



Casa abierta al tiempo

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Departamento de Atención a la Salud

Licenciatura en Medicina

**Diagnóstico de Salud de la Localidad
Municipio de Tlatlaya. Jurisdicción Tejupilco
Centro de Salud San Antonio del Rosario**

**MPSS LITAÍ CASARRUBIAS CORONA
Matricula: 205349744
agosto 2011 a julio 2012**

Asesor interno

Alejandro Alonso Altamirano

Diciembre 2022.

INDICE

CAPITULO I INVESTIGACIÓN	6
Título	6
1.1 Planteamiento del problema	6
1.2 Justificación	6
1.3 Marco teórico	7
1.4 Objetivo general	28
1.5 Objetivos específicos	28
1.6 Hipótesis	28
1.7 Metodología	28
1.7.1 Tipo de estudio.....	28
1.7.2 Población, criterios de inclusión, de exclusión.....	28
1.7.3 Variables.....	28
1.7.4 Definición operacional.....	28
1.7.5 Material y métodos.....	28
1.8 Resultados: cuadros y gráficas.....	29
1.9 Análisis de resultados.....	33
1.10 Conclusiones de la investigación.....	33
1.11 Bibliografía.....	35
 CAPITULO II DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE HIZO LA INVESTIGACIÓN	
 1.- IDENTIDAD DE LA COMUNIDAD	
a) Ubicación Geográfica.....	39
b) Elementos Históricos	42
2.- Condiciones del entorno ambiental relevantes para la salud	
1.- Características físicas, químicas y biológicas	
a) Hidrografía	47
b) Orografía.....	47
c) Clima.....	48
d) Flora.....	48
e) Fauna (Nociva y Doméstica).....	48
f) Recursos Naturales	48
g) Calidad del Aire, Agua y Suelo	48
h) Fuentes emisoras de contaminantes	48

CAPITULO III DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS

2.- Servicios Públicos	
a) Drenaje Público.....	49
b) Agua Potable	49
c) Manejo sanitario de la Basura.....	49
d) Electricidad	50
e) Vías de comunicación.....	50
d) Telefonía.....	51
g) Deporte	51
h) Medios de Difusión Masiva	51
i) televisión de paga	51
3.- La Población	
3.1.- Principales características demográficas.....	51
a) distribución espacial en la localidad.....	53
b) pirámides de población por grupo de edad y sexo	54
c) Pirámides de Población por grupos de edad y sexo	54
d) Densidad de población	55
e) Tasa de Natalidad.....	57
f) Índice de Natalidad	57
3.2.- Principales Características socio – demográficas.	
a) Actividad económica de la población.....	57
b) Condiciones de la vivienda	59
c) Nivel de ingreso de la población ocupada.....	59
d) Nivel de escolaridad de la población.....	61
e) Tipo de alimentación predominante.....	70

f) Rutina diaria.....	71
g) Migración	71

3.3.- Principales Características psicosociales y culturales.

a) Grupos étnicos.....	72
b) Religión.....	72
c) Festividades Locales.....	72
d) Organización Familiar	73
e) Organizaciones de apoyo comunitario	73
f) d) Redes de apoyo.....	73

CAPITULO IV ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

INFORME NUMERICO NARRATIVO:

AGOSTO 2011.....	79
SEPTIEMBRE 2011	82
OCTUBRE 2011	85
NOVIEMBRE 2011	88
DICIEMBRE 2011	91
ENERO 2012	94
FEBRERO 2012.....	96
MARZO 2012.....	99
ABRIL 2012.....	102
MAYO 2012	105
JUNIO 2012	108
JULIO 2012.....	111

CAPITULO V CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL

1.1 En relación a su formación como persona.....	114
1.2 En relación a su formación profesional.....	115
1.3 En relación a su aportación a la comunidad.....	116
1.4 En relación con su institución educativa.....	117

[Escriba aquí]

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

REPORTE FINAL DE SERVICIO SOCIAL EN
INVESTIGACIÓN

SAN ANTONIO DEL ROSARIO

LITAI CASARRUBIAS CORONA

MÉDICO PASANTE DE SERVICIO SOCIAL

MATRICULA: 205349744

PERIODO DE SERVICIO SOCIAL AGOSTO 2011 A
AGOSTO 2012.

REPORTE FINAL DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO

PREVALENCIA DE INFECCIONES VAGINALES EN MUJERES EN LA UNIDAD DE SAN ANTONIO DEL ROSARIO DEL PERIODO COMPRENDIDO DE AGOSTO 2011 AL MES DE JULIO 2012.

Planteamiento del problema

Las infecciones del aparato genital femenino constituyen un problema importante de la práctica ginecoobstétrica y en el primer nivel de atención. Son causa de morbilidad, mortalidad materna y neonatal. Entre los factores que explican su frecuencia están: aborto provocado, aumento de intervenciones quirúrgicas e infecciones de transmisión sexual. Un tema de mi interés, por la afectación en un gran porcentaje en las mujeres en edad reproductiva, siendo un obstáculo en algunos casos clínicos de fertilidad femenina, es por eso que me decline en este tema del ámbito ginecológico.

Las infecciones del aparato genital femenino, además de los problemas físicos y emocionales que ocasionan en las pacientes, constituyen una pérdida económica de proporciones apreciables al sistema de salud, tanto en las mujeres de países industrializados como en la población femenina de países en vías de desarrollo

Entre los factores que pueden explicar la mayor frecuencia de estas infecciones se incluyen: el aborto provocado que, en los países en vías de desarrollo, constituye una causa importante de graves y mortales cuadros infecciosos; el aumento de las exploraciones diagnósticas ginecoobstétricas, fomentadas por los avances tecnológicos y el aumento de las intervenciones quirúrgicas abdominales y vaginales.

En todos estos procedimientos se altera el ecosistema natural del aparato reproductor femenino o se produce la introducción de gérmenes patógenos externos. Al existir un gran número de consultas secundarias a infecciones vaginales, el objetivo de este trabajo es conocer el microorganismo más frecuente, para así poder dar el tratamiento de elección según las características clínicas, ya que en primer nivel de atención no contamos con recursos paraclínicos necesarios.

Justificación: Las infecciones de transmisión sexual son una de las patologías infecciosas más comunes en mujeres en edad reproductiva y en el embarazo, siendo una causa muy frecuente de consulta en el primer nivel de atención. La

importancia de este trabajo es para dar un diagnóstico oportuno, un tratamiento adecuado y la prevención de las infecciones de transmisión sexual. La realice para conocer la prevalencia de las infecciones más frecuentes en las mujeres del poblado de san Antonio del rosario, en un periodo de un año. Conocer las patologías, fisiología y tratamiento de cada patología.

Las infecciones de transmisión sexual son causa de enfermedad aguda, crónica, infertilidad y muerte, con graves consecuencias médicas, sociales, económicas y psicológicas, para millones de mujeres y hombres.

Estas infecciones son un problema de salud pública a nivel mundial, los países en vías de desarrollo son los que se ven más afectados, ya que 85% de su población es sexualmente activa, por lo que aumenta el riesgo de contraer estas infecciones.

En México, las infecciones de transmisión sexual ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad, con un efecto diferencial para la vida y el ejercicio de la sexualidad de mujeres y hombres.

MARCO TEÓRICO

Las Infecciones de Trasmisión Sexual son causa de enfermedad aguda, crónica, infertilidad y muerte, con graves consecuencias médicas, sociales, económicas y psicológicas, para millones de mujeres, hombres, niñas y niños. El impacto de estas infecciones es magnificado por su potencial para facilitar la propagación de la infección por el VIH. Las Infecciones de Trasmisión Sexual son un problema de salud pública a nivel mundial, los países en vías de desarrollo son los que se ven más afectados, ya que 85% de su población es sexualmente activa, por lo que aumenta el riesgo de contraer estas infecciones.

En México, las Infecciones de Trasmisión Sexual ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad, con un efecto diferencial para la vida y el ejercicio de la sexualidad de mujeres y hombres.¹

Datos recientes muestran que en México existe una alta prevalencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS), tales como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), con un aproximado de 34 millones de personas infectadas, Virus de la Hepatitis B (VHB) con 130 – 150 millones y sífilis con 12 millones de casos diagnosticados.

En cuanto a la detección de estas, la mejor estrategia es la detección temprana debido a la no detección oportuna lo cual incrementa el riesgo de infección. Por otra parte, la detección temprana ha demostrado una disminución del 95% de contagio y tener una mejor costo-efectividad.¹²

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es un retrovirus que contiene 2 copias en su genoma. Provoca el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siendo esta la última etapa de la enfermedad del VIH. De dos a cuatro semanas después del ingreso del virus al organismo, el paciente puede presentar de síntomas de infección primaria. Después de eso, se produce una larga infección crónica que puede durar décadas. El SIDA se caracteriza principalmente por infecciones oportunistas y tumores, que si no son tratados pueden ser mortales.²⁰

En su epidemiología, se estima que existen 36.7 millones de casos en todo el mundo, en México, datos recientes muestran 42 181 casos nuevos diagnosticados.^{20,21} otros datos indican que alrededor de 230 000 viven en nuestro país. En 2019, 17 000 fueron diagnosticados donde la mayoría eran hombres (85%) entre 25 y 39 años (70%), contrayéndolo por contacto sexual (71%).²²

En el cuadro clínico, la mayor cantidad de pacientes pueden tener una infección asintomática, aunque el tiempo habitual desde la exposición puede ser de 2 a 4 semanas, en algunos casos, puede llegar a 10 meses. Los síntomas más comunes pueden ser: fatiga, dolor muscular, erupción cutánea, dolor de cabeza, dolor de garganta, ganglios linfáticos inflamados, dolor en las articulaciones, sudores nocturnos y diarrea. Algunas de las enfermedades oportunistas pueden ser: candidiasis vaginal, leucoplasia vellosa oral, infección de herpes, neuropatía periférica, angiomas bacilar, displasia cervical, carcinoma cervical in situ y purpura trombocitopénica idiopática, sarcoma de Kaposi, entre otras.

Hablando de la fisiopatología, el VIH se une a la molécula CD4 y CCR5, la superficie del virus se fusiona con la membrana celular, permitiendo la entrada en un linfocito T colaborador. Después de que se integra su genoma, el provirus se forma y sigue la transcripción y producción de ARNm viral. Las proteínas estructurales del VIH se fabrican y ensamblan en la célula huésped. La gemación viral de las células del huésped libera millones de partículas virales que infectan otras células.

En el diagnóstico del VIH, se pueden incluir las siguientes pruebas: prueba de cuarta generación, la cual detecta anticuerpos específicos y antígeno p24 del virus. Prueba rápida que usa sangre o saliva que permite detectar una infección por VIH en cuestión de horas. Finalmente, PCR que es una prueba de diagnóstico o confirmación de infección por VIH y además proporciona información sobre la carga viral. La viremia detectable se desarrolla en aproximadamente 10 a 15 días después de la infección. Por lo que las pruebas virológicas y de inmunoensayo iniciales negativos.

En el tratamiento del VIH, los utilizados son los antirretrovirales, usados en combinaciones conocidas como terapia retroviral altamente activa (TARGA),

incluyendo inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos/nucleótidos (NRTI), combinaciones de dosis fijas de estos, inhibidores de la integrasa, inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (NNRTI), inhibidores de la proteasa e inhibidores de CCR5. Independientemente del nivel de CD4, se debe comenzar con HAART, siendo un tratamiento de por vida. Reduciendo la morbilidad y mortalidad, además de reducir el riesgo de transmisión a otras personas, teniendo carga viral baja o indetectable.

Entre los regímenes de tratamiento incluyen: efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil es una tableta que contiene 600 mg de efavirenz, 200 mg de emtricitabina y 245 mg de tenofovir disoproxil. Tomándose una pastilla al día. Otro tratamiento es la rilpivirina/emtricitabina/tenofovir disoproxil en una tableta que contiene 25 mg de rilpivirina, 200 mg de emtricitabina y 245 mg de tenofovir disoproxil. De igual manera tomando una pastilla al día. Entre otras combinaciones que actúan de igual manera y se administran una tableta al día.²²

SIFILIS

La sífilis es una ITS causada por *Treponema pallidum*, la cual es un importante problema de salud pública en países de bajo desarrollo y ha emergido en países desarrollados. La OMS estima que 11 millones de nuevos casos de sífilis ocurren de manera global cada año en adultos de 15 a 49 años de edad.

En la epidemiología, estudios recientes han mostrado cifras de 34 998 casos de sífilis adquirida y 1 030 casos de sífilis congénita.²³

En el cuadro clínico, la sífilis primaria aparece de 10 a 90 días después de la exposición y consiste en úlceras induradas e indoloras, también llamadas chancro, en el sitio de inoculación. Estas lesiones se resuelven sin tratamiento de 3 a 6 semanas. La linfadenopatía regional es común y consiste en ganglios linfáticos gomosos. La sífilis secundaria aparece de 2 a 8 semanas después de la desaparición del chancro y tiene varias manifestaciones sistémicas que involucran cualquier sistema y parte del organismo. Presenta manifestaciones cutáneas como condilomas lata, alopecia, placas mucosas, exantema palmar o troncal y exantema papuloescamoso, además de contener una alta carga de espiroquetas altamente contagiosas. Ambos tipos de sífilis no tratada continua en fase latente temprana (alrededor de un año o menos) o una fase latente tardía (arriba de un año), caracterizada por pruebas serológicas positivas, pero sin manifestaciones clínicas. Existe otro tipo de sífilis terciaria que se puede manifestar meses o años después de la infección inicial conocida como sífilis cardiovascular, neurosífilis o sífilis gomosa. Finalmente, existe una sífilis congénita resultante de la transmisión transplacentaria o del contacto con lesiones infecciosas durante el nacimiento y se adquiere en cualquier etapa, pudiendo causar muerte fetal o infección congénita neonatal.

Hablando de la fisiopatología, la treponema es un organismo muy pequeño invisible al microscopio óptico. Identificándose por movimientos en espiral en microscopía de campo oscuro. Pero fuera de este no sobrevive por mucho tiempo. *T. pallidum* es capaz de penetrar en el organismo a través de las membranas mucosas intactas o a través de heridas en la piel, a partir de aquí el microorganismo se disemina por el cuerpo humano a través de los vasos linfáticos o sanguíneos, cualquier órgano del cuerpo humano puede ser invadido, incluyendo el sistema nervioso central. El periodo de incubación es de unos 20 a 90 días, este organismo invade el sistema nervioso central (SNC) temprano, pero los síntomas aparecen tiempo después.

El diagnóstico consiste en microscopía de campo oscuro y pruebas serológicas. El primero permite la examinación directa de espiroquetas de la lesión mucosa y ofrece un diagnóstico inmediato si es positivo, pero puede pasar por alto el 20% de los casos positivos. Las pruebas serológicas se clasifican en no treponémicas y treponémicas. Las primeras como son la VDRL y la prueba rápida de reagína plasmática (RPR) son pruebas de detección que detectan anticuerpos contra la cardiolipina en sangre y no son específicas para sífilis. Además, solo son positivas después del desarrollo del chancro primario. Las pruebas deben confirmarse con una prueba treponémica por ensayo de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-ABS) y ensayo de aglutinación de partículas de *T. pallidum*.

El tratamiento depende en la etapa de la enfermedad, en el caso de la sífilis primaria, secundaria o latente consiste en una dosis única de penicilina G benzatínica intramuscular de 2.4 millones de unidades. En neurosífilis se trata con 18 a 24 millones de unidades acuosas de penicilina G IV al día durante 14 días, un tratamiento alternativo sería penicilina G procaínica de 2.4 millones de unidades IM una vez al día. Otras terapias consisten en doxiciclina 100 mg vía oral dos veces al día durante 14 días o ceftriaxona 1 a 2 g IM o IV al día en un periodo de 10 a 14 días, así como también tetraciclina 100 mg vía oral durante 14 días. Finalmente, los pacientes deben ser vigilados después del tratamiento durante 6, 12 y 24 meses con una evaluación clínica y pruebas treponémicas tanto VDRL y RPR.²⁴

En el caso de sífilis en el embarazo, la penicilina parenteral es el único tratamiento con eficacia comprobada durante el embarazo, en el caso de las pacientes alérgicas a la penicilina no se usa la tetraciclina por su toxicidad, así como tampoco la eritromicina por los altos índices de fallas para la curación del feto. La penicilina es tan superior a los demás antibióticos para el tratamiento de esta infección durante la gestación que las mujeres alérgicas deben someterse a desensibilización, como a menudo se presenta la reacción de Jarisch- Herxheimer, la paciente embarazada debe hospitalizarse para anticipar esta reacción, la cual se adjudica a la destrucción súbita masiva de espiroquetas por los antibióticos, se manifiesta por fiebre, mialgia, taquicardia e hipotensión ocasional; esta reacción suele iniciar las primeras 24 horas cediendo de forma espontánea en las siguientes 24 horas.

Todas las pacientes deben mantenerse vigiladas con pruebas serológicas cuantitativas para valoración de resultados del tratamiento, así mismo se debe ofrecer prueba para HIV. También es necesario contactar a las parejas sexuales y practicar pruebas para sífilis.²⁹

[Escriba aquí]

PENICILINAS, CEFALOSPORINAS Y OTROS ANTIBIOTICOS B LACTAMICOS:

Comparten una estructura común y el mismo mecanismo de acción, inhiben la síntesis de la pared celular bacteriana formada por peptidoglucanos. Comprende a las penicilinas G y V que son altamente activas contra cocos grampositivos sensibles. El grupo de los β lactámicos comprende a las cefalosporinas, que se clasifican según su generación, las de primera tienen una actividad excelente contra gram+ y moderada contra gram-; las de segunda generación poseen una actividad un poco mejor contra gram- y abarcan a algunos medicamentos con actividad contra anaerobios; en el caso de los de la tercera la tienen contra gram+ y mucho mayor actividad contra Enterobacteriaceae y un subgrupo es activo contra *P. aeruginosa*, y las de cuarta generación poseen el espectro antimicrobiano de las de la tercera, pero con mayor estabilidad contra la hidrólisis que inducen las β lactamasas cromosómicas.

La estructura básica de las penicilinas incluye un anillo de tiazolidina unido a otro anillo β lactámico que está conectado a una cadena lateral. El propio núcleo de la penicilina es el elemento estructural fundamental de actividad biológica, la transformación metabólica o la alteración química de esta parte de la molécula hace que se pierda toda acción bacteriana importante. La G es la que presenta mayor actividad antimicrobiana de todas y la única penicilina natural que se utiliza en clínica. Las paredes de las bacterias son esenciales para proliferar y desarrollo normal.

El peptidoglucano es un componente heteropolimérico de la pared bacteriana que le da su estabilidad mecánica rígida, gracias a su estructura en forma de entramado con innumerables entrecruzamientos. En microorganismos gram+ la pared tiene 50 a 100 moléculas de espesor, pero en las gram- solo es de 1 a 2 moléculas. Ahora mencionare a los inhibidores de la síntesis de proteína, inhibidores bacteriostáticos de la síntesis proteínica dirigidos a los ribosomas, dentro de los antecedentes la clortetraciclina, el prototipo de esta clase, se introdujo en 1948, pero ya no se comercializa. Su actividad contra *Rickettsia*, bacterias gram+ y gram- aerobios, anaerobios y *Chlamydia*, les valió a las tetraciclinas la denominación de antibióticos de amplio espectro, su semejanza es tal que permite describirlas en conjunto.

La oxitetraciclina es un producto natural elaborado por *Streptomyces rimosus*. La tetraciclina es un derivado semisintético de la clortetraciclina. La demeclociclina es el producto de una cepa mutante de *Strep aureofaciens* y la metaciclina, doxiciclina y minociclina son derivados semisintéticos. Las tetraciclinas son congéneres de la naftacenocarboxamida policíclica.

Las tetraciclinas son antibióticos bacteriostáticos, son también eficaces contra algunos microorganismos resistentes a antimicrobianos activos contra la pared bacteriana como *Rickettsia*, *Coxiella burnetti*, *Mycoplasma pneumoniae*, especies de *Chlamydia* y *Legionella*, ureaplasma, algunas micobacterias atípicas y especies de *Plasmodium*. No tiene actividad contra hongos. La minociclina y la doxiciclina los fármacos más lipófilos suelen ser los más activos por peso, seguidos por la tetraciclina. Su mecanismo de acción, actúan inhibiendo la síntesis de proteínas de la bacteria al ligarse al ribosoma bacteriano 30S e impedir la llegada del TRNA aminoacilico al sitio aceptor en el complejo MRNA- ribosoma. Entran en las bacterias gramnegativas por difusión pasiva a través de los canales hidrófilos formados por porinas, proteínas de la membrana externa del patógeno y transporte activo por un sistema que depende de energía y que bombea todas las tetraciclinas a través de la membrana citoplasmática.³⁰

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Otras ITS de mayor interés para este trabajo es el Virus de Papiloma Humano (VPH), el cual datos recientes muestran una epidemiología de más de 690 000 casos de Cáncer relacionados a la presencia de VPH de alto riesgo, siendo este el mayor factor de riesgo para el Cáncer Cervicouterino (>85%). De este último, nuestro país ocupa el segundo lugar en casos de cáncer en mujeres, con 9 439 casos nuevos y 4 335 muertes.

Del cuadro clínico, la infección genital es variable y puede ir de estados asintomáticos hasta presentación de procesos cancerígenos. Las manifestaciones clínicas más comunes son los condilomas acuminados (verrugas genitales o anogenitales). Siendo lesiones proliferativas benignas generalmente múltiples, de color rosado o blanco, grisáceo, a veces pigmentadas, pudiendo ser filiformes o papilomatosas. Localizándose en región anogenital, pubis, regiones inguinales, perineales y perianales, incluso en canal anal, meato uretral, vagina, cérvix y cavidad oral. Su evolución puede ser impredecible, creciendo rápidamente y llegando a dimensiones considerables o bien, se estabilizan y reducen hasta desaparecer por completo.

Hablando de la fisiopatología, la infección comienza con la llegada del virus a la capa basal a través de microtraumas, comprometiendo la barrera epitelial, manteniéndose en un número bajo de copias en células basales del huésped. En la diferenciación de células epiteliales, el VPH se replica a un alto número de copias y expresando genes de cápside (L1 y L2), resultando en la producción de nuevas copias virales liberándose a la superficie epitelial. La mayoría de las infecciones de VPH son transitorias y se eliminan en una vida media de 8 meses, pero puede hacerse persistente y prolongarse más de 2 años. Hablando de su persistencia, este virus necesita infectar células basales mostrando características similares a células madre las cuales son capaces de seguir proliferando. Dicho fenómeno es menos común en VPH de bajo riesgo. Por otra parte, los tipos de alto riesgo tiene lugar en zonas de transición epitelial, como son el endo/ectocérvix y uniones anorrectales, las cuales hacen más susceptibles a la carcinogénesis.

Conforme a su diagnóstico, la identificación del VPH se realiza mediante la detección de sus ácidos nucleicos. Siendo las más utilizadas los kits comerciales que existen en el mercado desde el 2015, identificado principalmente los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 59, considerándose carcinogénicos o de clase I. entre las técnicas más comunes son por PCR en tiempo real, amplificación mediada por ARN polimerasa o hibridación con sondas y señal basada en anticuerpos.

Hablando del tratamiento del VPH, los más aplicados en consulta con la Crioterapia, siendo un tratamiento ablativo basado en destrucción de tejidos mediante necrosis que se produce con nitrógeno líquido a una temperatura -196°C . este varía dependiendo del tipo de lesión. Otro tratamiento es el uso del ácido tricloroacético, siendo un agente cáustico barato que destruye verrugas mediante coagulación química de proteínas. Siendo útil en verrugas pequeñas y áreas de mucosa y semimucosa. Finalmente, otros tratamientos utilizados son la escisión quirúrgica y la electrocoagulación, uso de inmunomoduladores (imiquimod y sinecatequinas), agentes citotóxicos (podofilina), terapia fotodinámica, cidofovir, interferón y complejo nitrógeno/zinc (Verrutop®). Se debe elegir el tratamiento basándose en el tipo de lesiones, localización, comorbilidad, costo

[Escriba aquí]

y tratamiento previamente utilizado. En cuanto al tipo de tratamiento en monoterapia en lesiones de reciente aparición y rápido crecimiento, se debe elegir preferiblemente tratamientos inmunomoduladores. En lesiones de mayor tiempo, el mejor tratamiento la crioterapia es la mejor elección, y en lesiones grandes, el mejor tratamiento es el tratamiento quirúrgico la mejor elección, como es la electrocoagulación.¹³

En los condilomas acuminados refractarios, la inyección intralesional de diversos IFN tanto naturales como recombinantes produce desaparición completa de las verrugas inyectadas en 36 a 62% de los pacientes. En 20 a 30% de los pacientes hay recidiva, algunas verrugas vulgares responden a la aplicación de IFN en la lesión. La administración intramuscular o subcutánea produce cierta regresión en el tamaño de la verruga, pero tiene más efectos adversos el IFN por vía general ofrece beneficios adicionales en la papilomatosis laríngea juvenil.

El imiquimod (1-(2-metilpropil)-1H-imidazol4,5-c quino-lin-4amina es un inmunomodulador nuevo que es eficaz para el tratamiento tópico de los condilomas acuminados. Carece de actividad antivírica o antiproliferativa in vitro, pero induce citocinas y quimiocinas que tienen efectos antivíricos e inmunomoduladores. Muestra actividad antivírica en modelos animales después de administración tópica como crema al 5% en verrugas genitales en el ser humano, induce respuestas locales de interferones α , β y ϵ y TNF- α . causa reducciones de la carga vírica y del tamaño de las verrugas. En administración tópica este fármaco produce eliminación total de las verrugas genitales y perianales en casi el 50% de los casos, las tasas de respuesta son más altas en mujeres que en varones.³¹

RESINA DE PODOPHYLLUM Y PODOFILOX: La resina de Podophyllum, un extracto alcohólico de Podophyllum peltatum conocido comúnmente como raíz de mandrágora o manzana de mayo, se utiliza en el tratamiento del condiloma acuminado, entre otras verrugas. Se trata de una mezcla de podofilotoxina α y β peltatin, desoxipodofilotoxina y otros compuestos, es soluble en alcohol, éter, cloroformo y tinturas compuestas de benzoina. Hablando de la absorción percutánea de la resina de Podophyllum se presenta particularmente en las áreas intertriginosas y a partir de las aplicaciones a grandes condilomas húmedos, esta sustancia es soluble en lípidos por lo que se distribuye ampliamente en todo el cuerpo, se incluye el SNC. La podofilotoxina y sus derivados son citotóxicos activos con afinidad específica para la proteína de los microtúbulos del huso mitótico, evitan el ensamblaje normal del huso y detienen la mitosis epidérmica en la metafase. En el tratamiento de casos de grandes condilomas, es mejor limitar la aplicación para reducir al mínimo la absorción sistémica, los síntomas tóxicos relacionados con las aplicaciones prolongadas son náuseas, vómito, alteraciones en el sensorio, debilidad muscular, neuropatía con bajos reflejos tendinosos, coma o incluso muerte, su uso en etapa gestacional está contraindicado por los posibles efectos citotóxicos en el feto. Mencionando a los efectos adversos de forma local puede presentar inflamación, erosiones, dolor ardoroso y prurito.³²

HERPES VIRUS

Sobre la epidemiología de este virus, en México es escasa la información que se tiene hasta la fecha, y de los pocos estudios están centrados en la zona centro, así como en poblaciones juveniles y adultos jóvenes. Uno de estos estudios mostro una seroprevalencia del 80.9%, mostrando una mayor prevalencia en adultos mayores a 20 años de edad (93.3%), siendo la población rural más prevalente. Otro estudio realizado

[Escriba aquí]

en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, mostro una seroprevalencia del 67.66%, teniendo una mayor tendencia en grupos vulnerables.¹⁴

Sobre el cuadro clínico, el Virus Herpes Simple (HSV), se asocia con infecciones dentro y alrededor de la boca. Esta infección se caracteriza por un grupo de pequeñas ampollas o vesículas acuosas en la piel o en membranas mucosas. La ocurrencia de lesiones a menudo se presenta con hormigueo y ardor en el área de la piel, que puede presentar enrojecimiento. Estas vesículas se rompen y forman una costra, y la piel aparece normal dentro de los 6 a 10 días posteriores al inicio de la lesión, siempre y cuando no haya infección sobreagregada.¹⁵

En cuanto a la fisiopatología, el HSV es transmitido generalmente a través del contacto directo con saliva contaminada u otras secreciones, este comienza a replicarse en el sitio de infección y procede a viajar por flujo retrógrado hasta los ganglios de la raíz dorsal, es aquí donde establece la latencia, el cual hace que el virus permanezca en un estado no infeccioso durante un tiempo variable antes de reactivarse. Uno de los mecanismos para evadir el sistema inmunológico es inducir la acumulación de moléculas DC1d en células presentadoras de antígenos, las cuales se transportan a la superficie celular, dando como resultado la estimulación de células T NK, lo cual promueve la respuesta inmune.

