcentaje de 32.9 %. Con una razón de prevalencia 2.03.



OBESIDAD

Los factores con mayor asociación en el descontrol de Hipertensión arterial, fue la presencia de obesidad con un porcentaje de 53.8% en sus distintos grados, representando una razón de prevalencia de 1.1, como se muestra en la gráfica siguiente

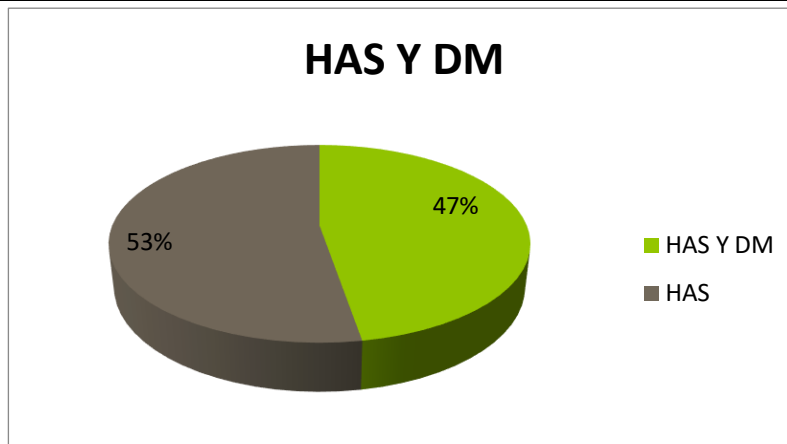


dui

DIABETES

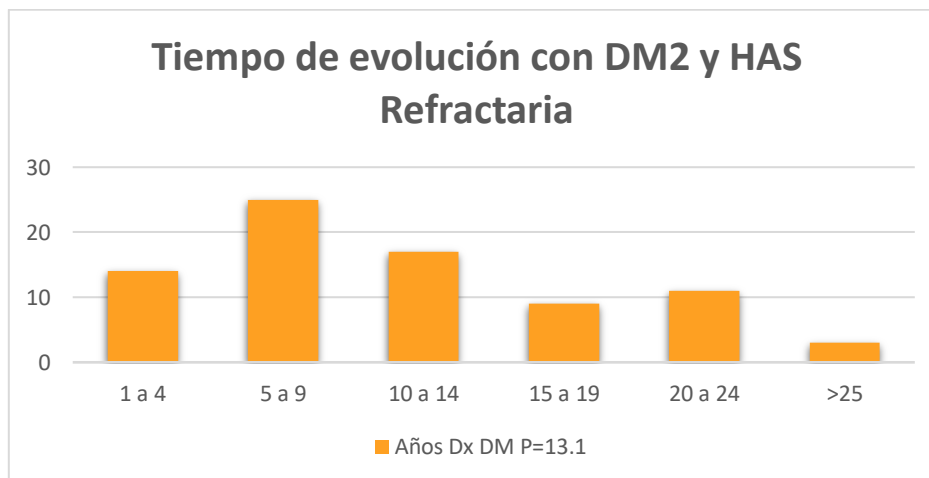
De la población total encontrada en la unidad, respecto a la relación diabetes e hipertensión se observó:

PACIENTES UNICAMENTE HAS REFRACTARIA	88 (53.6%)
PACIENTES CON HAS REFRACTARIA Y DIABETES MELLITUS	79 (47.3%)



La Razón de prevalencia = .89

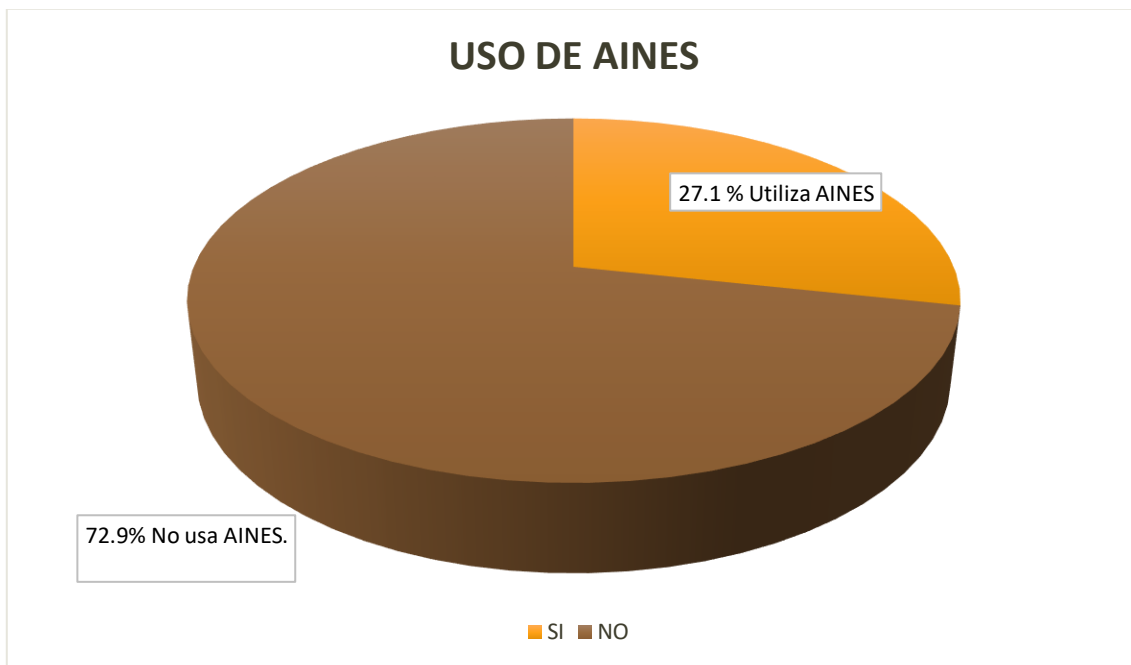
La siguiente tabla muestra el tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus en pacientes con Hipertensión arterial Refractaria.

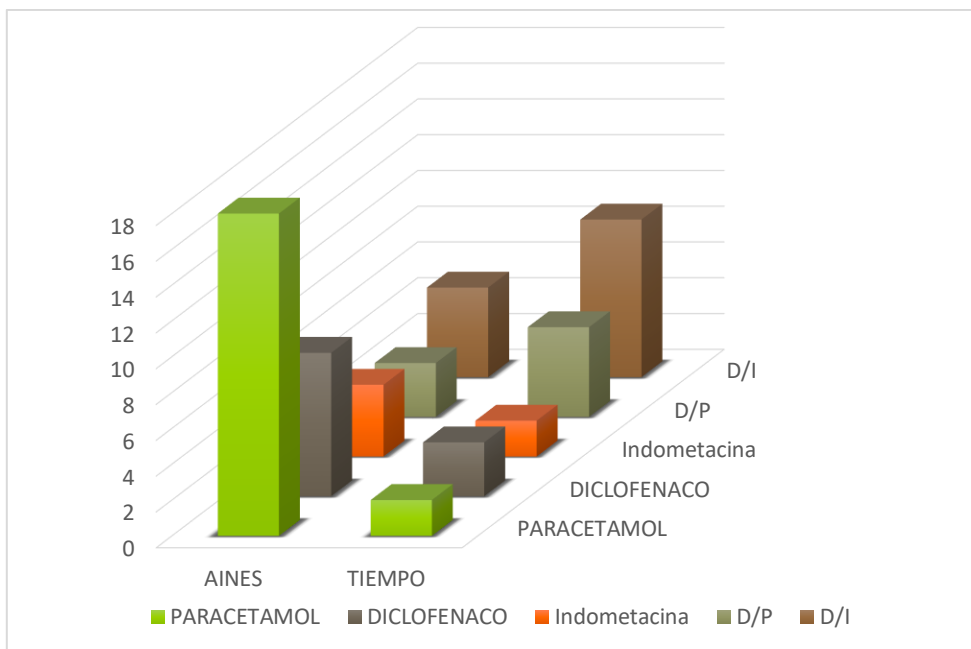


Por rango de edad se estudiaron paciente con has refractaria y diabetes mellitus encontrando un promedio de edad de presentación de ambas patologías de 13. 1 Años de evolución que con un tiempo de evolución de 1-4 años se identificaron 14 pacientes, de 5-9 años 25 pacientes, de 10-14 años 17 pacientes, 15 a 19 años 9 pacientes, de 20 a 24 años 11 pacientes y más de 25 años desde el inicio de diagnóstico 3 pacientes.

AINES

Para los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos se encontraron monoterapias con paracetamol 18 pacientes, diclofenaco 8 pacientes, piroxicam 2 pacientes, indometacina 4, sulindaco 4, además hubo dos combinaciones paracetamol y diclofenaco en 4 pacientes y diclofenaco e indometacina en 5 personas. El tiempo de evolución va de un mes hasta 8 meses.



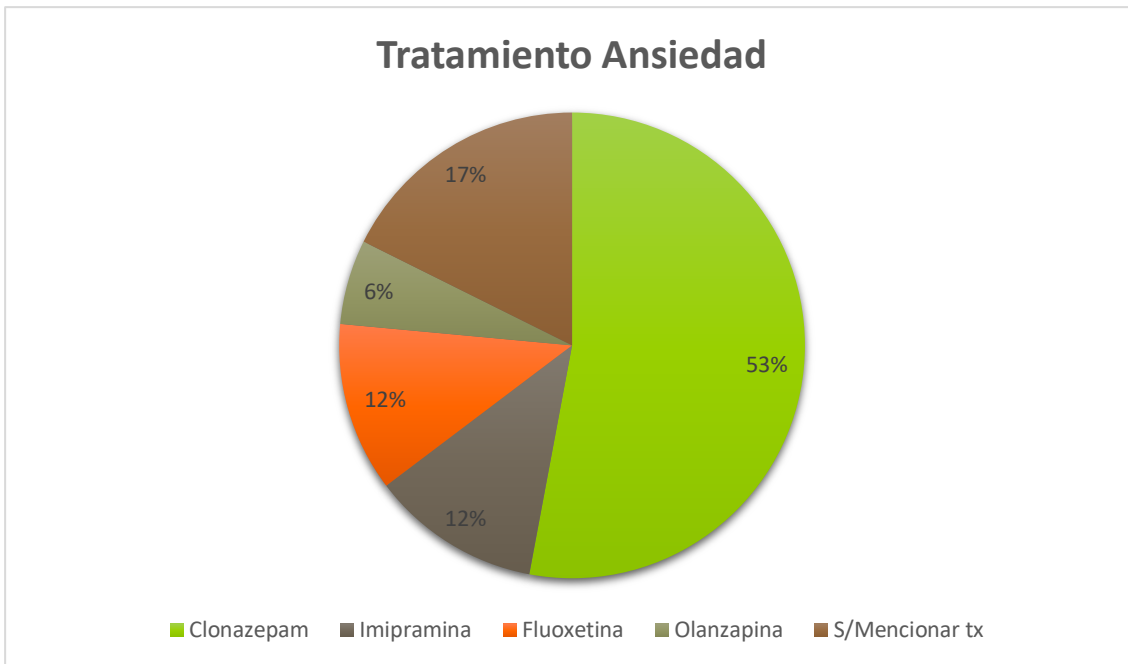


INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

Se encontraron 18 pacientes, con edad promedio de 69 años, un máximo de 91 años y mínimo de 37, con años de diagnóstico de 15.2 en promedio con hipertensión arterial.

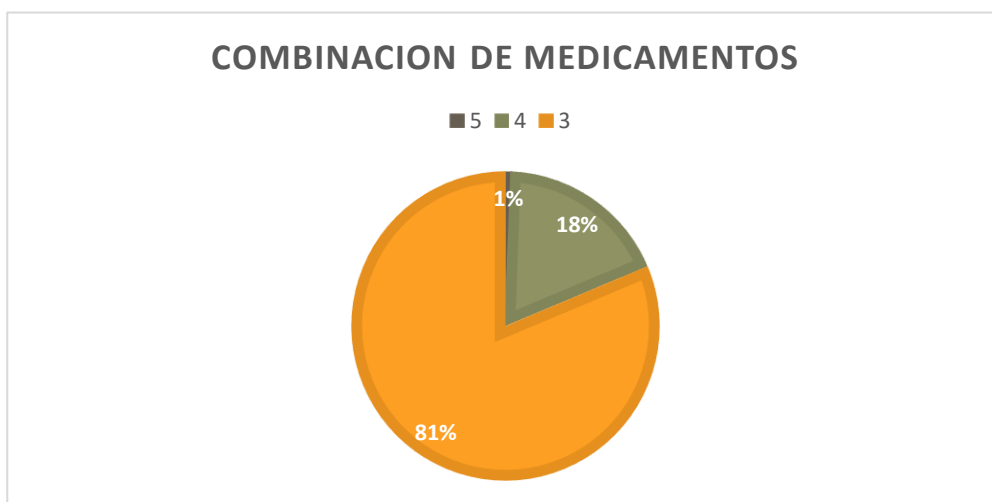
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

De la población de pacientes con hipertensión arterial refractaria identificados con diagnóstico de trastorno de ansiedad y depresión fueron 9 pacientes, en tratamiento a base de 1 clonazepam, 1 olanzapina, 2 imipramina, 2 fluoxetina y 3 sin menciona, sin embargo 8 pacientes más recibían tratamiento crónico a base de clonazepam, lo que representaría un total de 17 pacientes con algún tipo de trastorno ansioso.

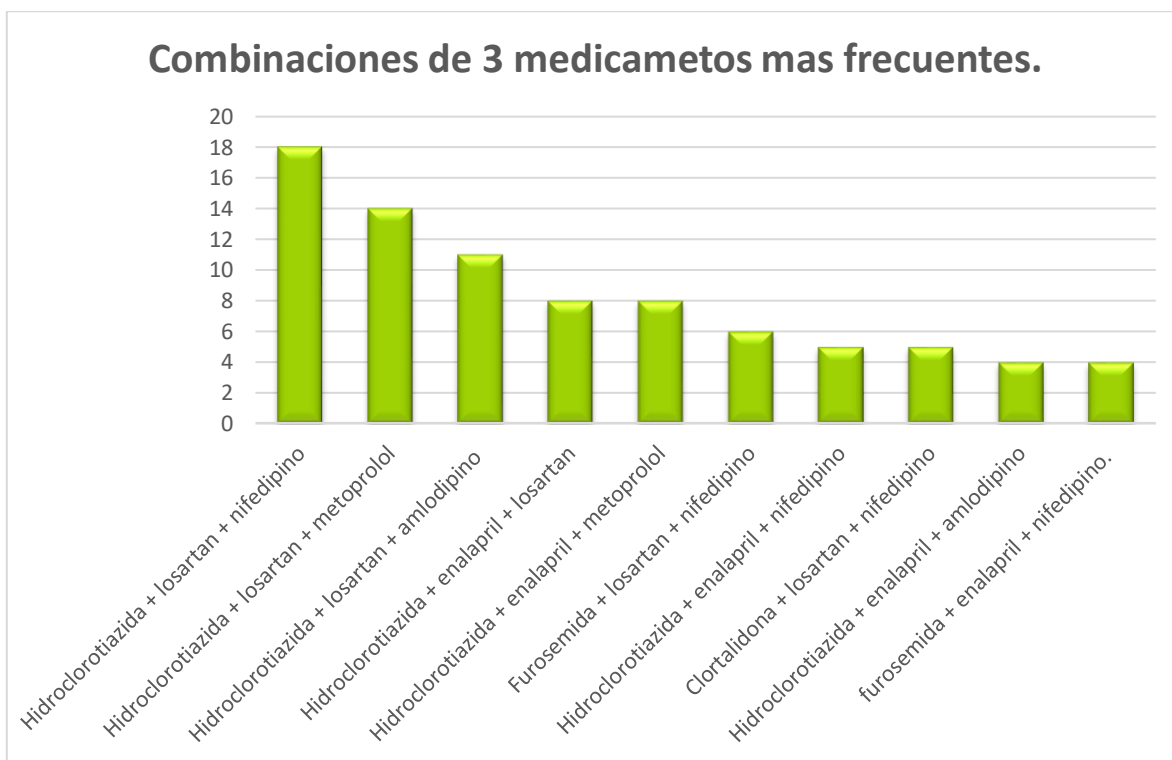


MEDICAMENTOS

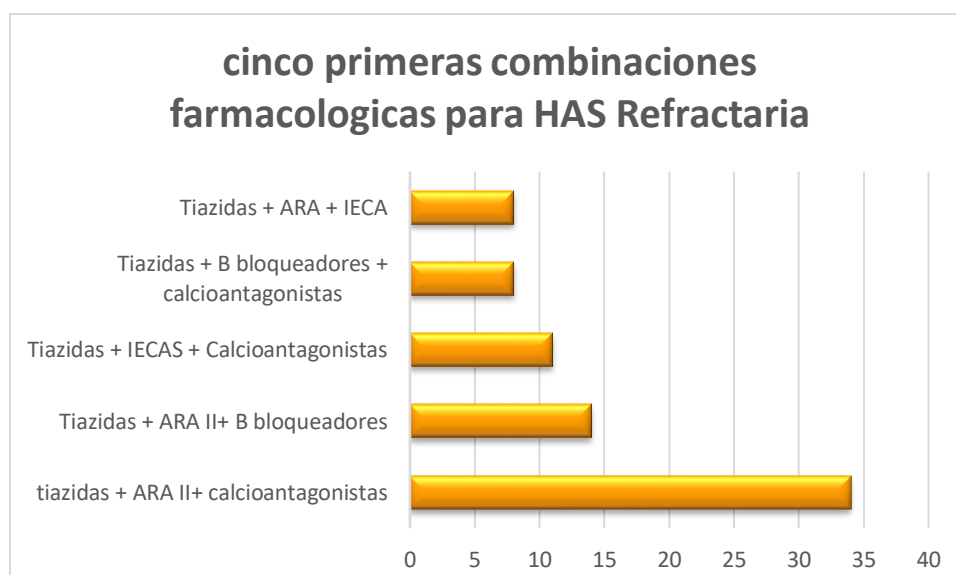
Respecto a la combinación de medicamentos para hipertensión refractaria 135 pacientes cuentan con una combinación de 3 medicamentos, 30 pacientes tiene una combinación de 4 medicamentos y 1 pacientes cuentan con 5 medicamentos.



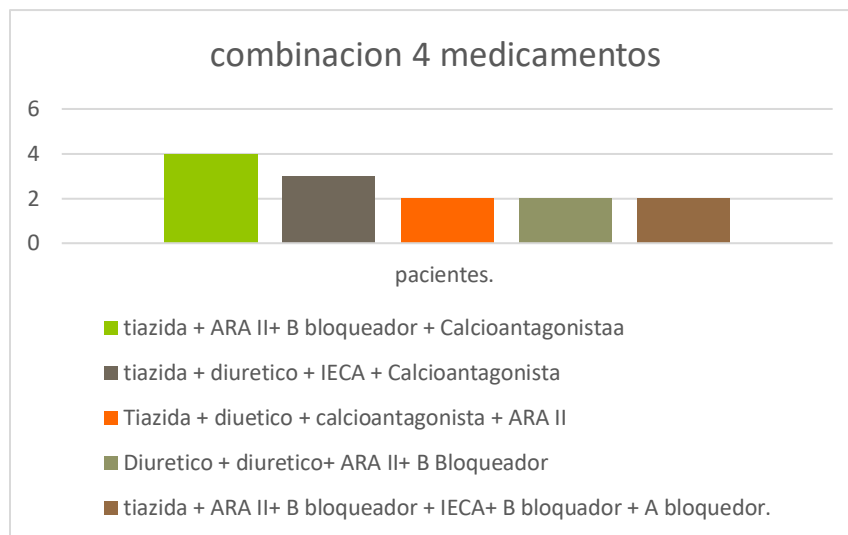
De los pacientes con tres medicamentos se observaron 100 agrupaciones posibles, de los cuales 35 combinaciones no fueron ser agrupadas. La combinación más frecuente fue hidroclorotiazida, losartan y nifedipino con 18.9%, seguido de hidroclorotiazida, losartan metoprolol con 14.7%, hidroclorotizida, losartan y amlodipino 11.5%, etc.



Las 5 primeras combinaciones farmacológicas encontradas en los pacientes con HAS refractaria en tratamiento con 3 medicamentos fueron:



Los pacientes con 4 medicamentos fueron 30, de los cuales las combinaciones las más frecuentes se observaron: el más común fue tiazida + ARA II + B bloqueador + calcioantagonista con 4, seguido de 3 con tiazida, diuretico. IECA y un calcioantagonista con 2 personas hay 5 combinaciones posibles, solo se graficaron 2 y 13 combinaciones más no fue posibles agruparlas.



Se observa un paciente con una combinación de 5 medicamentos por lo que solo se menciona el tratamiento a base de hidroclorotiazida, enalapril, losartan, nifedipino y prazosina.

La posología de los medicamentos indicados en el tratamiento antihipertensivo.

MEDICAMENTO	TOTAL	C/8	C/12	C/24	C/6	Media c/24	Media c/12	2 tabletas c/12	2 tabletas c/24
AMLODIPINO	41		22	17		1		1	
CLORTALIDONA	22		1	16		4	1		
ENALAPRIL	59		43	6	3			2	5
FUROSEMIDA	37	1	8	25		2			1
HIDROCLOROTI AZIDA	101		14	81		6			
LOSARTAN	100	1	78	17				4	
NIFEDIPINO 10 MG	11	1	5	5					
NIFEDIPINO 30 MG	59	1	21	37					
PRAZOSINA	11	3	4	4					
VALSARTAN	2		1					1	
ESPIRONOLACT ONA	9		1	8					
FELODIPINO	1		1						
METOPROLOL	66	2	38	16		4	6		
PROPANOLOL	3		2	1					
VERAPAMILO	3		1	1			1		

DISCUSIÓN

La población con hipertensión arterial refractaria, solo represento el 2.8% de la población adscrita a la Unidad Medico Familia número 79 en el año 2014, concuerda con estudios previos realizados en primer nivel de atención (siendo del 2-3 %), por ello la importancia de identificar los factores de riesgo asociados que permita reducir este porcentaje, por medio de un mejor control de esta patología.

En el estudio se observó que el factor de riesgo más frecuente es la edad, considerada a partir de los 60 años como lo marca la literatura, estos tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial resistente, seguido del sexo femenino y la obesidad; el ultimo es un problema el cual se puede corregir con medidas dietéticas, si no llegará a resolverse con apoyo de nutrición se puede buscar atención especializada como cirugías bariátricas u otros que permitan la resolución del problema, debido a que se encontró pacientes con IMC de hasta 57.1.

Durante el desarrollo del trabajo no se encontró relación con la diabetes mellitus, el uso de AINES, Insuficiencia renal crónica, ansiedad y apnea del sueño como factores de riesgo por presentar una razón de prevalencia menor a 1 en la Unidad Medico Familiar número 79, sin embargo de manera teórica existe un impacto directo de estos factores de riesgo en múltiples estudios, por lo cual no descartamos que exista una relación en la resistencia de pacientes hipertensos, pero no se encuentra de manera comprobable en el grupo de estudio observado.