El diagnóstico de HSV por estándar de oro es la detección de anticuerpos por la técnica de Western Blot, así como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Existen otras técnicas como el ensayo de anticuerpos fluorescentes directos y el frotis de Tzanck. Finalmente, el tratamiento consta de antivirales como son el valaciclovir (2 gramos dos veces al día) y aciclovir (15 mg/kg con un máximo de 400 mg), Famciclovir (250 mg vía oral durante 10 días).^{16,17}

Los niveles altos de anticuerpos, no protegen contra la infección recurrente, aunque los anticuerpos que se transfieren en forma pasiva al feto, parecen proteger de una forma considerable contra la infección neonatal. La incidencia creciente de infección herpética y la posibilidad de una infección fetal de forma grave por HSV convierte la enfermedad en un suceso de consideración durante la gestación.

La terapéutica antiviral no erradica al virus ni previene su recurrencia, las pacientes con crisis recurrentes deben recibir medicamentos durante 5 días a partir de los síntomas prodrómicos o cuando las lesiones aparezcan, las pacientes que presenten 6 o más recurrencias por año pueden manejarse con tratamiento de supresión de 400 mg de aciclovir 2 veces al día, famciclovir 250 mg dos veces al día, valaciclovir 500 mg al día o valaciclovir 1 gr al día hasta 12 meses.³³

FARMACOS CONTRA VIRUS HERPETICOS: La infección por el herpes simple tipo 1 ocasiona de forma típica enfermedades en boca, cara, piel, esófago o cerebro. El de tipo 2 causa infecciones a nivel genital, piel, manos o meninges, ambos causan infecciones graves en neonatos. La elaboración de aciclovir, aprobado en 1982 ofreció el primer tratamiento eficaz contra infecciones menos graves por HSV y VZV en pacientes ambulatorios. Este fármaco es el prototipo de un grupo de antivíricos que se fosforilan dentro de la célula por acción de una cinasa y luego de las enzimas del hospedador, hasta convertirse en inhibidores de la síntesis del DNA vírico.

ACICLOVIR Y VALACICLOVIR: el aciclovir (9-2-hidroxi-2-desoxi) metil-9H-guanina) es un análogo de la guanina acíclica que carece del grupo 3-hidroxilo en la cadena lateral. El valaciclovir es el profármaco éster L-valil del aciclovir. El espectro antivírico clínicamente útil del aciclovir se limita a los virus herpéticos, in vitro es más activo contra HSV 1 y aproximadamente 50% menos activo contra HSV 2. Este fármaco bloquea la síntesis de DNA vírico, su selectividad de acción depende de su interacción con dos proteínas víricas diferentes: timidincinasa de HSV y polimerasa de DNA.

La biodisponibilidad del aciclovir oral varía de 10 a 30% y disminuye conforme se aumenta la dosis, alcanza concentraciones plasmáticas máximas de 0.4 a 0.8 µg/ml después de dosis de 200 mg, en el caso de vía intravenosa 9.8 y 0.7 µg/ml. El valaciclovir se transforma en aciclovir de manera rápida y casi completa después de la administración oral en adultos sanos., al contrario del aciclovir el valaciclovir es un sustrato para transportadores de péptidos intestinales y renales.

Las concentraciones plasmáticas máximas de valaciclovir corresponden solamente a 4% de las cifras de aciclovir; este último se distribuye ampliamente en los líquidos corporales tal como el de las vesículas, humor acuoso, y LCR. Se concentra en la leche materna, líquido amniótico y placenta, en los neonatos los valores plasmáticos son semejantes a los de la madre.

Dentro de los efectos adversos, en términos generales, el aciclovir es tolerado de forma satisfactoria, tópicamente puede irritar la mucosa y ocasionar ardor transitorio si se aplica en las lesiones genitales, por ingestión oral se pueden presentar náuseas, diarrea, erupciones o cefalalgia, de menor frecuencia insuficiencia renal o neurotoxicosis. Hablando del valaciclovir ocasionalmente produce cefalalgia, náusea, diarrea, nefrotoxicosis y síntomas del SNC, a dosis altas ha llegado a causar confusión, alucinaciones, nefrotoxicosis y raras veces síndromes trombocitopénicos graves a fatales en los pacientes inmunodeprimidos. No se ha observado una mayor frecuencia de anomalías congénitas en los hijos de embarazadas tratadas con aciclovir.

FAMCICLOVIR Y PENCICLOVIR: El primero es el profármaco y diacetilester del penciclovir 6-desoxi y no posee actividad intrínseca antivírica. El penciclovir oral tiene baja disponibilidad (5%), en cambio el Famciclovir se absorbe adecuadamente por vía oral y es transformado rápidamente en penciclovir por desacetilación de la cadena lateral y oxidación del anillo purínico durante su absorción en el intestino, el penciclovir tiene una biodisponibilidad de 65 a 77% después de consumir Famciclovir. Luego de dosis únicas de 250 o 500 mg de Famciclovir la concentración plasmática máxima de penciclovir promedia 1.6 y 3.3 µg/ml respectivamente. El Famciclovir por vía oral se tolera bien, pero puede relacionarse con cefalalgia, diarrea y náusea, también hay información sobre urticaria, exantema, sobre todo en ancianos alucinaciones o estados de confusión. La tolerancia a corto plazo del Famciclovir es comparable al aciclovir.³⁴

La vaginosis bacteriana, la tricomoniasis y la candidiasis son posiblemente los padecimientos ginecológicos más frecuentes. La Vaginosis bacteriana se caracteriza por la sustitución de los *Lactobacillos* por *Gardnerella vaginalis*, asociación que se debe con frecuencia a anaerobios, como *Bacteroides* spp y *Mobiluncus* spp. Este padecimiento se manifiesta por flujo, comezón, mal olor, pH elevado, olor de aminas en la prueba de KOH. Cerca de 50% de las pacientes con Vaginosis bacteriana pueden permanecer temporalmente asintomáticas. Aunque los estudios de Vaginosis bacteriana datan de hace 40 años su conocimiento siguesiendo confuso, debido a que han existido cambios de nomenclatura del principal microorganismo causante, la *G.*

[Escriba aquí]

vaginalis, a que los criterios clínicos de la enfermedad no son muy específicos y porque este padecimiento continúa siendo subdiagnosticado. La frecuencia de Vaginosis bacteriana en la población mundial varía entre 16 y 26%.

CANDIDIASIS

Candida albicans produce cerca del 90% de las infecciones vaginales por levaduras. Estos hongos saprofitos se aíslan en la vagina en un porcentaje de 15 a 25 de las mujeres sin síntomas. En México las infecciones vaginales son comunes y de acuerdo a diferentes estudios la frecuencia de aislamiento de *Candida* spp se estima entre 25 y 50%, sin embargo, la *Candida albicans* es la principalmente aislada. La incidencia de colonización vaginal por *Candida* spp en mujeres embarazadas se considera aproximadamente de 10 a 50% y en mujeres no embarazadas 20 a 30% asintomáticas.³⁵

El cuadro clínico de esta patología engloba como síntoma más destacado el prurito vulvar y vaginal, es poco frecuente que la secreción vaginal aumente, en algunos casos se observan signos vulvares edema, eritema geográfico y fisuras. Sin embargo, la mayoría de pacientes presentan secreción escasa sin eritema. La candidiasis ocurre por cambios en la resistencia del huésped o la respuesta inmunológica que permiten la detección del microorganismo o causan inflamación, hablando de los factores de riesgo más aceptados para esta infección incluyen el embarazo, la diabetes y el uso de agentes inmunosupresores y antibióticos de amplio espectro, así como el coito frecuente y las duchas vaginales. Puesto que para resistir las infecciones por *Candida* se requiere inmunidad celular y no humoral, las embarazadas y las que reciben inmunosupresores que reducen la inmunidad celular están predispuestas a esta patología. Por otro lado, los niveles altos de glucosa urinaria que se observa en la Diabetes o el embarazo favorecen también el crecimiento de *Candida*.³⁶

Dentro de la fisiopatología, la *Candida* se considera comensal a la vagina, entre 17 y 75% de las mujeres no presentan síntomas ni signos de infección. Lo que convierte al hongo de comensal a patógeno es una consecuencia directa de una combinación de factores inmunitarios que son tanto dependientes del huésped y la virulencia de la *Candida* propiamente. En cuanto a los factores de virulencia, la *Candida* tiene acceso al lumen vaginal a partir de la región perianal. Para colonizar la vagina se necesita adherencia de las levaduras a las células epiteliales por medio de monoproteínas que son adhesinas. Entonces la infección es mediada por enzimas proteolíticas fosfolipasas y aspartilproteinasas que se sintetizan a partir de los genes SAP1, SAP2 y SAP3. El hongo *Candida* spp produce gliotoxina, la cual es una molécula que inhibe la actividad fagocítica de las células del sistema inmune innato. Existe desarrollo de blastoconidios y pseudohifas, quienes destruyen las células del epitelio vaginal por invadir de forma directa. Ahora hablaremos de los factores inmunológicos; la mucosa vaginal está compuesta de una red de microorganismos de forma compleja, donde predominan especies de lactobacilos quienes producen ácido láctico (PH <4.5) esto es lo que da protección a la vagina contra microbios. Estos lactobacilos pueden también producir peróxido de hidrogeno, es quien inhibe la adhesión de las estructuras fúngicas a los tejidos. En el caso del huésped, la defensa implica la presencia de células de Langerhans HLA-DR+ en el epitelio vulvar así como de la mucosa vaginal y cervical. Hablando de las células T, en su mayoría células CD8+ se localiza en el total del tejido vulvovaginal y una proporción significativa perforina y TIA-1 (proteína de unión

[Escriba aquí]

citotóxica) las dos sugerentes de capacidad citolítica. Las CD4+cooperadoras en sus subtipos Th1 y Th2 secretan citocinas en respuesta del antígeno identificando las Th2 actúan sobre las células β directamente e inducen diferenciación en células plasmáticas productoras de IgA específica anti Candida. Por último, en relación huésped-parasito se enfatiza que la protección inmunológica contra Candida depende de los anticuerpos y la activación adecuada del complemento, cabe mencionar que a pesar de la inmunidad adaptativa Candida spp puede persistir en la mucosa vaginal en mujeres sanas sin haber problema alguno.

Al existir algún defecto inmunológico de forma local la cual implique una deficiencia en el componente secretor o producción de inmunoglobulinas influye en transformación de Candida comensal a patógena.³⁷ Para realizar el diagnóstico de candidiasis es el examen de preparación húmeda con Hidróxido de potasio, las placas vaginales, la secreción o incluso una muestra de raspado vulvar del borde eritematoso se mezclan con KOH al 10%, las formas de micelas se encuentran únicamente durante la infección, estas pueden identificarse hasta en un 80% de los casos. hablando al pH vaginal se encuentra normal.

El cultivo de candida está indicado en pacientes con resultados negativos en la preparación húmeda con KOH con signos o síntomas de candidiasis. Hasta en un 50% de pacientes con candidiasis presenta resultados negativos en la preparación húmeda, pero el resultado del cultivo es positivo.

En el tratamiento para esta patología se declina por vaginal local, puesto que casi ninguna preparación antimicótica es bien absorbida por vía de la digestión. Para la infección no complicada se indican agentes imidazólicos vaginales durante 3 a 5 días, como son miconazol, clotrimazol, butoconazol, tioconazol y terconazol. Una dosis única de 150 mg de fluconazol oral o 400 mg de itraconazol seguida de 200 mg por 3 días también son eficaces. En el caso de las formas complicadas y con graves síntomas requieren 7 a 14 días de tratamiento imidazólico vaginal o 150 mg de fluconazol durante 4 días.

Para las pacientes con candidiasis recurrente, es decir 4 episodios o más por año, se deben tratar inicialmente con los medicamentos contra candida por 2 semanas; posteriormente con tratamiento supresor con un imidazol vaginal 2 veces a la semana o un imidazol vaginal diario durante 5 días una vez por mes, este tipo de tratamiento debe continuarse por lo menos un año, sin embargo, la candidiasis recurrente se reduce a una al año o incluso ninguna, pero recurre en un porcentaje de 30 a 40 de las pacientes al cesar la supresión.³⁸

ANTIMICOTICOS: se describen dentro de dos categorías, que son sistémicos y tópicos. En los últimos años la cantidad de antimicóticos ha crecido notablemente, los azoles han dominado el desarrollo de antimicóticos en su aplicación clínica. Si bien la producción de azoles nuevos es nula, el uso de estos fármacos sigue siendo extensa por su espectro tan amplio, su biodisponibilidad por la vía oral y sus reducidos efectos adversos.

IMIDAZOLES Y TRIAZOLES: en los antimicóticos azólicos hay dos clases generales, imidazoles y triazoles, estos comparten el mismo espectro y mecanismo de acción contra hongos. Hablando de los triazoles sistémicos son metabolizados con mayor lentitud y tienen un efecto menor en la síntesis de esteroides que los imidazoles. De los medicamentos que se comercializan son el clotrimazol, miconazol, cetoconazol, econazol, butoconazol, oxiconazol, sertraconazol y sulconazol son imidazoles. El

[Escriba aquí]

terconazol, itraconazol, fluconazol, variconazol y posaconazol son triazoles. Su mecanismo de acción en los hongos es inhibir a la desmetilasa 14- α -esterol, enzima del citocromo P450 microsómico, por este medio los triazoles e imidazoles entorpecen la biosíntesis del ergosterol en la membrana citoplasmática, así como permitiendo la acumulación de 14- α -metilesteroles; estos alteran la disposición estrecha de las cadenas acilo de fosfolípidos, alterando las funciones de algunos sistemas enzimáticos de la membrana como trifosfatasa de adenosina así como enzimas del sistema de transporte electrónico inhibiendo así la proliferación de los hongos.

ITRACONAZOL: Este triazol sintético es una mezcla racémica equimolar de 4 diaestereoisómeros (2 pares enantioméricos) cada uno posee 3 centros quirales, la fórmula estructural guarda relación estrecha con el imidazol cetoconazol. Se comercializa en forma de capsula, solución oral e intravenosa. Más de 99% del fármaco original y su metabolito se fija a las proteínas plasmáticas, ninguno aparece en la orina o LCR. Su semivida es de 30 a 40 horas. Los problemas hepáticos graves elevan en plasma la concentración de itraconazol, pero no repercuten la hemodiálisis ni la hiperazoemia en este fármaco. Este medicamento no es considerado carcinogénico, pero en estudio de ratas es teratógeno y está contraindicado para el tratamiento de la onicomicosis durante el embarazo o cuando hay planeación de embarazo.

FLUCONAZOL: Es un bistriazol fluorado. En la presentación oral se absorbe casi de forma completa por vía gastrointestinal y la concentración en plasma son las mismas sin es administrado por vía oral o intravenosa. Los alimentos y la acidez del estómago no modifican su biodisponibilidad. Las concentraciones plasmáticas máximas son de 4 a 8 $\mu\text{g/ml}$ después de dosis repetidas de 100 mg, la excreción es por vía renal en 90% y la semivida es de 25 a 30 horas. Penetra fácilmente en líquidos corporales, las concentraciones en el LCR son 50 a 90% de los valores simultáneos en el plasma. En promedio 11 a 12% del fármaco en plasma es ligado a proteínas.

ANTIMICOTICOS LOCALES: Clotrimazol: la absorción en la vagina es de 3 a 10 % Incluso 3 días posteriores de la administración, persiste en concentraciones fungicidas, la pequeña proporción que se absorbe es metabolizada en hígado y se excreta en la bilis. Al aplicar el producto en vagina 1.6% de mujeres manifestara ardor leve, algunas veces cólicos, incremento moderado de la micción o una erupción cutánea.³⁹

TRICHOMONA VAGINALIS

Otro agente etiológico causante de vaginitis es el parásito *Trichomona vaginalis*, que causa lesiones muy severas en el cérvix como friabilidad, zonas hemorrágicas y secreción vaginal abundante. Su frecuencia es muy variada; dependiendo de la población estudiada varía por ejemplo desde 1.7%, en Cuernavaca, México, 2.5% en la Unión Soviética, 14% en Mauritania, hasta 35% en Haití.

Datos recientes muestran 46 808 nuevos casos de tricomoniasis en mujeres con una alta prevalencia en edades de 25 a 29 años de edad, y una tasa de incidencia de 90.36/100 000 mujeres. En el estado de Veracruz ocupa el primer lugar con 6 829 nuevos casos, con un total de 28 454 nuevos casos en edades de 45 a 49 años de edad y una tasa de incidencia de 45.43/100 000 mujeres.¹⁸

Esta diversidad de resultados, en los estudios epidemiológicos de la infección cérvico vaginal, enriquece la evidencia de que la etiología de esta infección es variable y
[Escriba aquí]

requiere la realización de estudios individuales para conocer las características de la población con la que se esté trabajando. ²

El cuadro clínico de la tricomoniasis en mujeres se presenta con flujo vaginal, dispareunia, síntomas de infección de tracto urinario, picazón o dolor pélvico, con flujo vaginal además amarillento o verde maloliente. En hombres, pueden presentarse asintomáticos o en ocasiones, secreción del pene, dolor testicular, disuria, polaquiuria y orina turbia, y en ambos casos, epididimitis o prostatitis. Es probable que la vulva se halle edematosa o inflamada por la secreción, en algunas ocasiones existe enrojecimiento subepitelial en el cuello uterino (cuello uterino en fresa), percibiéndose a simple vista, a menudo se identifican áreas rojas más pequeñas durante la colposcopia.

En su fisiopatología, las tricomonas es un organismo móvil con un tamaño que se compara a un glóbulo blanco. Con al menos 4 flagelos que le proporcionan movilidad, además de residir en la luz del tracto urogenital. El organismo libera proteínas citotóxicas que destruyen el revestimiento epitelial. Durante la infección, el pH vaginal aumenta.

En el diagnóstico, el más común es la microscopia de preparación húmeda, al ser organismos móviles con flagelos pueden verse moviendo en la preparación. Teniendo esta prueba una sensibilidad del 40 al 60%. Otra de las pruebas es la amplificación de ácidos nucleicos (NAAT, por sus siglas en inglés), siendo este un estándar de oro también para gonorrea y clamidia, con una sensibilidad superior al 90%.

Referente al tratamiento, se incluye una dosis única de 2 g de metronidazol, una dosis única de 2 g de tinidazol o un ciclo de siete días de 500 mg de metronidazol dos veces al día. En pacientes con infección VIH conocida, el tratamiento es un curso de 7 días de 500 mg de metronidazol dos veces al día. El Centro de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), recomienda realizar una prueba de curación para todas las mujeres tratadas por tricomoniasis dentro de los tres meses posteriores al tratamiento. En el caso de realizarse por NAAT, se puede completar tan pronto como dos semanas después.¹⁹

Debido a que *Trichomonas vaginalis* no solo reside en la vagina, también en la uretra, la vejiga y las glándulas de Skene, por lo que es necesario que la terapéutica sea sistémica y no local. Es recomendado el tratamiento simultáneo de la pareja sexual. La tricomoniasis recurrente se atribuye a la falta de observancia terapéutica o a una nueva exposición a una pareja sexual no tratada; una sola recurrencia se trata con los esquemas ya recomendados. Sin embargo, debe mencionarse que *T. vaginalis* presenta resistencia creciente in vitro e in vivo al metronidazol, el fracaso terapéutico debe resolverse con 2 gramos diarios durante 3 a 5 días.

Un metaanálisis y otros estudios no muestran pruebas sobre teratogénesis por el uso de metronidazol durante la gestación. Las CDC Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines 2002 ya no recomiendan evitar el metronidazol en mujeres gestantes, este tratamiento no reduce la prematurez y se limita a mujeres con sintomatología. En caso de persistir secreción posterior a la terapéutica adecuada para tricomoniasis es una razón de peso para repetir cultivos para tricomoniasis, candidiasis y gonorrea.⁴⁰

[Escriba aquí]

El metronidazol sigue siendo el fármaco más indicado para el tratamiento de la tricomoniasis, sin embargo, se ha vuelto más frecuente los casos de ineficacia terapéutica por aparición de microorganismos resistentes. La FDA en los estados unidos aprobó el uso de tinidazol, otro nitroimidazol, que al parecer es mejor tolerado que el metronidazol, se ha utilizado con buenos resultados en dosis mayores para tratar la tricomoniasis resistente a metronidazol.

METRONIDAZOL: En su historia, el aislamiento del antibiótico azomicina (2-nitroimidazol) a partir de los estreptomicetos por Maeda en 1953, posterior al año 1956 Horie demostró sus propiedades tricomonocidas, condujeron a la síntesis química y el posterior estudio de muchos otros nitroimidazoles. Un compuesto 1-(β-hidroxietil)-2metil-5-nitroimidazol, llamados después metronidazol poseyó actividad inmensa in vitro e in vivo contra los protozoos anaerobios *T. vaginalis* y *E. histolytica*. En el año de 1960 Durel señaló que las dosis orales del medicamento conferían actividad tricomonocida a la orina y semen, logrando factibles índices altos de curación en hombres y mujeres infectados por tricomonas.

Existen otros 5-nitroimidazoles de estructura y actividad similar al metronidazol, con eficacia clínica: tinidazol, secnidazol, y ornidazol. El metronidazol y nitroimidazoles similares muestran actividad in vitro contra diversos parásitos protozoicos y bacterias anaerobias. El metronidazol presenta actividad antibacteriana contra cocos anaerobios y bacilos gram- anaerobios.

Es clínicamente eficaz en tricomoniasis, clamidiasis y giardiasis, así como infecciones bacterianas anaerobias. El metronidazol es un profármaco que necesita la activación reductiva del grupo nitro por parte de microorganismos susceptibles. Los microorganismos en cuestión a diferencia de sus equivalentes aerobios contienen componentes de transporte de electrones tales como las ferredoxinas proteínas pequeñas con Fe-S que tienen suficiente potencial redox negativo para donar electrones al metronidazol. Los efectos adversos más comunes son cefalea, náuseas, xerostomía y regusto metálico, algunas veces vómitos, diarrea y molestias abdominales.⁴¹

VAGINOSIS BACTERIANA/GARDNERELLA VAGINALIS.

Este término describe al trastorno vaginal secundario al crecimiento excesivo de bacterias anaerobias y gardnerella vaginalis.

En su epidemiología la vaginosis bacteriana es muy prevalente, hasta 30% de la población, es la causa más común de afección vaginal, entre 4 a 15% de adolescentes activos sexualmente, en el caso de las mujeres en gestación 2% y en mujeres con enfermedades de transmisión sexual 30 a 37%. Existen estudios donde el 84% de mujeres con vaginosis bacteriana no presentan síntomas. Se asocian alteraciones durante la gestación el parto pretérmino es la condición clínica patológica más comúnmente asociada a la vaginosis bacteriana. Principal causa de mortalidad neonatal entre el 5 y 12% este acontecimiento fluctúa en países desarrollados y 40% en vías de desarrollo.⁴²

La infección por *G. vaginalis* crea una adherencia del microorganismo al hospedero, produce sustancias citotóxicas y forma biopelículas. Los factores principales incluyen la producción de vaginolisina, toxina citolisina que depende de colesterol para promover la formación de un poro membranal a través de una unión a la proteína CD59 reguladora del sistema del complemento. Esta citolisina promueve la unión de *G. vaginalis* al tejido epitelial del hospedero, una vez ocurrido esto la formación de biopelícula es indispensable para sobrevivir. Para que exista formación de las biopelículas *G. vaginalis* codifica a la proteína sialidasa, esta proteína aumenta la producción de biopelículas por la actividad de la musinasa. Como se sabe *G. vaginalis* se encuentra tanto en mujeres embarazadas sanas y en no embarazadas. La evidencia de tema científico sugiere que uno de los mecanismos por el cual *G. vaginalis* promueve las alteraciones en el embarazo, es relacionado con liberación de proteasas entre otras proteínas para ayudar a reducir la integridad del tapón del cérvix.⁴²

Tanto esa bacteria como anaerobios son habitantes normales, pero su crecimiento de forma excesiva sobre la flora dominante de los lactobacilos desarrolla una secreción vaginal gris, acuosa, homogénea y con olor a pescado, que se adhiere a las paredes vaginales encontrándose también en el introito. El epitelio vaginal se visualiza normal y no se encuentran leucocitos. El olor a amina (pescado) se debe a los anaerobios se acentúa cuando se añade KOH al 10% a la secreción a estudiar.

Tomando como bases para el diagnóstico de vaginosis bacteriana, se debe tomar tres características de la secreción: pH mayor a 4.5, apariencia delgada y homogénea, olor a amina semejante al pescado con adicción de KOH al 10% así como presencia de células indicadoras, estas son células epiteliales vaginales con muchos microorganismos adheridos. Es notoria la ausencia de leucocitos polimorfonucleares, así como lactobacilos. Los cultivos no son útiles pues pueden recuperarse anaerobios y *G. vaginalis* de mujeres sin vaginosis bacteriana.

Los esquemas farmacológicos recomendados para la vaginosis bacteriana: metronidazol 500 mg oral cada 12 horas durante 7 días. Metronidazol en gel vaginal una vez al día 5 días. Y crema de clindamicina vaginal al recostarse por 7 días. Existen esquemas alternativos: 2 g de metronidazol oral dosis única, 300 mg de clindamicina cada 12 horas oral 7 días. Óvulos de clindamicina al recostarse 3 días. El metronidazol y la clindamicina poseen una eficacia particular contra los anaerobios. El tratamiento a la pareja sexual masculina con estos fármacos no previene la vaginosis bacteriana recurrente, por lo cual no es recomendado.⁴³

En el tema anterior ya se habló sobre la descripción del metronidazol, ahora hablaremos de la clindamicina. Es un derivado del ácido trans-L-4-n-propilhigrinico, un aminoácido que está unido a un derivado de una octosa que contine azufre. La clindamicina se liga exclusivamente a la subunidad 50S de ribosomas bacterianos y suprime la síntesis proteínica. Las cepas bacterianas son sensibles a la clindamicina en concentraciones mínimas inhibitoras $\leq 0.5 \mu\text{g/ml}$. Su absorción por vía oral es casi por completo y antes de una hora de haber consumido 150 mg alcanzándose cifras plasmáticas máximas de 2 a 3 $\mu\text{g/ml}$.

Su semivida es de 2.9 horas de modo que si se administra en intervalos de 6 horas se prevé una pequeña acumulación del medicamento. Su distribución es amplia en muchos líquidos y tejidos corporales, se incluyen los huesos, pero no se alcanzan concentraciones notables en el líquido cefalorraquídeo a pesar de encontrar meningitis.

[Escriba aquí]

El fármaco cruza fácilmente la barrera placentaria. 90% o más del medicamento se liga a proteínas plasmáticas, se acumula en polimorfonucleares y macrófagos alveolares y abscesos. El 10% se excreta por orina de forma intacta, en heces se encuentran pequeñas cantidades. Dentro de sus efectos adversos produce diarrea varía entre 2 a 20%, colitis pseudomembranosa por una toxina de *C. difficile*, se caracteriza por dolor abdominal, diarrea, fiebre, moco y sangre en heces. Otras reacciones incluyen eritema multiforme exudativo (síndrome de Stevens Johnson), granulocitopenia, trombocitopenia y reacciones anafilácticas. Si se administra de forma intravenosa puede haber tromboflebitis local.⁴⁴

Definiciones, símbolos y abreviaturas:

- Caso índice, a la persona infectada por ITS a partir de la cual se infectan otras personas.
- Caso sospechoso. El o la paciente que tenga signos y síntomas en genitales o sistémicos probables de una ITS.
- Caso confirmado. El o la paciente quien con síntomas y signos en genitales se aíse por cultivo, serología, inmunofluorescencia, biopsia o técnica de biología molecular un microorganismo asociado a ITS.
- Condiciones de riesgo, a cualquier actividad en la que exista contacto con mucosas, tejidos, secreciones o líquidos potencialmente infectantes.
- Contagio, a la transmisión de una ITS por contacto directo o indirecto.
- Control, a la aplicación de medidas para la disminución de la incidencia, en casos de enfermedad.
- Impronta, a la toma de muestra directa de la lesión mediante el uso de un portaobjetos.
- Paciente, al hombre o mujer usuario de servicios de atención médica infectado, asintomático o enfermo por una Infección de Trasmisión Sexual.
- Portador. Toda persona que alberga al agente infeccioso de una ITS en ausencia de enfermedad clínica aparente y en quien se demuestre por cultivo, serología, inmunofluorescencia, biopsia o técnica de biología molecular un microorganismo asociado a ITS.
- Poblaciones vulnerables, grupos de personas frente a los potenciales daños de salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas, y respecto sus derechos humanos, en razón de menores recursos económicos, sociales y legales (migrantes, personas pobres, algunos grupos de mujeres y hombres, las minorías sexuales, personas con nivel educativo y otros grupos que viven al margen del sistema).
- Práctica sexual protegida, a aquella en la cual se utiliza correctamente una barrera mecánica como el condón de látex (masculino) o de poliuretano (femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.
- Práctica sexual segura, a aquella en la cual no existen ni penetración ni traspaso de secreciones sexuales (líquido preeyaculatorio, semen y secreción vaginal) o de sangre.
- Prácticas sexuales de riesgo, a las actividades en las que existe penetración y/o contacto peneano, pene-vagina, pene-boca, pene-mano-boca, pene-boca-vagina, mano-ano-boca, mano-ano-vagina; o con objetos contaminados con secreciones sexuales o sangre utilizados durante la relación sexual, sin el uso correcto y sistemático de una barrera mecánica,

[Escriba aquí]

para evitar el intercambio de secreciones o líquidos potencialmente infectantes.³

En las mujeres en edad reproductiva la secreción vaginal normal se caracteriza por ser inodora, clara y viscosa, con un pH ácido (< de 4.5) y ausencia de neutrofilos. En esta etapa la flora vaginal está constituida en su mayor parte por lactobacillus sp, sin embargo, es común encontrar Gardnerella vaginalis y Estreptococo del grupo B, así como candida albicans. Se ha definido a la vaginitis infecciosa como un síndrome caracterizado por uno o más de los siguientes signos y síntomas: aumento en la cantidad de secreción vaginal (flujo), prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez o mal olor vaginal secundario a la presencia de microorganismos patógenos.⁴

VULVOCERVICOVAGINITIS

Las vulvocervicovaginitis son un padecimiento infeccioso transmitido por contacto sexual y motivo de consulta común, tanto para el gineco-obstetra como para el médico general. Se estima que origina más de 10% de las solicitudes de atención. El dato estelar de la infección es el incremento del flujo vaginal o leucorrea, lo que induce a las pacientes a solicitar atención médica por malestar y preocupación que les ocasiona. El padecimiento se puede tratar una vez que se establece el diagnóstico correcto, pues la mayor parte de sus causas son identificables, sobre todo si se conoce su fisiopatología.

La patología infecciosa del tracto cervicovaginal y vulva puede ser ocasionada por un proceso patológico polimicrobiano que puede estar presente sin manifestar algún dato clínico, o bien producir leucorrea abundante, que origina desazón a las pacientes; un ejemplo es la vaginosis bacteriana, también conocida como vaginitis no específica, al no encontrar estudios realizados otros microorganismos patógenos como parásitos, hongos y virus.⁵

La vaginosis bacteriana o bien la invasión de alguno de los microorganismos patógenos citados son las causas más frecuentes de la cervicovaginitis, por lo común transmitido por contacto sexual, y se dice con razón, que la mayor parte de las infecciones se pueden identificar y tratar, si se conoce la fisiopatología de la leucorrea o flujo vaginal, el signo más frecuente de infección.

ETIOLOGIA

ASPECTOS MICROBIOLÓGICOS

De capital importancia es recordar que la flora bacteriana de la vagina sana contiene abundantes bacterias aerobias y anaerobias, pero de manera predominante lactobacilos, los cuales generan cantidades importantes de ácido láctico, responsable de que el pH normal de la vagina se encuentre entre 3.5 y 4.5 lo que

[Escriba aquí]

permite que existe un balance adecuado de la flora existente y se inhiba el desarrollo de bacterias catalasa-negativas.

Las bacterias pueden dividirse en microorganismos comensales y en patógenos en potencia. Un factor importante que influye sobre el crecimiento de microorganismos y bacterias comensales es la concentración de peróxido de hidrogeno, producido por lactobacilos, en especial lactobacilos acidophilus, microorganismo dominante en la vagina sana. Los lactobacilos son microorganismos protectores en la microatmósfera vaginal y se conocen con el nombre de bacilos de Dorderlein, investigador que, junto con Curtis, describió aspectos importantes de la etiología y bacteriología del flujo vaginal, lo que les permitió no solo mencionar a los lactobacilos sino también otro tipo de microorganismos.

El peróxido de hidrogeno inhibe el crecimiento de bacterias patógenas, sea por toxicidad del ion oxígeno o debido a la producción de un complejo de H₂O₂, en presencia de una enzima peroxidasa comprendida en el medio vaginal. En fin, los lactobacilos, junto con otros organismos de la flora vaginal normal, inhibe el crecimiento de bacterias en potencia patógenas a través de la producción de ácido láctico responsable de un pH vaginal adecuado y por la utilización del sustrato de glucosa que sería requerido por otros organismos para su crecimiento.

La concentración de organismos anaerobios es de manera habitual alrededor de 5 veces a la concentración de aerobios. Su crecimiento ocurre en un ambiente común y, por ende, algunos pueden tener un efecto antagonista sobre los otros. La microflora endógena, que comprende bacterias comensales y patógenas muestra como se dijo, cierto antagonismo entre sus miembros, lo cual origina supresión de las bacterias patógenas. Siempre que se altera el equilibrio del ambiente, cesa este antagonismo, disminuye de la concentración de ion hidrogeno y los lactobacilos pierden su dominio, lo que ocasiona un aumento en el número de microorganismos patógenos que se convierten en flora prevalente.

Cuando este complejo equilibrio del organismo se altera, se produce una situación en la que los organismos en potencia patógenos son capaces de proliferar a concentraciones lo bastante elevadas como para producir síntomas. Ejemplos de organismos que realizan un crecimiento masivo son *Candida albicans*, que produce la candidiasis y *Gardnerella vaginalis* que, junto con las bacterias anaerobias, producen la vaginosis.⁶

Las alteraciones del medio microbiano vaginal también pueden ser ocasionadas por microorganismos de transmisión sexual como *Trichomona vaginalis* y *Neisseria gonorrhoeae* que es bien conocido, no forman parte de la flora vaginal normal. Los síntomas se presentan cuando se produce reacción inflamatoria como respuesta a estos agentes infectantes y también como consecuencia a la alteración de la flora vaginal normal.

El diagnóstico etiológico de las infecciones de transmisión sexual constituye un problema para los prestadores de salud en distintos lugares. Impone restricciones

[Escriba aquí]

de tiempo y recursos, aumenta los costos y reduce el acceso al tratamiento. Además, la sensibilidad y especificidad de las pruebas comercialmente disponibles pueden variar en forma significativa, lo cual afecta de manera negativa la confiabilidad de las pruebas de laboratorio utilizadas en el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual.

En las instituciones en que se disponga de un laboratorio, éste debe estar a cargo de personal con la capacitación y experiencia adecuadas para realizar procedimientos de gran complejidad técnica; asimismo, es obligatoria la implementación del control de calidad externo.

Muchos establecimientos de salud de los países en vías de desarrollo carecen del equipamiento y personal capacitado para el diagnóstico etiológico de las infecciones de transmisión sexual. Para superar este problema, en muchos países en vía de desarrollo se ha establecido y estimulado el manejo sindrómico para el tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual. El manejo sindrómico se basa en la identificación de grupos uniformes de síntomas y signos fácilmente reconocibles (síndromes) y la administración de un tratamiento dirigido contra la mayoría de los microorganismos, o contra los más peligrosos, responsables del desarrollo de este síndrome.⁷

Como regla general, pero especialmente en lugares de baja prevalencia y en las adolescentes, la principal causa de flujo vaginal es la vaginitis endógena y no una infección de transmisión sexual. Por lo tanto, es necesario identificar a los principales factores de riesgo asociados a las ITS.⁸

Aparentemente, algunos signos clínicos están asociados más frecuentemente con la presencia de infección cervical. En las publicaciones, se descubrió que las observaciones clínicas frecuentemente asociadas con la infección cervical son la presencia de mucopus cervical, erosiones, friabilidad y sangrado cervicales entre los ciclos menstruales y durante las relaciones sexuales.

También se han asociado diversos factores de riesgo demográficos y conductuales con la infección cervical. Entre los factores predictivos de infección cervical encontrados en algunos lugares se incluyen: 21 años o menos; estado civil soltero/a; más de una pareja sexual en los últimos tres meses; una nueva pareja en los últimos tres meses; pareja actual que padece una ITS; pareja que recién ha comenzado a utilizar condones.

Sin embargo, dichos factores de riesgo suelen ser específicos del grupo poblacional para el cual han sido identificados y validados, y no pueden extrapolarse fácilmente a otras poblaciones o a otros lugares. La mayoría de los investigadores concuerda con que es importante obtener más de un factor de riesgo demográfico en cada paciente específico.

SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

La resistencia antimicrobiana de varios agentes patógenos sexualmente transmitidos está aumentando en muchas regiones del mundo, por lo que en algunos

[Escriba aquí]

tratamientos de bajo costo se ha reducido la eficacia.⁹ Las recomendaciones de que se utilicen fármacos más efectivos suelen ser motivo de preocupación en cuanto al costo y al posible uso inadecuado.

La política de suministro de medicamentos en dos niveles, con medicamentos menos efectivos al primer nivel de atención y medicamentos más efectivos, y generalmente más costosos, únicamente al nivel de referencia, puede originar una tasa inaceptable de fracasos del tratamiento, complicaciones y referencias, y deteriorar la confianza en los servicios de salud. No se recomienda este abordaje. Los medicamentos utilizados para el tratamiento de las ITS en todos los establecimientos de salud deben tener una eficacia de al menos un 95%.¹⁰

En el recuadro que aparece a continuación se enumeran los criterios para la selección de medicamentos:

Tabla 1 Criterios de selección de medicamentos para el tratamiento de las ITS.

Criterios de selección de medicamentos para el tratamiento de las ITS
Los medicamentos seleccionados para el tratamiento de una ITS deben cumplir con los siguientes criterios:
■ alta eficacia (de al menos un 95%)
■ bajo costo
■ tolerancia y toxicidad aceptables
■ poca probabilidad o probable retraso para el desarrollo de resistencia de los microorganismos
■ dosis única
■ administración oral
■ sin contraindicaciones para gestantes o mujeres que dan de lactar
Los medicamentos adecuados se deben incluir en la lista o petitorio nacional de medicamentos esenciales básicos y, al elegir un medicamento, se deben tener en cuenta las habilidades y la experiencia del personal de salud.

Una queja espontánea por flujo vaginal anormal (en cuanto a cantidad, color y olor) frecuentemente se debe a una infección vaginal. En casos excepcionales, puede estar causada por cervicitis mucopurulenta asociada a una ITS. Las causas más comunes de infección vaginal son *T. vaginalis*, *C. albicans* y la vaginosis bacteriana (VB). La *N. gonorrhoeae* y la *C. trachomatis* causan infección cervical.

La detección clínica de una infección cervical es difícil debido a que en una gran cantidad de mujeres la Infección cervical gonocócica o por clamidiasis es asintomática. El síntoma de flujo vaginal anormal es altamente indicativo de infección vaginal, aunque es un mal predictor de infección cervical. Por lo tanto, todas las mujeres que presentan flujo vaginal deberían recibir tratamiento para trichomoniasis y vaginosis bacteriana.

Entre las mujeres con flujo anormal, se podría intentar identificar a aquéllas que presentan mayores probabilidades de estar infectadas por *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis*.

Por lo tanto, podría ser útil realizar una evaluación del nivel de riesgo de la mujer
[Escriba aquí]

para identificar a aquéllas con mayor riesgo, especialmente cuando los factores de riesgo se adaptan a la situación local. Dado que la microscopía exige una capacitación especial, demanda mucho tiempo y no aporta demasiada información en relación con el tiempo y los recursos necesarios, en general esta técnica no se recomienda a nivel de la atención primaria de la salud.

Sin embargo, en aquellos lugares donde se puede realizar una tinción de Gram de manera eficiente, como una clínica de referencia, puede intentarse la identificación de diplococos Gramnegativos intracelulares y/o de *T. vaginalis*.

Para tomar la decisión de instaurar el tratamiento para la infección cervical, es importante conocer cuál es la prevalencia local de la *N. gonorrhoeae* y/o la *C. trachomatis* en mujeres que presentan flujo vaginal. Cuanto mayor sea la prevalencia, mayor será la justificación para comenzar un tratamiento.

Las mujeres con una evaluación de riesgo positiva tienen más posibilidades de desarrollar una infección cervical que aquéllas con riesgo negativo. Por lo tanto, se debe ofrecer tratamiento para la cervicitis gonocócica y por clamidia a mujeres con secreción vaginal y evaluación de riesgo positiva.¹¹

Tabla 2 Opciones de tratamiento para la clamidiasis.

Opciones de tratamiento para gonorrea		Opciones de tratamiento para la clamidiasis	
Ciprofloxacina		Doxiciclina	
Ceftriaxona		Azitromicina	
Cefixima			
Espectinomocina			
Alternativas			
		Amoxicilina	
		Ofloxacina	
		Eritromicina (si está contraindicada la tetraciclina)	
		Tetraciclina	
Medicamentos para vaginosis bacteriana	Medicamentos para <i>T. vaginalis</i>	Medicamentos para la candida	
Metronidazol	Metronidazol	Miconazol	
	Tinidazol	Clotrimazol	
		Fluconazol	
Alternativas		Alternativa	
Clindamicina		Nistatina	
Metronidazol en gel			
Clindamicina, crema vaginal			

Objetivo general: Conocer la prevalencia de infecciones vaginales en mujeres de San Antonio del Rosario de acuerdo al periodo comprendido de agosto 2011 a julio 2012.

Objetivos específicos:

- conocer el tipo de microorganismo más frecuente en los resultados de las citologías realizadas en el periodo ya especificado.
- Investigar el tratamiento de elección de acuerdo a los microorganismos identificados.

HIPÓTESIS

Conocer el microorganismo más frecuente y el tratamiento de elección en mujeres de cualquier edad en San Antonio del Rosario de acuerdo al periodo comprendido agosto 2011 a julio 2012.

Material y métodos:

Utilizar los resultados de las citologías tomados a mujeres de cualquier edad. Realizar gráficos y tablas con la información obtenida.

La metodología que se utilizó para realizar este trabajo de investigación fue revisar un total de 52 resultados de citologías realizadas en el centro de salud rural disperso de San Antonio del Rosario entre el mes de agosto del año 2011 a julio del 2012, se realizaron tablas y graficas organizando por grupos de edades, su derechohabiencia y los resultados de cada una de las citologías.

RESULTADOS

TABLA 3 CONCENTRADO DE LOS RESULTADOS DE LOS PAPANICOLAOUS OBTENIDOS DENTRO DEL MES DE AGOSTO 2011 A JULIO DEL 2012.

NOMBRE	EDAD	EXPEDIENTE	SEGURO POPULAR/ OPORTUNIDADES	RESULTADO
GLORIA	57	42	OP	7
JUANA	53	30	OP	7
GUADALUPE	46	127	OP	4
GRICELDA	28	27	OP	7
JUSTA	37	224	OP	7
ALEJANDRINA	62	11	OP	8
MARIA	62	158	OP	8
LUZ	39	156	OP	4
LEONARDA	34	30	OP	7
ANA	46	36	OP	5
ZULEIMA	19	48	SP	7
ROSALVA	40	263	OP	7
EVERTINA	34	249	OP	7
TERESA	37	15	OP	7
GRICELDA	36	62	OP	7
ROSAVELIA	24	192	SP	4
CONCEPCION	28	214	SP	7
GRACIELA	63	32	OP	8
LUCILA	39	06	OP	7
CLARA	58	65	OP	8
CRISTINA	28	29	OP	7
REYNA	57	23	OP	4
DOLORES	19	119	SP	7
AMALIA	32	61	OP	7
YENI	29	03	OP	7
CRISANTA	31	76	OP	7
FRANCISCA	67	73	OP	8
MAURILIA	54	87	OP	7
MARTHA	50	162	OP	8
ENEDINA	40	242	OP	7
CECILIA	41	46	OP	7
ROSAELIA	25	04	SP	4
LUISA	69	04	SP	8
MA LUZ	35	64	OP	7

LEONILA	50	135	SP	7
MA JESUS	54	68	OP	8
JUANA	73	61	OP	8
YOLIDOILT	32	200	OP	7
JULIA	35	163	SP	7
IGNACIA	58	43	SP	7
LETICIA	38	161	SP	4
ALEJANDRINA	56	109	OP	7
CAROLINA	49	92	OP	7
JOAQUINA	59	19	OP	7
VIANEY	27	95	OP	7
TERESA	39	15	OP	4
RUBICELIA	35	197	OP	7
JUSTINA	67	73	OP	8
EPIFANIA	57	230	OP	7
FILIMONA	71	50	OP	8
ROSELIA	48	248	OP	8
YANET	22	47	SP	4

Fuente: concentrado total de resultados dados en el periodo comprendido de agosto 2011 a julio 2012. Reporte de actividades medicas del Causes.

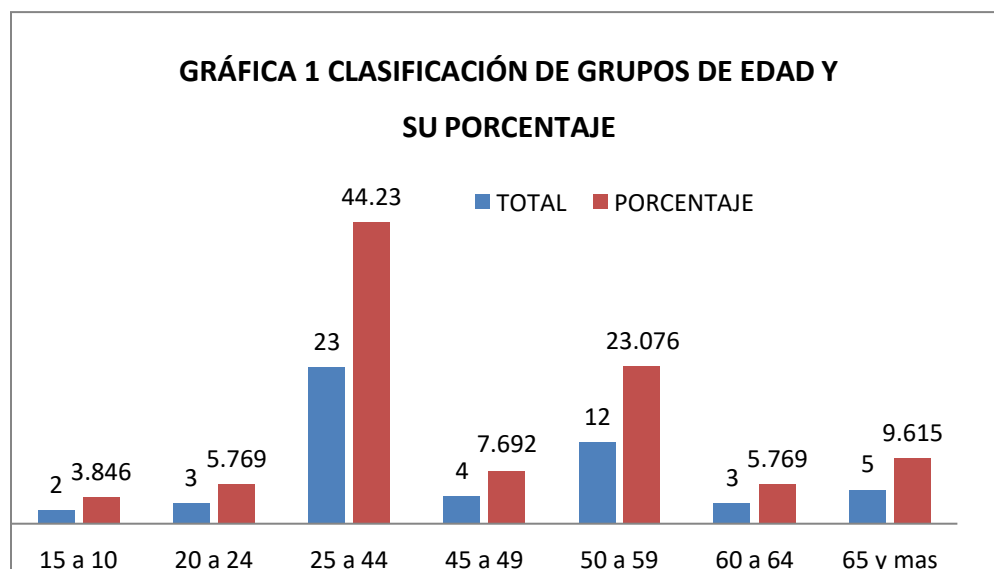
DIAGNOSTICO CITOLÓGICO

- 1.- DENTRO DEL LÍMITE NORMAL
- 2.-CAMBIOS CELULARES BENIGNOS INFECCION TRICOMONAS
- 3.- CAMBIOS CELULARES BENIGNOS INFECCION CANDIDIASIS
- 4.- CAMBIOS CELULARES BENIGNOS INFECCION COCOBACILOS
- 5.- CAMBIOS CELULARES BENIGNOS INFECCION GARDENELA VAGINALIS
- 6.- CAMBIOS CELULARES BENIGNOS INFECCION HERPES
- 7.- CAMBIOS CELULARES BENIGNOS CAMBIOS REACTIVOS POR INFLAMACION
- 8.- CAMBIOS CELULARES BENIGNOS CAMBIOS REACTIVOS ATROFIA
- 9.- CAMBIOS CELULARES BENIGNOS CAMBIOS REACTIVOS POR RADIACION
- 10.- CAMBIOS CELULARES BENIGNOS CAMBIOS REACTIVOS DIU

CLASIFICACION POR EDADES:

TABLA 4 CONCENTRADO TOTAL DE RESULTADOS DADOS EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE AGOSTO 2011 A JULIO 2012. FUENTE: CONCENTRADO MENSUAL
DEL CAUSES.

SEXO	EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
Femenino	15 a 19	2	3.846
Femenino	20 a 24	3	5.769
Femenino	25 a 44	23	44.230
Femenino	45 a 49	4	7.692
Femenino	50 a 59	12	23.076
Femenino	60 a 64	3	5.769
Femenino	65 y mas	5	9.615



MUJERES CON OPORTUNIDADES / SEGURO POPULAR

TABLA 5 CONCENTRADO TOTAL DE RESULTADOS DADOS EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE AGOSTO 2011 A JULIO 2012. FUENTE: CONCENTRADO MENSUAL
DEL CAUSES.

SEXO	TOTAL	SP / OP	PORCENTAJE
Femenino	11	Seguro Popular	21.153
Femenino	41	Oportunidades	78.846

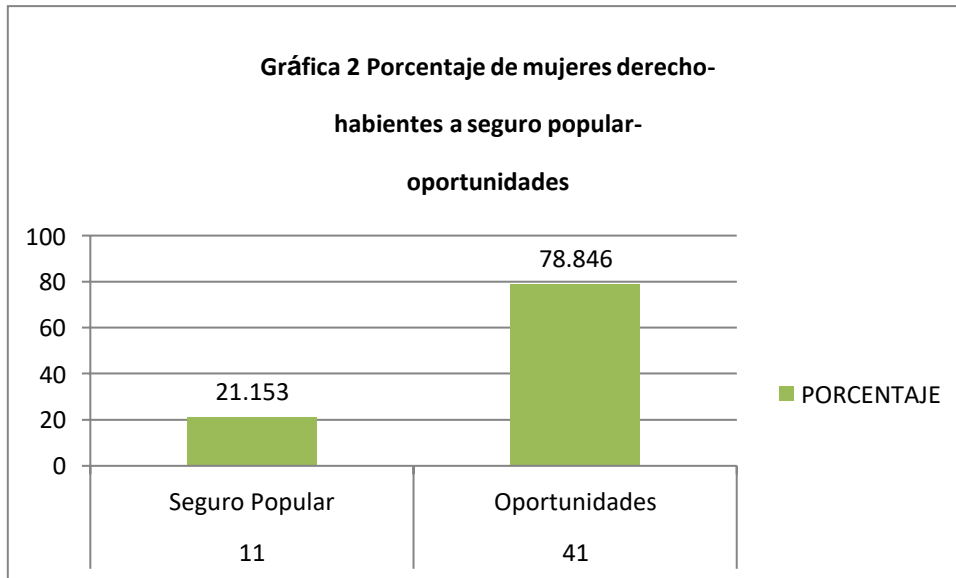
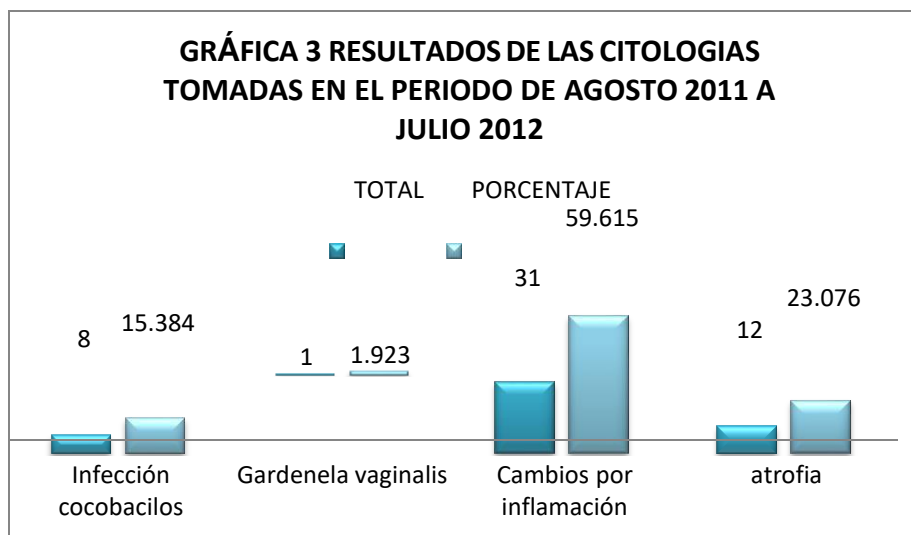


TABLA 6 RESULTADOS DE LAS CITOLOGIAS DEL PERIODO COMPRENDIDO DE AGOSTO 2011 A JULIO 2011.

SEXO	RESULTADO	TOTAL	PORCENTAJE
Femenino	Infección cocobacilos	8	15.384
Femenino	Gardenella vaginalis	1	1.923
Femenino	Cambios por inflamación	31	59.615
Femenino	atrofia	12	23.076

Concentrado total de resultados dados en el periodo comprendido de agosto 2011 a julio 2012. Fuente: concentrado mensual del causes.



Análisis:

Como podemos observar en la tabla 1 tenemos un total de 52 resultados de citologías cervicales de mujeres de San Antonio del Rosario quienes asistieron a tomarse su Papanicolaou anual.

En la tabla 2 se dividen a las mujeres de acuerdo a grupos de edades, 44.2% corresponde a mujeres de entre 25 y 44 años de edad, 23% mujeres de entre 50 a 59 años, 9.6% 65 y más años, 7.6 de 45 a 49 años, 5.7% de 20 a 24 y 60 a 64 años, finalmente 3.6 de 15 a 19 años de edad.

Un 78.8% de ellas son mujeres que están en el programa de Oportunidades y 21.1% afiliadas al seguro popular. Esto mostrado en la tabla 3

En la tabla 4 observamos el mayor porcentaje al resultado de cambios reactivos por inflamación (7) con un porcentaje de 59.6% seguido de atrofia (8) con un 23%. Infección por cocobacilos (4) 15.3% por último infección por gardenella vaginalis con 1.9%

Conclusiones:

Las infecciones vaginales son una causa frecuente en la consulta, dentro de las patologías infecciosas, la causa principal de asistir a la unidad médica en la presencia de secreción vaginal patológica. Así como también es la causa principal que lleva a una mujer a realizarse el Papanicolaou.