La Joint National Commite VIII, establece un tratamiento razonable a base de; 1) Un bloqueador del sistema renina angiotensina (IECA o ARA II) más un calcioantagonista y un diurético y 2) Un beta bloqueador más un calcioantagonista y un diurético, siendo ese el tratamiento observado con mayor

frecuencia dentro de la población, por lo cual no representa un factor de riesgo pues en la mayoría se empleo un terapéutica correcta. Sin embargo, sí existieron defectos en la posología como la administración de amlodipino cada 12 hrs y enalapril c/6 hrs, y aunque se administró a una población con un porcentaje no representativo se debe corregir esta terapéutica para un uso adecuado de los medicamentos.

CONCLUSIONES.

- Con este estudio se observó que de los 5989 casos registrados de pacientes hipertensos del turno matutino de la unidad medico familia número 79, solo 167 cumplieron con los criterios de hipertensión arterial refractaria por lo cual representa una prevalencia del 2.8% y que manifiesta una relación con la prevalencia estimada en atención primaria reportada por otros autores.
- Respecto a las características sociodemográficas se encontraron que son pacientes con edad igual o mayor de 60 años, predominio en mujeres, con sobrepeso u obesidad grado 1, y presentando las siguientes comorbilidades como son: diabetes mellitus, hipertrigliceridemia y/o hipercolesterolemia, por lo cual al estar identificados hay que poner más énfasis en este grupo, creando estrategias y mejoras en el tratamiento para evitar complicaciones.
- Respecto a la terapéutica empleada se observó que la principal combinación de fármacos fueron los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensia, calcioantagonistas y un diurético tiazida por lo que se encuentra actualizado el tratamiento con las guias de practica clínica de la AHA.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2014					2015						
actividad	ago	sep	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul
Delimitación del tema.		P	P									
		R	R									
Recuperación, revisión y selección de la bibliografía				P	P							
				R	R							
Elaboración del protocolo.						P	P	P				
						R	R	R				
Recolección de información.									P			
									R			
Análisis de resultados.										P		
										R		
Escritura de tesis e informes.											P	P
											R	R

CAPÍTULO 2:

DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DE SERVICIO SOCIAL

INTRODUCCIÓN

La Delegación Estado de México Oriente a través del régimen obligatorio da cobertura a 3.1 millones de mexiquenses, para otorgar una atención integral preventiva cuenta en el primer nivel de atención, con 46 Unidades de Medicina Familiar, donde se atiende el 85% del total de consultas y para satisfacer esta demanda se cuenta con 20,000 trabajadores en las categorías de Médico Familiar, Enfermeras, Trabajadoras Sociales, Asistentes Médicas, Químicos y Laboratoristas, entre otros.



La atención integral preventiva que se otorga en este nivel de atención, ha contribuido a la disminución de la morbilidad y mortalidad en especial la materno-infantil, con el significativo incremento en la esperanza de vida de la población derechohabiente lo que significa enfrentar un perfil de morbilidad y mortalidad de transición epidemiológica, donde coexisten enfermedades infecciosas y las llamadas crónico-degenerativas.

La Dirección de Unidad de Medicina Familiar No. 79, a fin de dar respuesta a las necesidades de salud de su población derechohabiente elaboró conjuntamente con el cuerpo de gobierno el presente diagnóstico de Salud en el que resalta la premisa de Atención Integral a la Salud con enfoque de riesgo, al individuo y la familia en su contexto comunitario, contemplando las tres esferas biológica, psicológica y social, con calidad, oportunidad y eficiencia, enfatizando en la satisfacción del usuario y de los prestadores de servicio.

Para la operación de dicha premisa se considera necesario contar con una herramienta básica, como lo es el Diagnóstico de Salud, que son de gran utilidad en la planeación estratégica y programación de actividades en los diferentes servicios de la Unidad, por lo que se requiere adecuarla a las necesidades

actuales y dar cauce a las actividades sustantivas del Médico de Familiar y del equipo multidisciplinario de salud.

El Diagnósticos de Salud, permitirá entre otros aspectos, conocer las condiciones de riesgos y daños a la salud presentes en la población derechohabiente de esta Unidad, correlacionar el perfil demográfico y epidemiológico, evaluar el impacto de las acciones realizadas, los recursos disponibles y su optimización, lo que propiciará al médico familiar el ejercicio de su liderazgo con el grupo de apoyo, y la planeación de su actividad cotidiana con el objetivo de proporcionar una atención integral a la salud a su población. Así mismo, identificar las necesidades de capacitación, actualización y desarrollo del personal de salud y de la población, propiciar la interacción continua y eficiente de los servicios de apoyo de la Unidad.

El presente documento establece la metodología para elaborar el diagnóstico de Salud en la Unidad, los módulos de atención preventiva integrada y los consultorios de Medicina Familiar para que sea de utilidad en la planeación y programación de las actividades.

OBJETIVOS

General

Realizar el diagnóstico y Análisis de la situación de salud de la Delegación Regional Estado de México Oriente, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Específicos

1. Analizar las determinantes del estado de salud de la población derechohabiente.
2. Contar con las bases para elaborar el Plan de Acción Estratégico que permita las modificaciones necesarias para mejorar el estado de Salud y mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

Colateral

Efectuar capacitación a prestadores de servicios de salud según necesidades identificadas.

La delegación regional Estado de México se crea administrativamente en el año 1998, anteriormente dentro del sistema de administración del Instituto, solo existía una sola delegación. Se encuentra ubicada al Oriente del estado y limita con el Distrito federal, Morelos, Puebla, Hidalgo, Querétaro y Tlaxcala.

La delegación se ubica geográficamente entre los paralelos 19° 19' y 18° 46' de Latitud Norte y los meridianos 19° 49' y 19° 52' de Longitud Oeste del meridiano de Greenwich, a una altura media de 2,420 metros sobre el nivel del mar.

El área delegacional generalmente corresponde en un alto porcentaje a zonas suburbanas y urbanas en donde se ubican complejos industriales bien identificados sobre todo en los municipios de Ecatepec, Tlalnepantla, Tultitlán, Cuautitlán Izcalli en donde también existe una amplia cartera de servicios sobre todo en las cabeceras municipales lo que genera una gran cantidad de movimientos de la población lo que incrementa el riesgo de accidentes de trayecto, existiendo áreas rurales de cultivo en donde principalmente se siembra maíz, jitomate, pepino, nopal, tuna; sobre todo en los municipios de Chalco, Amecameca, Juchitepec, Tlalmanalco y Ozumba, Otumba y San Juan Teotihuacán; contando con un número total de habitantes de 15,175,862 distribuidos de la siguiente manera:

HABITANTES POR MUNICIPIO

Clave del municipio	Municipio	Cabecera municipal	Habitantes (2010)
1	Acambay	Acambay	60 918
2	Acolman	Acolman de Nezahualcóyotl	136 558
3	Aculco	Aculco de Espinoza	44 823
4	Almoloya de Alquisiras	Almoloya de Alquisiras	14 856

5	Almoloya de Juárez	Villa de Almoloya de Juárez	147 653
6	Almoloya del Río	Almoloya del Río	10 886
7	Amanalco	Amanalco de Becerra	22 868
8	Amatepec	Amatepec	26 334
9	Amecameca	Amecameca de Juárez	48 421
10	Apaxco	Apaxco de Ocampo	27 521
11	Atenco	San Salvador Atenco	56 243
12	Atizapán	Santa Cruz Atizapán	10 299
13	Atizapán de Zaragoza	Ciudad López Mateos	489 937
14	Atlacomulco	Atlacomulco de Fabela	93 718
15	Atlautla	Atlautla de Victoria	27 663
16	Axapusco	Axapusco	25 559
17	Ayapango	Ayapango de Gabriel Ramos M.	8 864
18	Calimaya	Calimaya de Díaz González	47 033
19	Capulhuac	Capulhuac de Mirafuentes	34 101
20	Coacalco de Berriozábal	San Francisco Coacalco	278 064
21	Coatepec Harinas	Coatepec Harinas	36 174
22	Cocotitlán	Cocotitlán	12 142
23	Coyotepec	Coyotepec	39 030
24	Cuautitlán	Cuautitlán	140 059

25	Chalco	Chalco de Díaz Covarrubias	310 130
26	Chapa de Mota	Chapa de Mota	27 551
27	Chapultepec	Chapultepec	9 676
28	Chiautla	Chiautla	26 191
29	Chicoloapan	Chicoloapan de Juárez	175 053
30	Chiconcuac	Chiconcuac de Juárez	22 819
31	Chimalhuacán	Chimalhuacán	614 453
32	Donato Guerra	Villa Donato Guerra	33 455
33	Ecatepec de Morelos	Ecatepec de Morelos	1656 107
34	Ecatzingo	Ecatzingo de Hidalgo	9 369
35	Huehuetoca	Huehuetoca	100 023
36	Hueyoxtla	Hueyoxtla	39 864
37	Huixquilucan	Huixquilucan de Degollado	242 167
38	Isidro Fabela	Tlazala de Fabela	10 308
39	Ixtapaluca	Ixtapaluca	467 361
40	Ixtapan de la Sal	Ixtapan de la Sal	33 541
41	Ixtapan del Oro	Ixtapan del Oro	6 629
42	Ixtlahuaca	Ixtlahuaca de Rayón	141 482
43	Xalatlaco	Xalatlaco	26 865
44	Jaltenco	Jaltenco	26 328
45	Jilotepec	Jilotepec de Molina Enríquez	83 755
46	Jilotzingo	Santa Ana Jilotzingo	17 970
47	Jiquipilco	Jiquipilco	69 031

48	Jocotitlán	Jocotitlán	61 204
49	Joquicingo	Joquicingo de León Guzmán	12 840
50	Juchitepec	Juchitepec de Mariano Rivapalacio	23 497
51	Lerma	Lerma de Villada	134 799
52	Malinalco	Malinalco	25 624
53	Melchor Ocampo	Melchor Ocampo	50 240
54	Metepec	Metepec	214 162
55	Mexicaltzingo	San Mateo Mexicaltzingo	11 712
56	Morelos	San Bartolo Morelos	28 426
57	Naucalpan de Juárez	Naucalpan de Juárez	833 779
58	Nextlalpan	Ciudad Nezahualcóyotl	34 374
59	Nezahualcóyotl	Santa Ana Nextlalpan	1110 565
60	Nicolás Romero	Villa Nicolás Romero	366 602
61	Nopaltepec	Nopaltepec	8 895
62	Ocoyoacac	Ocoyoacac	61 805
63	Ocuilan	Ocuilan de Arteaga	31 803
64	El Oro	El Oro de Hidalgo	34 446
65	Otumba	Otumba de Gómez Farías	34 232
66	Otzoloapan	Otzoloapan	4 864
67	Otzolotepec	Villa Cuauhtémoc	78 146
68	Ozumba	Ozumba de Alzate	27 207

69	Papalotla	Papalotla	4 147
70	La Paz	Los Reyes Acaquilpan	253 845
71	Polotitlán	Polotitlán de la Ilustración	13 002
72	Rayón	Santa María Rayón	12 748
73	San Antonio la Isla	San Antonio la Isla	22 152
74	San Felipe del Progreso	San Felipe del Progreso	121 396
75	San Martín de las Pirámides	San Martín de las Pirámides	24 851
76	San Mateo Atenco	San Mateo Atenco	72 579
77	San Simón de Guerrero	San Simón de Guerrero	6 272
78	Santo Tomás	Santo Tomás de los Plátanos	9 111
79	Soyaniquilpan de Juárez	San Francisco Soyaniquilpan	11 798
80	Sultepec	Sultepec de Pedro Ascencio de Alquisiras	25 809
81	Tecámac	Tecámac de Felipe Villanueva	364 579
82	Tejupilco	Tejupilco de Hidalgo	71 077
83	Temamatla	Temamatla	11 206
84	Temascalapa	Temascalapa	35 987
85	Temascalcingo	Temascalcingo de José María Velasco	62 695
86	Temascaltepec	Temascaltepec de González	32 870
87	Temoaya	Temoaya	90 010

88	Tenancingo	Tenancingo de Degollado	90 946
89	Tenango del Aire	Tenango del Aire	10 578
90	Tenango del Valle	Tenango de Arista	77 965
91	Teoloyucán	Teoloyucan	63 115
92	Teotihuacán	Teotihuacán de Arista	53 010
93	Tepetlaoxtoc	Tepetlaoxtoc de Hidalgo	27 944
94	Tepetlixpa	Tepetlixpa	18 327
95	Tepotzotlán	Tepotzotlán	88 559
96	Tequixquiac	Tequixquiac	33 907
97	Texcaltitlán	Texcaltitlán	17 390
98	Texcalyacac	San Mateo Texcalyacac	5 111
99	Texcoco	Texcoco de Mora	235 151
100	Tezoyuca	Tezoyuca	35 199
101	Tianguistenco	Santiago Tianguistenco de Galeana	70 682
102	Timilpan	San Andrés Timilpan	15 391
103	Tlalmanalco	Tlalmanalco de Velázquez	46 130
104	Tlalnepantla de Baz	Tlalnepantla	664 225
105	Tlatlaya	Tlatlaya	32 997
106	Toluca	Toluca de Lerdo	819 561
107	Tonatico	Tonatico	12 099
108	Tultepec	Tultepec	91 808
109	Tultitlán	Tultitlán de Mariano Escobedo	524 074

110	Valle de Bravo	Valle de Bravo	61 599
111	Villa de Allende	San José Villa de Allende	47 709
112	Villa del Carbón	Villa del Carbón	44 881
113	Villa Guerrero	Villa Guerrero	59 991
114	Villa Victoria	Villa Victoria	94 369
115	Xonacatlán	Xonacatlán	46 331
116	Zacazonapan	Zacazonapan	4 051
117	Zacualpan	Zacualpan	15 121
118	Zinacantepec	San Miguel Zinacantepec	167 759
119	Zumpahuacán	Zumpahuacán	16 365
120	Zumpango	Zumpango de Ocampo	159 647
121	Cuautitlán Izcalli	Cuautitlán Izcalli	511 675
122	Valle de Chalco Solidaridad	Xico	357 645
123	Luvianos	Villa Luvianos	27 781
124	San José del Rincón	San José del Rincón Centro	91 345
125	Tonanitla	Santa María Tonanitla	10 216

Tlalnepantla: cuenta con una población total de 664,225 habitantes, 51.56% (342,478) de ellos son hombres y el 48.4% (321,747) corresponden a mujeres.

TOTAL POBLACIÓN	MUJERES	%	HOMBRES	%
664,225	321,747	48.44	342,478	51.56
INEGI 2010				



UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE TLALNEPANTLA

El territorio correspondiente al municipio de Tlalnepantla se sitúa geográficamente en el centro del Estado de México, sobre el Valle de México en su porción septentrional, el cual a su vez está situado en el

centro de la República Mexicana.

LÍMITES MUNICIPALES El municipio de Tlalnepantla es el único en el país que está dividido en dos territorios:



- Zona Oriente
- Zona Poniente

Zona poniente, que representa el 74.6% de la superficie del territorio; esta zona limita al norte con los municipios de:

- Cuautitlán
- Tultitlán

Al sur con:

- Distrito Federal (delegación Azcapotzalco)
- Naucalpan de Juárez

La Planicie ocupa la mayor parte de la porción Poniente de Tlalnepantla y la menor de la porción Oriente. Tiene una altitud promedio de 2,240 metros sobre el nivel del mar, con pendientes menores al 6%. Es el único Municipio de todo el país dividido en 2 partes.

ALTURA

Los terrenos del municipio van desde 2,700 m.s.n.m. Adoptando la forma de un plano inclinado, la parte más baja se encuentra hacia el oriente y la más alta hacia el norte. El centro de Tlalnepantla se ubica a los 2, 251, 035 m.s.n.m.

OROGRAFÍA

La orografía del Estado de México, está representada por la Sierra Nevada, que incluye a los volcanes Popocatepetl (que por su actividad volcánica representa un riesgo latente) e Iztaccíhuatl, así como la Sierra de Monte Alto y Monte Bajo que forma parte del límite con el Distrito Federal y en la que se encuentra el Cerro gordo.



OROGRAFÍA DEL MUNICIPIO DE TLANEPANTLA

ZONA	VÉRTICE	ALTURA
Poniente	Cerro El Tenayo	2,470 mts sobre nivel del mar
	Cerro Tlayocampa	2,420 mts sobre nivel del mar
	Cerro Las peñas	2,550 mts sobre nivel del mar
	Cerro El Kilo	2,350 mts sobre nivel del mar
Oriente	Cerro de Cunahuatpec	2,580 mts sobre nivel del mar

HIDROGRAFÍA

Está representada principalmente por los ríos de los Remedios y de la Compañía, que atraviesan de oriente a poniente la superficie delegacional y que representan riesgos de inundación en época de lluvias; así como arroyos y lagunas como la de Santa Elena en Jilotepec, Zumpango y Presas como la de Guadalupe en Cuautitlán Izcalli.

El Río de los Remedios a través del paso por el municipio, se reconoce como *el Coporo*, San Buenaventura y San Camilo. Lamentablemente, en la actualidad estos ríos se encuentran altamente contaminados, ya que forman parte del sistema de desagüe y drenaje (por las vertientes de estos ríos transitan desechos domésticos e industriales).

VASOS REGULADORES	OTRAS CORRIENTES DE AGUA
Fresnos	La Cuchilla La Paloma La Joya
Carretas	La Coladera La Carbonera
Vaso de Cristo	El Ojito El Olivo

Forman también parte de este sistema los vasos reguladores:



Geología				
Era	Período	Roca o suelo	Unidad litológica	% de la superficie municipal
Cenozoica	Cuaternario	Suelo	Aluvial	36.02
			Lacustre	13.15
	Terciario	Ígnea extrusiva	Andesita	32.24
			Brecha volcánica intermedia	3.73
			ND	Volcanoclástica

Fuente: INEGI. Cuaderno Estadístico Municipal. México, Gobierno del Estado de México, H.

GEOLOGÍA

El territorio del municipio de Tlalnepantla

constituyen el límite norponiente de la cuenca del Valle de México, definido topográficamente por la Sierra Guadalupe, cuya principal formación geológica, la Tarango, es la más antigua del Valle.

Predominan en los lomeríos de rocas ígneas intrusivas:

- Tobas
- Andesitas
-

En las faldas de estas formaciones se encuentran areniscas tobaceas, poco consolidadas, que fueron las que propiciaron la explotación de minas de arena hasta principios de este siglo.

También se pueden encontrar bancos de:

- Arena
- Grava
- Arcillas
- Cantera

La parte más baja del Valle está formada por suelos de origen aluvial y limos arenosos mediantemente compactos y de una profundidad variable que pueden llegar hasta 25 metros.

Existen numerosas fallas de tipo normal, siendo las más importantes:

- Barrientos, Guadalupe, Ciudad Labor
- La Quebrada
- La Biznaga, Tenayuca, El Panal y Chiquihuite, La Cañada, San Martin.

FLORA



La vegetación es poca, con las características generales del Valle de México, estas ya han sido alteradas sus formas originales a causa de la acción del hombre, esta circunstancias hace que las zona donde existe algunas vegetación original se localicen exclusivamente en las elevaciones que rodean al área.

Existen aéreas de pastizales, algunas zonas cuya vegetación se compone por plantas adaptadas a los climas predominantemente secos- desérticos como uña de gato, huizache, nopal, maguey y cactáceas.

En las últimas décadas la vegetación de la Sierra Guadalupe se ha visto modificada por el impacto de la deforestación causada por los asentamientos humanos irregulares que han ganado terreno a los pastizales, así como por las acciones de reforestación en las que se han plantado especies como el eucalipto, el pirul, jacaranda y arrayan.

FAUNA

El deterioro de la vegetación, la variación de las condiciones ambientales, así como el aumento de los asentamientos humanos, son algunos elementos que han incidido en la disminución de la fauna que anteriormente existía.

Sin embargo, aún es posible encontrar en la Sierra de Guadalupe las siguientes especies: gorrión, tuza, liebre, serpiente, conejo, tecolote.

CLIMA

El clima es considerado templado subhúmedo con lluvias en verano.

TEMPERATURA	Grados °C
Media anual	15.6 °C

Mínima	12.0 °C
Máxima	18.2 °C
Promedio	15.6 °C
Con poca oscilación térmica	12 y 18 °C

PRECIPITACIÓN

La precipitación pluvial anual es de 733.9 mm; en los meses de junio, julio, agosto y septiembre se concentra hasta el 80% del total anual de dicha precipitación.

TIPO Y USO DE SUELO

La zona de Lomas (ZONA I): está formada por suelos firmes arenosos y piedras calizas de origen volcánico compactas de alta capacidad de origen y baja de formalidad. La superficie es muy resistente y rara vez los sismos causan daños.

La zona de transición (ZONA II): se caracteriza por los cambios progresivos entre los materiales de la zona dura de la Ciudad de México (D.F.) con zona más débil, que es la del lago desecado. Es sensible a los sismos, pero no manifiesta peligrosidad a menos de que las construcciones sean débiles.

La zona de serranía (ZONA III): esta es la prolongación de la zona de Lomas y está constituida por los cerros y montañas que rodean al Valle de México.

Las características de las 6619.5 has. que constituyen el área urbana de Tlalnepantla son las siguientes:

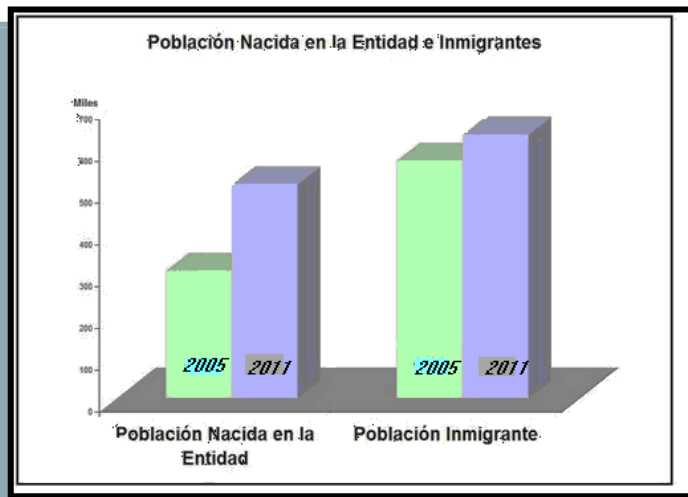
- La vivienda ocupa 2,206.4 has. que representan el 33.3% del área urbana
- Los usos habitacionales se encuentran distribuidos desordenadamente y en su mayor parte aislados unos de otros.
- Las áreas comerciales y de servicios abarcan 1,163.3 has., que representan el 17.4% y estas se encuentran localizadas en las vías públicas y principalmente en el centro tradicional.