Como lo observamos en las tablas no obtuvimos un mayor porcentaje de resultados con procesos infecciosos. Sin embargo, la principal es la infección por cocobacilos, de las cuales a todas se dio tratamiento antibiótico, no siempre el de elección ya que en la unidad durante todo mi año de servicio social carecimos de variabilidad de antibióticos, algunas de las pacientes aceptaron tratamiento para sus parejas.

En la consulta se indicó realizar posterior al tratamiento nuevamente citología cervical, encontrando nuevamente el microorganismo previamente identificado en un 60% de las pacientes y un 10% con cambios reactivos por inflamación. Aproximadamente un 40% no regresó a la unidad. Las infecciones de transmisión sexual son un problema de salud pública a nivel mundial, en mi comunidad una causa frecuente de consulta en el grupo etario de mujeres entre 25 y 44 años de edad predominantemente, son mujeres sexualmente activas.

Acorde a la literatura, en México, las infecciones de transmisión sexual se ubican entre las 10 primeras causas de morbilidad general. En San Antonio del Rosario, ocupa la 4ta causa de morbilidad por enfermedades transmisibles del año 2011-2012, aun así, se estima que el 50% de las habitantes pueden permanecer temporalmente asintomáticas.

Los factores limitantes que tuve para desarrollar mi investigación fue el tamaño pequeño de la muestra, mi comunidad es de 1346 habitantes y no todas las mujeres asisten a realizarse citología al centro de salud. mi estudio fue realizado en un nivel de atención de 1 año (servicio social). El diagnóstico etiológico de las infecciones de transmisión sexual constituye un problema para los prestadores de salud en distintos lugares, impone restricciones de tiempo y recursos, aumenta los costos y reduce el acceso al tratamiento.

RESUMEN GERENCIAL DEL PROTOCOLO

Las vulvocervicovaginitis son un padecimiento infeccioso transmitido por contacto sexual y motivo de consulta común, tanto para el Gineco-obstetra como para el médico general. Se estima que origina más de 10% de las solicitudes de atención. El dato estelar de la infección es el incremento del flujo vaginal o leucorrea, lo que induce a las pacientes a solicitar atención médica por malestar y preocupación que les ocasiona. Por ello el interés en realizar esta investigación.

Los objetivos de este trabajo de investigación son analizar los resultados de las citologías realizadas a mujeres de cualquier edad, de San Antonio del Rosario de acuerdo con el periodo comprendido de agosto 2011 a julio 2012. Así como también conocer el tipo de microorganismo más frecuente en los resultados de las citologías realizadas en el periodo ya especificado e Investigar el tratamiento de elección de acuerdo con los microorganismos identificados.

La metodología que se utilizó para realizar este trabajo de investigación fue revisar un total de 52 resultados de citologías realizadas en el centro de salud rural disperso de san Antonio del Rosario entre el mes de agosto del año 2011 a julio del 2012, se realizaron tablas y graficas organizando por grupos de edades, su derechohabiencia y los resultados de cada una de las citologías.

En la tabla 2 se dividen a las mujeres de acuerdo con grupos de edades, 44.2% corresponde a mujeres de entre 25 y 44 años de edad, 23% mujeres de entre 50 a 59 años, 9.6% 65 y más años, 7.6 de 45 a 49 años, 5.7% de 20 a 24 y 60 a 64 años, finalmente 3.6 de 15 a 19 años de edad. Un 78.8% de ellas son mujeres que están en el programa de Oportunidades y 21.1% afiliadas al seguro popular. Esto mostrado en la tabla 3 En la tabla 4 observamos el mayor porcentaje al resultado de cambios reactivos por inflamación (7) con un porcentaje de 59.6% seguido de atrofia (8) con un 23%. Infección por cocobacilos (4) 15.3% por último infección por gardenella vaginalis con 1.9%

Las infecciones vaginales son una causa frecuente en la consulta, dentro de las patologías infecciosas, la causa principal de asistir a la unidad médica en la presencia de secreción vaginal patológica. Así como también es la causa principal que lleva a una mujer a realizarse el Papanicolaou.

Como lo observamos en las tablas no obtuvimos un mayor porcentaje de resultados con procesos infecciosos. Sin embargo, la principal es la infección por cocobacilos, de las cuales a todas se dio tratamiento antibiótico, no siempre el de elección ya que en la unidad durante todo mi año de servicio social carecimos de variabilidad de antibióticos, algunas de las pacientes aceptaron tratamiento para sus parejas.

En la consulta se indicó realizar posterior al tratamiento nuevamente citología cervical, encontrando nuevamente el microorganismo previamente identificado en un 60% de las pacientes y un 10% con cambios reactivos por inflamación. Aproximadamente un 40% no regresó a la unidad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
2. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en el primer nivel de atención. 2008. Editor general: centro nacional de excelencia tecnológica en Salud.
3. Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica. 2008. José Navarro Robles. Octavio Rivero Serrano. Joaquín J. López. Página 405.
4. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual 2007.
5. Antonio Ciudad-Reynaud. Médico Ginecoobstetra, Instituto Especializado Materno Perinatal. Rev Per Ginecol Obstet. 2007; 53:159-166
6. Dr. Henry J. ZETTELMAN. Infecciones vaginales comunes. Ginecol Obstet Mex 2007; 75:115-8
7. Linet Diana Alemán Mondejal; Caridad Almanza Martínez II; Octavio Fernández Limia. Diagnóstico y prevalencia de infecciones vaginales. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010
8. Natalia Salas Biol, Juan Felipe Ramirez Biol, Bayron Ruiz M.D, Elizabeth Torres Bacteriologa, Luis Nervio Jaramillo bact. Prevalencia de microorganismos asociados a infecciones vaginales. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia vol. 60 numero 2. 2009. (135 – 142).
9. Guillermo Muñoz Zurita,¹ José Antonio Sánchez Hernández,² José Antonio Rivera Tapia,³ Emmanuel Mendoza López². Infecciones vaginales en menores de 15 años sin vida sexual. Artículo original. Rev Fac Med UNAM Vol. 51 No. 5 septiembre - octubre, 2008
10. Jaimes R Scott. Ronald S Gibbs beth y karlan Artuhr F Haney. Tratado de Obstetricia y Ginecología Danfor. 9 edición 2008.
11. Concentrados mensuales del causas, en el periodo comprendido de agosto 2011 a julio 2012.

12. Marín-Navarrete R, Magis-Rodríguez C, Strathdee SA. Sexually transmitted infections and substance use disorders: evidence and challenges in Mexico. *Salud Mental*. 2017;40(1):1-4.
13. Muñoz-Bello JO, Carrillo-García A, Lizano M. Epidemiology and Molecular Biology of HPV Variants in Cervical Cancer: The State of the Art in Mexico. *Int J Mol Sci*. 2022 Aug 2;23(15):8566. doi: 10.3390/ijms23158566. PMID: 35955700; PMCID: PMC9368912.
14. Gamboa-Cañedo EA, Martínez-Limón FJ, Santibañez-Escobar PL, et al. Seroprevalencia de Virus Herpes Simple Tipo 1 en una muestra poblacional de la Zona Metropolitana de Guadalajara y municipios aledaños. *Sal Jal*. 2021;8(1):26-34.
15. Britannica, Los Editores de la Enciclopedia. "Herpes Simple". *Enciclopedia Británica*, 23 de diciembre de 2022, <https://www.britannica.com/science/herpes-simplex>. Consultado el 14 de enero de 2023.
16. Saleh D, Yarrarapu SNS, Sharma S. Herpes simple tipo 1. [Actualizado el 29 de agosto de 2022]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls; 2022 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482197/>
17. WHO Guidelines for the Treatment of Genital Herpes Simplex Virus. Geneva: World Health Organization; 2016. 4, RECOMMENDATIONS FOR TREATMENT OF GENITAL HERPES SIMPLEX VIRUS. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396233/>
18. Muñoz-Ramírez, A., López-Monteon, A., Ramos-Ligonio, A., Méndez-Bolaina, E., & Guapillo-Vargas, M. R. B. (2018). Prevalence of Trichomonas vaginalis and human papillomavirus in female sex workers in Central Veracruz, Mexico. *Revista Argentina de Microbiología*. doi: 10.1016/j.ram.2017.11.004.
19. Schumann JA, Plasner S. Tricomoniasis. [Actualizado el 21 de junio de 2022]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls; 2022 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534826/>
20. Justiz Vaillant AA, Gulick PG. HIV Disease Current Practice. [Updated 2022 Sep 20]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534860/>
21. Murillo-Zamora E, Mendoza-Cano O, Trujillo-Hernández B, Delgado-Enciso I, Guzmán-Esquivel J, Ochoa-Castro MR, Guzmán-Solórzano JA. Gender and age-related variations in human immunodeficiency virus infection trends at the Mexican Institute of Social Security: 2003-2017. *Gac Med Mex*. 2022;158(5):302-309. English. doi: 10.24875/GMM.M22000699. PMID: 36572029.
22. Azamar-Alonso, A., Bautista-Arredondo, S.A., Smaill, F. et al. Patient characteristics and determinants of CD4 at diagnosis of HIV in Mexico from 2008 to 2017: a 10-year population-based study. *AIDS Res Ther* **18**, 84 (2021).

<https://doi.org/10.1186/s12981-021-00409-0>.

23. Ibáñez-Cervantes, G., León-García, G., Vargas-De-León, C., Castro-Escarpulli, G., Bandala, C., Sosa-Hernández, O., ... Bello-López, J. M. (2020). Epidemiological behavior and current forecast of syphilis in Mexico: increase in male population. *Public Health*, 185, 386–393. doi: 10.1016/j.puhe.2020.05.057.
24. Tudor ME, Al Aboud AM, Leslie SW, et al. Syphilis. [Updated 2022 Nov 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534780/>
25. Enciclopedia de los municipios de México, estado de México 2001. Centro Nacional del Desarrollo Municipal.
26. Gobierno del estado de México, Indicadores básicos para la planeación Regional. Secretaria de finanzas y planeación. Toluca 1997
27. Cardoso Santín Alfredo. Monografía municipal de Tlatlaya, 1999. Inédita.
28. L.A.E. Alejandro Agallo Celaya.
29. James R. Scott, MD. Ronald S. Gibbs, MD Beth Y. Karlan, M.D. Arthur F. Haney, MD. 2006. Infecciones pélvicas y enfermedades de transmisión sexual. 9 edición. Tratado de obstetricia y ginecología. Danforth. Página 623. Editorial Mc Graw Hill.
30. Laurence L. Brunton, PhD. 2008. Penicilinas, Cefalosporinas y otros antibióticos B lactamicos/ Inhibidores de la síntesis de proteína y otros antibacterianos. Undécima edición. Goldman y Gilman. Las bases farmacológicas de la Terapéutica. Páginas 1127,1128,1173,1174. Editorial Mc Graw Hill.
31. Laurence L. Brunton, PhD. 2008. Antiviricos (no retroviricos). Undécima edición. Goldman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Páginas 1264, 1267. Editorial Mc Graw Hill.
32. Bertram G. Katzung. 2002. Resina de Podophyllum y Podofilox octava edición. Farmacología básica y clínica. Página 1190. Editorial Manual Moderno.
33. James R. Scott, MD. Ronald S. Gibbs, MD Beth Y. Karlan, M.D. Arthur F. Haney, MD. 2006. Infecciones pélvicas y enfermedades de transmisión sexual. 9 edición. Tratado de obstetricia y ginecología. Danforth. Página 614. Editorial Mc Graw Hill.
34. Laurence L. Brunton, PhD. 2008. Fármacos contra virus herpéticos. Undécima edición. Goldman y Gilman. Las bases farmacológicas de la Terapéutica. Páginas: 1246, 1247,1251,1252. Editorial Mc Graw Hill.
35. PINEDA-MURILLO, Javier et al. Candidosis vaginal: Revisión de la literatura y situación de México y otros países latinoamericanos. *Revista médica Risaralda*, Pereira, v. 23, n. 1, p. 38-44, Jan. 2017. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672017000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Jan. 2023

36. James R. Scott, MD Ronald S. Gibss, MD Beth y Karlan, MD Arthur F. Haney MD 2006 Infecciones pélvicas y enfermedades de transmisión sexual 9 edición Tratado de obstetricia y ginecología. Danforth. Página 618,619. Editorial Mc Graw Hill.
37. PINEDA-MURILLO, Javier; CORTES-FIGUEROA, Arturo ángel; URIBARREN-BERRUETA, Teresita del Niño Jesús and CASTANON-OLIVARES, Laura Rosio. Candidosis vaginal: Revisión de la literatura y situación de México y otros países latinoamericanos. Revista médica Risaralda [online]. 2017, vol.23, n.1, pp.38-44. ISSN 0122-0667.
38. James R. Scott, MD S. Gibss MD Beth y Karlan, MD Arthur F. Haney MD 2006. Infecciones pélvicas y enfermedades de transmisión sexual. 9 edición. Tratado de obstetricia y ginecología. Danforth. Páginas 619 y 620. Editorial Mc Graw Hill.
39. Laurence L. Brunton, PhD. 2008. Antimicóticos. Capítulo 48. Undécima edición. Goldman y Gilman. Las bases farmacológicas de la Terapéutica. Páginas: 1225,1230,1231,1233,1238.
40. James R. Scott, MD S. Gibss MD Beth y Karlan, MD Arthur F. Haney MD 2006. Infecciones pélvicas y enfermedades de transmisión sexual. 9 edición. Tratado de obstetricia y ginecología. Danforth. Páginas 620,621. Editorial Mc Graw Hill.
41. Laurence L. Brunton, PhD. 2008. Quimioterapia de infecciones por protozoos. Capítulo 40. Undécima edición. Goldman y Gilman. Las bases farmacológicas de la Terapéutica. Páginas 1050, 1057. 1058-1060. Editorial Mc Graw Hill.
42. Zuñiga A. Tobar – Tosse F. Vaginosis bacteriana por Gardnerella vaginalis. Nuevas enseñanzas desde la ecología molecular. Saltem scientia. Spiritus 2015 1(1): 29-36.
43. James R. Scott, MD S. Gibss MD Beth y Karlan, MD Arthur F. Haney MD 2006. Infecciones pélvicas y enfermedades de transmisión sexual. 9 edición. Tratado de obstetricia y ginecología. Danforth. Páginas 621,622. Editorial Mc Graw Hill.
44. Laurence L. Brunton, PhD. 2008. Inhibidores de la síntesis de proteína y otros antibacterianos. Capítulo 46. Undécima edición. Goldman y Gilman. Las bases farmacológicas de la Terapéutica. Páginas: 1188,1189. Editorial Mc Graw Hill.

ASPECTOS GEOGRÁFICOS

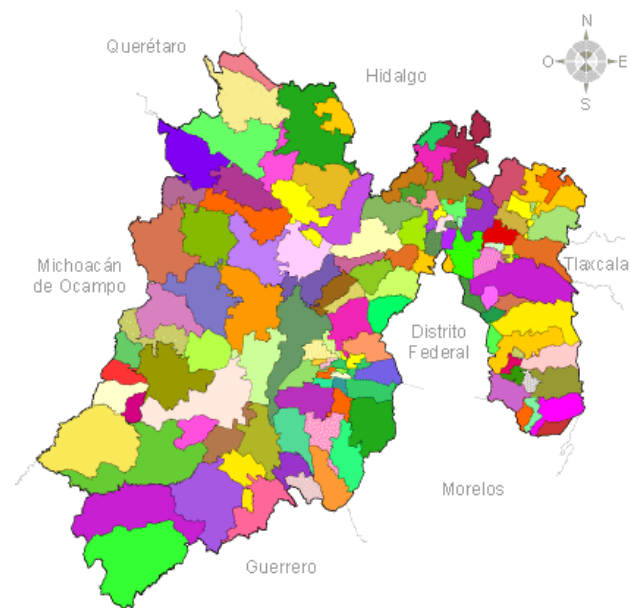
La localidad de **San Antonio del Rosario** está situada en el Municipio de Tlatlaya, En, el Estado de México. Tiene 1346 habitantes. **San Antonio del Rosario** está a 360 metros de altitud. Con una superficie territorial de 9.7893 km². Está situado en el municipio de Tlatlaya en el estado de México, colinda al sur con el estado de Guerrero y al norte con el estado de Michoacán y con el municipio de Amatepec, está comprendido dentro de la región denominada tierra caliente cuyo centro es la ciudad de Altamirano estado de Guerrero.

Figura 1 Escudo de estado de México.



Javier Romero Quiroz (1977). División territorial y heráldica. Página 103. Gobierno del estado de México

Figura 2 Mapa del estado de México.



INEGI. Marco Geoestadístico Municipal 2010. Versión 5.0

MAPA DE SAN ANTONIO DEL ROSARIO, MUNICIPIO DE TLATLAYA.

Figura 3 Mapa de ubicación de San Antonio del Rosario: marcado con el símbolo



Fuente: INEGI 2012

Figura 4 Centro de San Antonio del Rosario



Esta micro región pertenece a la coordinación Municipal de Salud de Tlatlaya, consede en San Pedro Limón la cual se localiza a 33 kilómetros de la micro región, con

[Escriba aquí]

un tiempo destinado de traslado de 45 minutos en transporte público y 30 minutos en transporte particular, la Jurisdicción Sanitaria de Tejupilco se encuentra a 2 horas en transporte particular y 3 horas en transporte público, este tiempo que sería reducido en caso de que la carretera principal no se encontrara en tan mal estado.

Tabla 7 Pueblos vecinos de San Antonio del Rosario

Palos Altos	Presa Palos Altos	La Montaña
El Devanador	El Naranjo	El Temblor
La Cubata	Las Juntas	Nuevo Copaltepec
Palos Altos	Rincón Grande	San Antonio del Rosario

Fuente: INEGI 2012.

En el año de 1994 con ayuda de los habitantes inicia la construcción del Centro de Salud Rural Disperso de San Antonio del Rosario, sobre terrenos donados por la Señora Felicitas Avilés López. Al inicio de este año el servicio era otorgado por un Médico pasante en servicio social y un Técnico en Atención Primaria a la Salud, abarcando las localidades de Ancón de la Presa. Peña del Órgano, Rincón Grande entre otros.

Durante el año 1997 inicia el programa donde se designan a un médico general y a una enfermera de planta "PAC". A partir de eso el servicio se volvió más constante y con la nueva, micro regionalización ahora comprende además de san Antonio del Rosario, las localidades del el Temblor y la Cubata.

La constante siguió siendo el déficit en el abasto de insumos como medicamentos y material de curación. En el mismo año inicia el programa de PROGRESA que posteriormente se convirtió en OPORTUNIDADES el cual logra involucrar a los habitantes de la población con el personal de salud de la unidad, con apoyo de la población y autoridades.

El Centro de Salud Rural Disperso de San Antonio del Rosario da servicio a tres localidades:

1. San Antonio del Rosario
2. La Cubata
3. El Temblor

ASPECTOS HISTÓRICOS DEMOGRÁFICOS

Toponimia

Tlatlaya es derivado de la raíz náhuatl que es “Tlillan” tlapayan, que significa la tierra del negro y del rojo o donde muere el sol, refiriéndose desde luego al atardecer en esta cultura; ya que al ocultarse el sol pareciese que la tierra arde, dando una vista espectacular en esta localidad dando como si la tierra produjera llamas. Tlatlaya “tierra que Arde”, tiene 553 habitantes. Con una elevación a nivel del mar de 1840 metros de altitud, es por ello que su clima es caluroso seco, la mayoría del año con lluvias moderadas.

Reseña histórica

Antes de la llegada de los españoles, las razas primitivas del territorio de Anáhuac practicaban la disciplina militar, política, agrícola y cultura. En esos tiempos, los oriundos del lugar tenían rasgos físicos muy similares a otros habitantes, como la cultura otomíes, mexicas, totonacas, chontales, tecos, popolacas y algunos más que habitaron, no solo la parte norte, sino también del centro y sur de nuestro país, que se asentaron en regiones prodigas o peculiares que abandonaron poco a poco durante su peregrinar, dejando sus centros ceremoniales olvidados para mejorar su situación de vida, ya que con frecuencia también se veían afectados por tribus más fuertes, dejando así sus guarniciones defensivas en contra de su propia voluntad.

Es por esta razón encontramos en toda el área geográfica pequeñas habitaciones construidas de adobe y piedra tipo chontal, otomí, tarasco, mexica; cuyos vestigios de cerámica y restos humanos no solo se han encontrado por la Goleta, también por Amatepec y Tlatlaya.

Los pueblos como Toluca de Lerdo, Temascaltepec, Tejupilco, Amatepec, Tlatlaya, Sultepec, Zacualpan y Teloloapan, entre otras regiones del noroeste de nuestro país, habían sido habitados por los indios otomíes, mazahuas, chontales y tarascos entre otros y no solo por los Matlazincas como suelen decir algunos historiadores. Existen sitios importantes en Tlatlaya, Teopazul, Rincón grande, Cerro del Tecolote. Copaltepec, San Francisco, Santa Ana Zicatecoyan, el cerro del Tequesquite y San

Vicente entre otros tantos centros ceremoniales que se localizan dentro de la municipalidad.

Antes de la conquista española, Tlatlaya, era punto fronterizo importante para los matlazincas y los mexicas, por la colindancia existente con los tarascos de la providencia de Michoacán, que con frecuencia atacaban a los Tlatlayenses que vivían dentro del imperio azteca, acosando inclusive a otros puntos fronterizos para proveerse de víctimas y llevárselos a sacrificar hasta Zinzunzan y a Auzinascuaro de la provincia michoacana.

A pesar de que Tlatlaya y Amatepec estaban muy cerca uno del otro, eran independientes en 1582, teniendo dependientes a los pueblos de San Lucas, Suchitlan, San Mateo Tototepec, Santa María Cacahuatlan, San Gaspar Tietlepec, Santa Ana Zicatecoyan, San Juan Tepetlatlaya, san Pedro Mecatepec San Francisco Atiquisca, San Felipe Guatepec, Santa María Asunción y Coatepec; de todos estos pueblos tlatlaya era cabecera, es muy posible que por la docilidad que estos tenían con los caciques de Amatepec también se hayan sometido a los españoles, permitiendo a la vez ser evangelizados el año de 1526 por los misioneros.

Los de Tlatlaya al igual que los de Amatepec, no opusieron resistencia ninguna a la conquista por las armas y la religión, con esto llego la evangelización siendo sometidos años procedentes hasta 1534. En 1535 aparece la minería estableciendo así a los peninsulares en la cabecera del pueblo y otros lugares adyacentes. La inquisición llegó a Tlatlaya, y con esto, el nombramiento de Comisario, ministros del Santo Oficio y permisos de la Santa Inquisición para denunciar a los blasfemos quien pudiera estar en contra de la religión católica, apostólica y romana. La realización de vejaciones era favorecida para algunos personajes del gobierno, pero no para algunos personajes que ejercieron el culto religioso distintos.

En 1683 el licenciado José de Villarrubia Ponce de León, cura y mandatario de estos pueblos, denuncia a Juan Gómez de Mier ante el inquisidor Manuel Rocha Barreto por Blasfemo. En 1729 se nombra al comisario de la Inquisición, al Bachiller Juan del Pilar soto y Acuña, para atender lo relativo en los pueblos de Amatepec y Tlatlaya sobre asuntos inquisitoriales.

Los pueblos que se consideraban dentro del territorio hasta 1754 fueron San Felipe Coatepec, San Francisco, San Juan Tepetlatlaya, San Mateo Tototepec, Santa Ana, Santa María, La Goleta, Santa Cruz, Santo Tomas, Copaltilla y San Andrés Tepaxtitlan. Después de la muerte de Hidalgo y Morelos, los insurgentes de dispersaron en el país en numerosas guerrillas en el medio rural. El indulto que

ofrecía el virrey Apodaca y el acoso frecuente que asolaba a varios jefes insurgentes, hicieron que dejaran la lucha armada.

La lucha en el sur de las intendencias de México, Oaxaca, Puebla y Michoacán hasta Colima, se sostuvo principalmente por Vicente Guerrero, Pedro Ascencio y otros grandes patriotas, que sus guerrillas fueron canalizadas en el sur de nuestra entidad federativa como es el caso de los pueblos de Zacualpan, Sultepec, Coatepec de Harinas, Almoloya de Alquisiras, La Goleta, Amatepec, Tejupilco, la sierra de Nanchititla, Temascaltepec, Valle de Bravo, Luvianos y muchos parajes más del agreste Tlatlaya.

Leona Vicario y Andrés Quintana Roo, formaron un matrimonio complicado por la vida Azarosa que llevaban a favor de la Independencia Nacional, para el año de 1817 estos procrearon a una criatura la cual nació el 3 de enero de 1817 y como una verdadera leona dio a luz a su primera hija en una cueva que se localiza a unos 300 metros hacia el poniente de la actual delegación municipal.

Mientras Pedro Ascencio controlaba Tlatlaya y la Goleta, Guerrero se mantenía en Ajuschtlan y las montañas de la Coronilla: los realistas acuartelaban en Zacualpan, Cuernavaca, Cuautla, Tejupilco, Temascaltepec, Sultepec y Tlapa. Cuando Ascencio derrota a Iturbide en Tlatlaya, otro tanto hacia Vicente Guerrero, quien también logro victorias sobre la tropa del comandante Moya y del Coronel Berdejo, en enero del 1821.

CREACIÓN DEL MUNICIPIO

El pueblo, que toda su vida estuvo sujeto en lo político y religioso al pueblo de Amatepec a partir del 21 de septiembre de 1849 se separa de este, quedando adscrito al estado de México, con las siguientes poblaciones, San Mateo, Santa María de la Goleta, San Juan Tetitlan, Santa Ana Zicatecoyan, San Antonio del Rosario, San Pedro Limón, San Felipe Tepehuastitlan, Santa María Ocoyotepec y el Rancho de Rincón Grande.

La municipalidad se integra al distrito de Tejupilco de Hidalgo, segregándose del distrito de Sultepec, por decreto No. 33, de fecha 11 de septiembre de 1874. Pasado 7 años por decreto número 31 de fecha 13 de octubre de 1981, la municipalidad se integra al distrito de Sultepec de Alquisiras, segregándose del distrito de Tejupilco. Con fecha de 17 de septiembre de 1919, se declara a Tlatlaya según lo estipulado en sus artículos primero y segundo de la Ley Orgánica Municipal como municipio libre del Estado de México.

Los movimientos zapatistas dentro del territorio del distrito judicial y rentístico de Sultepec se sintieron con mayor fuerza desde 1911. El 11 de febrero entro en acción

el zapatista Jesús H. Salgado con 200 hombres a su mando, donde tuvo un enfrentamiento con fuerzas federales las cuales causaron estragos en la cabecera municipal, pueblos y rancherías.

Durante los últimos 5 meses de 1912 se intensifica impetuosamente la vida revolucionaria en la región de las poblaciones de Amatepec y Tlatlaya, para estas fechas había una gran concentración de cerca de 1000 revolucionarios, los cuales habían establecido sus tropas de mando en estos dos lugares. Álvaro Lagunas, Rafael Valenzuela, Francisco Mora, Graciano Ocampo, Daniel Vivero y Encarnación Rosales. El zapatismo se difundió en toda la región no solo en el distrito de Sultepec, sino también por el distrito de Temascaltepec y Valle de Bravo. Se levantaron juntas clandestinas a favor del zapatismo.

Durante esta lucha armada a toda costa los jefes revolucionarios invitaban a la gente de los pueblos para que se unieran al movimiento revolucionario. La cercanía del municipio con el estado de Guerrero, hicieron circular con frecuencia boletines expedidos por los jefes revolucionarios de Guerrero, que además de dar a conocer inconformidades con el gobierno huertista llegaron a exhortar al pueblo a luchar en su contra.

Los constantes ataques a la población originaron inestabilidad y en 1914 quedo sin autoridades municipales causando problemas socioculturales, económicos y políticos.