SISMICIDAD

Históricamente, para el caso de Tlalnepantla como parte del Valle de México, los sismos más importantes son los de subducción, lo que provoca movimientos trepidatorios, y los producidos intraplaca, que generalmente son del tipo oscilatorio. Dentro del territorio municipal se manifiestan dos zonas sísmicas:

- Zona I: es de terreno firme con periodos menores de 40 segundos.
- Zona II: con terreno de transición y periodos muy grandes que llegan a ser de 95 segundos.

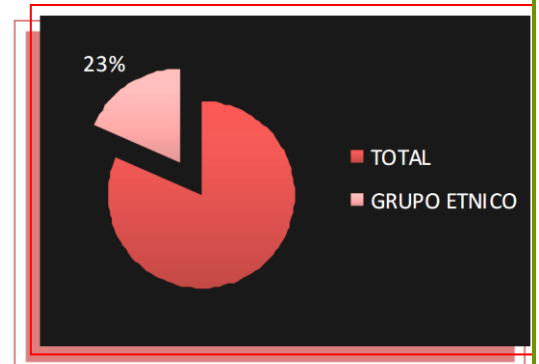
MIGRACIÓN



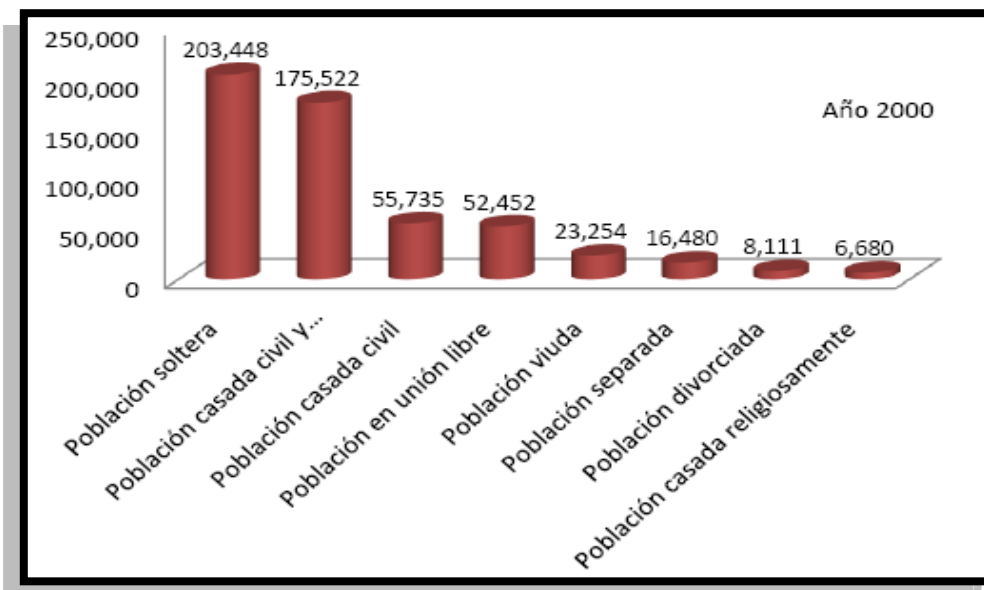
GRUPO ÉTNICO Y DIALECTO

En el municipio de Tlalnepantla se observa que el 23% de la población representa algún grupo étnico, cuya lengua es el Náhuatl.

TOTAL	GRUPO ÉTNICO	N. DE HAB.	DIALECTO
100%	23%	8821	NÁHUATL



ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN



Variable	Porcentaje
Población soltera	37.47
Población casada civil y religiosamente	32.33
Población casada civil	10.27
Población en unión libre	9.7
Población viuda	4.3
Población separada	3.0
Población divorciada	1.5
Población casada religiosamente	1.23

Nota. Se considera la población de 12 años y más.
Se excluye la población no especificada.

CARACTERISTICAS DE LOS HOGARES.

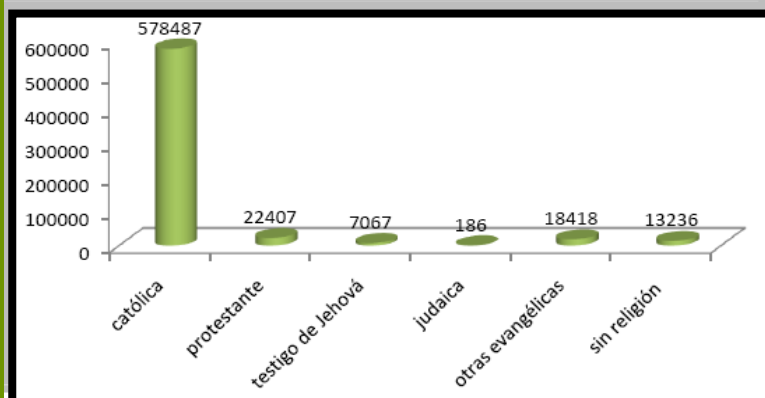
Variable	Porcentaje
Hogares familiares*	92.61
Hogares con jefatura masculina	77.31
Hogares con jefatura femenina	22.69
Hogares familiares nucleares	73.61
Hogares familiares ampliados	25.11
Hogares familiares compuestos	.46

ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN

Variable	Porcentaje
Población alfabeta	96.70
Población alfabeta masculina	46.62
Población alfabeta femenina	50.08
Población analfabeta	3.15
Población analfabeta masculina	.92
Población analfabeta femenina	2.23
Promedio de escolaridad de la población	8.9

Nota. Se considera la población de 15 años y más.
Se excluye la población no especificada.

RELIGION



Variable	Porcentaje
Católica	80.1
Protestante y evangélica	3.1
Testigo de Jehová	.97
Judaica	.02
Otras evangélica	2.5
Población sin religión	1.83

Nota. Se considera la población de 5 años y más.
Se excluye la población no especificada.

PARTIDOS POLÍTICOS

Al igual que el municipio de Naucalpan, Atizapán, Izcalli, Cuautitlán y otros, fue enclave del Partido Revolucionario Institucional (PRI) hasta que en 1996 en Partido Acción Nacional (PAN) obtuvo la alcaldía hasta el 2009. Sin embargo, en 2011 el PRI recupera el ayuntamiento; actualmente el edil municipal es el Lic. Pablo Basañez García.

DAÑOS A LA SALUD POR AGRESIÓN Y VIOLENCIA

Los *problemas económicos y el desempleo* son los principales factores que provocan la violencia intrafamiliar.

La *falta de educación*, escasos valores, el tipo de educación que se tiene, los valores que se inculquen en la familia, la relación de la familia y la situación cultural al interior de la familia y en las escuelas son factores que intervienen en la violencia intrafamiliar.

DROGAS CONSUMIDAS

La marihuana es una de las principales drogas consumidas. La inhalación de solventes, es el principal medio de intoxicación usado por jóvenes; el uso de la cocaína, en sus diferentes presentaciones, se ha extendido actualmente a diversos sectores de la población.

TABAQUISMO

La población entre 12 y 65 años presenta hábito tabáquico, el grupo de edad con mayor prevalencia es el comprendido entre los 18 y 29 años.

ALCOHOLISMO

Se calcula que la población entre 12 a 29 años ha consumido bebidas embriagantes al menos una vez en su vida; un gran porcentaje de estos pacientes son del género masculino, sin embargo, se ha observado un incremento en el consumo de alcohol en el género femenino. La cerveza es el principal producto consumido, seguida por los vinos de mesa y los destilados (ron, brandy, etc.).

VÍAS DE COMUNICACIÓN

ARTERIAS VIALES	LIMITES
Vía Gustavo Baz	Límite con ciudad Satélite hasta la Colonia la Quebrada
Autopista México-Querétaro	Desde Valle Dorado hasta Perinorte
Av. Mario Colín	Desde Tenayuca hasta Periférico Norte
Av. Reyes Heróles	Desde Av. Ceylán hasta Autopista México-Querétaro

TRANSPORTE

El Municipio de Tlalnepantla, al igual que el resto del Estado de México, cuenta con una amplia red de medios de transporte entre los que destacan, el ferrocarril suburbano que comunica los Municipios de Cuautitlán Izcalli, Tultitlán y Tlalnepantla con el Distrito Federal disminuyendo los tiempos de traslado y beneficiando a toda la población; la línea 3 del Metrobus que tiene su terminal en la localidad de Tenayuca y comunica con el Distrito Federal; también se cuenta con numerosas rutas de transporte colectivo.



RIESGOS DE ORIGEN NATURAL Y ANTROPOGENICO

En Caso de presentarse algún desastre natural o antropogénico, el municipio de Tlalnepantla de Baz cuenta con planes de preparación y respuesta por medio de los siguientes departamentos. Los números para atención en caso de emergencia dentro del municipio son:

	ATENCIÓN CIUDADANA	53 66 44 50
	EMERGENCIAS	53 66 44 44 53 66 39 22 53 66 39 23
	SECRETARÍA PARTICULAR Z.O.	57 15 64 66 y 57 15 31 44
	PROTECCIÓN CIVIL	53 90 65 48 - 53 90 59 91
	PROTECCIÓN CIVIL DEL EDO. DE MÉXICO	53 58 13 78 y 53 58 12 64
	BOMBEROS DE TLALNEPANTLA	55 65 36 38

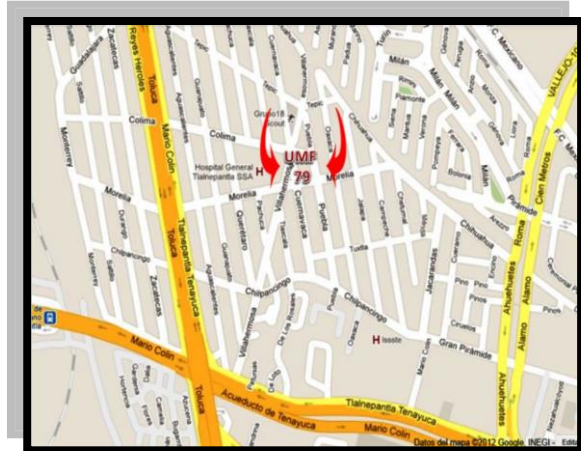
CAPÍTULO 3:

**DESCRIPCIÓN DE LA
UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR,
INFRAESTRUCTURA,
RECURSOS FÍSICOS Y
HUMANOS.**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 79 “VALLE CEYLAN”

LOCALIZACIÓN

La Unidad de Medicina Familiar No. 79, “Valle Ceylán”, se encuentra ubicada en Av. Cuernavaca s/n, Col. Valle Ceylán, Municipio de Tlalnepantla, cuenta con 2 líneas telefónicas 5391 8559 y 5392 3755. A continuación se muestran los tiempos de recorrido entre la UMF y las unidades médicas que dan apoyo y servicios a la población derechohabiente



ACCESIBILIDAD			
UNIDAD	DISTANCIA	TIEMPO EN MINUTOS	
	Kms.	V. PROPIO	TRANSP. COLECTIVO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 79	----	----	----
DE U.M.F. # 79 AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 57	12	30	45
DE U.M.F. # 79 AL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICA # 60	4	10	30
<i>OTRAS UNIDADES DE APOYO (2o y 3er NIVEL)</i>			
HOSPITAL GENERAL REGIONAL # 72	6	20	40
HOSPITAL UNIDAD MEDICA DE ATENCION AMBULATORIA # 199	9	25	40
HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MEDICO LA RAZA	9	25	50
HOSPITAL ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA			
HOSPITAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 64	6	15	35
HOSPITAL TYOLV UMAE	14	40	55

ANTECEDENTES

La construcción fue diseñada para funcionar como guardería, posteriormente se utilizó para actividades administrativas.

A partir de Marzo de 1988, se inició la implantación y remodelación del inmueble para convertirlo en Unidad de Medicina Familiar, se abrió al público el 21 de noviembre de 1988, siendo Director de la Unidad el Dr. Manuel Aguilar Mena. Actualmente la Dirección de la unidad se encuentra a cargo de la Dra. Martha Patricia Soriano López.



El horario de atención de la Unidad es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 20:00 pm.

MISION DE LA UMF 79

Preservar el estado de salud del trabajador y sus familias a través de una atención médica integral, elevando su calidad de vida a fin de satisfacer sus necesidades y adelantarnos a sus expectativas.

VISION DE LA UMF 79

Ser la mejor Unidad de Medicina Familiar en el Ámbito Delegacional otorgando una atención de calidad en todos nuestros servicios con un alto sentido humano.

CENTRO DE PARTICIPACIÓN Y RECREACIÓN

Los usuarios de la U.M.F. 79 cuentan con el *Centro de Seguridad Social Tejabanes* el cual está ubicado en Av. Presidente Juárez s/n, Viveros de la Loma, Tlalnepantla, donde se brindan servicios como impartición de Cursos de ritmos afro-latinos, baile de salón, teatro, danza folklórica, música instrumental y vocal, artes visuales, fotografía, danza recreativa, artesanías con especialidad en artes plásticas, etc.

RECURSOS FÍSICOS:

La Unidad de Medicina Familiar No. 79 ocupa una superficie de terreno de 4,136 m², construida en un edificio de dos plantas. En la planta baja se encuentra la mayoría de los servicios para la atención del derechohabiente (consultorios de Medicina Familiar, Estomatología, Medicina Preventiva, Trabajo social, Enfermera Materno Infantil, Curaciones etc.), mientras que la planta alta está destinada básicamente para el área de Gobierno; además en este nivel se encuentra: el servicio de Nutrición, Epidemiología, Enseñanza y Control de Prestaciones.

PLANTA BAJA

Contamos con los siguientes servicios destinados al derechohabiente:

- 11 Consultorios de Medicina Familiar
- 5 Módulo de Atención Preventiva Integrada
- 2 Consultorios de Estomatología
- 2 Cubículos de Trabajo social
- 1 Jefatura de Departamento Clínico.
- 1 Oficina de Salud en el Trabajo
- 1 Módulo de Atención y Orientación al Derechohabiente
- 1 Farmacia
- 1 Cubículo de Promotoras Voluntarias
- 1 Consultorio para curaciones
- 1 Central de Equipo Y Esterilización
- 1 Oficina de ARIMAC
- 1 Sanitarios para derechohabientes mujeres

- 1 Sanitarios para derechohabientes hombres
- 1 Sala de espera
- 1 Área concesionada para la cafetería
- 1 Área Credencialización

Servicios destinados a los trabajadores de la Unidad:

- 1 Vestidor con sanitarios para Mujeres
- 1 Vestidor con sanitarios para Hombres
- 1 Comedor
- 1 Almacén
- 1 Oficina de Servicios Básicos
- 1 Lugar para la Red Fría
- 1 Sala de Maquinaria
- 1 Espacio para los desechos (RPBI).
- 1 Espacio para el Servidor del sistema de información electrónica

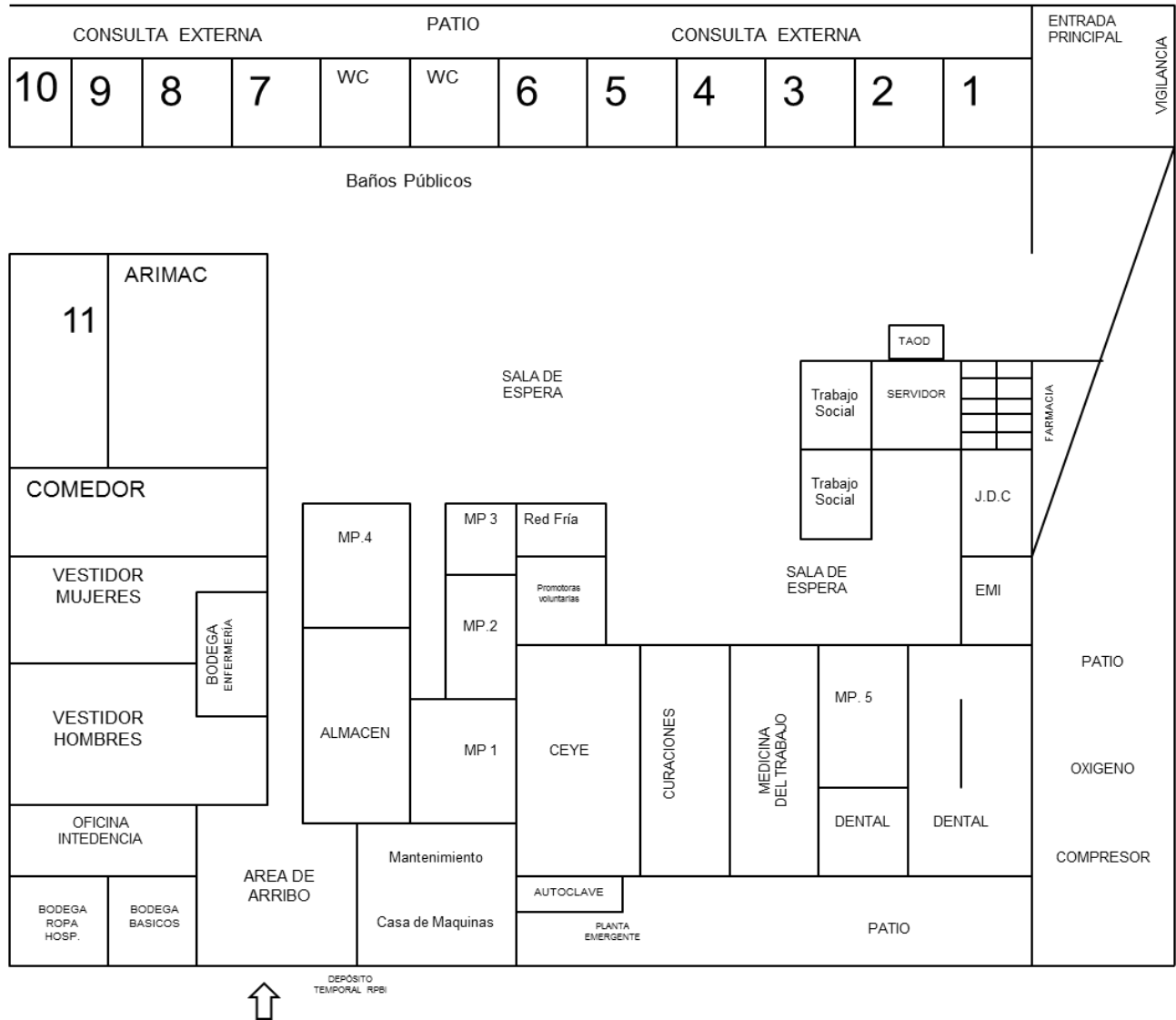
PLANTA ALTA

En este espacio encontramos los siguientes servicios:

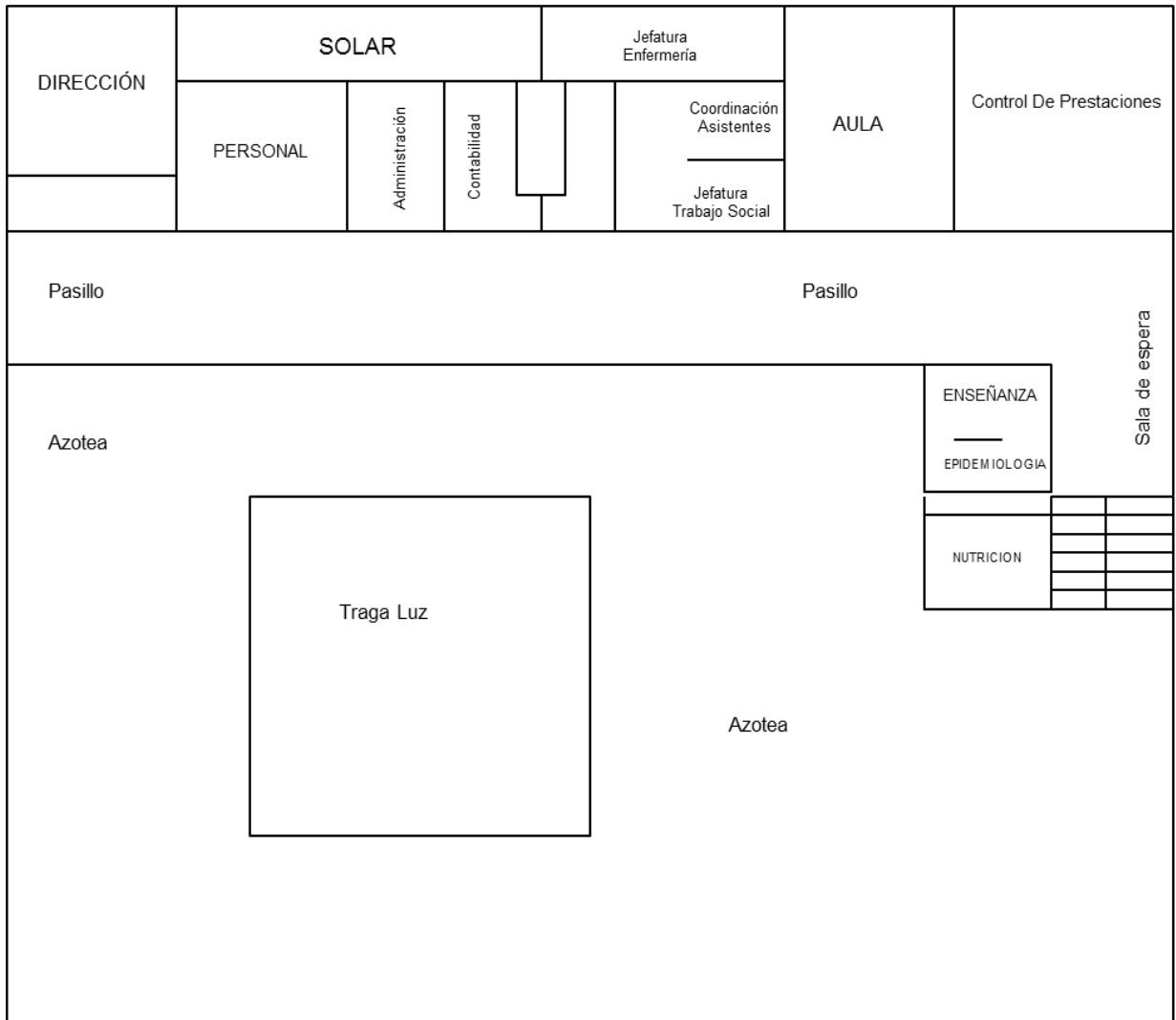
- 1 Aula
- 1 Oficina de Educación en Salud e Investigación
- 1 Oficina de Epidemiología
- 1 Consultorio de Nutrición
- 1 Departamento de Control de Prestaciones
- 1 Área de espera
- 1 Oficina para la Jefatura de Enfermería
- 1 Oficina para Jefatura de Trabajo Social y
- 1 Coordinación de Asistentes Médicas
- 1 Cubículo para COBCIR.
- 1 Oficina de Administración
- 1 Oficina de Personal
- 1 Área para dos dispositivos Biométricos

CROQUIS DE LA UNIDAD.