HECHOS HISTÓRICOS DE TLATLAYA

- ❖ En 1526 se llevó a cabo la primera evangelización en el Veladero.
- ❖ En 1527 como primer encomendero de Tlatlaya fue don Juan Saucedo
- ❖ En 1532 la colonización en Tlatlaya propiamente se tiene a partir de los trabajos que los españoles realizaron sobre minería, formando así la colonización de peninsulares en este pueblo.
- ❖ En 1683 José de Villarrubia Ponce de León cura beneficiado de Amatepec y Tlatlaya denuncia ante Juan Gómez de Mier, inquisidor, a Manuel de Rocha Barreto por blasfemo.
- ❖ En 1775 se nombró para los pueblos de Amatepec y Tlatlaya comisario de la inquisición al bachiller Juan del Pilar Soto y Acuña.

- ❖ En 1788 se nombró para los pueblos de Amatepec y Tlatlaya comisario de la inquisición al Bachiller José Teodoro Sánchez Vergara.
- ❖ En 1849 se erigió como municipio en fecha 21 de septiembre.
- ❖ En 1874 se integra al distrito Tejupilco de Hidalgo, segregándose del distrito de Sultepec por decreto número 33 con fecha 11 de septiembre.
- ❖ En 1881 se integra al distrito de Sultepec de Alquisiras, segregándose al distrito de Tejupilco.
- ❖ De agosto a diciembre la actividad política se intensificaba en la región sur del estado en Amatepec y Tlatlaya se concentraron más de 1000 revolucionarios que se acuartelaron en estos lugares.
- ❖ 1919 con fecha de 17 de septiembre, se declara Tlatlaya según el artículo primero y segundo de la ley Orgánica municipal, como municipio libre del estado de México.
- ❖ El distrito de Sultepec se caracteriza por su actividad zapatista desde principios del año se tienen movimientos revolucionarios debido a que en Texcaltitlán, Almoloya, Amatepec y Tlatlaya donde se encontraban zapatistas dirigidos por los revolucionarios Álvaro Lagunas, Rafael Valenzuela, Francisco Mora Graciano Ocampo, Daniel Vivero originario de Amatepec y Encarnación Rosales.
- ❖ 1914 el distrito de Sultepec es de constante acción iniciándose esta desde el mes de enero, siendo Tlatlaya y Amatepec las poblaciones que presentaron mayor actividad la cual fue promovida principalmente por Melesio Albarran, Inocente Lugo, Baltazar Ocampo, Francisco Mota y Nabor Mendoza.
- ❖ 1929 nace el ejido de Santa Ana Zicatecoyan.
- ❖ 1949 se construyó el campo de aviación en Santa Ana Zicatecoyan.
- ❖ 1949 a 1950. Construcción del campo de aviación de San Pedro Limón
- ❖ 1959 fundación de la primera escuela en el municipio “Enrique López” en Santa Ana Zicatecoyan
- ❖ 1956 se construyó la carretera Amatepec-Tlatlaya

- ❖ 1963 se electrifico Tlatlaya y Santa Ana Zicatecoyan
- ❖ 1970 se construyó el primer helipuerto.
- ❖ 1972 se construyó en actual palacio municipal
- ❖ 1976 se fundó la escuela normal número 24 en Santa Ana Zicatecoyan
- ❖ 1985 construcción de la carretera pavimentada de San Francisco de Asís a san Pedro Limón y San Antonio del Rosario.
- ❖ 1994 construcción del monumento antigua pila de Tlatlaya ubicada en la plaza principal.
- ❖ 2000 se construyó en puente en el rio para la comunidad de san Antonio con una de sus colonias a los suburbios pasando el rio.
- ❖ 2009 fundación de la casa de cultura a cargo del profesor Francisco Bautista García.
- ❖ 2010 construcción de guarniciones y banquetas, así como pavimentación de calles con concreto tipo hidráulico.

CARACTERÍSTIAS FÍSICAS, QUÍMICAS Y BIOLÓGICAS.

HIDROGRAFÍA

Cuenta con un brazo de rio (el rio Lerma) el cual proviene de Coatepec y una presa de nombre Vicente Guerrero que forma parte del sistema Cutzamala, un ojo de agua en la segunda calle sin nombre de la entrada a San Antonio viniendo de San Pedro Limón, un bordo de agua, camino a la localidad de la Cubata. Tanto el rio y la presa tiene ramas que pasan por el centro y los alrededores de san Antonio del Rosario, estos son contaminados por drenaje que desemboca directo a ellos. Estos dos son importantes para la ganadería y agricultura.

OROGRAFÍA

La microrregión cuenta con lomerío, zona que se conoce como el depósito de agua y zona montañosa.

CLIMA

La mayor parte del año el clima es caluroso durante 9 meses, la temperatura mayor se registra en los meses de abril y mayo llegando a los 38 grados en la sombra y 46 grados a cielo abierto. En los meses de enero y diciembre la temperatura menor registrada es de 12 grados centígrados. El clima caluroso propicia un bosque seco y árido. Durante los meses de junio a octubre se presentan lluvias ligeras y tormentas, con precipitaciones que predominan por las noches.

FLORA Y FAUNA

Predomina la variedad silvestre propia del clima como cuiniques (variedad de ardilla), armadillo, ranas, sapos, culebras, víbora de cascabel, iguanas, quijas, golondrinas, sanates, zorrillos, tlacuache, conejo, aradores, hormigas herreras. Dentro de la domestica: perros, gatos, burros, gallinas, guajolotes, pichones, vacas, bueyes, caballos.

Fauna nociva

Cuinique, pez, sapos, cucarachas, abejas, avispa, abejorros, víbora de cascabel, murciélagos, ratas. También se encuentran alacranes, chinches hociconas y el mosquito vector aedes aegypti.

Flora temporal

Árboles frutales como mango, que suele ser un ingreso económico familiar. Tamarindo, limón, sandía, papaya, guayaba, huajes, bules, pinzanez, parotas, cubatas, manches, ilamas, cascalote, coahulitote, ciruela roja y amarilla, brazil, bejucos, jamaica, ceibas, chiles, maíz, frijol, trigo, flor de calabaza, ajonjolí, sorgo, jitomate, cebolla y tomate.

Erosión: Aun se realiza quema de cerros en los meses de mayo y junio para preparar las tierras para sembrar sus tierras. También realizan quema de basura, esto debido a que el servicio recolector de basura no llega a las zonas más altas del pueblo.

CONTAMINANTES FÍSICOQUÍMICOS

Herbidas

- Curaran, es la pastilla que protege al maíz del cuinique, que es un animal roedor.
- No mata todo, solo mata la hierba.
- Hierva moína (herbicida específico, para plantas de hoja ancha), seca el bosque de hoja ancha.

- Faena, mata solo la hierba.

SERVICIOS PÚBLICOS

SANEAMIENTO DEL MEDIO

FUENTES DE ABASTECIMIENTO DE AGUA

La mayor parte de la población tiene agua potable entubada que solo les llega cada tercer día. Aproximadamente un 40% en las casas tienen pozo de agua. También algunas de las familias que viven cerca de la presa y río utilizan esa agua.

CONDUCCIÓN DEL AGUA

En cuanto al agua entubada existe un depósito de agua el cual abastece las casas, sin embargo, la distribución por casa se realiza mediante mangueras conectadas a la tubería y la mayoría no cuenta con llave para cerrar el paso de agua cuando dejan de usar el servicio y colocan las mangueras en sus tierras hasta que cierran el paso desde el depósito de agua, la cual llega cada tercer día por las mañanas o al medio día, concluyendo el servicio aproximadamente a las 15:00 horas. Sin embargo, el sistema de las tuberías está en muy mal estado, existen fugas de agua. También algunos de los pobladores llevan agua en camionetas por medio de tinacos a las partes más altas del pueblo.

TRATAMIENTO DE PURIFICACIÓN

En San Antonio del Rosario gran parte de la población clora el agua debido a que desinfectar por ebullición es muy caro. La yodación es esporádica, pero si llega a utilizarse. Las personas, que cuentan con recursos económicos adquieren agua por de garrafón la cual sí esta purificada.

FUENTES DE CONTAMINACIÓN DEL AGUA

Existen personas que realizan canales para que el agua desechada en su casa desemboque en el río. Donde hay muchos maromeros (larvas de mosquitos). También se encuentran tiraderos clandestinos cerca del río.

ELIMINACIÓN SANITARIA DE BASURA

Se cuenta con servicio recolector municipal todos los miércoles y local ocasionalmente los domingos. Se realizan también descacharrización, en este año se realizó en el mes de marzo. Realizada por los grupos de señoras de

Oportunidades, apoyadas por servicios de eliminación de cacharros. Las personas que no tiran su basura al camión por lo regular la quema sobre todo las personas que viven en la zona de vista hermosa y al otro lado del río.

DEPOSICIÓN SANITARIA DE EXCRETAS

Aún se encuentran familias que defecan al aire libre, aproximadamente 15%, algunas otras tienen en sus casas fosas sépticas 30% y otras familias tienen excusado con agua y drenaje o con caños (55%) que van directos al río.

CATÁSTROFES NATURALES

A pesar de que hay casas del otro lado del río, no se han reportado muertes, sin embargo, en la temporada de lluvia, la creciente del río es muchísima que las casas llegan a inundarse y las familias quedan incomunicadas con las personas del centro del pueblo.

COMUNICACIONES

Los tipos de vías son por terracería, brecha, pavimento y cemento. Recientemente se han habilitado calles de terracería con piso de cemento en las zonas más altas de San Antonio del Rosario debido a que al transitar a pie las calles, las personas se hundían en el fango y los carros se atascaban.

TRANSPORTE

Terrestre. Se puede transitar por medio de autobuses, ruletera, y había una moto taxi local (el conductor fue víctima de violencia por narcotraficantes). Un gran porcentaje de los pobladores cuentan con motocicleta.

Rutas: Autobús

- De México a Arcelia, en la terminal de Observatorio, estos tienen dos rutas, una por Amatepec y la otra por los Cuervos. Ambos pasan por la Glorieta de San Antonio del Rosario con un recorrido de aproximadamente 8 horas.
- De México a la ciudad de Altamirano terminal de Tasqueña para llegar a San Antonio deben bajar en Arcelia Guerrero e ir a San Antonio en taxi o Ruletera. El recorrido en el autobús si se viaja por la noche son 6 horas y por el día 8 horas aproximadamente.

En cuanto a las ruleteras, una de las rutas va de Santa Ana Zicatecoyan a Arcelia pasando por San Antonio. Otra ruta es de San Pedro Limón a Arcelia también pasando por San Antonio. De Arcelia al Limón Terrero y a Rincón Grande. Frecuencia: El autobús por cuervos pasa por San Antonio del Rosario: 6:45 horas,

7:45 horas, 8:45 horas, 9:45 horas, 13:00 horas, 15:00 horas, 19:00 horas, 21:00 horas y 00:00 horas.

El autobús por Amatepec pasa por San Antonio del Rosario: 5:30 horas y 7:30 horas. Las ruleteras pasan cada 20 minutos, iniciando el servicio a las 6:00 a 18:00 horas entre semana. Los fines de semana inician a las 7:00 am a 17:00 horas.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Se cuenta con teléfono fijo, hay señal de celular, radio, televisión, periódico e internet. Un pequeño porcentaje de la población cuenta con teléfono fijo. La mayoría de los jóvenes en san Antonio cuentan con servicio de telefonía portátil.

Se cuenta con una mala señal de televisión, donde se pueden ver los canales 2, 5 y 13. También se cuenta con servicios de televisión de paga SKY.

Aquí en San Antonio se escuchan dos estaciones de radio: de Arcelia y Altamirano. Solo existe un cibercafé el cual se encuentra ubicado a la salida del pueblo, frente a la preparatoria. El cual tiene conexión telefónica. Su horario es de 12:00 del día a las 20 horas en horario de verano. La mayor afluencia es de estudiantes de la misma preparatoria y algunos de secundaria.

Dentro de la información escrita, contamos con el periódico “el nativo” el cual tiene un carácter amarillista.

Deporte: la mayoría de los jóvenes juegan en las canchas de básquet Ball.

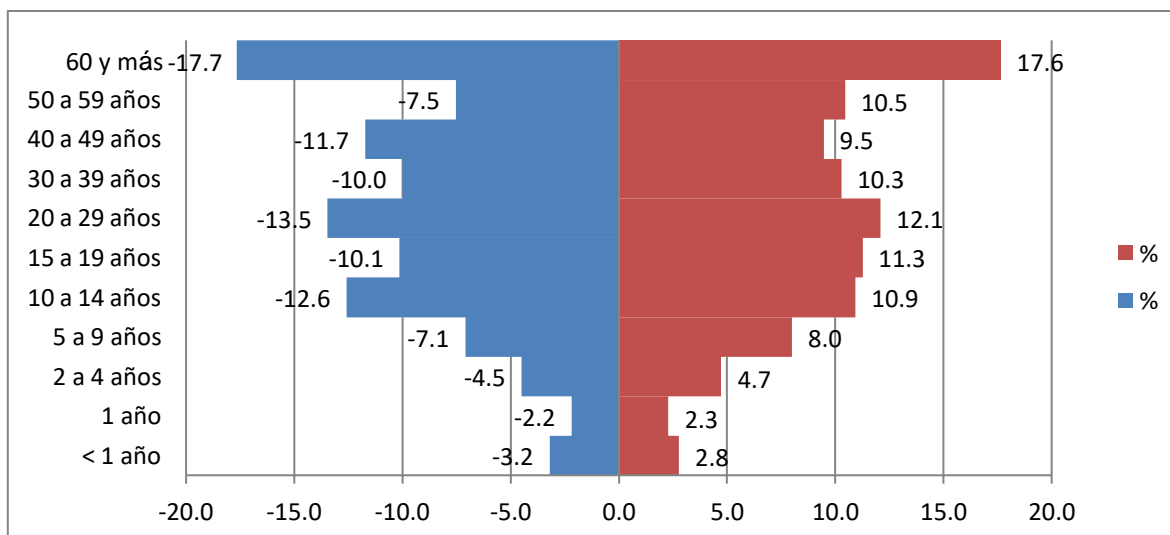
ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Tabla 8 POBLACIÓN GENERAL Y GLOBAL DE SAN ANTONIO DEL ROSARIO AÑO 2011 - 2012

Grupo etario	MUJERES	%	HOMBRES	%	TOTAL	%
< 1 año	22	3.18	17	2.77	39	2.99
1 año	15	2.17	14	2.28	29	2.22
2 a 4 años	31	4.48	29	4.73	60	4.60
5 a 9 años	49	7.09	49	8.00	98	7.52
10 a 14 años	87	12.59	67	10.94	154	11.81
15 a 19 años	70	10.13	69	11.27	139	10.66
20 a 29 años	93	13.45	74	12.09	167	12.81
30 a 39 años	69	9.98	63	10.29	132	10.13
40 a 49 años	81	11.72	58	9.47	139	10.66
50 a 59 años	52	7.52	64	10.45	116	8.90
60 y mas	122	17.65	108	17.64	230	17.65
total	691	100%	612	100%	1303	100%

FUENTE: TARJETA DE VISITA FAMILIAR. CSRD SAN ANTONIO DEL ROSARIO.

Gráfica 4 Gráfica de la Población Global de San Antonio del Rosario de agosto 2011 a Julio 2012.



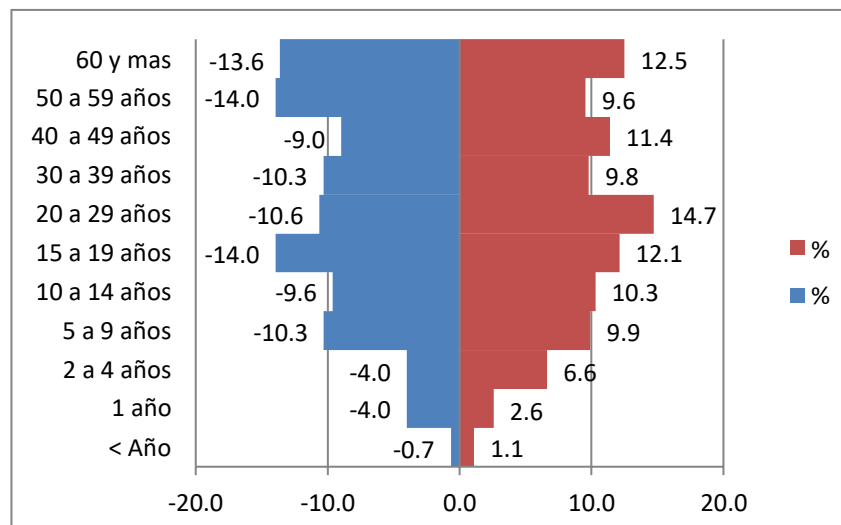
Fuente: tarjetero familiar del Centro de Salud Rural disperso de San Antonio del Rosario. Donde podemos observar que el mayor grupo de edad son personas de más de 60 años, dato relevante en la población mexicana. En el grupo más pequeño es el de los niños de 1 año de edad.

Tabla 9 Estructura de la población por grupos de edad y sexo del temblor.

GRUPO ETARIO	MUJERES	%	HOMBRES	%	TOTAL	%
< Año	2	0.66	3	1.10	5	0.87
1 año	12	3.98	7	2.57	19	3.31
2 a 4 años	12	3.98	18	6.61	30	5.23
5 a 9 años	31	10.29	27	9.92	58	10.12
10 a 14 años	29	9.63	28	10.29	57	9.94
15 a 19 años	42	13.95	33	12.13	75	13.08
20 a 29 años	32	10.63	40	14.70	72	12.56
30 a 39 años	31	10.29	25	9.79	56	9.77
40 a 49 años	27	8.97	31	11.39	58	10.12
50 a 59 años	42	13.95	26	9.55	68	11.86
60 y más	41	13.69	34	12.5	75	13.08
TOTAL	301	100%	272	100%	573	100%

FUENTE: TARJETA DE VISITA FAMILIAR. CSRD SAN ANTONIO DEL ROSARIO.

Gráfica 5 Gráfica global de la población del temblor por edad y sexo.



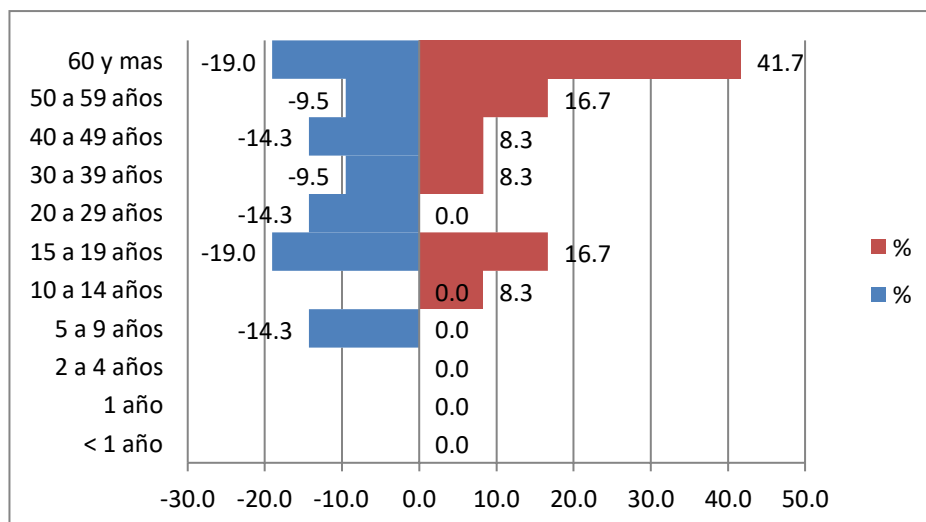
Fuente: Tarjetero de visita familiar del Centro de Salud Rural Disperso. En esta población únicamente hay menores de un año 5 infantes, el mayor porcentaje es de personas adultas.

Tabla 10 Estructura de la población por grupos de edad y sexo de la Cubata.

GRUPO ETARIO	MUJERES	%	HOMBRES	%	TOTAL	%
< 1 año	0	0	0	0	0	0
1 año	0	0	0	0	0	0
2 a 4 años	0	0	0	0	0	0
5 a 9 años	3	14.28	0	0	3	9.09
10 a 14 años	0	0	1	8.33	1	3.03
15 a 19 años	4	19.04	2	16.66	6	18.18
20 a 29 años	3	14.28	0		3	9.09
30 a 39 años	2	9.52	1	8.33	3	9.09
40 a 49 años	3	14.28	1	8.33	4	12.12
50 a 59 años	2	9.52	2	16.66	4	12.12
60 y más	4	19.04	5	41.66	9	27.27
TOTAL	21	100%	12	100%	33	100%

FUENTE: TARJETA DE VISITA FAMILIAR. CSRSD SAN ANTONIO DEL ROSARIO.

Gráfica 6 Gráfica global de la población de la Cubata por edad y sexo.



Fuente: tarjetero de la visita familiar del Centro de Salud Rural Disperso de San Antonio del Rosario. Aquí los infantes solo hay de más de 5 años. Y el grupo con mayor porcentaje es el de más de 60 años, predominantemente varones.

Tabla 11 Densidad de población en San Antonio del Rosario en el Periodo Comprendido del año 2008 al 2012.

ANOS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
2008	18	12	30
2009	12	16	28
2010	11	18	29
2011	14	21	35
2012	10	13	23
TOTAL	65	80	145

Crecimiento natural (Nacimientos).

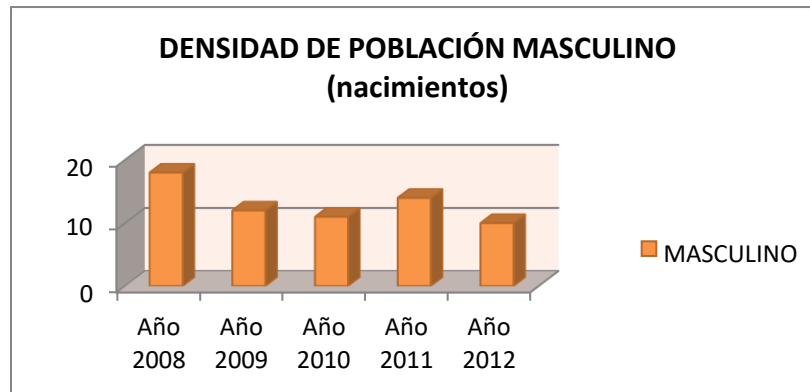
Tabla 12 Defunciones en San Antonio del Rosario en el Periodo Comprendido del año 2008 al 2012.

AÑOS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
2008	6	3	9
2009	5	3	8
2010	3	11	14
2011	7	5	12
2012	4	7	11
TOTAL	25	29	54

Crecimiento natural (*Defunciones*)

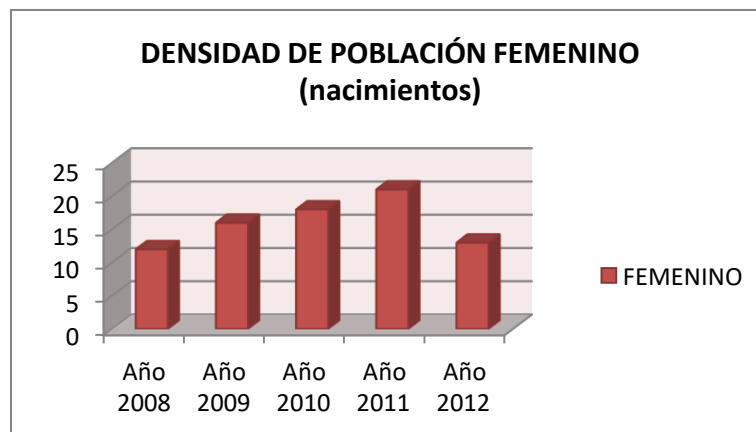
Fuente: Registro civil de San Antonio del Rosario.

Gráfica 7 Gráfica de los varones nacidos desde el año 2008 al 2012.



FUENTE: Registro civil de San Antonio del Rosario

Gráfica 8 Gráfica de las mujeres nacidas desde el año 2008 al 2012.



FUENTE: Registro civil de San Antonio del Rosario. En el poblado de San Antonio del Rosario, municipio de Tlatlaya hay un mayor número de nacidos vivos del sexo Femenino

DENSIDAD DE POBLACIÓN

San Antonio del Rosario = 9. 7893 km²

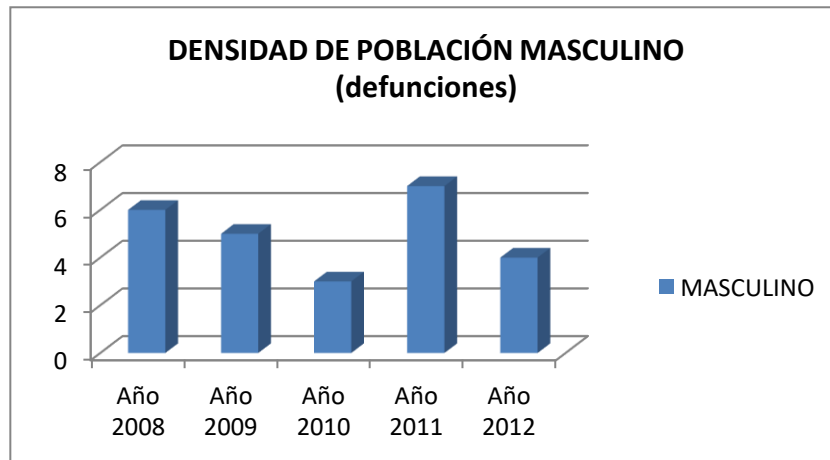
El Temblor = 2.68 km²

La Cubata = 1.3 km²

Total, de km² = 13.7693 km²

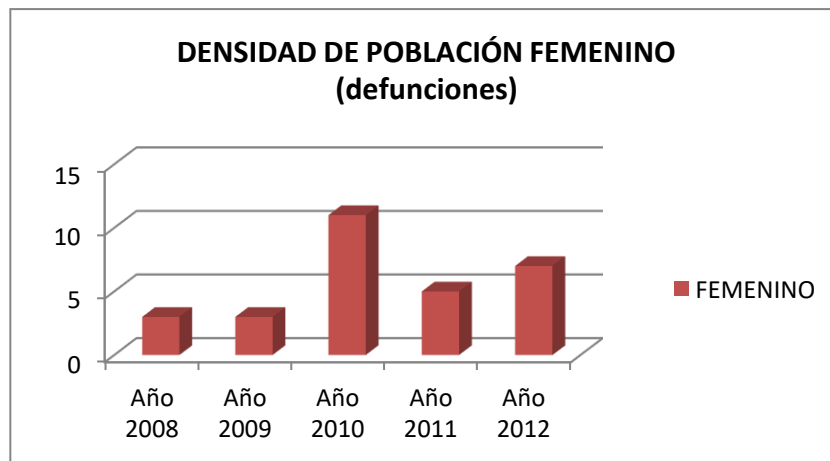
Densidad de población= número de habitantes (1909) / 13.7693 km²=
138.6138.641 Habitantes/Km²

Gráfica 9 Gráfica de la densidad de población de San Antonio del Rosario del sexo masculino del año 2008 al 2012.



Fuente: registro civil de San Antonio delRosario.

Gráfica 10 Gráfica de la densidad de población de San Antonio del Rosario del sexo femenino del año 2008 al 2012.



Fuente: registro civil de San Antonio delRosario.

TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL

TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL = (POBLACIÓN AL FINAL DEL PERIODO – POBLACIÓN AL PRINCIPIO DEL PERIODO) / POBLACIÓN AL PRINCIPIO DE PERIODO.