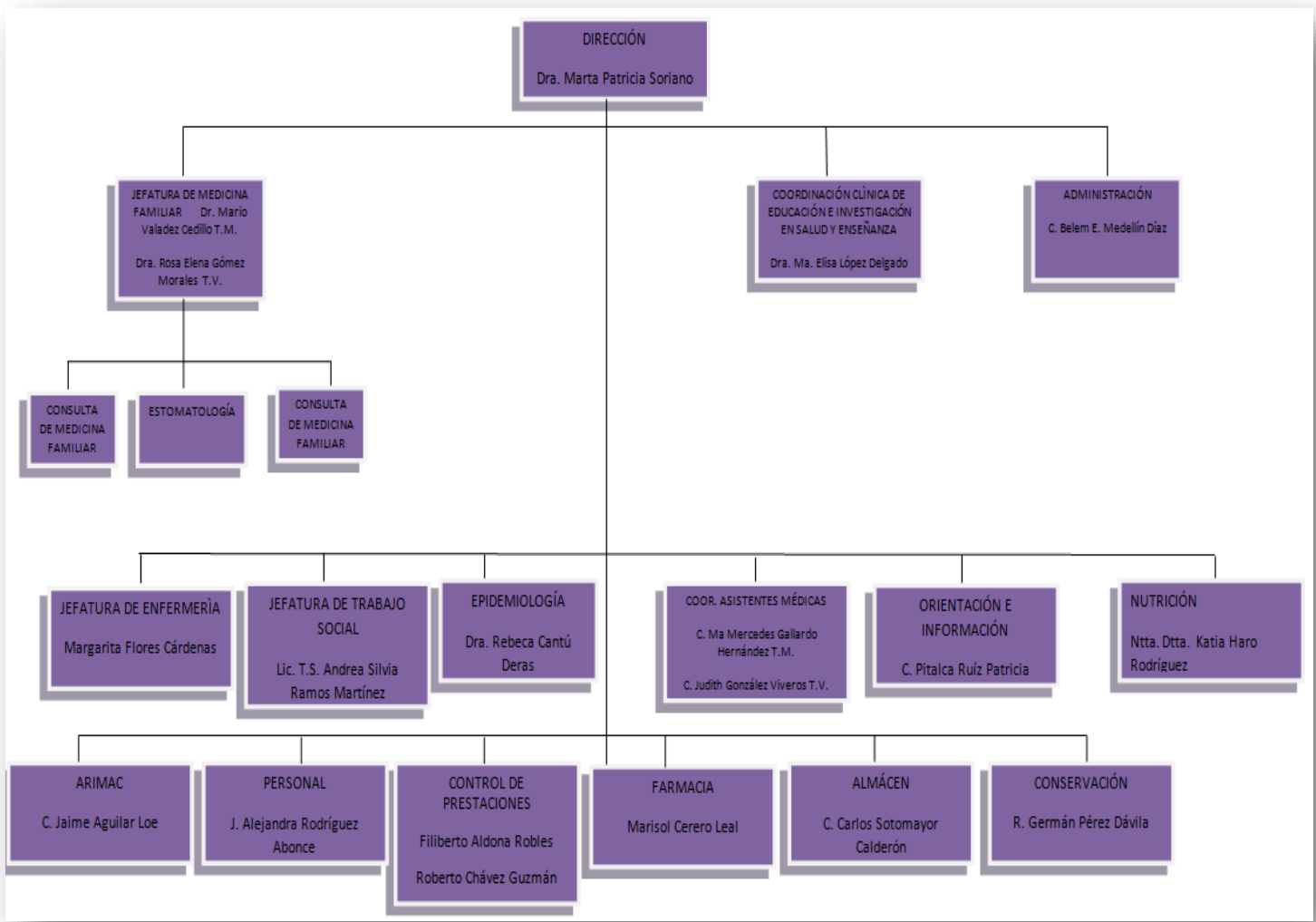
PLANTA BAJA.



PLANTA ALTA



ORGANIGRAMA.



RECURSOS HUMANOS.

CATEGORÍA: GOBIERNO	Número
Directora	1
Jefe de personal	1
Jefe de Departamento Clínico T.M	1
Jefe de Departamento Clínico T.V.	1
Jefe de Enseñanza	1
Jefe de Enfermería	1
Jefe de Trabajo Social	1
Administrador	1
T.A.O.D.	1
TOTAL	9
MÉDICOS Y ENFERMERAS	Número
Médico no Familiar	3
Médico Familiar	23
Médico General	2
Estomatólogos	4
Enfermera Jefe de Piso	2
Enfermera Especialista	4
Enfermera General	4
Auxiliar de enfermería S.P.	7
Auxiliar de Enfermera General	9
TOTAL	53
CATEGORIA	Número
Nutricionista	1
Trabajadoras Sociales	4
Coord. Asistentes Medicas	2
Asistentes Médicas	27
TOTAL	34
FARMACIA	Número
Auxiliar de Farmacia	3

Ayudante de farmacia	2
Oficial de Farmacia	1
TOTAL	6
ARIMAC	Número
J. de Grupo de Estadística	1
Coordinador de estadística	1
Oficiales de estadística	2
Auxiliar de Oficina	3
Mensajeros	2
TOTAL	9
INTENDENCIA	Número
Ayudantes de Servicio de Intendencia	1
Auxiliar de Intendencia	7
TOTAL	8
CATEGORIA	Número
Técnico Polivalente	1
TOTAL	1
CONTROL DE PRESTACIONES	Número
Coordinador de Servicios Técnicos	2
Oficial de Servicios Técnicos	1
Auxiliar Universal de Oficina	4
TOTAL	7
CATEGORIAS	Número
Auxiliar de Soporte Técnico	1
Auxiliar de Oficina	12
Mensajero	1
TOTAL	14
TOTAL DE PERSONAL UMF 79	141

INFRAESTRUCTURA

SERVICIOS	HORARIO	CARACTERISTICA	REFERENCIA O CONTRARREFERENCIA	PERSONAL
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR	08.00 a 14.00 hrs matutino 14.00 a 20.00 hrs vespertino	Atención integral	UMF 79 (Servicios Internos) UMF 64 (Laboratorio y Rx) HGZ 57 (Ortopedia y Maxilo-facial) HGR 72 (especialidades de 2° nivel de atención, planificación familiar) UMAA 199 (Cirugías ambulatorias) UMFR MAG SAL. (rehabilitación)	2 Jefes de Servicios, 22 médicos, 1 médico cubre-vacaciones
ESTOMATOLOGIA	7.30 a 13.30 hrs matutino 13.30 a 20.00 hrs. vespertino	Atención integral estomatológica	UMF 79 (Servicios Internos) UMF 64 (Labs, y Rx.) HGZ 57 (Maxilofacial)	4 Médicos Estomatólogos
MEDICINA PREVENTIVA	7.30 a 13.30 hrs matutino 13.30 a 20.00 hrs. vespertino	Atención Preventiva Integral	UMF 79	Un Médico Epidemiólogo, 3 Enf. Especialistas en Medicina de Familia y una vacante, 7 Enf. Auxiliares en Salud Pública, 2 Jefes de Piso, 1 Jefe de Enfermeras
NUTRICION	7.30 a 15.30 hrs	Atención integral Nutricional	Referencia a los servicios de la UMF 79 y apoyo a la UMF 95	Una Nutrióloga
SALUD EN EL TRABAJO	7,30 a 14.00 hrs	Atención en riesgos de trabajo, Tramite de pensiones y Estados de Invalidez	Referencia a los servicios de la UMF 79. HGR 72 (DIST)	2 médicos especialistas en Salud en el Trabajo
TRABAJO SOCIAL	8.00 a 14.30 matutino 14.00 a 20.30 hrs vespertino	Atención al derechohabiente y apoyo Social	Referencia a servicios Institucionales y/o Extrainstitucionales, así como Redes Sociales	1 Jefe de servicio y 4 Trabajadores Sociales. 3 con Licenciatura y una Técnica
ENFERMERIA MATERNO INFANTIL	7.30 a 14.00 hrs.	Atención Integral Materno Infantil	Refiere a servicios de la Unidad	1 Enfermera Materno Infantil
CURACIONES	7.30 a 13.30 hrs matutino 13.30 a 20.00 hrs. vespertino	Curaciones, Inyecciones y Procedimientos de Enfermería	Referencia a servicios de la Unidad.	2 Enfermeras Generales y 2 Aux. de Enfermería
FARMACIA	8.00 a 14.30 hrs matutino 14.30 a 20.00 hrs. vespertino	Expedición de Medicamento	Consulta Externa de Medicina Familiar	1 Jefe de Servicios y 2 ayudantes de farmacia y 2 auxiliares
ARIMAC	8.00 a 13.30 hrs matutino 13.30 a 20.00 hrs. vespertino	Trámite de contrarreferencias	Consulta Externa de Medicina Familiar	1 Jefe de Servicio y 1 Coordinador y 3 Oficiales de Estadística, 3 AUO y un mensajero.
CONTROL DE PRESTACIONES	7.30 a 14.30 hrs matutino 14.30 a 20.00 hrs. vespertino	Vigencias y Trámite de Pensión e Incapacidades.	Consulta Externa de Medicina Familiar	1 Jefe de Servicio y 1 Coordinador, 2 Oficiales y 4 AUO

POBLACIÓN USUARIA

Se cuenta con una población adscrita de 63, 070 personas que se encuentran distribuidos en un promedio de 2,866 usuarios por consultorio, atendemos a 46 colonias cuya población cuenta con agua intra-domiciliaria y drenaje público. El 72% de la población cuenta con enseñanza primaria y el 28% con instrucción pos-primaria. La actividad económica principal es el comercio.

COLONIAS ADSCRITAS A LA U.M.F 79

COLONIAS ADSCRITAS A LA UNIDAD	RECORRIDO EN MINUTOS PARA LLEGAR A LA UNIDAD
ACUEDUCTO TENAYUCA	20 MIN CAMINANDO
AHUEHUETES TENAYUCA	20 MIN CAMINANDO
LOS ANGELES SANTA CECILIA	3 MIN EN COLECTIVO
ARBOLEDA TENAYUCA AMPLIACION	20 MIN EN COLECTIVO
ARBOLEDA TENAYUCA LA	20 MIN EN COLECTIVO
BOSQUES DE VALLE CEYLAN	15 MIN EN CAMINANDO
CANTERA TENAYUCA LA	35 MIN EN COLECTIVO
CECILIA MORA DE GOMEZ Z	35 MIN EN COLECTIVO
COLINA DE LAS PALMAS	35 MIN EN COLECTIVO
CUAUHTEMOC	30 MIN EN COLECTIVO
CUCHILLA LA	30 MIN EN COLECTIVO
EX-EJIDO DE SANTA CECILIA	30 MIN EN COLECTIVO
GUSTAVO BAZ	30 MIN EN COLECTIVO
GUSTAVO BAZ AMPLIACION	30 MIN EN COLECTIVO
HUGO CERVANTES DEL RIO	30 MIN EN COLECTIVO
INDEPENDENCIA	45 MIN EN COLECTIVO
INDEPENDENCIA AMPLIACION	30 MIN CAMINANDO
IZCALLI ACATITLAN	30 MIN EN COLECTIVO
IZCALLI CUCHILLA	15 MIN CAMINANDO
IZCALLI DEL RIO	20 MIN CAMINANDO
IZCALLI PIRAMIDE	15 MIN CAMINANDO
IZCALLI PIRAMIDE II (U. HABIT.)	30 MIN EN COLECTIVO

JARDINES DE SANTA CECILIA	15 MIN CAMINANDO
JARDINES DE SANTA CECILIA (U.HABIT)	15 MIN EN COLECTIVO
LOMA BONITA	20 MIN EN COLECTIVO
PODER DE DIOS TENAYUCA	30 MIN EN COLECTIVO
PUEBLO DE SANTA CECILIA	20 MIN CAMINANDO
ELPUERTO CHALMA	15 MIN EN COLECTIVO
LA PURISIMA TENAYUCA	10 MIN EN COLECTIVO
EL RETIRO TENAYUCA	20 MIN CAMINANDO
EL ROSAL SANTA CECILIA	20 MIN EN COLECTIVO
SANTA CECILIA	20 MIN CAMINANDO
SIDERAL AMPLIACION	10 MIN EN COLECTIVO
SIDERAL TENAYUCA	10 MIN EN COLECTIVO
LA SOLEDAD TENAYUCA	15 MIN EN COLECTIVO
TABLA HONDA	30 MIN EN COLECTIVO
TABLA HONDA (U. HABIT.)	30 MIN CAMINANDO
TENAYO AMPLIACION	15 MIN CAMINANDO
TENAYO	15 MIN EN COLECTIVO
EL TENAYO (U. HABIT.)	15 MIN EN COLECTIVO
LA URBANA	10 MIN CAMINADO
VALLE CEYLAN	DE 5 A 20 MIN CAMINANDO
VALLE DE LAS PIRAMIDES	15 MIN EN COLECTIVO
VALLE DEL TENAYO	2 MIN CAMINANDO

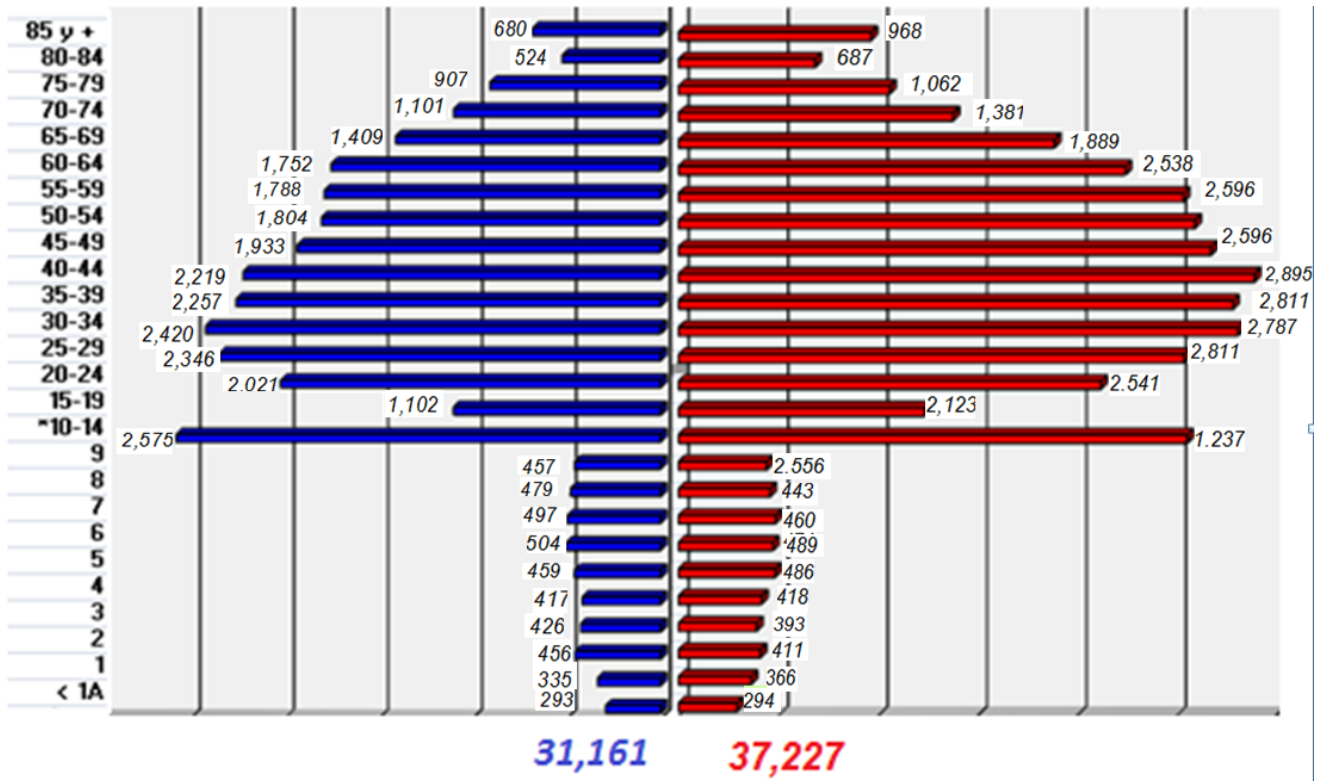
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR CONSULTORIO

La población usuaria de la UMF 79, al 30 junio de 2014, es de 68,388 pacientes.

Distribuida de la siguiente manera:

CONSULTORIO	TURNOS	NIÑOS 0 A 9 AÑOS	ADOLESCENTES 10 A 19 AÑOS	HOMBRES 20 A 59 AÑOS	MUJERES 20 A 59 AÑOS	MAYOR DE 60 AÑOS	TOTAL
1	Matutino	463	321	827	833	615	3119
1	Vespertino	378	317	891	863	540	2989
2	Matutino	495	323	874	942	676	3310
2	Vespertino	334	314	831	871	624	2974
3	Matutino	478	356	749	872	655	3110
3	Vespertino	329	339	891	923	623	3105
4	Matutino	446	313	755	967	676	3157
4	Vespertino	341	352	873	982	571	3119
5	Matutino	380	334	741	988	620	3063
5	Vespertino	374	798	845	863	600	3880
6	Matutino	442	780	702	934	661	3519
6	Vespertino	443	316	706	975	609	3049
7	Matutino	375	321	719	891	657	2963
7	Vespertino	467	298	899	896	539	3199
8	Matutino	358	302	892	909	720	3181
8	Vespertino	429	325	659	848	551	2812
9	Matutino	376	345	728	926	628	3003
9	Vespertino	454	324	823	420	598	2619
10	Matutino	346	587	767	842	633	3175
10	Vespertino	429	311	861	868	573	3042
11	Matutino	425	280	862	909	595	3061
11	Vespertino	344	347	867	852	780	3440
	TOTAL	8906	7803	18061	19874	13744	68388

PIRAMIDE POBLACIONAL



68,388

DISTRIBUCION POBLACIONAL POR GRUPO ETAREO.

POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 A 9 AÑOS	4450	4456	8906
10 A 19 AÑOS	3871	3932	7803
20 A 59 AÑOS	18061	19874	37935
60 Y MÁS	6847	6897	13744
TOTAL	33229	35910	68388

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE.

No.	CIE	CAUSA	1ª. VEZ	SUBSECUENTE	TOTAL
1	I10	HIPERTENSIÓN ESENCIAL	173	21901	22074
2	E11	DIABETES MELLITUS NO DEPENDIENTE DE INSULINA	125	16059	16184
3	J02	FARINGITIS AGUDA	4596	1324	5920
4	Z34	SUPERVISIÓN EMBARAZO NORMAL	432	3358	3970
5	K02	CARIES DENTAL	2049	1898	3947
6	J00	RINOFARINGITIS AGUDA	1827	592	2419
7	E78	DISLIPIDEMIA	272	2069	2341
8	J06	INFECCIONES AGUDAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	1605	687	2292
9	E10	DIABETES MELLITUS DEPENDIENTE DE INSULINA	28	2066	2094
10	Z00	EXAMEN GENERAL	0	2045	2045
11	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	1207	912	1939
12	M54	DORSALGIA	693	1147	1840
13	J44	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS	46	1529	1575
14	K29	GASTRITIS Y DUODENITIS	450	1073	1523
15	N40	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	104	1416	1520
16	I51	COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES CARDIACAS	69	1410	1479
17	A09	GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1002	319	1321
18	E03	HIPOTIROIDISMO	61	1204	1265
19	G40	EPILEPSIA	45	1200	1245
20	I87	OTROS TRASTORNOS DE LAS VENAS	163	1024	1187
21	K05	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	824	353	1177
22	K58	SÍNDROME COLON IRRITABLE	543	610	1153
23	F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	144	998	1142
24	S93	LUXACIÓN, ESGUINCE Y TORCEDURA DE ART. Y LIG DEL TOBILLO	195	692	887

ORDEN	CIE	CAUSA	No.	TASA
1	J00-J06	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	8251	120.64
2	K00-K14	ENFERMEDAD DE LA CAVIDAD BUCAL, G. SALIVALES Y MAXILARES	4167	60.93
3	S00-T98	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	2053	30.01
4	N30-N39	ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	1362	19.91
5	A00-A09	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES	1062	15.52
6	M50-M54	DORSOPATÍAS	709	10.36
7	K55-K63	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS INTESTINOS	658	9.62
8	N80-N98	TRASTORNOS NO INFLAMATORIOS DE LOS ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS	520	7.60
9	N70-N77	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LOS ÓRGANOS PÉLVICOS FEMENINOS	511	7.47
10	J30-J39	OTRAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	458	6.69

**QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DESAGREGADA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79**

2014

ORDEN	CIE	CAUSA	No.	TASA
1	J02	FARINGITIS AGUDA	4596	67.20
2	K02	CARIES DENTAL	2049	29.96
3	J00	RINOFARINGITIS AGUDA	1827	26.71
4	J06	INFECCIONES AGUDAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	1605	23.46
5	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	1207	17.64
6	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1002	14.65
7	K05	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	824	12.04
8	M54	DORSALGIA	693	10.13
9	K58	SÍNDROME COLON IRRITABLE	543	7.93
10	K29	GASTRITIS Y DUODENITIS	450	6.58

11	K03	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	439	6.41
12	N72	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL CUELLO UTERINO	418	6.18
13	H10	CONJUNTIVITIS	399	6.12
14	O23	INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	353	5.83
15	K52	OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS	312	5.16

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN ODONTOLOGÍA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 79

2014

ORDEN	C.I.E.	CAUSA	NO.	TASA
1	K02	CARIES DENTAL	2049	29.96
2	K05	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	824	12.04
3	K04	ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES	446	6.52
4	K03	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DUROS DEL DIENTE	439	6.41
5	K08	OTROS TRASTORNOS DE LOS DIENTES Y SUS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN	129	1.88
6	K07	ANOMALÍAS DENTROFACIALES	117	1.71
7	K00	TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y DE LA ERUPCIÓN DENTAL	93	1.35
8	K06	OTROS TRASTORNOS DE LA GINGIVA Y ZONAS EDENTULAS	36	0.52
9	K10	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES	13	0.19
10	K13	OTROS TRASTORNOS DE LOS LABIOS Y MUCOSA ORAL	6	0.08

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN SALUD EN EL TRABAJO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79