Población anterior = 1907

Población del último año= 1909

Tasa de crecimiento poblacional = $2/1907 * 1,000 = 1$ nacimiento por cada mil habitantes

ECONOMÍA

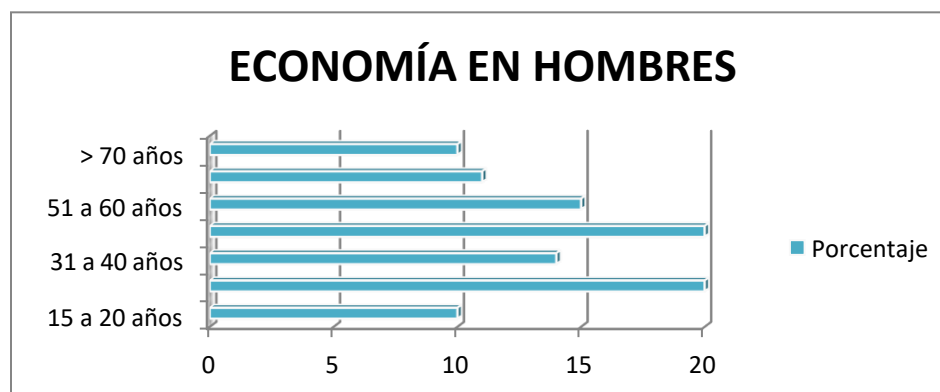
HOMBRES

Tabla 13 Número y porcentaje de la distribución de la población económicamente activa por grupo de edad y sexo, en el Periodo Comprendido de Julio 2011 a agosto 2012.

Grupo Etario	Número	Porcentaje
15 a 20 años	46	9
21 a 30 años	96	20
31 a 40 años	68	14
41 a 50 años	98	20
51 a 60 años	72	15
61 a 70 años	52	11
> 70 años	48	11
Total	480	100%

Fuente: tarjeta de visita familiar del Centro de Salud Rural disperso de San Antonio del Rosario.

Gráfica 11 de los varones económicamente activos separados por grupo de edad, del poblado de San Antonio del Rosario.



Fuente: tarjeta de visita familiar del Centro de Salud Rural disperso de San Antonio del Rosario.

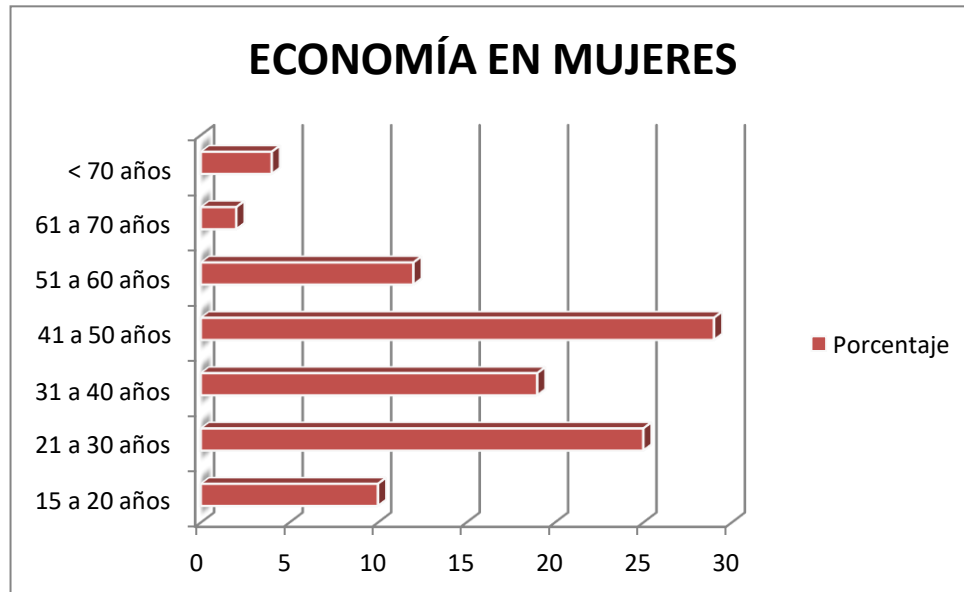
A pesar de que algunos varones se encuentran fuera del poblado de San Antonio del Rosario, tenemos el 20% de ellos en dos grupos de edades: de 21 a 30 años y de 41 a 50 años, es decir en edad económicamente activa el menor porcentaje lo encontramos en el grupo de 15 a 20 años.

Tabla 14 de las mujeres económicamente activas separadas por grupo de edad, del poblado de San Antonio del Rosario.

Grupo Etario	Numero	Porcentaje
15 a 20 años	10	10.309
21 a 30 años	24	24.742
31 a 40 años	18	18.556
41 a 50 años	28	28.865
51 a 60 años	12	12.371
61 a 70 años	2	2.061
< 70 años	3	3.092
total	97	100%

Fuente: tarjeta de visita familiar. Centro de Salud Rural Disperso de San Antonio del Rosario.

Gráfica 12 de las mujeres económicamente activas separadas por grupo de edad, del poblado de San Antonio del Rosario.



Como podemos ver en la gráfica el grupo de mayor porcentaje es el de 41 a 50 años de edad, seguido por el de 21 a 30 años y el menor de ellos lo encontramos en el grupo de 61 a 70 años.

PRINCIPALES OCUPACIONES

Dentro de las ocupaciones que realizan los habitantes de San Antonio del Rosario tenemos que la mayor parte son ganaderos y agricultores (67%). Continúa el comercio (tiendas de abarrotes), profesores, choferes, mecánicos, estilistas, veterinarios, policías, secretarías, y hay dos médicos originarios de este poblado.

USO DE SUELO

La principal actividad del uso es la siembra (86%) de maíz, frijol, ejotes, trigo y sorgo. En cuanto al uso del suelo para la ganadería, lo que crían los habitantes de San Antonio son reses, cerdos y gallinas. Hay muchos burros los cuales no son tan cuidados por los dueños se encuentran en cualquier parte de la población.

VIVIENDA Y PROPIEDAD

La mayor parte de la población cuenta con casa propia, un pequeño porcentaje 10% tiene casa prestada, debido a que son casas de migrantes y las habitan para cuidarlas. Sin embargo, la mayoría de los dueños de las casas no tienen escrituras de sus propiedades.

CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS

Se caracterizan por estar localizadas en zona rural, y se construyen de acuerdo al nivel socio económico y región donde están ubicadas. Un 70% de las casas están construidas de adobe y techo de teja (55%), lamina de asbesto o aluminio (15%) y loza (25%). Un 5% son de otate o lamina. Un 25% son de tabique y loza o lamina de aluminio. En cuanto a las paredes el 68% son de tabique y cemento, 20% adobe y 12% madera. El piso de las casas básicamente es de tierra o cemento, 36% y 64% respectivamente.

DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA

La mayor parte de las casas se encuentran concentradas a los alrededores del centro de San Antonio, pero también hay en la parte alta y al otro lado del rio.

1. Promedio de número de cuartos por vivienda 3
2. Promedio de número de habitantes por vivienda 7
3. Promedio de miembros de la familia por cuarto 3
4. Promedio de vivienda con cocina separada 7 a 10.

DISPONIBILIDAD DE AGUA EN LA VIVIENDA

El pueblo cuenta con servicio de agua potable (100%), la cual llega cada tercer día. Agua de garrafón purificada y pozos de agua.

VIVIENDAS CON SERVICIOS

- Cocina 99%
- Baño 97%
- Agua potable 85%
- Electricidad 96%
- Drenaje 60%
- Fosa séptica o letrina 35%
- Teléfono 40%

EDUCACIÓN

En cuanto a la educación se cuenta con 2 jardines de niños. 1: Lauro Aguirre. 2: Jesús Urueta estos en San Antonio del Rosario. En cuanto al Temblor está el jardín de niños Griselda Álvarez

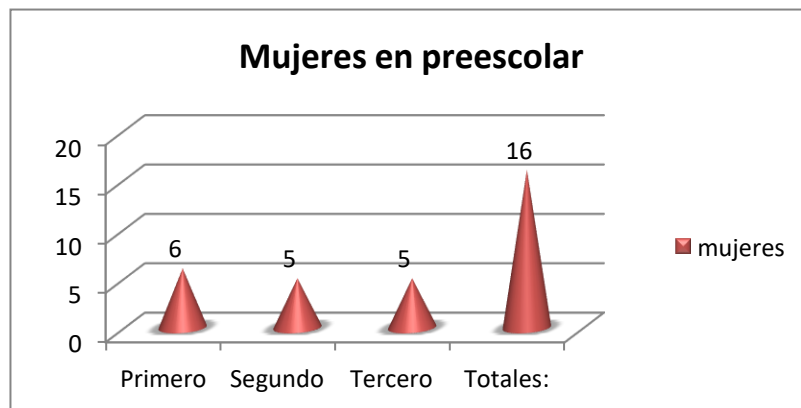
PREESCOLAR

Tabla 15 Poblado de San Antonio del Rosario: Jardín de niños Lauro Aguirre (Julio 2011 a agosto 2012).

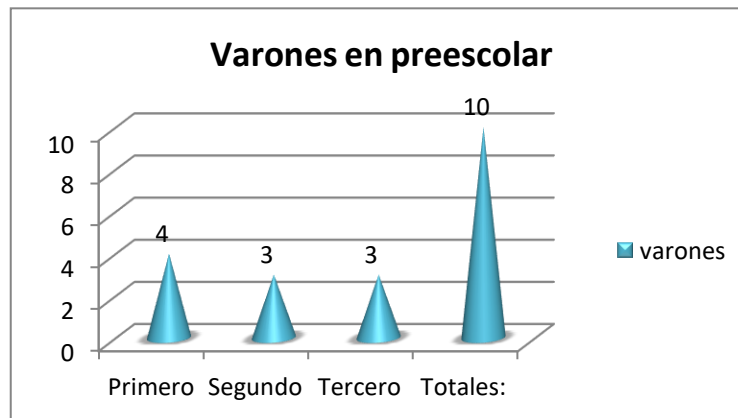
Grado:	Mujeres	Varones	Totales
Primero	6	4	10
Segundo	5	3	8
Tercero	5	3	8
Totales:	16	10	26

FUENTE: CENSO NOMINAL. CSRD SAN ANTONIO DEL ROSARIO.

Gráfica 13 de mujeres del jardín de niños Lauro Aguirre (2011-2012).



Gráfica 14 de varones del jardín de niños Lauro Aguirre (2011-2012).



Fuente: Tomado del Censo Nominal del Centro de Salud Rural Disperso de San Antonio del Rosario 2012. Del total de infantes de Jardín de Niños Lauro Aguirre es del sexo femenino, y la mayoría de ellas están en primer grado.

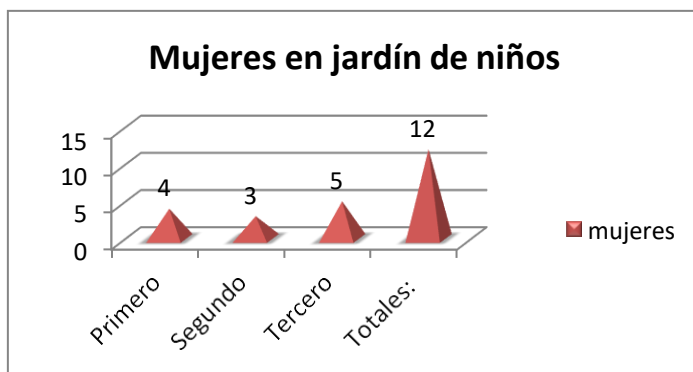
INFANTES MASCULINOS DEL JARDÍN DE NIÑOS “JESÚS URUETA”

Tabla 16 DEL JARDIN DE NIÑOS “JESÚS URUETA” DEL POBLADO DE SANANTONIO DEL ROSARIO. CICLO ESCOLAR 2011-2012.

Grado	Mujeres	Varones	Totales
Primero	4	3	7
Segundo	3	4	7
Tercero	5	4	9
Totales:	12	11	23

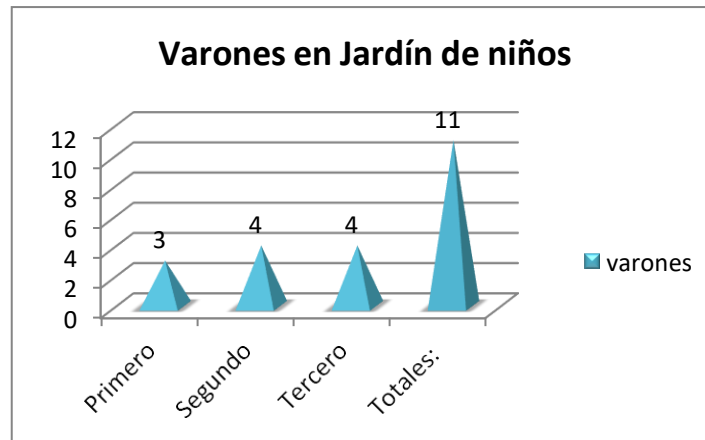
FUENTE: CENSO NOMINAL. CSRD SAN ANTONIO DEL ROSARIO.

Gráfica 15 de mujeres del jardín de niños Jesús Urueta (2011-2012).



Fuente: tomado del censo nominal del Centro de Salud Rural Disperso de San Antonio del Rosario.

Gráfica 16 de varones del jardín de niños Jesús Urueta de cada grado escolar y el total.



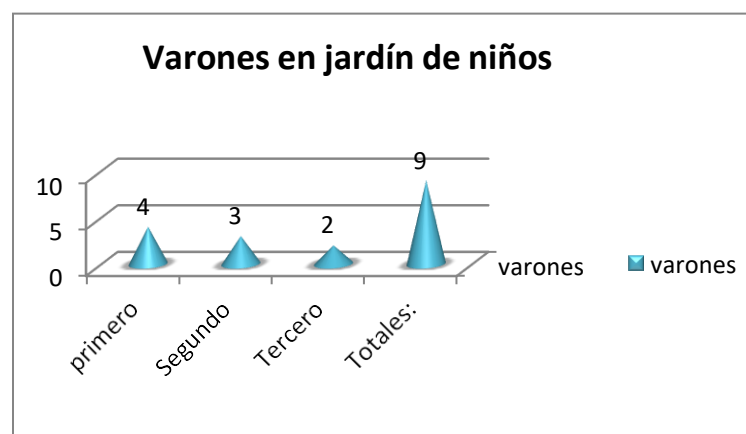
Fuente: tomado del censo nominal del Centro de Salud Rural Disperso de San Antonio del Rosario.

Tabla 17 DEL JARDIN DE NIÑOS "Gricelda Álvarez" del poblado del Temblor. Ciclo escolar 2011-2012.

Grado:	Mujeres	Varones	Totales
primero	6	4	10
Segundo	6	3	9
Tercero	3	2	5
Totales:	15	9	24

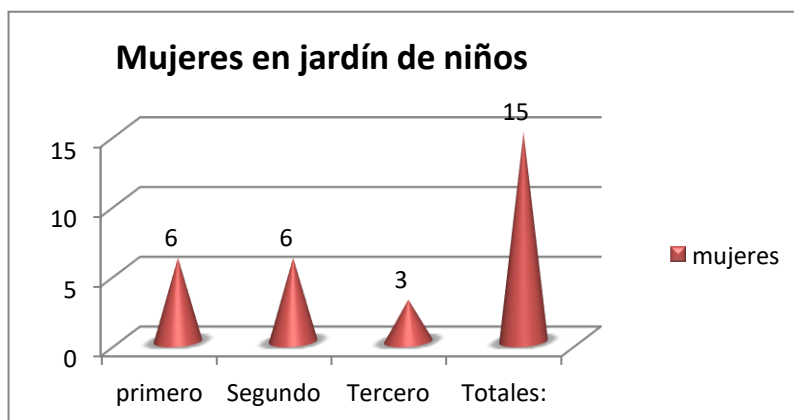
FUENTE: CENSO NOMINAL. CSRD SAN ANTONIO DEL ROSARIO.

Gráfica 17 de varones del jardín de niños "Gricelda Álvarez" 2011-2012.



Fuente: tomado del censo nominal del Centro de Salud Rural Disperso de San Antonio del Rosario.

Gráfica 18 de mujeres del jardín de niños “Gricelda Álvarez” 2011-2012.



Fuente: Censo nominal del Centro de Salud Rural Disperso de San Antonio del Rosario.

El poblado de la Cubata continua sin tener escuelas.

PRIMARIAS

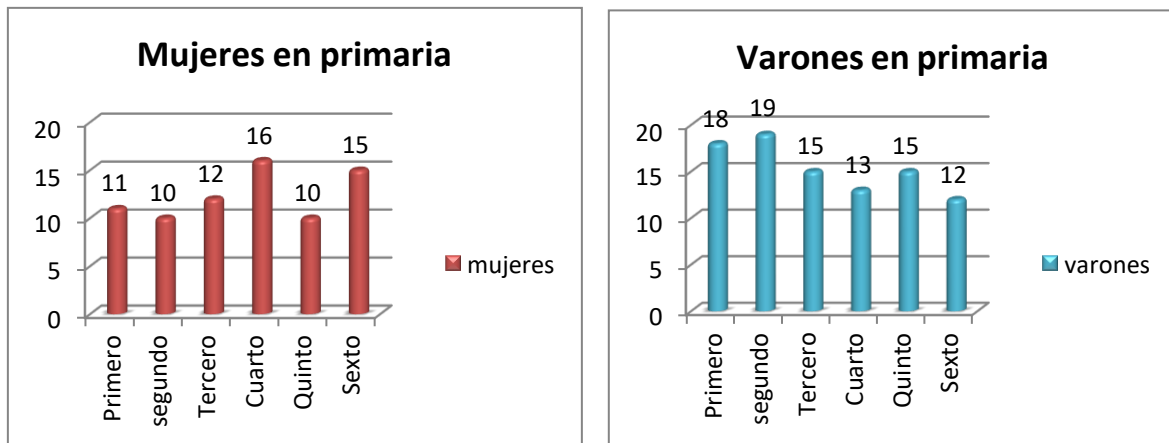
Aquí en el poblado de San Antonio del Rosario se cuenta con 2 primarias:

Tabla 18 de la escuela Primaria “Josefa Ortiz de Domínguez” ubicada en el poblado de San Antonio del rosario, ciclo escolar 2011-2012.

Grado	Mujeres	Varones	Totales
Primero	11	18	29
segundo	10	19	29
Tercero	12	15	27
Cuarto	16	13	29
Quinto	10	15	25
Sexto	15	12	27
Totales:	74	92	166

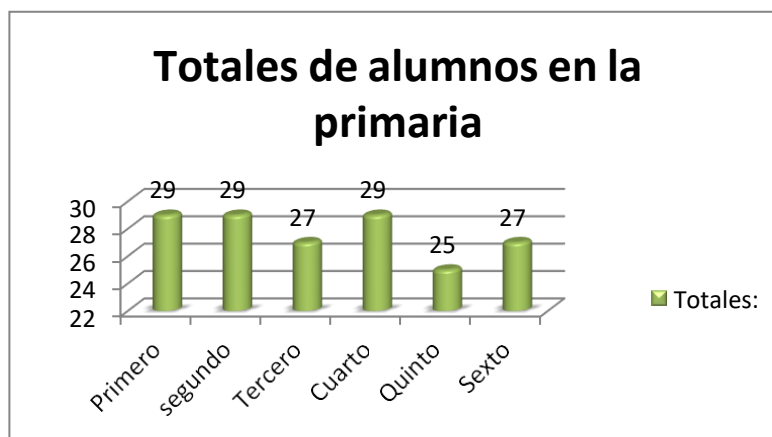
FUENTE: CENSO NOMINAL. CSRD SAN ANTONIO DEL ROSARIO.

GRÁFICA 19 DE MUJERES Y HOMBRES DE LA PRIMARIA “JOSEFA ORTIZ DE DOMINGUEZ” EN SAN ANTONIO DEL ROSARIO. CICLO ESCOLAR 2011-2012



Fuente: Censo Nominal del Centro de Salud Rural Disperso de San Antonio del Rosario.

GRÁFICA 20 DEL TOTAL DE ALUMNOS INSCRITOS EN LA PRIMARIA “JOSEFA ORTIZ DE DOMINGUEZ” DE ACUERDO A CADA GRADO ESCOLAR.



Fuente: tomado del Censo nominal del Centro de Salud Rural Disperso de San Antonio del Rosario.

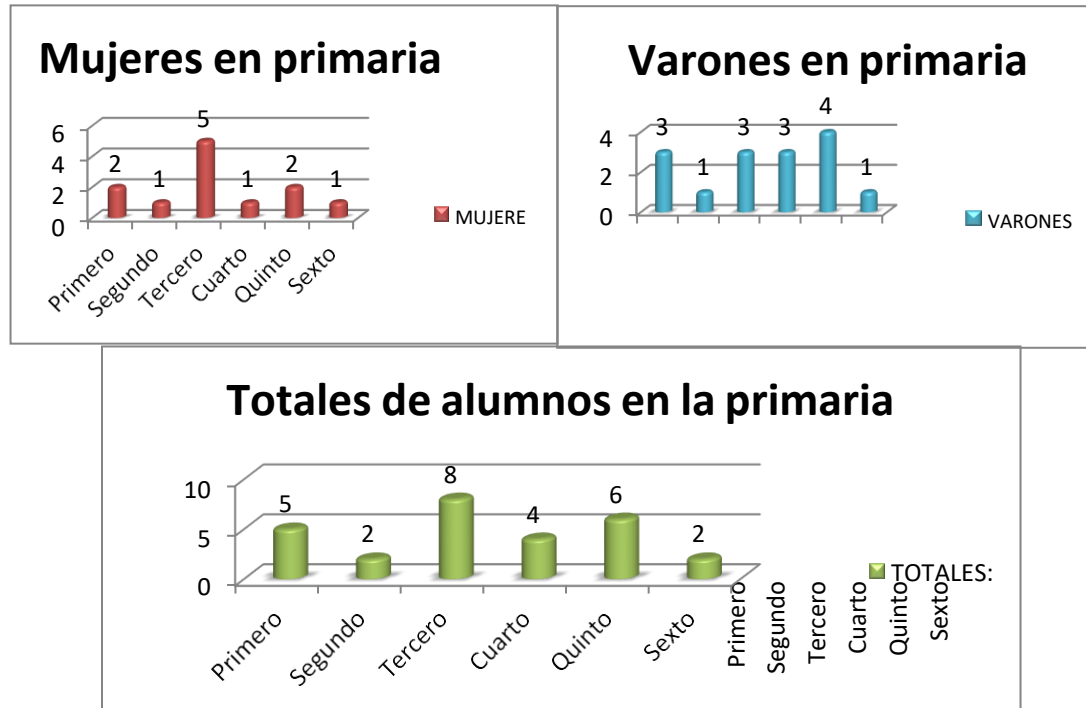
Tabla 19 de la escuela primaria “Emiliano Zapata” de la población de San Antonio del Rosario, del ciclo escolar 2011-2012.

Grado	Mujeres	Varones	Totales
Primero	2	3	5
Segundo	1	1	2
Tercero	5	3	8
Cuarto	1	3	4
Quinto	2	4	6
Sexto	1	1	2
Totales:	12	15	27

FUENTE: CENSO NOMINAL. CSRD SAN ANTONIO DEL ROSARIO.

En esta escuela primaria encontramos un mayor número de alumnos inscritos del sexo masculino. De acuerdo al grado escolar hay mayor número de alumnos en el tercer año. Total, de alumnos inscritos 27.

GRÁFICA 21, 22 y 23 DEL NÚMERO DE MUJERES Y HOMBRES DE ACUERDO CON LOS DIFERENTES GRADOS ESCOLARES, DE LA ESCUELA PRIMARIA “EMILIANO ZAPATA”



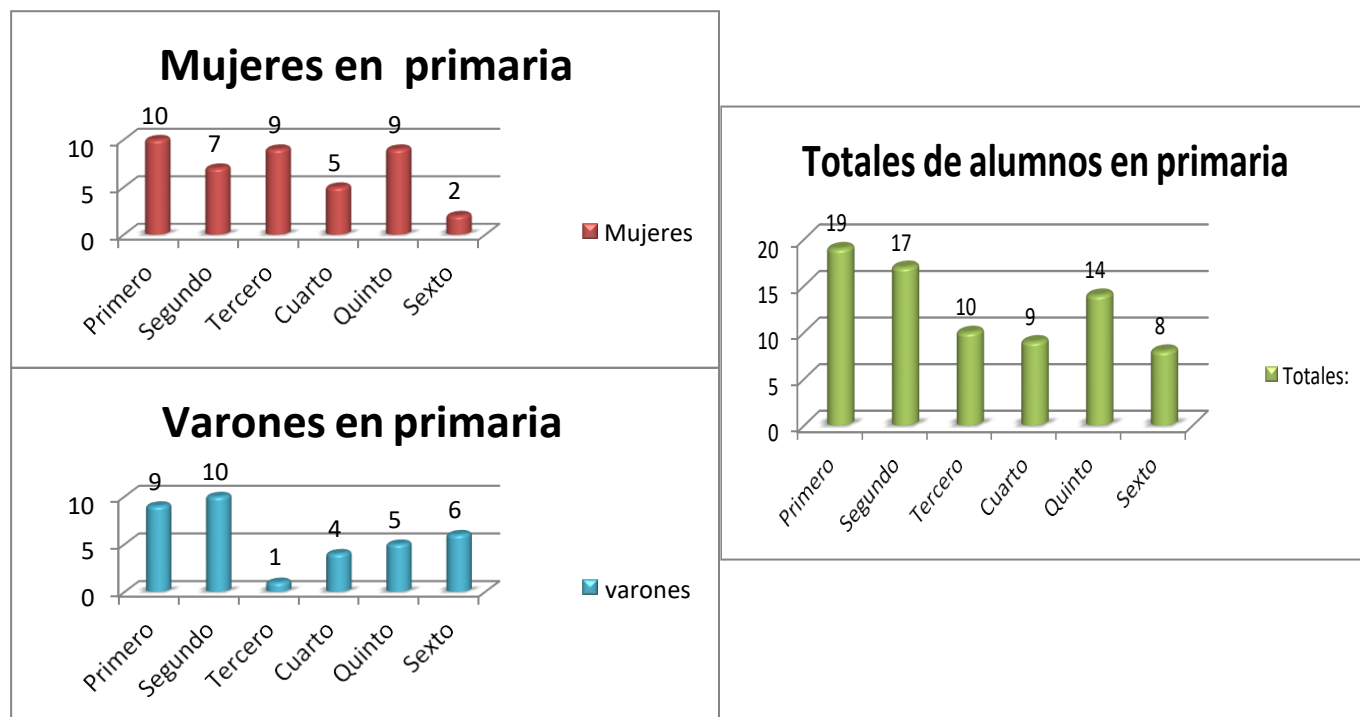
Fuente: censo nominal del Centro de Salud Rural Disperso de San Antonio del Rosario.

TABLA 20 DE LA ESCUELA PRIMARIA "LICENCIADO MARIO COLÍN" UBICADA EN EL POBLADO DEL TEMBLOR DE ACUERDO CON LOS DIFERENTES GRADOS ESCOLARES. CICLO ESCOLAR 2011 A 2012.

Grado:	Mujeres	Varones	Totales
Primero	10	9	19
Segundo	7	10	17
Tercero	9	1	10
Cuarto	5	4	9
Quinto	9	5	14
Sexto	2	6	8
Totales:	42	35	77

FUENTE: CENSO NOMINAL. CSRD SAN ANTONIO DEL ROSARIO.

GRÁFICAS 24, 25 y 26 DE NUMERO DE MUJERES Y VARONES DE LA ESCUELA PRIMARIA "LICENCIADO COLÍN" DE ACUERDO CON GRADO ESCOLAR.



Fuente: Censo nominal del Centro de Salud Rural Disperso de San Antonio del Rosario.

En la Cubata hay la infraestructura de la primaria, sin embargo, no está en funcionamiento. Los escolares asisten al poblado del Limón Terrero.