2014

ORDEN	C.I.E.	CAUSA	NO.	TASA
1	S13	LUXACIÓN, ESGUINCE Y TORCEDURA DE ARTS Y LIG. CUELLO	564	82.47
2	M54	DORSALGIA	362	52.93
3	S93	LUXACIÓN, ESGUINCE Y TORCEDURA DE ARTS Y LIG. TOBILLO Y PIE	192	28.07
4	S62	FRACTURA DE MUÑECA Y MANO	121	17.69
5	S63	LUXACION, ESGUINCE Y TORCEDURA DE ARTS Y LIG. MUÑECA Y MANO	90	13.16
6	S92	FRACTURA DE PIE, EXCEPTO TOBILLO	83	12.13
7	S83	LUXACIÓN, ESGUINCE. Y TORCEDURA ARTS Y LIG. RODILLA	77	11.25
8	S61	HERIDA DE MUÑECA Y MANO	70	10.23
9	S60	TRAUMATISMO SUPERFICIAL MUÑECA Y MANO	65	9.50
10	S82	FRACTURA DE PIERNA, INCLUSIVE TOBILLO	51	7.45

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MENORES DE 10 AÑOS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79

2014

ORDE N	CIE	CAUSA	MASCULI NO	FEMENI NO	TOTA L	TAS A
1	J02	FARINGITIS AGUDA	755	689	1444	21.11
2	K02	CARIES DENTAL	383	384	767	11.21
3	J00	RINOFARINGITIS	385	322	707	10.33
4	J06	INFECCIONES AGUDA DE VIAS RESPIRATORIAS	297	225	522	7.63

		SUPERIORES				
5	A09	GASTROENTERITIS PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	112	99	211	3.08
6	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	30	74	104	1.52
7	H10	CONJUNTIVITIS	48	44	92	1.34
8	B01	VARICELA	45	45	90	1.31
9	J30	RINITIS ALERGICA	29	17	46	0.67
10	N30	OTRAS DERMATITIS	23	23	46	0.67
T O T A L			2107	1922	4029	58.91

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN PACIENTES DE 10 A 19 AÑOS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79

2014

No .	CI E	CAUSA	MASCULI NO	FEMENI NO	TOTA L	TAS A
1	J02	FARINGITIS AGUDA	249	240	489	71.50
2	J06	INFECCIONES AGUDA DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	101	107	205	29.97
3	J00	RINOFARINGITIS	99	67	173	25.29
4	A09	GASTROENTERITIS PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	61	40	91	13.30
5	N39	OTROS TRASTORNOS SISTEMA URINARIO	17	56	73	10.67
6	K29	GASTRITIS Y DUODENITIS	23	31	54	7.89
7	J30	RINITIS ALÉRGICA	26	22	48	7.01
8	K58	SINDROME COLON IRRIABLE	15	31	46	6.72
9	R51	CEFALEA	14	24	38	5.55

10	K5 2	OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS	18	17	35	5.11
----	---------	--	----	----	----	------

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79**

2014

ORDEN	C.I.E.	CAUSA	NO.	TASA
1	O23	INFECCIÓN VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	365	53.37
2	O99	OTRAS ENFERMEDADES MATERNAS	175	25.58
3	O92	OTROS TRASTORNOS DE LA MAMA Y LA LACTANCIA	107	15.64
4	O20	HEMORRAGIA PRECOZ DEL EMBARAZO	40	5.84
5	O26	COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	37	5.41
6	O34	ANORMALIDADES PELVIANAS DE LA MADRE	37	5.41
7	O47	FALSO TRABAJO DE PARTO	23	3.63
8	O36	PROBLEMAS FETALES CONOCIDOS O PRESUNTOS	20	2.92
9	O82	PARTO ÉTNICO POR CESAREA	17	2.48
10	O10	HIPERTENSION PREEXISTENTE QUE COMPLICACION EL EMBARAZO	15	2.19

**CASOS DE PADECIMIENTOS CON SISTEMAS ESPECIALES DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 79

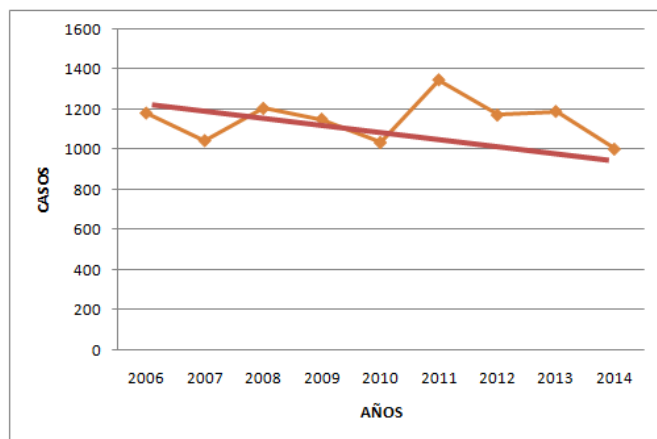
2014

ORDEN	CIE	CAUSA	No.	TASA
1	C50.9	CÁNCER DE MAMA	13	19
2	C53	CÁNCER CERVICOUTERINO	7	10.23
3	B08.6	ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA	4	5.85

4	A16. 2	TUBERCULOSIS PULMONAR	2	2.92
5	B24	SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	2	2.92
6	Y59. 8	EVENO SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLE A VACUNACIÓN	2	2.92
7	Z21	INFECCION POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA	1	1.46
8	J10	INFLUENZA A H3	1	1.46
9	B17	HEPATITIS C	1	1.46
10	B00. 3	MENINGITIS POR VIRUS DE EPSTEIN BARR	1	1.46
11	A18	TUBERCULOSIS PLEURAL	1	1.46
TOTAL			35	51.17

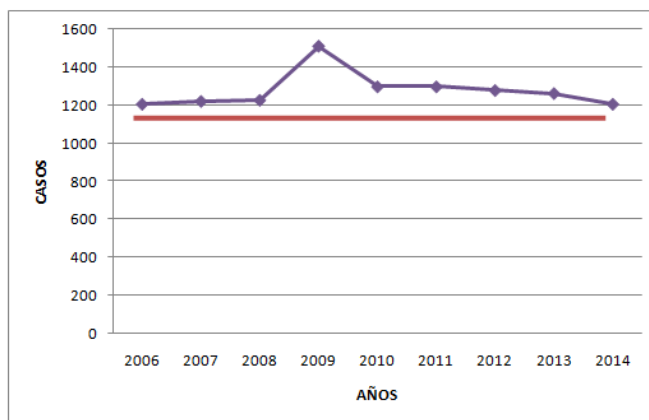
**TENDENCIA DE MORBILIDAD ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79
2014**

AÑO	CASOS
2006	1183
2007	1045
2008	1206
2009	1152
2010	1035
2011	1349
2012	1173
2013	1191
2014	1002



**TENDENCIA DE MORBILIDAD OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79
2014**

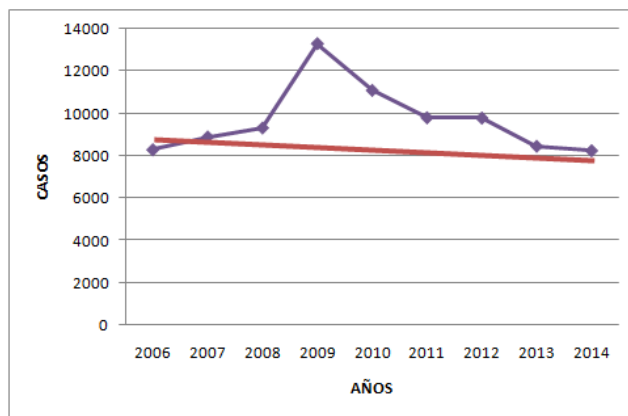
AÑO	CASOS
2006	1207
2007	1222
2008	1228
2009	1510
2010	1298
2011	1298
2012	1279
2013	1263
2014	1207



+

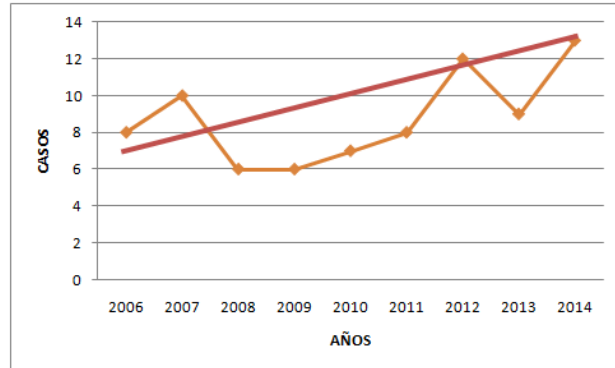
**TENDENCIA DE MORBILIDAD INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79
2014**

AÑO	CASOS
2006	8295
2007	8903
2008	9324
2009	13291
2010	11093
2011	9805
2012	9789
2013	8461
2014	8251



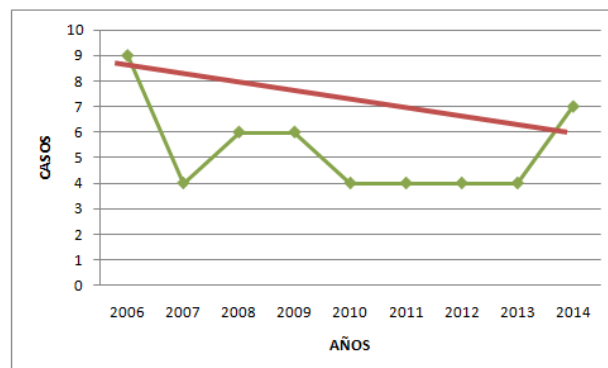
TENDENCIA DE MORBILIDAD CÁNCER DE MAMA
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79
 2014

AÑO	CASOS
2006	8
2007	10
2008	6
2009	6
2010	7
2011	8
2012	12
2013	9
2014	13



TENDENCIA DE MORBILIDAD CÁNCER CERVICOUTERINO
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79
 2014

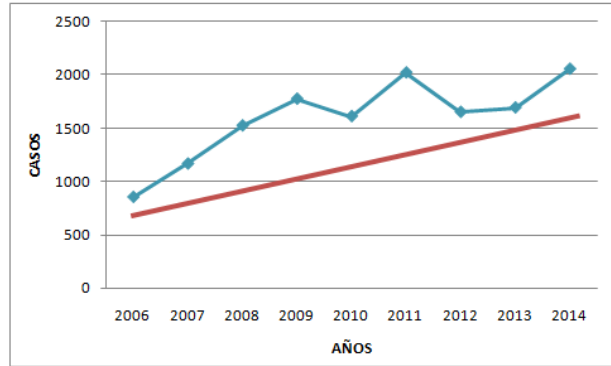
AÑO	CASOS *
2006	9
2007	4
2008	6
2009	6
2010	4
2011	4
2012	4
2013	4
2014	7



* Incluye Ca CU y NIC II

TENDENCIA DE MORBILIDAD TRAUMATISMOS Y VIOLENCIA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79
2014

AÑO	CASOS
2006	854
2007	1166
2008	1523
2009	1773
2010	1610
2011	2019
2012	1650
2013	1691
2014	2053



INDICADORES BÁSICOS DE SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79

2014

TASAS	VALOR	DATOS
NATALIDAD	1.94 X 100 DHU	1336 – 6 (MORT. PERINATAL) = 1334 / 68388
FECUNDIDAD	7.82 X 100 MEFRE	1336 / MEFRE (MUJERES DE 15-49 AÑOS) 17070 = 0.078
MORTALIDAD	2.63 X 1000 DHU	180/ 68388 DHU = 0.002632
ESPERANZA DE VIDA	77	

**QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD DESAGREGADAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 79**

2014

ORDEN	CIE-10	CAUSA	N°	TASA
1	E11.2	DIABETES MELLITUS	32	46.79
2	I21.9	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	16	23.39
3	J18.9	NEUMONÍA	12	17.54
4	I61.9	EVENTO VASCULAR CEREBRAL	12	17.54
5	A41.9	SEPTICEMIA	10	14.62
6	J44.9	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	9	13.16
7	I12.0	ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA	7	10.23
8	J96.9	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO CLASIFICADA.	5	7.31
9	C22.0	CÁNCER HEPÁTICO	4	5.84
10	I50.0	INSUFICIENCIA CARDIACA	3	4.38
11	K72.9	INSUFICIENCIA HEPÁTICA NO ESPECIFICADA	3	4.38
12	C18.9	CÁNCER DE COLON	3	4.38
13	I25.9	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	2	2.92
14	P20.9	HIPOXIA INTRAUTERINA	2	2.92
15	E87.2	ACIDOSIS METABÓLICA	2	2.92
		SUBTOTAL	122	178.39
		TODAS LAS DEMÁS	56	81.88
		TOTAL	180	263.20

QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD AGREGADAS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 79

ORDEN	CIE-10	CAUSA	N°	TASA
1	E11-E149	DIABETES MELLITUS	32	46.79
2	C02-C97	TUMORES O NEOPLASIAS	25	36.55
3	I21-125	ENFS. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	18	26.3
4	I61-I67	ENFS. CEREBROVASCULARES	12	17.54
5	J09-J18	INFLUENZA Y NEUMONIA	12	17.54
6	A41	SEPTICEMIAS	10	14.62
7	K56-K92	COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES	10	14.62
8	I11-I12	ENFS. HIPERTENSIVAS	9	13.16
9	J43-J44	ENFS. CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESP. INFERIORES	9	13.16
10	J84-J98	OTRAS ENFS. DEL SIST. RESPIRATORIO	7	10.23
11	N12-N19	INSUFICIENCIA RENAL	6	8.77
12	P00-P96	AFECCIONES ORIG. EN EL PERÍODO PERINATAL	6	8.77
13	K70-K81	ENFS. DEL HÍGADO	5	7.31
14	I45-I50	OTRAS FORMAS DE ENFS. DEL CORAZÓN	4	5.84
		SUBTOTAL	165	241.27
		TODAS LAS DEMÁS	15	21.9
		TOTAL	180	263.20

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 9 AÑOS

ORDEN	EDAD	CIE-10	CAUSA	No.	TASA
-------	------	--------	-------	-----	------

1	1 semana	P 20.9	HIPOXIA INTRAUTERINA NO ESPECIFICADA	2	1.3
2	2 semanas	P 96.8	OTRAS AFECCIONES ESPECIFICADAS ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	2	1.3
3	2 semanas	P 01.1	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	1	0.68
4	1 semana	P 07.3	OTROS RECIEN NACIDOS PRETÉRMINO	1	0.68
5	9 años	Q-040	MALFORMACIONES CONGENITAS DEL CUERPO CALLOSO	1	0.68

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES DE 10 A 19 AÑOS

ORDEN	EDAD	CIE-10	CAUSA	No.	TASA
NO SE PRESENTARON CASOS EN ESTE RUBRO DE EDAD					

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS

ORD EN	CIE	CAUSA	N o.	TA SA
1	E11 .2	DIABETES MELLITUS CON COMPLICACIONES RENALES	3	4.3
2	I12. 0	ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA RENAL.	3	4.3
3	E11 .9	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN COMPLICACIONES	3	4.3
4	J18. 9	NEUMONIA NO ESPECIFICADA	2	2.9
5	P96 .8	OTRAS AFECCIONES EN PERIODO PERINATAL	2	2.9
6	C50 .9	TUMOR MALIGNO DE MAMA	2	2.9
7	C18 .9	TUMOR MALIGNO DE COLON, NO ESPECIFICADO.	1	0.6
8	B20 .9	ENFERMEDAD POR VIH RESULTANTE EN ENFERMEDAD INFECCIOSA O PARASITARIA NO ESPECIFICADA	1	0.6
9	I67. 8	OTRAS ENFEREMDADES CEREBROVASCULARES ESPECÍFICAS.	1	0.6
10	A41 .9	SEPTICEMIA	1	0.6
SUBTOTAL			19	12. 9
OTROS			15	10. 2
TOTAL			34	23. 1

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS

ORDEN	CIE-10	CAUSA	No.	TASA
1	E 11.9	DM NO INSULINODEPENDIENTE SIN COMPLICACIONES	4	2.7
2	E 11.2	DM NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES	3	2
3	C 50.9	TUMOR MALIGNO DE MAMA	2	1.3
4	C 16.9	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	1	0.68
5	C 18.9	CÁNCER DE COLON	1	0.68
6	C 25.0	TUMOR MALIGNO DE CABEZA DE PANCREAS	1	0.68
7	C 25.9	NEOPLASIA MALIGNA SIN ESPECIFICAR DE PANCREAS	1	0.68
8	I 26.9	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	1	0.68
9	J 43.9	ENFISEMA	1	0.68

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES DE 20 A 59 AÑOS

ORDEN	CIE-10	CAUSA	No.	TASA
1	I 12.0	ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA	3	2
2	J 18.9	NEUMONIA	2	1.3
3	E 11.2	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE COMPLICACIONES RENALES	2	1.3
4	A 41.9	SEPTICEMIA	1	0.68
5	B 20.9	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN ENFERMEDAD INFECCIOSA O PARASITARIA NO ESPECIFICADA	1	0.68
6	C 02.9	TUMOR MALIGNO DE LA LENGUA	1	0.68
7	C 15	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO	1	0.68
8	C 34.9	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMÓN	1	0.68
9	I 67.8	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS	1	0.68
10	N 18.9	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA.	1	0.68

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 79

2014

ORDE N	CIE	CAUSA	No .	TAS A
-----------	-----	-------	---------	----------

1	I21.9	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.	16	10.9
2	A41.9	SEPTICEMIA	10	6.8
3	J18.9	NEUMONIA	9	6.1
4	J44.9	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	8	5.4
5	E11.9	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN COMPLICACIONES.	7	4.7
6	I67.8	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	7	4.7
7	E11.2	DIABETES MELLITUS CON COMPLICACIONES RENALES.	6	4.1
8	J96.9	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA.	6	4.1
9	E11.7	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA CON OTRAS COMPLICACIONES	5	3.4
10	I12.0	ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA RENAL.	4	2.7
		SUBTOTAL	78	53.3
		OTROS	68	46.5
		TOTAL	146	99.8
			6	

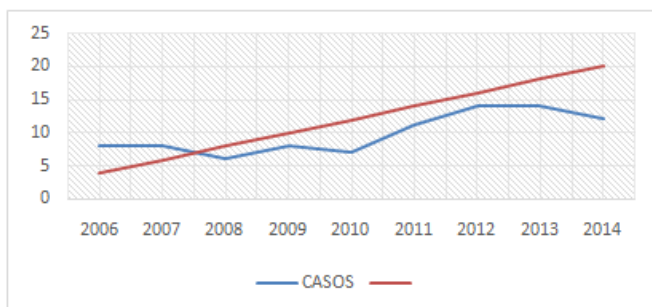
**MORTALIDAD DE PADECIMIENTOS CON SISTEMA ESPECIAL DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTES**

EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 79

ORDEN	C. I. E.	CAUSA	No.	TASA
1	C50.9	CÁNCER DE MAMA	4	5.8
2	C53.9	CÁNCER CERVICOUTERINO	1	1.4
3	015.9	DEFUNCIÓN MATERNA	1	1.4
4	B24	SIDA	1	1.4
TOTAL			6	8.77

**TENDENCIA DE MORTALIDAD DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN PACIENTES
EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 79**

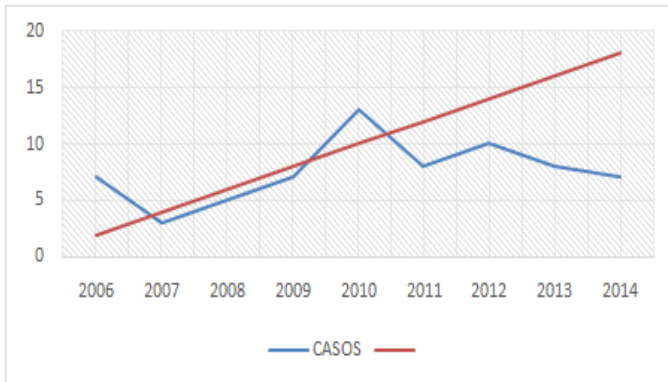
2014



AÑO	CASOS
2006	8
2007	8
2008	6
2009	8
2010	7
2011	11
2012	14
2013	14
2014	12

TENDENCIA DE MORTALIDAD DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN PACIENTES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 79

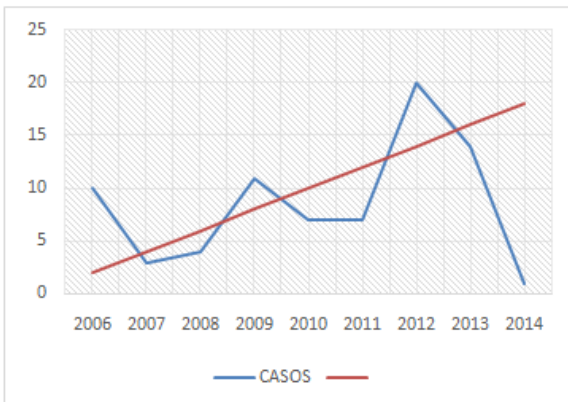
2014



AÑO	CASOS
2006	7
2007	3
2008	5
2009	7
2010	13
2011	8
2012	10
2013	8
2014	7

TENDENCIA DE MORTALIDAD INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PACIENTES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 79

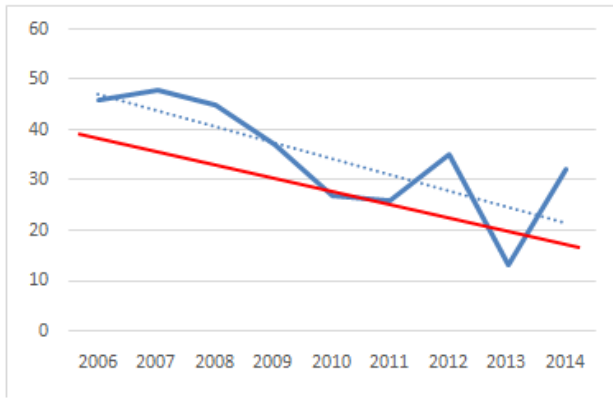
2014



AÑO	CASOS
2006	10
2007	3
2008	4
2009	11
2010	7
2011	7
2012	20
2013	14
2014	1

TENDENCIA DE MORTALIDAD DIABETES MELLITUS EN PACIENTES
EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 79

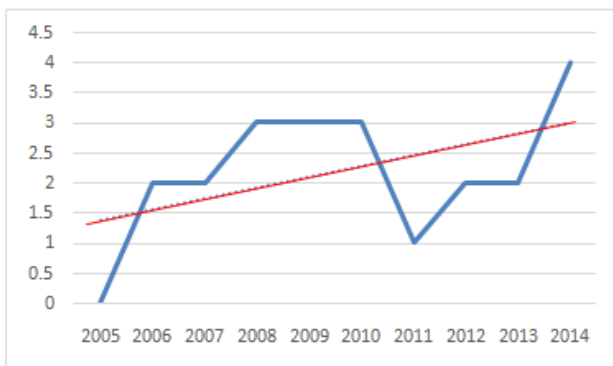
2014



AÑO	CASOS
2006	46
2007	48
2008	45
2009	37
2010	27
2011	26
2012	35
2013	13
2014	32

TENDENCIA DE MORTALIDAD CÁNCER DE MAMÁ EN PACIENTES
EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 79

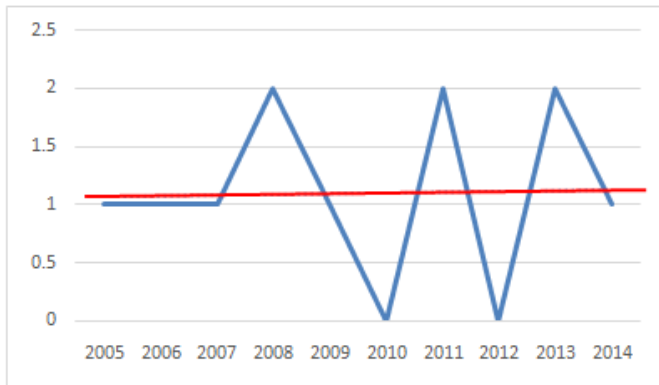
2014



AÑO	CASOS
2005	0
2006	2
2007	2
2008	3
2009	3
2010	3
2011	1
2012	2
2013	2
2014	4

TENDENCIA DE MORTALIDAD CÁNCER CERVICO UTERINO EN PACIENTES
EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 79

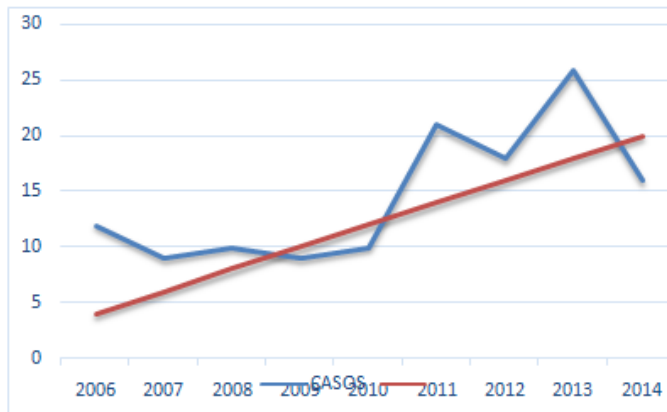
2014



AÑO	CASOS
2005	1
2006	1
2007	1
2008	2
2009	1
2010	0
2011	2
2012	0
2013	2
2014	1

TENDENCIA DE MORTALIDAD DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN PACIENTES
EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 79

2014



AÑO	CASOS
2006	12
2007	9
2008	10
2009	9
2010	10
2011	21
2012	18
2013	26
2014	16

CAPÍTULO 4:

ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL

Información Básica sobre la Unidad Receptora.