SECUNDARIA

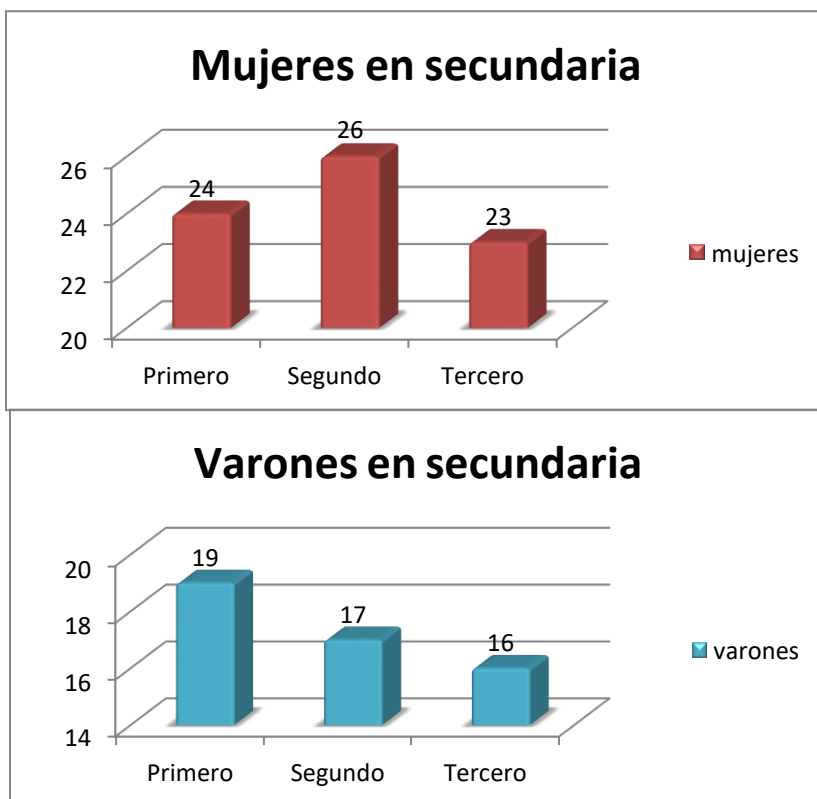
Solo se cuenta con una secundaria en San Antonio del Rosario: Secundaria Oficial número 127 Benito Juárez.

TABLA 21 de la Secundaria Oficial 127 Benito Juárez de San Antonio del Rosario por grupo de sexo, grado y total.

Grados	Mujeres	Varones	Totales
Primero	24	19	43
Segundo	26	17	43
Tercero	23	16	39
Totales:	73	52	125

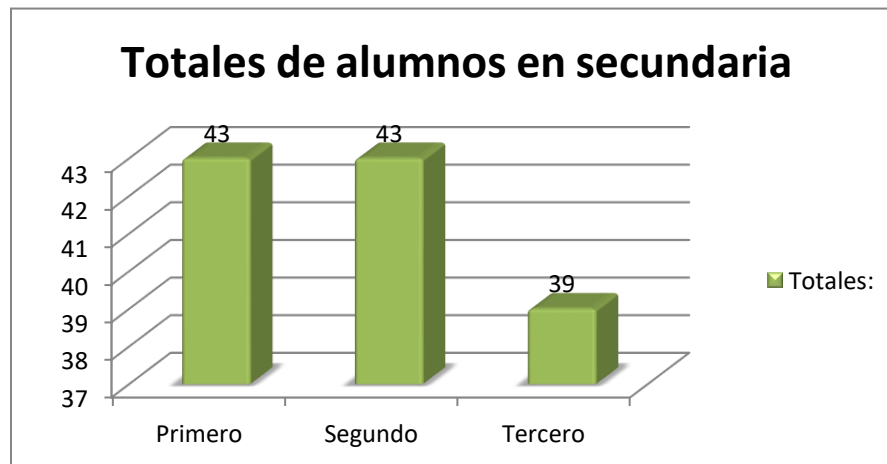
FUENTE: CENSO NOMINAL. CSRD SAN ANTONIO DEL ROSARIO.

Gráficas 27 y 28 con el número de Mujeres y Varones inscritos en la Secundaria “Benito Juárez” ciclo escolar 2011-2012.



Fuente: Censo Nominal del Centro de Salud Rural Disperso San Antonio del Rosario.

GRÁFICA 29 DE ALUMNOS INSCRITOS EN LA SECUNDARIA “BENITO JUAREZ” EN SAN ANTONIO DEL ROSARIO, DE ACUERDO CON CADA GRADO ESCOLAR.



Fuente: tomado del Censo Nominal del Centro de Salud Rural Disperso San Antonio del Rosario.

Tenemos una mayor concentración de alumnos inscritos en la secundaria del sexo femenino (73 alumnas) del sexo masculino 52 alumnos. Reuniendo un total de 125. Esta es la única escuela secundaria que encontramos en el poblado de San Antonio del Rosario.

TIPO DE ALIMENTACIÓN PREDOMINANTE

NUTRICIÓN

- Origen de los alimentos: la mayoría de las personas siembran maíz, frijol, calabaza, sandía, melón, pepino, cacahuate, los demás alimentos los adquieren en Arcelia Guerrero o aquí en San Antonio solo los jueves viene un muy pequeño tianguis.
- Promedio del consumo familiar por grupo de alimentos: leguminosas y alimentos de origen animal 65% la mayoría de las familias siembran o crían y consumen sus propios alimentos, al igual que los cereales se consumen en un 25%. Verduras en muy bajo porcentaje 15% ya que son más caras y escasas en el pueblo. Frutas un 20%. Por semana 5 días consumen carnes rojas y 2 carnes blancas, su dieta es alta en proteínas, y combinado con verduras en el porcentaje ya mencionado.

- Medios de conservación de alimentos: lo más común es la refrigeración, cuentan con almacenamiento de semillas y productos del campo.
- Grado de nutrición de los menores de 5 años: tenemos un 10% de niños con desnutrición leve, porque tuvimos varios casos de enfermedad diarreica en el periodo de calor. Ningún caso de desnutrición moderada ni severa. Solo un caso de obesidad infantil en San Antonio del Rosario.

SERVICIOS PÚBLICOS

Se cuenta con apoyo de seguridad pública. Caseta telefónica. Tiendas de abarrotes. Dos billares. Un ciber café.

ARTES Y OFICIOS

Los principales oficios que desarrollan los habitantes son la carpintería, herrería, albañilería, campesino, mecánico y chofer. Hablando de las mujeres ellas se dedican principalmente al hogar y algunas al campo y al comercio. Aquí en San Antonio del Rosario se imparten talleres de costura y bordado durante todo el año y cada 6 meses se realizan exposiciones, las cuales además de promocionar al taller crean un espacio para la venta de sus artesanías en la comunidad.

ÁREAS Y ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO

Se cuenta con un teatro al aire libre aquí en San Antonio, una casa de cultura en la cual se imparten clases de canto, oratoria, música, teatro, danza folclórica. La cual fue fundada en el año 2009 con apoyo del profesor Francisco Bautista García. Su danza regional es el zapateado. La música de mayor predilección de la población es la banda y los narcocorridos.

Existe también un campo de fútbol en donde se realizan torneos con los equipos femenino y varonil de San Antonio y equipos de pueblos vecinos. Hay 2 billares aquí en San Antonio y uno en el Temblor, estos lugares recreativos únicamente acuden varones y suele haber frecuentemente violencia.

PROBLEMAS SOCIALES RELEVANTES

- Alcoholismo: un 35% de los varones consumen bebidas alcohólicas y 15% de las mujeres también lo hacen.
- Tabaquismo: un 30% de los hombres consumen y 3% de las mujeres.
- Drogadicción: 10% de los adolescentes hombres y mujeres.

- Prostitución: no encontré ningún caso de prostitución aquí en san Antonio.

Algo muy importante es que San Antonio es una población donde existen grupos delictivos, especialmente los Zetas y algunos otros narcotraficantes, lo que lo hace un lugar de alta peligrosidad porque existen frecuentes enfrentamientos entre ellos y con el gobierno.

DELITOS

Lo más frecuente en San Antonio eran el robo en casa habitación, robo de partes de automóviles y del mismo automóvil, violación a mujeres, sin embargo, actualmente con los grupos delictivos han disminuido los delitos ya que, si se realizan, reciben castigos que los llevan hasta la muerte.

FACTORES POLÍTICOS

San Antonio del Rosario pertenece al municipio de Tlatlaya, el cual está encabezado por el presidente municipal Benítez Gregorio Leobardo seguido de otros administradores: Regidores, San Antonio del Rosario se encuentra el delegado Félix Hernández Rogel y el Regidor Genaro Jiménez soto.

Dentro de los partidos políticos predomina el Partido Revolucionario Democrático, seguido del partido Revolucionario Institucional y el Partido Acción Nacional.

RELIGIÓN

Predomina la católica, con un porcentaje de 96% posterior a esta el pentecostés y también existen testigos de Jehová. Cabe mencionar que se iglesia católica en el año del 2010 se convirtió en Parroquia de San Antonio del Rosario.

HÁBITOS Y COSTUMBRES

Dentro de las fiestas civiles importantes en la localidad de San Antonio del Rosario inician el 13 de enero, realizándose fiesta en honor de la virgen de Fátima.

El día 30 de abril en la plaza cívica se regalan juguetes, se llevan a cabo concursos y juegos con payasos a niños de la comunidad.

El día 10 de mayo se realiza en San Antonio una kermes para todas las madres, y en el pueblo vecino de nuevo Copaltepec se hace una fiesta con comida, música y bebida con cooperación de mujeres de todos los pueblos vecinos incluyendo San Antonio del Rosario.

11 de junio se realizan las primeras comuniones comunitarias, el día 12 de junio las confirmaciones y el día 13 de junio se celebra la fiesta del Santo patrón San Antonio

del Rosario. Este año hubo una misa, y las señoras se cooperaron para la preparación de alimentos. Así como feria.

En el mes de noviembre se colocan ofrendas en las casas, siendo el día 31 en honor a los niños y el 1ro en honor a los adultos. Retirando y regalando los alimentos de las ofrendas el día 2. Lo que más realizan son las gorditas de maíz.

El 10 de diciembre se llevó a cabo la primera carrera guadalupana en el año 2010, posteriormente los dos años consecutivos se ha realizado, donde participan los jóvenes de San Antonio del Rosario y el sacerdote en turno.

Dentro de lo que es la gastronomía, la mayoría de los pobladores preparan sus alimentos con sus propias siembras y animales que ellos crían, como son los quelites, verdolagas, frijoles, iguanas, mojarra, salsas, quesadillas, mole, pozole, tamales, carne de puerco, enchiladas, tostadas, tacos y güilotas (aves).

ORGANIZACIÓN FAMILIAR

Aproximadamente el 85% de las mujeres son casadas, sin embargo, sus maridos se encuentran en Estados Unidos y la encargada de la familia es la esposa. Dentro de los problemas familiares el principal son las toxicomanías en la pareja o en los hijos.

RECURSOS PARA LA SALUD

INSTITUCIONES DE SALUD

Se encuentra una institución del ISEMYN. La cual da atención al personal magisterial, sin embargo, algunos de los maestros acuden al centro de salud.

Un Centro de Salud Rural Disperso, en cual se encuentra en rehabilitación desde el año 2008, motivo por el que nos encontramos ubicados en unidades de la delegación de esta población, la cual se encuentra en pésimas condiciones para una buena atención en salud. Se utilizan 4 cubículos, 3 de ellos para consultorios, dos para médico general y uno para odontología. El otro cubículo para enfermería, que es donde se toman los Papanicolaou, se almacena la papilla para pacientes embarazadas y los niños desnutridos del Programa de Oportunidades y para realizar curaciones.

Como se mencionó en líneas anteriores la sanidad de las instalaciones es inadecuada, las ventanas no tienen vidrio ni cortinas. Se encuentran habitando aquí murciélagos, los cuales se encuentran en lo que serían los baños de dos de los consultorios, uno de ellos en que ocupo yo. El guano por la tarde desprende un olor

muy desagradable, y salen de ahí por la noche aproximadamente a las 21:00 horas. Día a día su excremento amanece sobre las computadoras, escritorios, sillas, sala de espera y también sobre el medicamento. Durante todos los días los sonidos que producen ocasionan molestia auditiva.

Auxiliares de diagnósticos disponibles

Dentro de los para clínicos; contamos con laboratorios en el Hospital de San Pedro Limón, en la Ciudad de Arcelia Guerrero y en Altamirano Guerrero. Ultrasonido y rayos X en la ciudad de Arcelia Guerrero.

En cuanto a servicios de segundo nivel, se cuenta con el Hospital de San Pedro Limón donde al inicio del servicio social se contaba con las aéreas de cirugía general, pediatría, urgencias, ginecología y medicina interna, este último desde hace 5 meses no se cuenta.

DAÑOS A LA SALUD DEFUNCIONES

Fuente: Registro Civil, San Antonio del Rosario.

TABLA 22 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD, EN SAN ANTONIO DEL ROSARIO, EN EL PERIODO JULIO 2011 A AGOSTO 2012

CLAVE CIE 10	DIAGNOSTICO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
J40-J44	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2	1	3
I20-125	Enfermedad isquémica del corazón	2	0	2
W32-W34	Lesión por proyectil de arma de fuego	0	1	1
X60	Suicidio	1	0	1
N17-N19	Insuficiencia renal	2	1	3
	Lesión por arma blanca	0	1	1

Fuente: Registro civil de San Antonio del Rosario.

Las dos causas principales de defunción en el Poblado de San Antonio del Rosario son la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y la Insuficiencia Renal. Seguida por la enfermedad Isquémica del corazón.

MORBILIDAD

Tabla 23 Principales causas de Morbilidad por enfermedades transmisibles en San Antoniodel Rosario 2011-2012.

CLAVE	DIAGNOSTICO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
J00.9	IRAS	412	221	633
A09.X	EDAS	78	84	162
N39.0	IVUS	78	46	124
H65.1	OTITIS MEDIA AGUDA	17	16	33
B37.3	CANDIDIASIS	19	0	19
B30.9	CONJUNTIVITIS	10	8	18
B01.9	VARICELA	4	2	6
J20.9	BRONQUITIS	3	0	3
B86.X	ESCABIASIS	2	0	2
B15.0	HEPATITIS A	0	1	1

FUENTE: CONCENTRADO DE REPORTES MEDICAS DEL CAUSES AGOSTO 2011 A JULIO 2012.

Tabla 24 Principales causas de morbilidad por enfermedad no transmisible

CLAVE	DIAGNOSTICO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
I10.X	Hipertensión	142	174	316
E88.9	Síndrome Metabólico	134	129	263
E11.9	Diabetes Mellitus 2	97	84	181
Z34.9/Z35.9	Embarazo Normal/Alto Riesgo	91	0	91
Z39.0	Puerperio/Lactancia	32	0	32
E78.5	Dislipidemia	18	11	29
Z51.9	Hiperplasia prostática	0	6	6
K29.7	Gastritis	3	2	5
N95.1	Climaterio/Menopausia	4	0	4
E66.9	Obesidad	2	0	2

FUENTE: CONCENTRADO DE REPORTES MEDICAS DEL CAUSES AGOSTO 2011 A JULIO 2012.

Dentro de las tres primeras causas de morbilidad en San Antonio del Rosario tenemos las enfermedades crónico-degenerativas Hipertensión Arterial sistémica, Diabetes mellitus tipo 2 y Síndrome Metabólico

TABLA 25 PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION POR VIOLENCIA Y ACCIDENTES

CLAVE	DIAGNOSTICO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
T63.9	PICADURA DE ALACRÁN	2	4	6
T14.9	MORDEDURA DE PERRO	1	1	2

FUENTE: CONCENTRADO DE REPORTES MENSUALES DE ACTIVIDADES MEDICAS DEL CAUSES, DE AGOSTO 2011 A JULIO 2012.

Únicamente tuvimos dos causas de atención en este rubro. De ellas la de mayor demanda es la Atención por picadura de alacrán con un total de 6 pacientes.

MORBILIDAD HOSPITALARIA

TABLA 26 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA.

CLAVE	DIAGNOSTICO DE INGRESO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	PORCENTAJE	Días estancia
080.1	Parto único espontaneo	Parto único espontaneo	32%	2
Z51.9	Causas obstétricas directas (excepto aborto y parto único espontaneo)	Causas obstétricas directas	22%	2 a 3
SOO.9	Traumatismos internos e intracraneales y otros traumatismos	Traumatismos internos e intracraneales y otros traumatismos	1.7%	5
TO0.9	Traumatismo/ Envenenamiento	Traumatismo/ Envenenamiento	3%	3
O03.9	Aborto	Aborto	5.2%	2
K81.9	Colelitiasis y Colecistitis	Colecistectomía abierta	4.6%	3
J18.9	Enfermedad Respiratoria aguda	Neumonía e Influenza	4.1%	6
E14.9	Diabetes mellitus complicaciones	Diabetes mellitus complicaciones	5.3%	4
K35.9	Apendicitis	Apendicectomía	3.2%	2 a 3
Z51.9	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	2.8%	2
J44.9	Enfermedades pulmonares crónicas, excepto	Enfermedades pulmonares crónicas, excepto	1.9%	3

	bronquitis y bronquiectasia enfisema y asma	bronquitis y bronquiectasia enfisema y asma		
--	---	---	--	--

Fuente: Hospital de segundo nivel en San Pedro Limón, Tlatlaya. Estado de México.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enciclopedia de los municipios de México. Estado de México 2001.
Centro nacional de Desarrollo Municipal.
2. Gobierno del Estado de México, Indicadores básicos para la Planeación Regional. Secretaría de Finanzas y Planeación. Toluca 1997.
3. Cardoso Santín Alfredo. Monografía municipal de Tlatlaya. 1909. Inédita.
SISPA agosto 2011- julio 2012.
4. Hojas diarias de registro de pacientes en consulta externa agosto 2011 a julio 2012.
5. Terminales México D.F Observatorio, Arcelia Guerrero y choferes del transporte público.
6. Tarjetas de visita familiar. Censo PROVAC

**JURISDICCIÓN SANITARIA NÚMERO 7
TEJUPILCO**

COORDINACIÓN MUNICIPAL DE SALUD DE TLATLAYA

CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO

“SAN ANTONIO DEL ROSARIO”

LITAÍ CASARRUBIAS CORONA MPSS

INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

PROMOCIÓN AGOSTO 2011 A JULIO 2012

Iniciamos con el reporte Numérico Narrativo, acerca de las actividades realizadas durante todo el año de servicio social con el periodo comprendido de agosto 2011 al mes de julio del año 2012. Esto realizado en la población de San Antonio del Rosario municipio de Tlatlaya, Estado de México.

AGOSTO 2011

Se inicia el mes con actividades en Tejupilco, donde se nos impartieron varios temas de patologías, así como de llenado de diversos formatos, al final del curso cada uno de los pasantes se dirigió a su respectiva unidad médica.

Los pasantes asignados al municipio de Tlatlaya nos presentamos en la Coordinación de Salud el día lunes 08 de agosto del año 2011, esto ubicado en San Pedro Limón. Posterior a la presentación y bienvenida del coordinador, fuimos llevados a nuestras unidades, donde aún se encontraba en pasante del año previo.

Me presente con el personal laborando en el Centro de Salud Rural Disperso conformado por un médico de base, un cirujano dentista, una enfermera y dos vacunadoras, así como personal de limpieza. Y claramente con el pasante de la promoción 2010 a 2011.

Después casi al final de la jornada fui presentada con las titulares del Programa de Oportunidades, quienes me dieron también la bienvenida. No existe unidad en San Antonio por lo que la médica de base se encargó de buscar una casa donde yo habitaría todo el año, al llegar realizamos la limpieza tanto la dueña, la doctora y el pasante y al termino fui picada en el dedo por un alacrán pequeño, afortunadamente no desencadene respuesta al piquete, supongo que por el tamaño del animal.

Formalmente inicie la consulta el día 10 de agosto, reportando en este primer mes 250 consultas, 68 de primera vez y 182 subsecuentes. En este mes se celebró la Semana Nacional de Lactancia Materna del 1 al 7. Día nacional de las Poblaciones indígenas (9). Día del Donador Altruista de Sangre (25). Se realizaron periódicos murales y se dieron 5 pláticas a la población de acuerdo con estos temas.

TABLA 27 DE LA CONSULTA REPORTADA EN EL SIS DEL MES DE AGOSTO 2011.

CLAVE	DIAGNOSTICO	TOTAL	CONSULTA 1° VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE
A09 X	EDAS	10	6	4
E11 9	DIABETES TIPO 2	21	0	21
E71 3	DISLIPIDEMIA	5	0	5
E88 9	S. METABÓLICO	35	0	35
H65 1	OTITIS M AGUDA	2	1	1
I10 X	HIPERTENSIÓN	30	0	30
J00 X	IRAS	41	31	10
N39 0	IVUS	11	7	4
Z00 1	<5 AÑOS SANO	22	3	19
Z02 7	CERTIFICADO MEDICO	9	9	0
Z34 9	EMBARAZO NORMAL	9	0	9
Z35 9	EMBARAZO ALTO RIESGO	7	0	7
Z39 1	PUERPERIO LACTANCIA	6	3	3
Z51 9	OTRAS ATENCIONES	46	8	38

FUENTE: CONCENTRADO MENSUAL DE ACTIVIDADES MEDICAS DEL CAUSES, AGOSTO 2011.

GRÁFICA 30 DE LAS PATOLOGIAS REPORTADAS EN EL SIS EN AGOSTO 2012 COMO PRIMERA VEZ

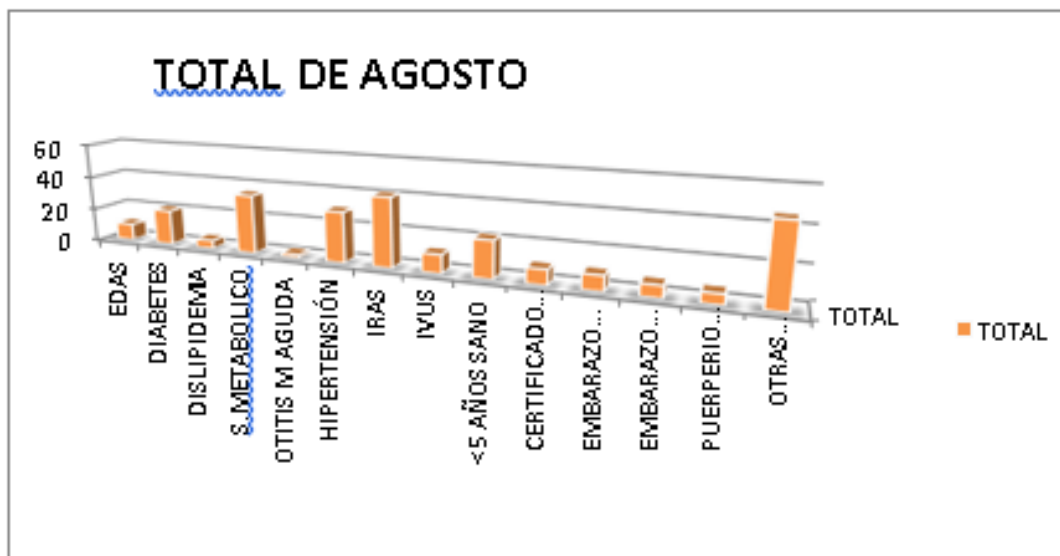


GRÁFICA 31 DE LA CONSULTA REPORTADA COMO SUBSECUENTE EN AGOSTO 2011



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes de agosto 2011

GRÁFICA 32 CON EL TOTAL DE LA CONSULTA ATENDIDA DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2011.



Fuente: Concentrado mensual de actividades médicas del causes de agosto 2011

SEPTIEMBRE 2011

En este mes se celebró la Semana Nacional de la Hipertensión del día 17 al 21. El día 21 de septiembre se celebró el Día Mundial del Alzheimer. La Semana Nacional de Vacunación Antirrábica. Día nacional del Corazón y Donación de órganos y Tejidos. Se les impartieron pláticas a los grupos 2 y 3 de mujeres de Oportunidades con un total de 5 pláticas.

Se hicieron periódicos murales alusivos a estos temas lo cuales se colocaron en las paredes de las instalaciones que actualmente utilizamos.

En cuanto a la consulta di un total de 263 consultas. 118 de primera vez y 145

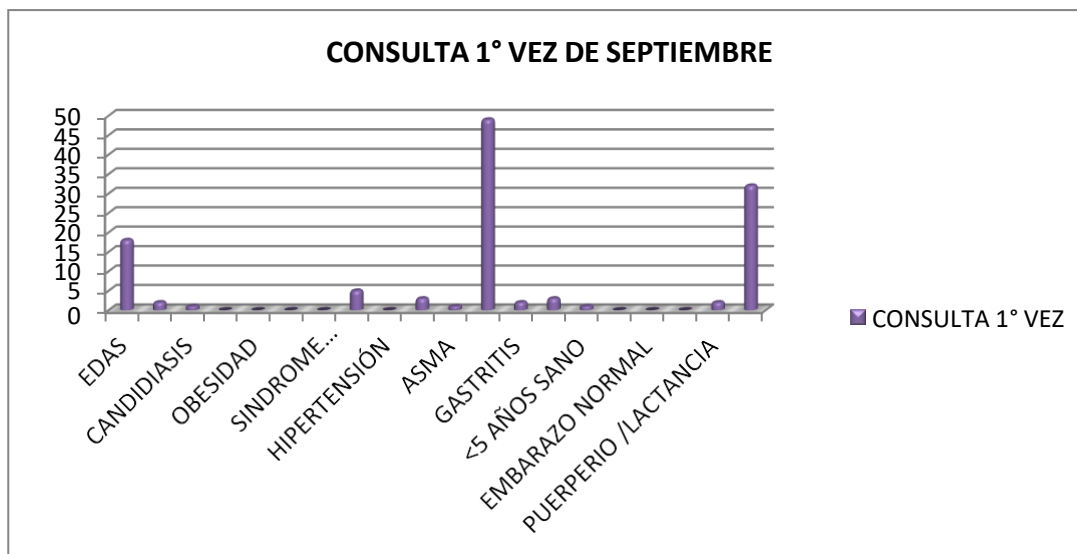
TABLA 28 DE LA CONSULTA REPORTADA, SEGÚN LAS DIFERENTES PATOLOGIAS, EN EL MES DE SEPTIEMBRE EL AÑO 2011.