La construcción fue diseñada para funcionar como guardería, posteriormente se utilizó para actividades administrativas fue a partir de Marzo de 1988, se inició la implantación y remodelación del inmueble para convertirlo en Unidad de Medicina Familiar, se abrió al público el 21 de noviembre de 1988, siendo Director de la Unidad el Dr. Manuel Aguilar Mena. Actualmente la Dirección de la unidad se encuentra a cargo de la Dra. Martha Patricia Soriano López



La Unidad de Medicina Familiar No. 79 ocupa una superficie de terreno de 4,136 m², construida en un edificio de dos plantas. En la planta baja se encuentra la mayoría de los servicios para la atención del derechohabiente (11 consultorios de Medicina Familiar, servicio de estomatología, Medicina Preventiva, Trabajo social, Enfermera Materno Infantil, Curaciones etc.), mientras que la planta alta está destinada básicamente para el área de Gobierno; además en este nivel se encuentra: el servicio de Nutrición, Epidemiología, Enseñanza y Control de Prestaciones.

La Unidad de Medicina Familiar No. 79, "Valle Ceylán", se encuentra ubicada en Av. Cuernavaca s/n, Col. Valle Ceylán, Municipio de Tlalnepantla, cuenta con 2 líneas telefónicas 5391 8559 y 5392 3755. El horario de atención de la Unidad es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 20:00 pm.

Con la continua misión y visión de Preservar el estado de salud del trabajador y sus familias a través de una atención médica integral, elevando su calidad de vida a fin de satisfacer sus necesidades y adelantarnos a sus expectativas. Así como ser la mejor Unidad de Medicina Familiar en el Ámbito Delegacional otorgando una atención de calidad en todos nuestros servicios con un alto sentido humano.

Acerca de la Realización del Servicio Social.

Aspectos positivos.

La realización del servicio social es la última etapa de la carrera de medicina, después del internado médico, existe una práctica activa con el paciente, este es uno de los aspectos más preciados en esta disciplina, la relación médico paciente. En este año la interacción con el paciente es más directa, las medidas que uno debe adoptar llevan otro enfoque y por mucho uno se encuentra con una práctica muy diferente a la que observa en un hospital, de aquí la importancia del desarrollo de todos los aspectos positivos posibles que nos lleven a la orientación y cuidado propio del paciente con un enfoque preventivo.

La demanda médica es alta, por ello uno de los beneficios propios como médica pasante en esta unidad receptora fue el encontrarse con la diversidad clínica, en padecimientos, personas y terapéutica, lo que aumenta la experiencia propia. Las enfermedades crónico degenerativas, son las enfermedades que ocupan el mayor número de consultas, el hecho de llevar el control médico nos acerca a la vigilancia directa de los pacientes, en como las medias simples impactan directamente en su salud, como la dieta, el ejercicio, el descuido por parte del paciente en tomar su medicamento y además no conocer concretamente su padecimiento, por ello la creación de pláticas y programas preventivos para concientizar al paciente sobre su enfermedad.

Unas de las actividades que desarrollé como pasante médico en la UMF 79 es impartir pláticas y orientación sobre enfermedades comunes con la idea de aumentar el conocimiento de la población en distintos niveles, padres de familia en guarderías y primarias, personal laboral en guarderías, empleados en algunas instituciones como la CFE y pacientes embarazadas con el impacto de dar a conocer las características de la enfermedad, la presentación clínica, factores de riesgo, datos de alarma para acudir a la unidad o servicio de urgencias, pero sobre todo las medidas preventivas. Con ello la experiencia tan grata durante este año que representa poder difundir esta información que enriquece la formación como médico.

Problemática detectada

Tiempos de consulta: Un punto importante son los tiempos destinados a consulta, de acuerdo a la demanda de pacientes, lamentablemente es una variable muy difícil de modificar ya que aproximadamente el tiempo máximo esperado son 15 min por consulta lo que en promedio sería la atención para 24 pacientes por día sin embargo la demanda diaria es muy variable y sobrepasa lo esperado, reduciendo los tiempos de atención, incluso llegando a retrasos en la consulta debido a la alta demanda médica, y sobre ello teniendo como limitante poder dedicar a cada paciente un tiempo razonable que permita brindar así una atención integral y multidisciplinaria en un lapso tan corto

Disponibilidad de Medicamentos:

*Nitrofurantoina.

Se encontró en cuadro de inexistentes aproximadamente 5 meses, lo cual dificulta la terapéutica empleada para infección de vías urinarias y más en pacientes embarazada, ya que como lo marca la Guías de práctica clínica CENETEC es el medicamento de primera elección para infección de vías urinarias en, un padecimiento tan importante en las pacientes embarazadas que condiciona amenaza de aborto, abortos, bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas y/o parto pre término.

*Antibióticos.

Es bien conocido que durante la época invernal, las enfermedades de vías respiratorias altas son padecimientos frecuentes en la población si bien las de etiología viral son las más comunes, el motivo que con lleva al paciente a buscar atención médica, es la cronicidad, la sobreinfección bacteriana y hasta compromiso en vías respiratorias inferiores. Con ello la demanda médica y requerimiento de antibióticos aumenta, tanto así que en ocasiones no se contaba con penicilina, Eritromicina, Trimetoprim con sulfametoxazol, entre otros lo que generó una escases en las opciones terapéuticas, pues en ocasiones repercutía en el tiempo de recuperación del paciente y represento una limitante importante en el tratamiento.

Higiene.

Desafortunadamente las condiciones de higiene en los consultorio en ocasiones fueron subóptimas, pues se llegaron a observar cucarachas en el mismo, lo cual generó incomodidad para el personal médico y el derechohabiente.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS.

SEMANA 1 -8 DE AGOSTO 2014

LA INTRODUCCIÓN AL SERVICIO FUE ASISTIDA POR MÉDICOS PASANTES DEL CICLO ANTERIOR, NOS ASESORARON SOBRE EL USO DE SIMF, EL MOVIMIENTO DE LA CONSULTA SOBRE QUE HABILIDADES PODEMOS DESARROLLAR DURANTE ESTE AÑO, LA DISPONIBILIDAD DE LOS MÉDICOS EN LA ENSEÑANZA, ADEMÁS ESTA SEMANA FUI BIEN INSTRUIDA POR MI TITULAR A CARGO, Y A DENOTADO LA DIFERENCIA DE UN PRIMER NIVEL A UN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

SEMANA 11-15 DE AGOSTO 2014

EL CAMBIO DE ACUERDO AL CICLO CLÍNICO DEL INTERNADO, ES RADICAL, SIN EMBARGO NO MENOR LA DEMANDA DE PACIENTES, PUES ES MUCHA PRINCIPALMENTE PARA EL CONTROL MÉDICO DE HAS, DM2 E HIPOTIROIDISMO SON LAS PRINCIPALES PATOLÓGICAS QUE OBSERVE DURANTE ESTA SEMANA.

SEMANA 18-22 DE AGOSTO 2014

LO QUE MÁS HA LLAMADO MI ATENCIÓN DURANTE ESTA SEMANA PRÁCTICA HA SIDO LA IMPORTANCIA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL, RADICA EN REFERIR OPORTUNAMENTE AL PACIENTE A UN SERVICIO DE ESPECIAL, EN ESTE CASO COMO SE ENVÍAN A CONTROL DE OFTALMOLOGÍA DE MANERA ANUAL, A DIABÉTICOS E HIPERTENSOS, LAS REVALORACIONES POR TRATAMIENTO MÉDICOS, DE EPOC, SAOS, HIPOTIROIDISMO, ETC. Y EL APOYO DE UN SEGUNDO NIVEL, ES ESENCIAL PARA EL CONTROL QUE SE MANEJA EN CONSULTA EXTERNA.

SEMANA 25-29 DE AGOSTO 2014

LAS SESIONES CLÍNICAS HAN SIDO UN PILAR DURANTE ESTE MES DE SERVICIO SOCIAL, DI LA SESIÓN DE "GPC, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO" CON MI PARTICIPACIÓN DESARROLLO HABILIDADES PROPIAS, PUESTO QUE NO HABÍA PARTICIPADO PREVIAMENTE EN NINGUNA DE ELLAS Y APOYO EN LA CAPACITACIÓN CONTINUA EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UNIDAD

SEMANA 1 -5 DE SEPTIEMBRE 2014

DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS, FUERON ATENCIÓN A PACIENTES EN SU MAYORÍA GERIÁTRICOS, TUVE LA OPORTUNIDAD DE PARTICIPAR EN EL AJUSTE E INICIACIÓN INSULINA EN PACIENTES DE LA UNIDAD COMENTANDO LOS BENEFICIOS DE ESTE TIPO DE TERAPIA.

SEMANA 8 -12 DE SEPTIEMBRE 2014

DURANTE LA SEMANA LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR FUERON TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL, SIGNOS VITALES, EXPLORACIÓN FÍSICA, INTEGRAL, MANEJO DEL SIMF, ADEMÁS EL TEMA QUE EXPUSE EN LAS SESIONES DE ENSEÑANZA FUE "LEPRA", UN PADECIMIENTO POCO COMÚN EN LA ACTUALIDAD PERO DE RELEVANCIA CLÍNICA

SEMANA 15 -19 DE SEPTIEMBRE 2014

LA CONSULTA SE LLEVA EL CONTROL DE PACIENTE EMBARAZADAS, MANEJAMOS LOS PROGRAMAS DENTRO DE LA UNIDAD ENVIANDO A TODOS LOS SERVICIOS DE NUTRICIÓN, DENTAL, MEDICINA PREVENTIVA, TRABAJO SOCIAL, ADEMÁS DE QUE EN EL INSTITUTO DESDE LA PRIMERA CONSULTA SE HACE DETECCIÓN DE VIH EN LAS PRIMERA CONSULTA LO QUE ME PERMITE COMO MEDICO PASANTE VER LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO Y PARTICIPAR ORIENTANDO SOBRE LOS DATOS DE ALARMA A LAS PACIENTES.

SEMANA 22 -26 DE SEPTIEMBRE 2014

DURANTE ESTA SEMANA TUVE LA OPORTUNIDAD DE VALORAR A UN PACIENTE DAR SEGUIMIENTO POR UNA PATOLOGÍA QUE NO HABÍA OBSERVADO ANTES, QUE ES EL MOLUSCO CONTAGIOSO, ADEMÁS DE HERPES GENTITAL, CON MEJORÍA PARCIAL.

SEMANA 29 -3 DE OCTUBRE 2014

DURANTE LA SEMANA SE LLEVO CONTROL DE LAS PRINCIPALES PATOLOGIAS, DM2, HAS, HIPERPLASIA PROSTATICA, HIPOTIROISIMO, CON LA ENSEÑANZA DE CONOCER LOS TRATAMIENTOS Y MANEJOS PRINCIPALES.

SEMANA 6 -10 DE OCTUBRE2014

PARTICIPE EN ACTIVIDADES DE DENTAL APOYANDO A DAR PLATICAS EN ESCUELAS CON CEPILLADO DENTAL, APLICACIÓN DE FLUOR, LAS ACTIVIDADES FUERON DINÁMICAS Y OPORTUNAS, ADEMÁS DE ORIENTACIÓN SOBRE CUALES SON LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS ASOCIADAS A MALAS TÉCNICAS DE CEPILLADO.

SEMANA 13 -17 DE OCTUBRE2014

LAS ENFERMEDADES COMO EPOC, SAOS, SON PADECIMIENTO MUY COMUNES DURANTE LA CONSULTA MÉDICA Y SE DEDICA UNA SEMANA ESPECIAL PARA LA DEMANDA DE PACIENTES, EN ESTE CASO LOS TIEMPOS DE ESPERA SE PROLONGAN UN POCO MÁS PERO ES DEBIDO A QUE SON PACIENTE CON MÚLTIPLES COMORBILIDADES Y REQUIEREN MAYOR TIEMPO.

SEMANA 20 -24 DE OCTUBRE2014

EN LA SEMANA LOS PADECIMIENTOS QUE MÁS PREVALECIERON FUERON ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS Y FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SE INFORMO SOBRE LOS DATOS DE ALARMA, EL TRATAMIENTO A SEGUIR, Y AFORTUNADAMENTE EN SU MAYORÍA DE ETIOLOGÍA VIRAL, AUNQUE ES DIFÍCIL ROMPER EL PARADIGMA DEL PACIENTE EN EL USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIÓTICO, NO FUE MÁS QUE SUFICIENTE DAR TRATAMIENTO SINTOMATOLÓGICO.

SEMANA 27 -31 DE OCTUBRE2014

DURANTE ESTAS TEMPORADAS, SE FOMENTO LA TÉCNICA DE CEPILLADO, PUES SE IMPLEMENTARÓN METAS POR PARTE DEL SERVICIO DE DENTAL Y EN MEDIDA DE LO POSIBLE REFERIR A LOS PACIENTES PRINCIPALMENTE CON DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÈMICA.

SEMANA 3-7 DE NOVIEMBRE 2014

DURANTE LA CONSULTA MÉDICA ME TOCO OBSERVAR UN CASO DE UNA PACIENTE CON LA ENFERMEDAD MANO PIE BOCA, QUE NO ME HABÍA

TOCADO VER EN OTRAS INSTANCIAS, AUNQUE ES UNA ENFERMEDAD QUE SE AUTOLIMITA, AMPLIA LA ENSEÑANZA COMO MÉDICA.

SEMANA 10-14 DE NOVIEMBRE 2014

LAS ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y REUMATOLÓGICAS PREVALECE EN ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMER NIVEL, PRINCIPALMENTE LAS PATOLOGÍAS OBSERVADAS FUERON, HIPOTIROIDISMO, HIPERTIROIDISMO, OSTEOPOROSIS Y ARTRITIS REUMATOIDE.

SEMANA 17-21 DE NOVIEMBRE 2014

PRIMER PERIODO VACACIONAL

SEMANA 24-28 DE NOVIEMBRE 2014

PRIMER PERIODO VACACIONAL

SEMANA 1-5 DICIEMBRE 2014

LAS FARINGITIS AGUDAS EMPIEZAN A PREVALECE EN ESTAS FECHAS, SIENDO LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA, LAMENTABLEMENTE UNA LIMITANTE FUE LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ANTIBIÓTICOS, DEBIDO ALTA DEMANDA DURANTE ESTA SEMANA.

SEMANA 8-12 DICIEMBRE 2014

LA PACIENTE QUE MÁS LLAMO MI ATENCIÓN FUE UNA PACIENTE EMBARAZADA DE 26 SDG, CON TA 140/80. DE AQUÍ SE INICIO EL PROTOCOLO DE ESTUDIO PARA PREECLAMPSIA PUES SE ENVIÓ OPORTUNAMENTE A SERVICIO DE URGENCIAS PARA EVITAR COMPLICACIONES Y DETECTAR EL PADECIMIENTO.

SEMANA 15-19 DICIEMBRE 2014

EN ESTA SEMANA ME HA LLAMADO LA ATENCIÓN UN CASO DE UNA PACIENTE CON AMENORREA SECUNDARIA, EL DESCUIDO INDIVIDUAL PUESTO NO SE HABÍA REVISADO, E INCLUSO A LA EXPLORACIÓN YA SE PALPABA CRECIMIENTO UTERINO Y FRECUENCIA CARDIACA FETAL, POR ELLO LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN TAMBIÉN DEL PACIENTE, PUESTO CUANDO SUCEDEN COMPLICACIONES GINECOOBSTÉTRICAS TAMBIÉN LLEVA UNA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Y NO SOLO DEL MÉDICO.

SEMANA 22-26 DICIEMBRE 2014

LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE ESTA SEMANA SE ENFOCARON A PATOLOGÍAS EN ENFERMOS CRÓNICO DEGENERATIVOS, NO SE PRESENTARON CASOS DIFERENTES DURANTE LA CONSULTA.

SEMANA 29-31 DICIEMBRE 2014

DURANTE LA SEMANA LAS ACTIVIDADES FUERON MENOS, DEBIDO A LA BAJA EN LA CONSULTA PUESTO QUE DURANTE DÍAS FESTIVOS Y FECHAS DECEMBRINAS, LOS PACIENTES NO ACUDEN TANTO A CONSULTA MÉDICA.

SEMANA 5-9 DE ENERO 2015

DURANTE LA CONSULTA, DEBIDO A LAS FECHAS DEL MES PASADO, SE OBSERVO MÁS DESCONTROL EN PACIENTES DIABÉTICOS, POR LA FALTA DE APEGO A LA DIETA, INCLUSO EN PACIENTES QUE REQUIEREN DE USO DE INSULINA, AÚN SIGUES SIN ACEPTAR POR LOS MITOS QUE HAY SOBRE LA INSULINA.

SEMANA 12-16 DE ENERO 2015

LA DEMANDA MÉDICA EN ESTAS FECHAS ES DEMASIADA PUESTO QUE ACUDEN POR ACCIDENTES EN SU MAYORÍA, Y SE EXPIDEN MAYORMENTE INCAPACIDADES, LAS CUALES AUMENTAN LOS PACIENTES ESPONTÁNEOS.

SEMANA 19-23 DE ENERO 2015

DURANTE LA CONSULTA MEDICA HUBO UN CASO QUE LLAMO MI ATENCIÓN PUES EN MI EXPERIENCIA PARTICULAR NO HABÍA VISTO EL CASO DE UNA HERNIA DIAFRAGMÁTICA, EN UN ADULTO MAYOR DE 50 AÑOS EL CUAL SU ÚNICA MANIFESTACIÓN ERA TOS CRÓNICA, YA EN MANEJO POR CM LA RAZA, CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PRÓXIMO.

SEMANA 26 -30 DE ENERO 2015

SON DE LOS CONSULTORIOS MÁS DEMANADOS, LA DIFERENCIA CIRCUNSTANCIAL ES QUE SON PACIENTES CRÓNICOS DE LA TERCERA EDAD QUE TIENDEN MÁS A LA PLÁTICA DURANTE LA CONSULTA MÉDICA, UN ASPECTO MUY IMPORTANTE QUE DEBE CUBRIR UN MÉDICO, ESCUCHAR A LOS PACIENTES SIN EMBARGO LAMENTABLEMENTE EL TIEMPO ESTABLECIDO MUCHAS VECES NO LO PERMITE. LAS ACTIVIDADES REALIZADAS MÁS DESTACADAS SON CAMBIOS DE SONDA FOLLEY.

SEMANA 3-6 DE FEBRERO 2015

LA DEMANDA MEDICA AUMENTA EN CUESTIONES DE DÍAS FESTIVOS, CON PACIENTES ESPONTANEOS DE HASTA 18 PACIENTES, ADEMÁS DEL NUMERO DE INCAPACIDADES RETROACTIVAS, LAS CUESTIONES A ENFRENTAR EN ESTE PERIODO FUERÓN TIEMPO-CONSULTA.

ADEMÁS DEL CASO DE UN RN DE 5 DÍAS, CON FIEBRE, ICTERICIA Y COPROSTASIS, QUE APARENTEMENTE CURSABA CON HERNIA UMBILICAL ESTRANGULADA, SE ENVIO A URGENCIAS, EL CUAL CURSO CON OFALITIS E INTERNAMIENTO POR SX ICTÉRICO, LAMENTABLEMENTE NO CONTINUE CON SU EVOLUCIÓN PUES AÚN NO ERA DADO DE ALTA.

SEMANA DEL 9-13 DE FEBRERO 2015

LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN CONSULTA EXTERNA SE CENTRAN PRINCIPALMENTE A ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS.

PARTICIPE EN LA SESIÓN CLÍNICA CON EL TEMA “DEFICIENCIA DE BIOTINIDASA” ADEMÁS DE DIFUCIÓN EN UNA GUARDERÍA MC MILLAN SOBRE EL TEMA “GASTROENTERITIS AGUDA” A PDRES DE FAMILIA, ACLARANDO LA PRESENTACIÓN CLINICA, FACTORES DE RIESGO, DATOS DE ALARMA, PRINCIPALES COMPLICACIONES Y ADEMÁS SE REPERTIO UN FOLLETO PARA QUE CONSERVEN LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA, CON LA INTENCIÓN DE BUSCAR AYUDA MÉDICA EN CASO DE SER NECESARIO.

SEMANA DEL 9-13 DE FEBRERO 2015

EN ESTA SEMANA ACONTECIÓ QUE DURANTE LA CONSULTA UNA PACIENTE EN SALA DE ESPERA PERDIÓ EL CONOCIMIENTO, Y CON LA INTERVENCIÓN DEL JEFE DE DEPARTAMENTO Y NOSOTRAS COMO

PASANTES, INTERVENIMOS, DEBIÓ A UNA HIPOGLUCEMIA , SE INTERVINO LOCALIZO AL FAMILIAR DE MANERA OPORTUNA.

SEMANA DEL 16-20 DE FEBRERO 2015

DURANTE LA SEMANA LAS ACTIVIDADES MÁS DESTACADAS FUERON REALIZACIÓN DE CAMBIO DE SONDA FOLLEY, Y REALIZACIÓN DE LAVADO ÓTICO, DURANTE LA CONSULTA MÉDICA NO SE PRESENTO NINGUNA URGENCIA

SEMANA DEL 23-27 DE FEBRERO 2015

LAS ACTIVIDADES EN EL ÁREA CLÍNICA SON MUY AMPLIAS, LA PRACTICA ESTA SIEMPRE AHÍ ADEMÁS DE LA DOCENCIA, PUES DURANTE LAS SESIONES MÉDICAS SE CAPACITA AL PERSONAL MÉDICO DE TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR, METAS POR CUMPLIR, PARA QUE SE DESARROLLE PLENAMENTE LA CONSULTA DE PRIMER NIVEL SIN COMPLICACIONES, PRESTANDO MAYOR ATENCIÓN A PACIENTES EMBARAZADAS LO QUE FOMENTA MI APRENDIZAJE.

SEMANA DEL 2-6 DE MARZO 2015

DURANTE LA SEMANA EL CASO CLÍNICO QUE MAS LLAMO MI ATENCIÓN FUE EL DE UNA NIÑA CON OTITIS MEDIA SUPURATIVA, CON PERFORACIÓN TIMPÁNICA, HABÍA ACUDIDO A MEDIO PARTICULAR SIN EMBARGO NO SIGUIÓ EL TRATAMIENTO, MOTIVO POR EL CUAL LLEGO A TALES COMPLICACIONES, POR ESO LA IMPORTANCIA DE ACUDIR OPORTUNAMENTE AL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO Y ATENDER LAS INDICACIONES MÉDICAS.

SEMANA DEL 9-13 DE MARZO 2015

DURANTE LA SEMANA LOS PADECIMIENTOS QUE MÁS PREVALECIERON EN PACIENTES ESPONTÁNEOS FUERON ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS, SE INFORMO SOBRE LOS DAOS DE DESHIDRATACIÓN, LA DIETA, LAS MANERAS DE PREVENIRLOS Y DATOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS, Y QUE ES UN PADECIMIENTO COMÚN EN ESTAS FECHAS.

SEMANA DEL 16-20 DE MARZO 2015

EN ESTA OCASIÓN FUE A PRIMERA VEZ QUE OBSERVÓ AÚN PACIENTE CON VIH EN LA UNIDAD, ACUDE A CONTROL MÉDICO DE DM2 Y HAS, CABE RECALCAR EL MANEJO Y CONTROL QUE LLEVA POR HGR 72, LO CUAL ES MUY ADECUADO PORQUE AL MOMENTO NO HA PRESENTADO, ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INMUNOSUPRESIÓN.

SEMANA DEL 23-27 DE MARZO 2015

DURANTE ESTA SEMANA TUVE UN PARTICIPACIÓN IMPORTANTE, AL DAR LA SESIÓN PARA PACIENTES EMBARAZADAS, ES UN OPORTUNIDAD DE COMUNICARLES LA IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL, OBSERVAR DUDAS, ACLARAR RUMORES, Y SIEMPRE PARA EL BENEFICIO DE LA PACIENTE PARA DIRIGIRLA A UN EMBARAZO NORMOEVOLUTIVO. Y ES UNA DICHA PODER DIFUNDIR ESTA INFORMACIÓN DE MANERA DIRECTA A LA COMUNIDAD.

SEMANA DEL 30-3 DE ABRIL 2015

DURANTE ESTA SEMANA ROTE EN EL CONSULTORIO 1, ASIGNADO AL DR JOSE ANTONIO MORENO ALBOR, POSTERIORMENTE A LA JUBILACIÓN DE LA DRA ADSCRITA PREVIAMENTE. LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS ES EL CONTROL Y LA VIGILANCIA POR PRIMERA VEZ A UN POBLACIÓN NO CONOCIDA, ES REINICIAR CON PROTOCOLOS DE ESTUDIO, COMPLEMENTACIÓN CON ESTUDIOS MÉDICOS DE CONTROL PARA VER VALORES DE GLUCEMIAS, COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS, ENTRE OTROS, DEBIDO A LA FORMA DE TRABAJA PREVIAMENTE REPRESENTA UN RETO IMPORTANTE PARA EL MÉDICO, DE ELLO LOS ASPECTOS MÁS DESTACABLES FUERON SOLO OBSERVADOS POR 3 DÍAS POR QUE MI ROTACIÓN FUE CORTA POR PERIODOS VACACIONALES.

SEMANA DEL 6 – 10 DE ABRIL 2015

LA DEMANDA MÉDICA DURANTE ESTE PERIODO FUE ALTA, POSTERIOR A PERIDOS VACIONALES UNO SE ENCUENTRA CON EL RETO DE LA LLEGADA DE PACIENTES QUE ACUDEN DE MANERA ESPONTANEA, ACUMULADO CON LAS CITAS, LO QUE INCREMENTA LOS TIEMPOS DE ESPERA, INCLUSO INCONFORMIDADES. TAMBIÉN LA INCAPACIDADES INCREMENTAN, INCLUSO PADECIMIENTOS QUE NO AMERITAN INCAPACIDAD Y ACUDEN CON LA FINALIDAD DE ELLO, POR ESO LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS, EXPLORACIÓN Y LAS MEDIDAS

EDUCATIVAS PARA EL PACIENTE, CON LAS QUE HACE ÉNFASIS EL MÉDICO TRATANTE, LAS HABILIDADES DESARROLLADAS DURANTE ESTA SEMANA SE ENFOCAN MÁS EN QUE PADECIMIENTOS AMERITAN DE MANERA CONCRETA INCAPACIDAD.

SEMANA DEL 13 - 17 DE ABRIL 2015

DURANTE ESTA SEMANA LA DEMANDA MÉDICA FUE ENFOCADA A ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS, DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SIN EMBARGO UN CASO ME LLAMO LA ATENCIÓN, PUESTO QUE LA FRECUENCIA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE NO ES TAN GRANDE MUCHO MENOS DE PRESENTACIÓN EN EDADES AVANZADAS, SIN EMBARGO FUE EL CASO DE UN PACIENTE QUE HASTA LOS 53 AÑOS FUE DIAGNÓSTICADO POR PERDIDA REPENTINA DE LA VISIÓN EN OJO DERECHO, SIN EMBARGO ANTES LA SINTOMATOLOGÍA HABÍA SIDO ESCASA INCLUSO INDETECTABLE, UN CASO INTERESANTE Y RELATIVAMENTE AFORTUNADO POR EL TRATAMIENTO Y ADEMÁS POR LA EDAD DE PRESENTACIÓN YA QUE MUCHOS PACIENTES SUFREN ESTA ENFERMEDAD A EDAD TEMPRANAS LO QUE DIFICULTA EL DESARROLLO PERSONAL Y LA CALIDAD DE VIDA.

SEMANA DEL 20- 24 DE ABRIL 2015

EL CONSULTORIO 5 TIENE UNA DEMANDA MODERADA, SIN EMBARGO TIENE UNA CARACTERÍSTICA IMPORTANTE QUE SOBRESALE, LOS PACIENTES QUE ACUDEN DE MANERA RUTINARIA SE ENCUENTRA MEJOR CONTROLADOS, QUIERE DECIR QUE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN HÁBITOS HIGIENO DIETÉTICOS TIENE UN GRAN IMPACTO ADEMÁS DE LA TERAPÉUTICA EMPLEADA, GENERA QUE SEAN PACIENTE QUE PUEDEN LLEGAR A VERSE HASTA DENTRO DE 3 MESES, CON EL PROGRAMA IMPLEMENTADO EN LA INSTITUCIÓN CON LA RECETA RESURTIBLE.

SEMANA DEL 27-30 DE ABRIL 2015

MI ROTACIÓN DURANTE ESTA SEMANA FUE EN EL CONSULTORIO 3, POR PRIMERA VEZ CON LA DRA. QUE HA REALIZADO SU CAMBIO AL TURNO MATUTINO, CON MUCHA DISPONIBILIDAD DE ENSEÑANZA Y FOMENTAR MI PRÁCTICA COMO PASANTE, SIENDO GRATO ENCONTRARSE EN TODO MOMENTO CON ESTAS FACILIDADES EN LA UMF 79. LOS PADECIMIENTOS OBSERVADOS DURANTE LA CONSULTA SON MUY VARIABLES, LAS

ENFERMEDADES DIARREICAS SE EMPIEZAN A REFLEJAR CON LA ÉPOCA DEL AÑO, PUES SE ENCONTRARON PRESENTES EN PACIENTES QUE ACUDÍAN A CONTROL MÉDICO ASÍ COMO DE MANERA ESPONTANEA, AQUÍ LA IMPORTANCIA DE PREVENIR COMPLICACIONES CON LAS MEDIDAS DE REHIDRATACIÓN, ELIMINAR FACTORES DE RIESGO Y CORREGIR LA DIETA EN LOS PACIENTES.

SEMANA DEL 4-8 DE MAYO 2015

LAS ACTIVIDADES EN CONSULTA MÉDICA FUERON MÁS LIMITADAS, POR LA RAZÓN DE QUE ACUDIMOS A REALIZAR PLÁTICAS A LA PRIMARIA “DIARIO DE MÉXICO” SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2, CÁNCER DE MAMÁ Y CÁNCER CERVICIOUTERINO, DEBIDO A LA IMPORTANCIA QUE CON LLEVA LA INCIDENCIA DE ESTOS PADECIMIENTOS EN LA MUJER, SE REALIZARON PLÁTICAS PARA FOMENTAR LA PREVENCIÓN, EN QUE CASOS DEBEN BUSCAR AYUDA MÉDICA, Y QUE SOBRETUDO NO PASAR POR ALTO ESTOS PADECIMIENTOS QUE SON EXTREMADAMENTE FRECUENTES, QUE PUEDEN SER SILENCIOSOS SI NO REALIZAMOS UNA AUTOEXPLORACIÓN, UNA CONCIENTIZACIÓN Y UN CHEQUEO MÉDICO CONTINUO. SE DIFUNDIÓ LA INFORMACIÓN A TRAVÉS DE PRESENTACIONES MÉDICAS, SESIÓN DE DUDAS Y REPARTICIÓN DE TRÍPTICO ANEXADO AL TÉRMINO DEL DOCUMENTO.

SEMANA DEL 11 - 15 DE MAYO 2015

LA DIVERSIDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS EN CONTROL Y EN DESCONTROL, ES MUY COMÚN VERLO POR FALTA DE APEGO AL TRATAMIENTO, POR SÍNDROME DE BATA BLACA, DEBIDO A QUE EL FARMÁCO NO ES EFECTIVO, ETC. MOTIVO POR EL CUAL HAY QUE AGREGAR OTROS SIN EMBARGO DURANTE ESTA SEMANA, TUVIMOS UN PACIENTE CON TA 220/110, SIN DATOS DE VASOESPASMO, ASINTOMÁTICO, PERO LA IMPORTANCIA DE LA PATOLOGÍA REQUIRIÓ ENVIÓ A URGENCIAS DEBIDO QUE ANTE CUALQUIER EFECTO SECUNDARIO, EVC, IAM... NO CONTAMOS CON MEDIDAS DE ATENCIÓN Y SOPORTE EN EL PRIMER NIVEL, POR ELLO LA IMPORTANCIA DE RESPALDARSE DE UN SERVICIO DE URGENCIAS, ANTE ESTE PADECIMIENTO Y OTROS.

SEMANA DEL 18-22 DE MAYO 2015

DURANTE LA SESIÓN CLÍNICA SE RECALCÓ LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN EN LAS EMBARAZADAS, PUESTO QUE HA HABIDO VARIOS INCIDENTES, SIN EMBARGO AFORTUNADAMENTE NO HAN PROCEDIDO, COMO EL USO DE SULFATO FERROSO EN UNA PACIENTE MAYOR DE 22 SEMANAS DE GESTACIÓN QUE EXIGÍA SE LE RECETARA PERO NO TENIA INDICACIÓN PUES NO TENIA ANEMIA, DE AHÍ LA IMPORTANCIA DE COMUNICARLE A LAS PACIENTES CUANDO ESTÁ INDICADO EL SULFATO FERROSO Y ASÍ EL ACIDO FÓLICO, PARA UNA ADECUADA POSOLOGÍA.

SEMANA 25- 29 DE MAYO 2015

DURANTE ESTA SEMANA REAJUSTE LOS ÚLTIMOS DETALLES DE MI INVESTIGACIÓN, CATALOGANDO A LOS PACIENTES Y SU TRATAMIENTO PARA ASÍ ANALIZAR LOS DATOS OBTENIDOS, ADEMÁS DE QUE EN ESTA SEMANA ME CORRESPONDIÓ DAR LA SESIÓN CLÍNICA “GPC: CÍSTOCELE E INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ” UN TEMA MUY INTERESANTE POR LA INCIDENCIA CLÍNICA Y CORRELACIONÁNDOLO CON LA PRÁCTICA CLÍNICA ES UN PADECIMIENTO MUY FRECUENTE EN EL ÁREA DE PRIMER NIVEL, Y DE ACUERDO A LA REVISIÓN REALIZADA, LA INTERVENCIÓN OPORTUNA Y ADECUADA ESTA A LA MANO DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO. ADEMÁS EL FIN DE SEMANA PARTICIPE EN LA SEMANA NACIONAL DE VACUNACIÓN.

SEMANA DEL 1-5 DE JUNIO 2015

PRIMERA SEMANA PERIODO VACACIONAL

SEMANA DEL 8-12 DE JUNIO 2015

SEGUNDA SEMANA PERIODO VACACIONAL.

SEMANA DEL 15-19 DE JUNIO 2015

ESTA SEMANA FUE LA PRIMERA EN ROTAR CON LA DOCTORA DEBIDO AL CAMBIO REALIZADO POR LA PASADAS JUBILACIONES, LA DISPONIBILIDAD EN ATENCIÓN Y ENSEÑANZA DURANTE ESTA SEMANA FUE MUY BUENA PUESTO FOMENTAN NUESTRA PARTICIPACIÓN COMO MEDICAS PASANTES Y ENRIQUECE LA EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO, ADEMÁS LA VARIABILIDAD Y ALTA DEMANDA POR PACIENTES QUE BUSCAN ATENCIÓN ESPONTANEA, NO FUE MENOR DE 10 PACIENTES POR DÍA MÁS LOS

CITADOS. ADEMÁS PARTICIPÉ DANDO UNA SESIÓN PARA PADRES EN LA GUARDERÍA “LA PIRÁMIDE” CON EL TEMA DE “DERMATITIS DEL PAÑAL”.

SEMANA DEL 22 AL 26 DE JUNIO 2015.

DURANTE LA PRESENTE SEMANA LA CONSULTA FUE VARIABLE DEBIDO A QUE LA DEMANDA ASCIENDE A MÁS DE 30 PACIENTES DIARIOS, A CONTROL DE HAS, DM Y MUCHOS CON ACCIDENTES TRAUMÁTICOS, QUE REQUIRIERON INCAPACIDAD MÉDICA, LO QUE ME PERMITE OBSERVAR CUALES SON LOS CRITERIOS DE CONTINUAR CON INCAPACIDAD, LOS DE ALTA, DE CONTINUAR SOBRE VIGILANCIA MÉDICA ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA SOBRE EL PADECIMIENTO.

SEMANA DEL 29 AL 3 DE JULIO 2015

DURANTE ESTA SEMANA DENOTO LA IMPORTANCIA DE REVISAR EXTREMIDADES INFERIORES EN PACIENTES DIABÉTICOS, PUESTO QUE HUBO UN PACIENTE QUE NO QUERÍA A REVISIÓN, SIN EMBARGO SE DETECTO UNA ULCERA DE APROXIMADAMENTE 5X3 CM, CON DATOS DE INSUFICIENCIA ARTERIAL, Y CON EL DESEO DE QUE NO LE AMPUTARAN EL PIE, NO QUERÍA LA REVISIÓN, SE LE DIO ATENCIÓN SE REFIRIÓ ANGIOLOGÍA E INFORMARON SOBRE LOS RIESGO DE ESTA PATOLOGÍA.

SEMANA DEL 6 AL 10 DE JULIO 2015

DURANTE LA SEMANA REALICÉ 2 ACTIVIDADES DIFERENTES Y FUE LA DE REALIZAR LAVADO ÓTICO A DOS PACIENTE POR UN TAPÓN DE CERUMEN IMPACTADO LO QUE FACILITO LA ATENCIÓN PUES DE ESTA MANERA NO SE ENVIARON A UN SERVICIO DE SEGUNDO NIVEL Y DESARROLLO OTRAS HABILIDADES PARA MI FORMACIÓN.

SEMANA DEL 13 AL 17 DE JULIO 2015

DURANTE LA CONSULTA MÉDICA NO HUBO GRAN VARIEDAD, PUES EN ESA OCASIÓN NO ESTUVO TAN SATURADO EL SERVICIO, FUERON MÁS PACIENTE CITADOS, ADEMÁS PRESENTE LA SESIÓN CLÍNICA DE “GPC DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR” QUE EXPONE ASPECTOS SOCIALES PERO DESTACA LA IMPORTANCIA DEL MÉDICO DE PRIMERA ATENCIÓN AL IDENTIFICAR CUALQUIER FACTOR DE RIESGO Y SU PARTICIPACIÓN EN EL MISMO.

SEMANA DEL 20 AL 24 DE JULIO 2015

ESTA SEMANA PRESENTÉ MI TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN “FACTORES ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA EN LA UMF 79 VALLE CEYLAN”, DONDE IDENTIFICAMOS QUE LOS FACTORES CON MAYOR ASOCIACIÓN SON EDAD, SEXO Y OBESIDAD, LA OBESIDAD EL ÚNICO MODIFICABLE Y EN EL QUE HA QUE INTERVENIR PARA TOMAR MEDIDAS EFECTIVAS DE CONTROL DE PESO, QUE AYUDEN A ESTE TIPO DE PACIENTES.

SEMANA DEL 27 AL 31 DE JULIO 2015

SIENDO LA ÚLTIMA SEMANA, PARTICIPAMOS EN LA CAPACITACIÓN DE LOS PASANTES PRÓXIMOS A INGRESAR, ROTAMOS EN CONSULTA MÉDICA Y CONCLUYENDO UN CICLO TERMINÓ MUY AGRADECIDA POR EL APRENDIZAJE Y LA DEDICACIÓN HACIA NOSOTROS POR PARTE DE LA JEFA DE ENSEÑANZA Y LOS MÉDICOS QUE FOMENTARON MI DESARROLLO Y LA ÚLTIMA ETAPA DE MI FORMACIÓN PROFESIONAL UNIVERSITARIA.

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

PARA PERSONAL DE GUARDERÍA MAC MILLAN

TEMA DE PLATICA	DIRIGIDO A	FECHA	HORA
GASTROENTERITIS	USUARIOS	12 FEBRERO 2015	15:00 HRS
HIGIENE DE MANOS	PERSONAL	7 ABRIL 2015	10:30 HRS
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	USUARIOS	11 JUNIO 2015	15:00 HRS

PROGRAMAS SESIONES GENERALES AGOSTO 2014- JULIO 2015

GPC-DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO BAJO DURANTE EL EMBARAZO, EN UN PRIMER NIVEL DE ANTECIÓN (Turno Matutino)	28/08/14	DRA. LETICIA YANELY GOMEZ REYES
GPC-DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO BAJO DURANTE EL EMBARAZO, EN UN PRIMER NIVEL DE ANTECIÓN (Turno Vespertino)	28/08/14	DRA. LETICIA YANELY GOMEZ REYES
GPC-PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DIARREA AGUDA EN ADULTOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (Turno Matutino)	13/11/14	DRA. LETICIA YANELY GOMEZ REYES
GPC-PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DIARREA AGUDA EN ADULTOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (Turno Vespertino)	13/11/14	DRA. LETICIA YANELY GOMEZ REYES
2015		
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (Turno Matutino)	15/01/15	DRA. LETICIA YANELY GOMEZ REYES
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (Turno Vespertino)	15/01/15	DRA. LETICIA YANELY GOMEZ REYES
BREVIARIO DE ENFERMEDADES METABOLICAS CONGENITAS (Turno Matutino)	12/02/15	DRA. CAROLINA REYES MOHEDANO DRA. LETICIA YANELY GOMEZ REYES
GPC- DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA DERMATITIS ATOPICA DESDE EL NACIMIENTO, HASTA LOS 16 AÑOS DE EDAD	12/03/15	DRA. LETICIA YANELY GOMEZ REYES

EN PRIMER NIVEL DE ATENCION (Turno Matutino)		
GPC- DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA DERMATITIS ATOPICA DESDE EL NACIMIENTO, HASTA LOS 16 AÑOS DE EDAD EN PRIMER NIVEL DE ATENCION (Turno Vespertino)	12/03/15	DRA. LETICIA YANELY GOMEZ REYES
GPC- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE LA PARED VAGINAL ANTERIOR (CISTOCELE) E INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (Turno Matutino)	21/05/15	DRA. LETICIA YANELY GOMEZ REYES
GPC- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE LA PARED VAGINAL ANTERIOR (CISTOCELE) E INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (Turno Vespertino)	21/05/15	DRA. LETICIA YANELY GOMEZ REYES

**PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 79 2015**

FECHA PRESENTACIÓN	AUTORES	TÍTULO DE PROTOCOLO
31/07/15	Dra. Gómez Reyes Leticia Yanely Dra Viveros Mera Ingrid Cristina MPSS	“FACTORES ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA EN LA UMF 79 TURNO MATUTINO ”



GASTROENTERITIS AGUDA



¿QUÉ ES LA GASTROENTERITIS?

La gastroenteritis es una infección que cursa con diarrea, es decir, con un aumento del número de deposiciones que, además, son más blandas. Generalmente, también provoca vómitos, fiebre y dolor abdominal.

¿QUÉ DEBE HACER EN CASA?

Hay que evitar la deshidratación:

- Cada vez que el niño defeca o vomita pierde líquido que hay que reponer bebiendo. Utilice los sueros hiposódicos de venta en farmacias.
- Si el niño vomita con facilidad tiene que tomar el suero despacio (una cucharada cada 5 minutos) aumentando la cantidad progresivamente según lo vaya tolerando.
- Cuando no vomite los líquidos, ofrézcale comida en pequeñas cantidades – sin forzarle – manteniendo el aporte de líquidos entre las tomas.

Plan de comidas:

- No es necesario ningún tiempo de ayuno. Desde el principio ofrézcale comida – sin forzarle –. En general, los niños con gastroenteritis tienen poco apetito.
- Si el niño está con lactancia materna debe continuar con ella aumentando el número de tomas.
- Los biberones de leche hay que hacerlos con el número de cacitos habitual, sin diluirlos más.
- La dieta astringente no es imprescindible, es suficiente una alimentación suave, apetecible para el niño. Los alimentos que se suelen tolerar mejor son: cereales (arroz, trigo), patata, pan, carne magra, verdura, pescado y fruta. Evite comidas flatulentas, con mucha grasa o azúcar.

¿CUÁNDO DEBE CONSULTAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS?

- Si el niño vomita mucho, no tolera sólidos, ni líquidos o vomita aunque no tome nada.
- Si los vómitos son verdosos, contienen sangre o parecen posos de café.
- Si el niño está adormilado, decaído, tiene mucha sed, llora sin lágrimas, orina poco o tiene los ojos hundidos.
- Si las deposiciones son muy líquidas, abundantes y frecuentes de tal manera que, el niño no es capaz de beber al mismo ritmo que pierde.

CUESTIONES IMPORTANTES

- No se debe utilizar soluciones caseras (limonada alcalina), ni refrescos comerciales para reponer las pérdidas producidas por las gastroenteritis.
- Son especialmente recomendables las soluciones de rehidratación que ya vienen preparadas.
- Si utiliza soluciones de rehidratación en polvo siga las instrucciones del producto. Asegúrese de que la cantidad de agua sea la correcta.
- El peligro de deshidratación es mayor cuanto más pequeño es el niño.
- No administre a su hijo medicamentos para la diarrea o los vómitos sin consultar con su pediatra.



"DIABETES MELLITUS TIPO 2"
"CÁNCER DE MAMA"
"CÁNCER CERVICOUTERINO"

¿Qué es la Diabetes?

Enfermedad crónica que tiene causas diversas; se caracteriza por glucosa en sangre elevada por trastornos del metabolismo de los azúcares, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la **insulina** en el páncreas.

¿Cuántos tipos hay?

La diabetes de tipo 1 generalmente se presenta en la niñez o la adolescencia no produce insulina

La diabetes de tipo 2 aparece por lo general en la vida adulta y está relacionada con la obesidad, la inactividad física y la alimentación malsana. Es la forma más común de diabetes (alrededor del 90% de los casos en el mundo)

Otras formas de la diabetes

Diabetes del embarazo, síndromes genéticos, exposición a ciertos medicamentos o virus, y causas desconocidas.

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes.

¿Cómo prevenir?

- ✓ Dar lactancia materna
- ✓ Dieta y ejercicio
- ✓ Autoexploración mensual a partir de los 20 años (7-10 del inicio de menstruación)
- ✓ Exploración médica anual a partir de los 25 años (o ante cambios en la mama)
- ✓ Realizar mastografía



Datos de alarma



Factores de Riesgo.



Síntomas



En caso de sospecha ¿Qué hacer?

Acudir a medicina preventiva, en caso de tener factores de riesgo se realizara prueba rápida de glucosa y se enviará con su médico en caso de ser anormal el resultado.

¿Cómo se hace el diagnóstico?

Toma de Glucosa en sangre y en ayunas.

Normal: 60-100 mg/dl

Prediabetes: >100mg/dl

Diabetes: >126 mg/dl, (Requiere 2 tomas para confirmar el diagnóstico)

¿Qué es el cáncer cervicouterino?

Es el cáncer que comienza en el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz) que desemboca en la parte superior de la vagina.

¿Cuál es la importancia de conocer esta enfermedad?

En el 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36 000 fallecieron por esta enfermedad en las Américas.

Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes aumentará en un 45% en el 2030 (OMS)

¿Cuáles son los factores de riesgo?

Tabaquismo, el estado nutricional, la respuesta del sistema inmunológico, la paridad, otras infecciones de transmisión sexual, principalmente virus del papiloma humano (VPH)

Síntomas.

La mayor parte del tiempo, el cáncer cervical inicial es asintomático. Los síntomas que se pueden presentar abarcan:

- Sangrado vaginal anormal entre periodos, después de la relación sexual o después de la menopausia.
- Flujo vaginal que no cesa, que puede ser pálido, acuoso, rosado, marrón, con sangre o de olor fétido.
- Periodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo

¿Qué es el cáncer de mama?



Es el cáncer más frecuente en las mujeres, segunda causa de muerte en mujeres de 30-54 años, que se caracteriza de un crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse

Factores de riesgo



Prevención

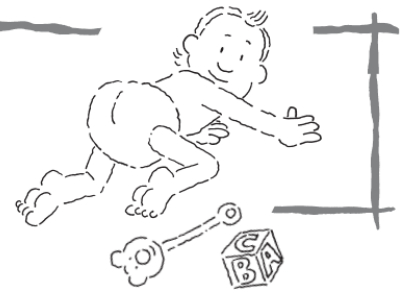
- Aplicar la vacuna contra el VPH. Previene la mayoría de los tipos de infecciones por el VPH que causan cáncer de cuello uterino.
- Practicar relaciones sexuales con protección. El uso del condón durante la relación sexual reduce el riesgo de contraer el VPH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Las citologías vaginales (Papanicolaou) pueden ayudar a detectar cambios precoces, los cuales pueden tratarse antes de que se conviertan en cáncer cervical.
- Si fuma, dejar de hacerlo. El consumo de cigarrillo aumenta las probabilidades de presentar cáncer cervical.





¿Qué es la dermatitis del pañal?

Dermatitis del pañal



Se llama así a cualquier erupción de la piel que se desarrolla dentro de la zona del pañal. En los casos leves la piel solo se enrojece. En casos más severos, pueden presentarse heridas abiertas y dolorosas. Usualmente aparecen alrededor de la ingle y por dentro de los pliegues de los muslos y las nalgas. Los casos leves mejoran luego de 3 a 4 días de tratamiento.

¿Qué la causa?

- Demasiada humedad
- Fricción constante
- Cuando la orina, las deposiciones o ambos están en contacto con la piel por tiempo prolongado
- Infección por hongos
- Infección por bacterias
- Reacción alérgica a los materiales del pañal

Si la piel permanece húmeda por mucho tiempo, comienza a partirse. Cuando la piel húmeda es sujeta a fricción, también es más propensa a dañarse. La humedad de un pañal sucio puede maltratar la piel de su bebé y hacerla más susceptible al rozamiento. Cuando esto sucede, puede desarrollarse la dermatitis del pañal.

Más de la mitad de los bebés entre los 4 y los 15 meses de edad desarrollan dermatitis del pañal por lo menos una vez en un lapso de dos meses. La dermatitis del pañal es más frecuente cuando:

- El bebé es mayorcito, particularmente entre los 8 y 10 meses de edad.
- No se le mantiene limpio y seco.
- Defeca con frecuencia, especialmente cuando las deposiciones permanecen toda la noche en el pañal.
- El bebé tiene diarrea.
- Comienza a comer alimentos sólidos.
- Está tomando antibióticos o es amamantado por una madre que está tomando antibióticos.

Cuándo llamar al pediatra

Hay ocasiones en que la dermatitis del pañal requiere atención médica. Hable con su pediatra si:

- La dermatitis parece no curarse o empeora luego de 2 a 3 días de tratamiento
- La dermatitis incluye ampollas o heridas con pus.
- Su bebé está tomando un antibiótico y presenta una erupción rojiza brillante con manchas rojas en los bordes. Esto tal vez sea una infección por hongos.
- Su bebé tiene fiebre además de las lesiones en la piel.
- La dermatitis es muy dolorosa. Su bebé podría tener una condición llamada celulitis.

Tratamiento de la dermatitis del pañal

Además de cumplir lo recomendado sobre prevención, se deben potenciar las siguientes medidas:

Cambio de pañales

- Cambiar frecuentemente el pañal: el mejor pañal no es el más absorbente sino el que se cambia más.
- Procurar que el paciente se pase un rato cada día sin pañal, dejando secar la piel al aire.

Lavado

- Con cada cambio, lavar a fondo con agua tibia sin jabón, quitando resto de cremas que pueden haber quedado. Secar muy bien con una gasa o tela. Incluso puede secarse con un secador de pelo con aire frío.
- No emplear toallas húmedas desechables ni paños en la piel ya irritada porque, además de dolerle, aumentarán la irritación de la piel.

Ventilación

- Dejar con la piel al aire tanto tiempo como sea posible, acostando al niño sobre un empapador o toalla absorbente extendidos.
- Usar pañales más grandes o ponérselos más holgados. También se les pueden hacer pequeños orificios que permitan la entrada de aire.

Pomadas:

- Las pomadas nunca se deben considerar el remedio fundamental. Para la curación no sólo no es imprescindible su uso, sino que hay que tener en cuenta los otros puntos del tratamiento.
- En la farmacia hay una gran variedad de marcas comerciales. Se recomiendan las formuladas con vaselina y óxido de cinc. La pasta Lassar resulta idónea.

IMÁGENES DE CASO CLÍNICOS OBSERVADOS EN EL SERVICIO SOCIAL.



Hernia Diafrágica en Masculino de 53 años, detectada en edad adulta por tos crónica.



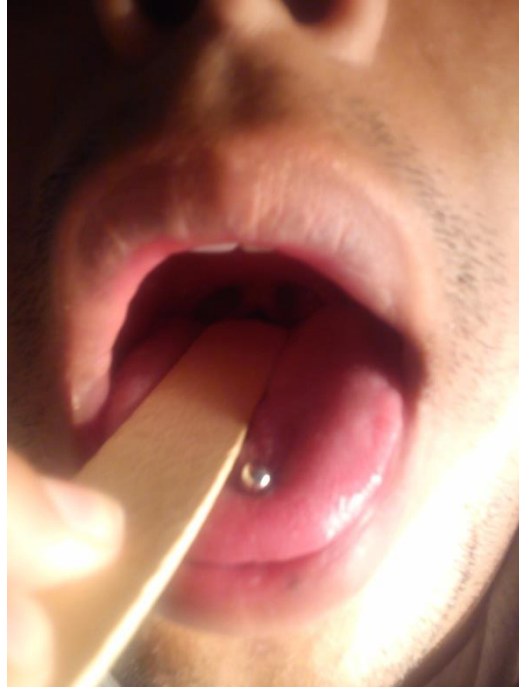
Paciente masculino con Cáncer de Próstata por 10 años de evolución, referido a segundo nivel por probable metástasis a hueso.



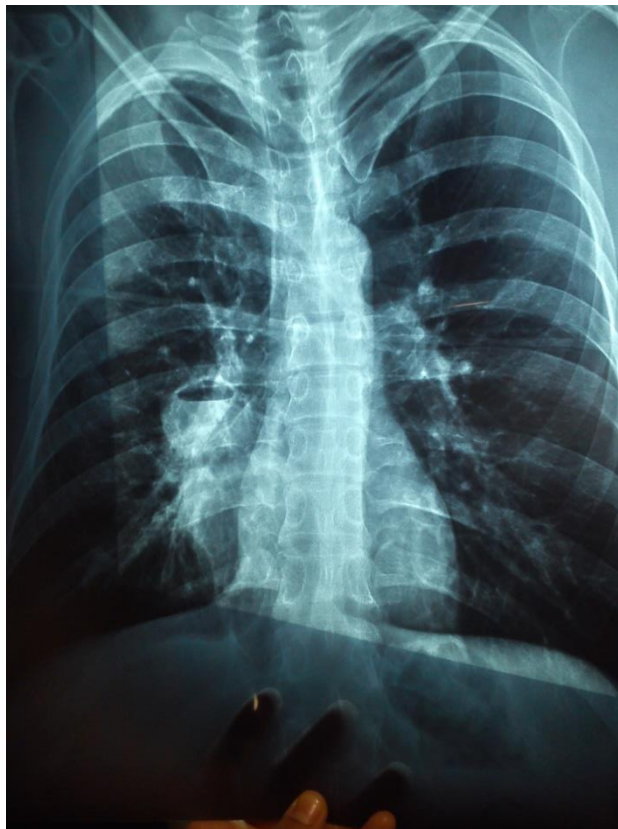
Hernia Inguinal en recién nacido



Diversos padecimientos son atendidos en la unidad con las contrareferencias dando seguimiento y atención continua en el primer nivel.



Úvula bífida



Paciente masculino de 35 años con absceso pulmonar por Candida.



Ceremonia de clausura de Residentes IMSS en Hospital Siglo XXI



Promoción a la Salud Dental



Promoción a la salud en Unidad Medicina Familiar Num. 79 IMSS

CAPÍTULO 5:

CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL

EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN COMO PERSONA:

El servicio social, un cambio radical puesto que de manera personal no había tenido oportunidad de participar en una unidad de medicina familiar y de manera peculiar para el Instituto Mexicano del Seguro Social, una elección idónea en todos los sentidos pues en muchos ámbitos tuve la ventaja de contar el apoyo de personal adscrito, docencia e interacción médica directa.

Durante este año me permitió aplicar aquellos conocimientos, experiencias y recabar conocimiento, para completar mi formación, pero aún así uno aprende cosas que los libros en ocasiones no enseña, desde como tratar un paciente, observar cada detalle y mejorar en la atención médica en la calidad humana, que como toda situación hay padecimientos que implican aspectos emocionales con los cuales uno aprende a tener empatía sin afectar el aspecto profesional.

Además tuve la fortuna de presentar sesiones clínicas, interactuar con la población en pláticas referentes a la salud, permitiendo ofrecer y contribuir al autocuidado del paciente, hecho que deja plena satisfacción en mí pues el ayudar es una pasión innata en la vida de un médico, con la esperanza que con la información de alguna forma impacte la vida de los pacientes y que uno aprende de cada pregunta, cuadro clínico y vida que surge de los pacientes atendidos.

El gran aprendizaje que recabó durante este año, es que nunca se deja de aprender, a veces lo que parece más simple tiene su grado de complejidad y es de ahí que se obtiene el crecimiento, aprendiendo de las cosas más sencillas que engrandecen la vida personal y profesional.

EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN PROFESIONAL

La etapa de servicio social es un año donde culmina la carrera de Medicina un pilar importante donde se contribuye a la comunidad con los conocimientos aprendidos durante los 5 años previos, se desarrollan actividades diversas que enriquecen la vida personal y profesional. El hecho de haber realizado el servicio en una Unidad de Medicina Familiar me beneficio en la cantidad de pacientes observados en la consulta de primer nivel durante este año.

Otro aspecto importante fueron las actividades de enseñanza que se fomentaban tras cada sesión, además de la participación que realizamos presentando temas de manera semanal, el apoyo por el personal médico durante la consulta, además de que en primer nivel aprendí los criterios de referencia a segundo nivel así como de manera contraria, los de contrareferencia y los tratamientos manejados desde tercer nivel.

La experiencia vivida por un año fue muy grata en especial por el apoyo académico, la formación profesional y por el tiempo dedicado por el personal médico y derechohabiente, de manera particular al Dr. Miguel Márquez por la confianza y el apoyo recibido al fomentar mi crecimiento profesional frente al paciente y en especial a la Dra. Ma. Elisa López Delgado por ser excelente docente y guía durante este año.

EN RELACIÓN A SU APORTACIÓN A LA COMUNIDAD

Durante la consulta médica contribuí a tratamientos médicos, diagnóstico, a disminuir los tiempos de espera del personal derechohabiente. Durante el transcurso de este año tuve la oportunidad de participar en pláticas en guarderías y personal escolar para fomentar la salud.

Los temas que con mayor énfasis fueron enfermedades diarreicas, dermatitis atópica, diabetes Mellitus, cáncer cervicouterino, hipertensión arterial y cáncer de mamá, temas importantes para la comunidad y que con el conocimiento difundido tendrán oportunidad de detectar datos de alarma, factores de riesgo y en caso de ser necesario recibir oportunamente atención médica.

Además oportunidades de orientar a mujeres embarazadas, en el curso de su evolución, aclarando dudas, hablando sobre la importancia de su control prenatal de porque son en quienes principalmente uno como médico y paciente se colabora de manera conjunta manteniendo una vigilancia estrecha.

La aportación principal a cada paciente fue ofrecerle lo mejor en cuanto a su salud, atención humana, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno para mantener el bienestar individual

EN RELACIÓN CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA

La Universidad Autónoma Metropolitana, alma máter que acoge una infinidad de experiencias, conocimientos, recuerdos y aprendizajes, que generaron un cambio directo en mi vida personal pues hoy me permite decir que soy una profesionalista.

Recapitulando, parecería fácil , pero desde el primer año uno debe adaptarse a cambios, los horarios en el sentido que realmente es tiempo completo, se exige de manera diferente dependiendo el trimestre en el que te encuentres, la dificultad va aumentando. Pero en cada trimestre me permito decir gracias por qué viví cosas nuevas, desde guardias, exámenes, desde el tiempo de traslado, lo profesores y sus enseñanza además de exigencias, que me permitieron crecer y llegar hasta donde estoy hoy.

Porque uno recorre el camino con incertidumbre, y uno comprueba de lo que está hecho, y es a partir de que la UAM-Xochimilco me brindo su apoyo, me abrió la puertas para aprender de lo impredecible, que de no tratarse de una institución pública no hubiera podido tener la dicha de tener la profesión que tanto anhelé.

Sin lugar a dudas han sido los 6 años más difíciles de mi vida, pero es bien sabido que lo que más cuesta es lo que más se atesora, y en que medida puedo agradecerle a la Institución que me permitió ser una herramienta de Dios para ayudar al prójimo, más que responder con lo que me enseñó, Aprender y Dar.

Gracias.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Camfort M, Coca A. Hipertensión arterial resistente, más allá de un mal control de la presión arterial. *Med Clin (Barc)*. 2011;137(10):444–445. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-hipertension-arterial-resistente-mas-alla-90027693>
- ² AHA Scientific Statement. Hypertension 2008. Disponible en: <http://hyper.ahajournals.org/content/51/6/1403.full>
- ³ Waisman G. Hipertensión arterial resistente. *Rev Fed Arg Cardiol*. 2013; 42(3): 170-173. Disponible en: http://www.fac.org.ar/1/revista/13v42n3/art_revis/revis01/waisman.pdf.
- ⁴ Armario P, Castellanos P, Hernández R. Hipertensión arterial refractaria. *nefroPlus* 2008; 1(2):23-32. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefroplus-articulo-hipertension-arterial-refractaria-X1888970008000208>.
- ⁵ Alonso J. Hipertensión arterial resistente o refractaria. *Rev Urug Cardiol* 2012; 27: 431-442. Disponible en: <http://www.suc.org.uy/revista/v27n3/pdf/rcv27n3-hta-alonso.pdf>
- ⁶ Badila, E, Daraban AM, Tintea E, Cristina M, Hosutiuc M, Bartos D. Resistant Arterial Hypertension – Yet another Problem for Clinical Practice Rom. *J. Intern. Med.*, 2013, 51, 1, 9–18. Disponible en: <http://www.intmed.ro/attach/rjim/2013/rjim113/art02.pdf>
- ⁷ González MA, Fernández ML, Fernández PR, Beltrán MR, Ramos GJ, Jarast D, Olmedo L. et.al. Hipertensión arterial refractaria verdadera, estudios de prevalencia en consulta hospitalaria. *Hipertensión*. 2005; 22(5):189-94. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67>
- ⁸ Bramlage P, Pittrow D, Whittchen HU, Korch W, Boehler s, lehnert H, et. Al. Hypertension in overweight and obese primary care patients is highly prevalent and poorly controlled. *PM*. 2004. 904-10. Disponible en www.ncbi.nlm.gov/pubmed/15485752
- ⁹ Segura J, Hipertensión arterial resistente o refractaria: Factores asociados a la refractariedad ante el tratamiento antihipertensivo. Madrid. 2008. Disponible en: www.menarini.es/images/medicina_cardiovascular/MCV_2008_3.pdf

-
- ¹⁰ Oxford university press. European heart journal. 2007. Disponible en: www.eurheartj.oxfordjournal.org./content/28/12/1462
- ¹¹ Farkouh ME, Greenber BP. An evidence- based review of the cardiovascular risk of nonsteroidal antiinflammatory drugs. AJC. 2009 disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19406264
- ¹² Armario P. Hipertensión Arterial Resistente. En: Armario P .Protocolos Hipertensión Arterial. España Elsevier; 101-116.
- ¹³ Schellack N. Cardiovascular effects and the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. S Afr Fam Pract 2014;56(1):16-20. www.safpj.co.za/index.php/safpj/article/.../4828
- ¹⁴ Martell N, Rodriguez- cerrillo M. Grobbee DE, Lopez-Eady MD. Fernandez C. et al- HHhigh prevalence of secondary hypertension and insuline resistance in patients with refractory hypertension. BP 2003. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12875476.
- ¹⁵ Collins R. Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebach NH, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease part 2- short term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. PM. 1990. Disponible en www.ncibi.nlm.nih.gov/pubmed/1969567
- ¹⁶ Marin M. Hipertensión Refractaria. 6to congreso virtual de cardiología. Buenos Aires. Septiembre 2009. Disponible en: www.fac.org.ar/6cv/llave/c048/marinm.pdf
- ¹⁷ Ponte P, Arroyo, A Matas L, Benet M, Roca.cusachs A. Relacion entre hipertensión arterial, ansiedad y depresión a partir de cidras de presión arterial obtenidas por MAPA. Rev. Clin Esp 2014. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/controladores/congresos-herramientas.php?idCongreso=8&idSesion=838&idComunicacion=7614>
- ¹⁸ Paul A. Oparil S, Carter BL, Pharm D, Cushman W, et al. Eviden- base fuideline for management of hig blood pressure in adults. JAMA. 2013. Disponible en: <http://csc.cma.org.cn/attachment/2014315/1394884955972.pdf>
- ¹⁹ Calhoun DA. Jones D, Textor S. Goff DC, Murphy TP, Toto RD, et al, resistant hypertension: diagnois, evaluation, and treatment: a scientific statement from the American Heart Association Profesional Education Committee of council for high blood pressure research. Circulation. 2008. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18574054.
- ²⁰ Salgero R. Jurado A. Martin R. hipertensión arterial. ENARM Mexico. Cardiología. 1era edición. 2012.

²¹ Quevedo G, Heredia J. Lastrana MA, Lema L. hipertensión arterial refractaria y apnea del sueño. Rev. Argent cardiolo 2008 229-233. Disponible en: www.scielo.org.ar/pdf/rac/v76n3/v76n315.pdf

²² Montero BL. Relación ente hipertensión arterial y apnea del sueño. Rev med de costa Rica y cent Ame. 2008. 355-359 disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2008/rmc085i.pdf>

²³ Encuesta nacional de salud y nutrición. México. www.ensanut.insp.mx

²⁴ Organización mundial de la salud. Información general sobre hipertensión en el mundo, una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/