CLAVE	DIAGNOSTICO	TOTAL	CONSULTA 1° VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE
A09 X	EDAS	31	18	13
B30 9	CONJUNTIVITIS	3	2	1
B37 3	CANDIDIASIS	2	1	1
E11 9	DIABETES	9	0	9
E66 9	OBESIDAD	1	0	1
E71 3	DISLIPIDEMIA	1	0	1
E88 9	SÍNDROME METABÓLICO	24	0	24
H65 1	OTITIS M AGUDA	10	5	5
I10 X	HIPERTENSIÓN	25	0	25
J20 9	BRONCONEUMONIA NO ESPECIFICADA	3	3	
J45 8	ASMA	1	1	
J00 X	IRAS	69	49	20
K29 1	GASTRITIS	2	2	0
N39 0	IVUS	6	3	3
Z00 1	<5 AÑOS SANO	9	1	8
Z30 9	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	3	0	3
Z34 9	EMBARAZO NORMAL	7	0	7
Z35 9	EMBARAZO ALTO RIESGO	2	0	2
Z39 1	PUERPERIO /LACTANCIA	2	2	0
Z51 9	OTROS	54	32	22

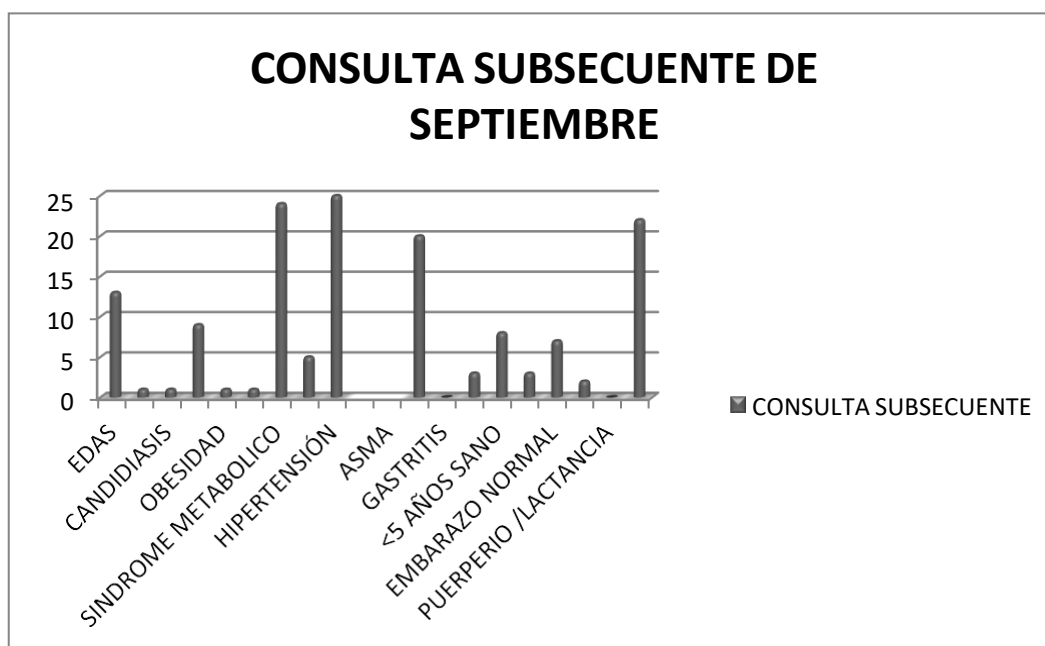
Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes. Septiembre 2011

GRÁFICA 33 CON EL NÚMERO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ REPORTADA EN EL MES DE SEPTIEMBRE 2011

Fuente: Concentrado mensual de actividades médicas del causes, septiembre 2011

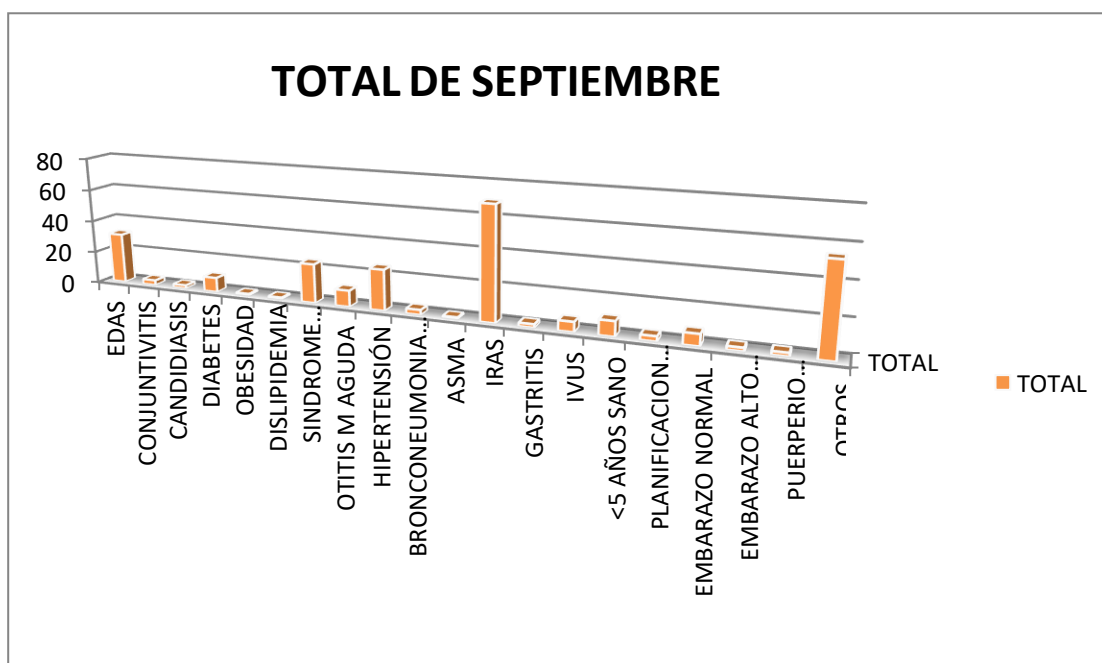


GRÁFICA 34 CON EL NÚMERO DE CONSULTA SUBSECUENTE REPORTADA EN SEPTIEMBRE 2011



Fuente: Concentrado mensual de actividades médicas del causes, septiembre 2011

GRÁFICA 35 CON EL TOTAL DE LA CONSULTA VISTA EN EL MES DE SEPTIEMBRE 2011 EN SAN ANTONIO DEL ROSARIO



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, septiembre 2011.

En este mes reportamos una mayor demanda por consulta de Infecciones Respiratorias agudas con un total de 69 consultas de ellas 49 de primera vez. La segunda causa fueron otras enfermedades.

OCTUBRE 2011

En este tercer mes se realizaron diferentes actividades como realización de materiales didácticos, periódicos murales y platicas de acuerdo con: Día mundial del Adulto Mayor, Día mundial de Salud Mental, día Internacional de la Mujer Rural, día Mundial de la Alimentación. Día Mundial de la Menopausia y Climaterio, Día internacional de la Osteoporosis. Semana Nacional para Salud de la gente Grande y el día 23 de octubre día del médico.

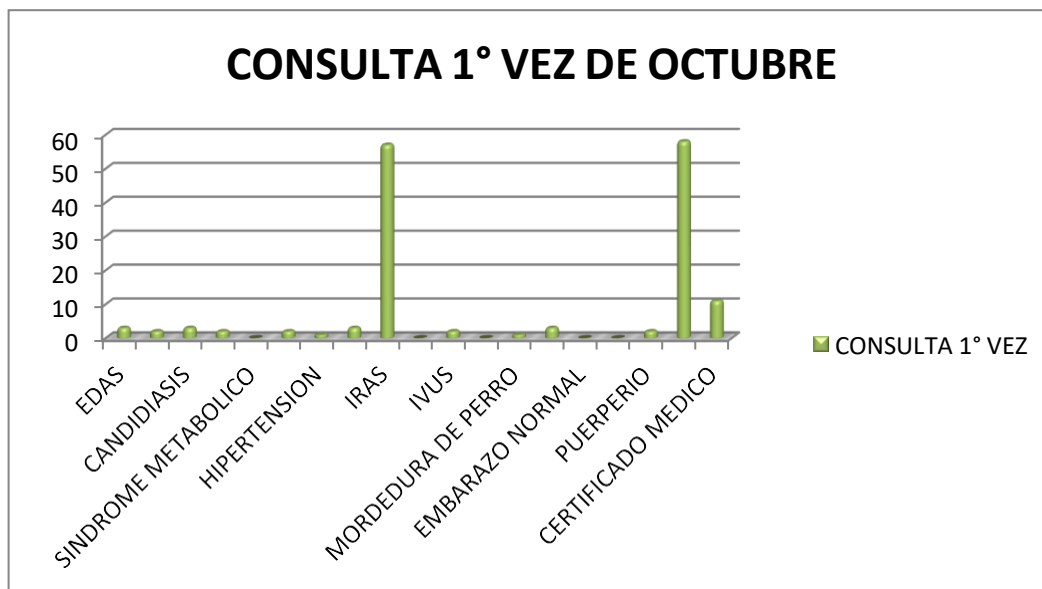
Di en total 361 consultas, de ellas 149 de primera vez y 212 subsecuente.

TABLA 29 DE LA CONSULTA REPORTADA, SEGÚN LAS DIFERENTES PATOLOGIAS EN EL MES DE OCTUBRE 2011.

CLAVE	DIAGNOSTICO	TOTAL	CONSULTA 1° VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE
A09 X	EDAS	16	3	13
B30 9	Conjuntivitis	4	2	2
B37 3	Candidiasis	4	3	1
E11 9	Diabetes	35	2	33
E88 9	Síndrome metabólico	29	0	29
H65 1	Otitis media aguda	3	2	1
I10 X	Hipertensión	23	1	22
J45 8	Asma	3	3	0
J00 X	Iras	111	57	54
K29 1	Gastritis	2	0	2
N39 5	IVU	11	2	9
N95 1	Climaterio	1	0	1
T14 9	Mordedura de perro	2	1	1
Z30 9	Planificación familiar	3	3	0
Z34 9	Embarazo normal	7	0	7
Z35 9	Embarazo alto riesgo	2	0	2
Z39 1	Puerperio	5	2	3
Z51 9	Otras	100	58	42
Z02 7	Certificado Médico	11	11	0

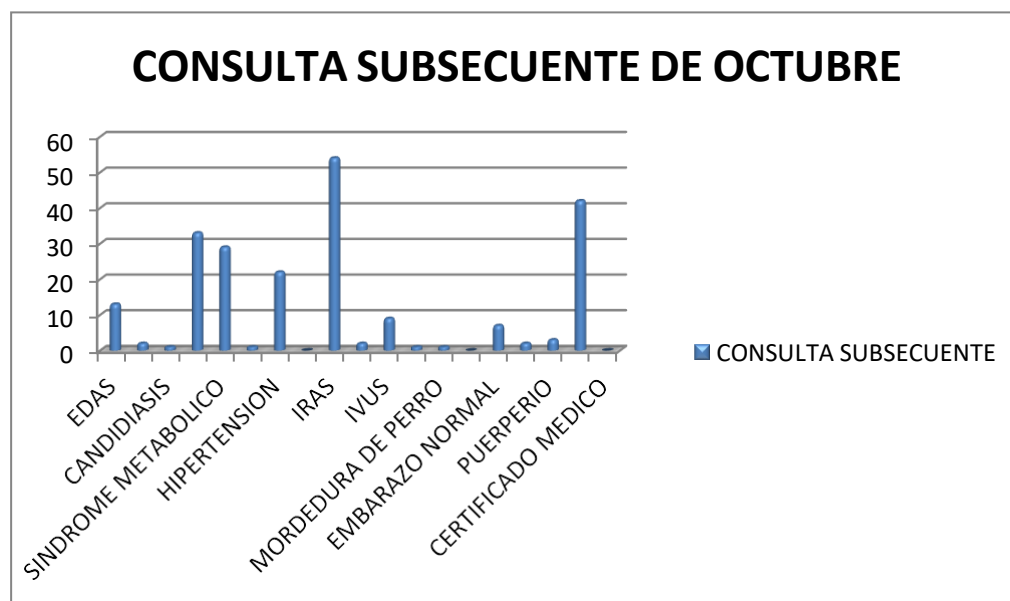
Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del Causes. Octubre 2011.

GRÁFICA 36 DE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ OTORGADA EN EL MES DE OCTUBRE, DE ACUERDO CON CADA PATOLOGIA



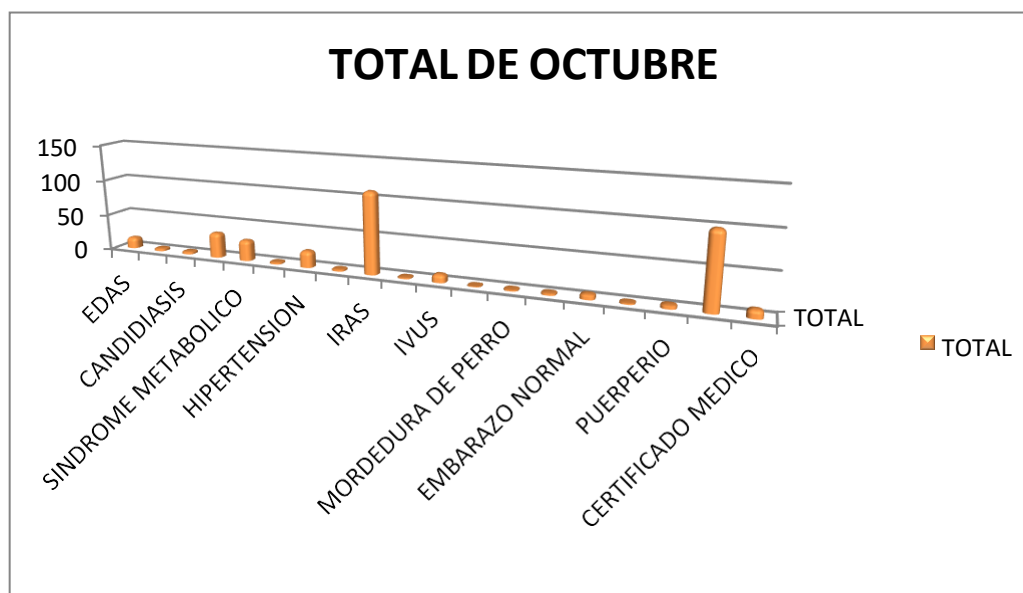
Fuente: Concentrado de actividades médicas del causes octubre 2011

GRÁFICA 37 CON EL NÚMERO DE LA CONSULTA SUBSECUENTE DEL MES DE OCTUBRE 2011



Fuente: Concentrado de actividades médicas del causes octubre 2011.

GRÁFICA 38 CON EL NÚMERO DEL TOTAL DE CONSULTAS DEL MES DE OCTUBRE 2011



Fuente: Concentrado de actividades médicas, causas octubre 2011.

Nuevamente tenemos las IRA'S como primer lugar en causa de atención médica seguida por otras atenciones como son traumatismos, resultados de Papanicolaou, etc.

NOVIEMBRE 2011

En este mes se celebró la Segunda Semana Nacional de Salud Bucal, por parte de odontología asistió a todas las escuelas de San Antonio del Rosario a dar pláticas sobre cepillado dental y les dio flúor a todos los niños.

Se realizó también la Semana Estatal de Lucha Contra la Diabetes, se dieron 5 pláticas a los grupos de Oportunidades. En cuanto a los jóvenes de la preparatoria se dieron pláticas de cómo prevenirla, se les informa las medidas preventivas predominantemente la dieta y el ejercicio.

Se festejó también el Día de Abrazo Mundial, se pusieron cartelones en la unidad.

Día Mundial para la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres y las niñas, se impartieron 4 pláticas con un total de 80 personas sobre este tema a mujeres de grupos de Oportunidades.

Así también se citaron a dos grupos de tercer año de la preparatoria número 78 dándole una plática sobre el tema del Día Mundial para la Eliminación de la Violencia contra las mujeres, con un total de 36 alumnos.

En este mes di un total de 187 consultas de ellas 77 de primera vez y 110 subsecuentes.

TABLA 30 DE LA CONSULTA REPORTADA, SEGÚN LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS EN EL MES DE NOVIEMBRE 2011.

CLAVE	DIAGNOSTICO	TOTAL	CONSULTA 1 VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE
E11.9	HIPERTENSIÓN	28	0	28
E44.1	DESNUTRICIÓN LEVE	2	0	2
E71.3	DISLIPIDEMIA	2	0	2
E88.9	SÍNDROME METABÓLICO	19	0	19
H65.1	OTITIS MEDIA AGUDA	4	2	2
I10.X	DIABETES	11	0	11
J45.8	ASMA	2	2	
J00.X	IRAS	52	34	18
N39.5	IVUS	9	5	4
T63.2	PICADURA ALACRÁN	2	2	0
Z00.1	<5 AÑOS SANO	10	3	7

Z30.9	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	5	3	2
Z34.9	EMBARAZO NORMAL	5	3	2
Z39.1	LACTANCIA PUERPERIO	3	3	0
Z51.9	OTRAS	32	20	12

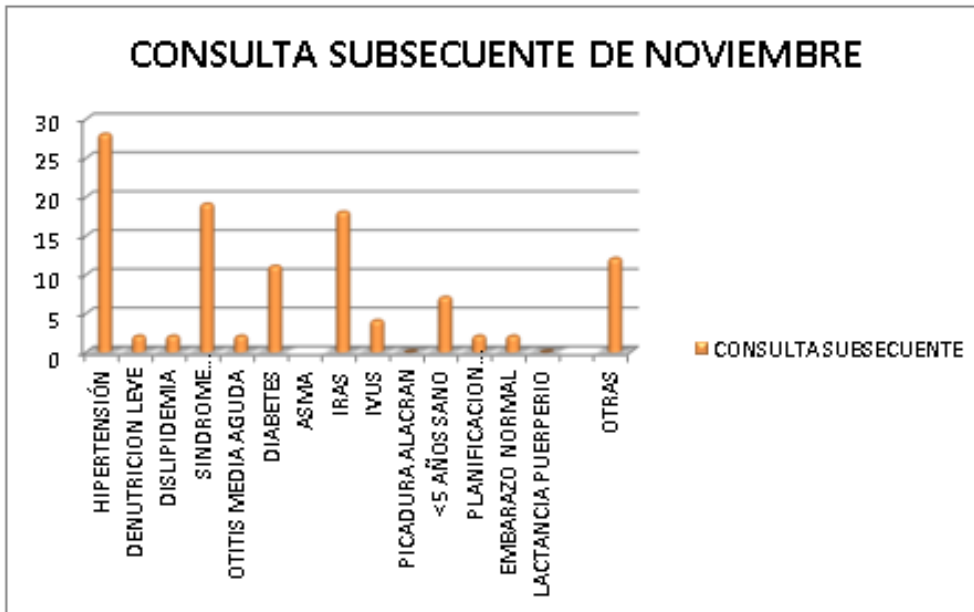
Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes. Noviembre 2011.

GRÁFICA 39 DE LA CONSULTA REPORTADA COMO PRIMERA VEZ, DESGLOZADA POR CADA PATOLOGIA, NOVIEMBRE 2011.

Fuente: Concentrado de actividades médicas, causes noviembre 2011.

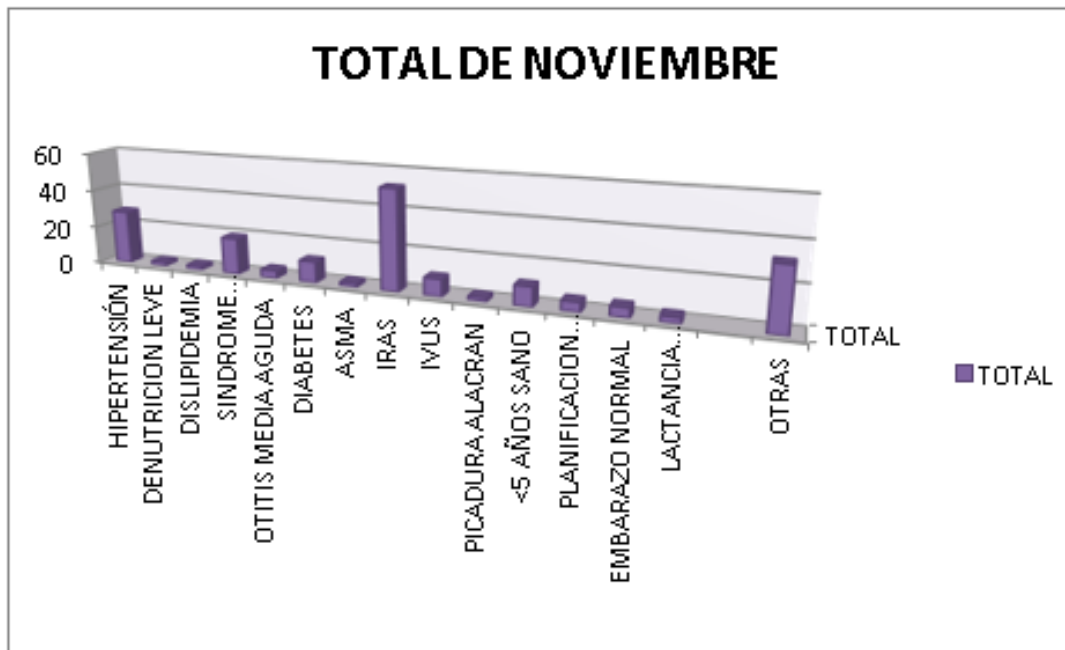


GRÁFICA 40 DE LA CONSULTA SUBSECUENTE, NOVIEMBRE 2011



Fuente: Concentrado de actividades médicas, causas noviembre 2011

GRAFICA 41 CON EL TOTAL DE CONSULTA, DE ACUERDO CON CADAPATOLOGIA REPORTADA EN EL MES DE NOVIEMBRE 2011.



Fuente: Concentrado de actividades médicas del causas noviembre 2011.

En este mes se reportaron un mayor número de consultas por enfermedades crónicas; un total de 28 consultas por Hipertensión Arterial Sistémica y 19 consultas por Síndrome Metabólico.

DICIEMBRE 2011

En este mes se realizó la campaña navideña para la moderación del consumo de bebidas alcohólicas, se realizó un periódico mural alusivo al tema, y se les dieron 6 pláticas a 90 personas.

El 01 de diciembre año con año se celebra el Día Mundial de Lucha Contra el Sida, dimos pláticas a todos los grupos de la preparatoria número 78, así mismo a los terceros años de la secundaria en San Antonio del Rosario.

Entre otros días: Día Internacional de Personas con Discapacidad, Día Mundial de los Derechos Humanos y Día Mundial del Migrante.

El personal de base y contrato del centro de salud salieron todos de vacaciones.

Se dieron un total de 287 consultas, de ellas 110 de primera vez y 177 subsecuente.

TABLA 31 CON LA CONSULTA REPORTADA EN EL MES DE DICIEMBRE 2012, DE ACUERDO CON CADA UNO DE LOS DIAGNOSTICOS.

CLAVE	DIAGNOSTICO	TOTAL	CONSULTA 1ª VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE
A09.X	EDAS	5	3	2
B37.3	Candidiasis	2	1	1
E11.9	Diabetes mellitus 2	20	1	19
E44.1	Desnutrición leve	1	0	1
E78.9	Dislipidemia	3	0	3
E88.9	Síndrome metabólico	30	0	30
I10.X	Has	27	0	27
J45.8	Asma	2	1	1
J00.X	Iras	83	43	40
K29.1	Gastritis	1	1	0
N39.5	IVU	7	4	3
	Picadura de alacrán	2	2	
Z00.1	<9 años sano	13	1	12
Z30.9	Planificación familiar	6	0	6

Z34.9	Embarazo normal	6	0	6
Z35	Embarazo alto riesgo	1	0	1
Z39.1	Puerperio/ Lactancia	2	2	0
Z51.9	Otras atenciones	66	41	25
Z02.7	Certificado medico	4	4	0

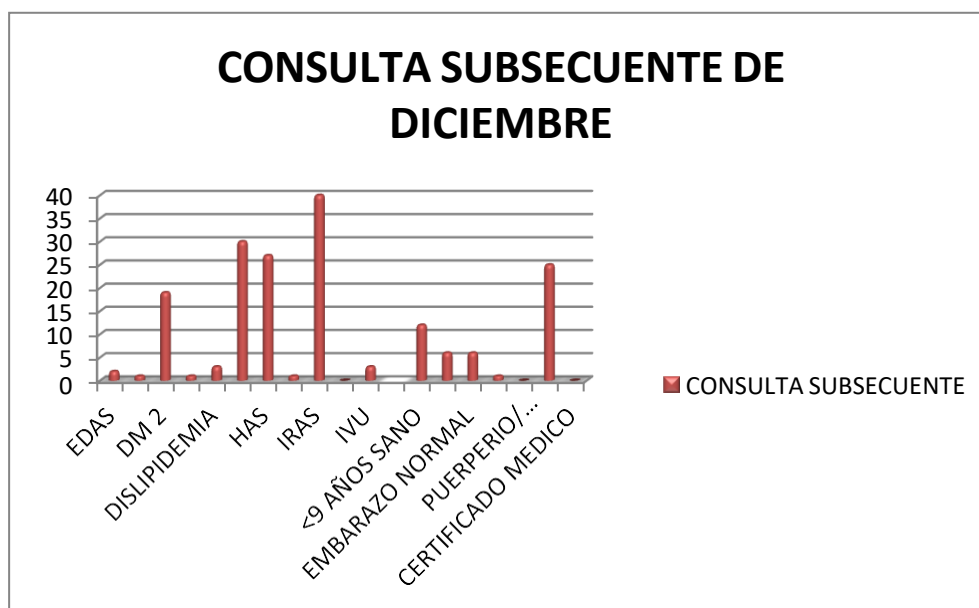
FUENTE: CONCENTRADO MENSUAL DE ACTIVIDADES MEDICAS DEL CAUSES, DICIEMBRE 2011.

GRÁFICA 42 CON EL NÚMERO DE CONSULTA OTORGADA COMO PRIMERAVEZ, DE ACUERDO CON CADA PATOLOGIA EN EL MES DE DICIEMBRE 2011



Fuente: Concentrado de actividades medicas del causes, diciembre 2011.

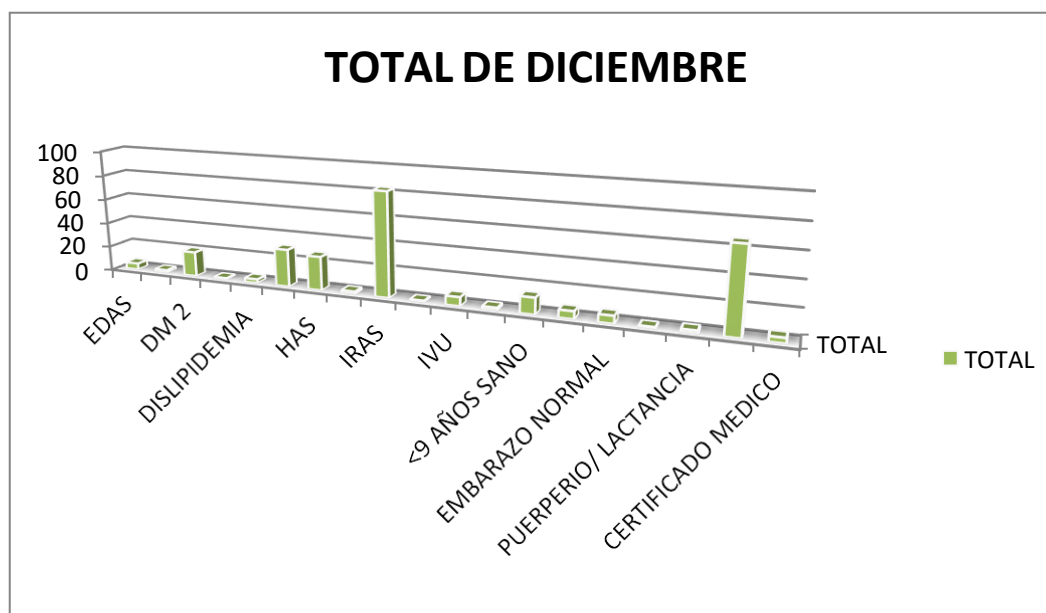
GRÁFICA 43 CON EL NÚMERO DE CONSULTA SUBSECUENTE DEL MES DE DICIEMBRE 2011, SEGÚN CADA ENFERMEDAD



Fuente: Concentrado de actividades medicas del causes, diciembre 2011.

GRÁFICA 44 DEL TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS EN DICIEMBRE DEL AÑO 2011

Fuente: Concentrado de actividades medicas del causes, diciembre 2011.



En este mes se reportó un mayor número de consultas por Infecciones respiratorias agudas con un total de 83 consultas, de ellas 43 de primera vez y 40 como subsecuentes.

ENERO 2012

Del día 21 al 27 de enero se llevó a cabo la Semana Nacional de Información “Compartiendo Esfuerzos”. En la cual pusimos énfasis en hacer notar a la población sobre los daños a la salud. Se dieron 7 pláticas a grupos de oportunidades con un total de 140 participantes.

El día 4 de enero es el Día Internacional de Lucha Contra la Lepra realizamos en la unidad un periódico mural, se dieron 4 pláticas sobre este tema a grupos de 15 personas. Y en la secundaria oficial numero 127 Benito Juárez. Recordemos que en San Antonio del Rosario tenemos un paciente masculino con Diagnóstico de Lepra Lepromatosa Nodular.

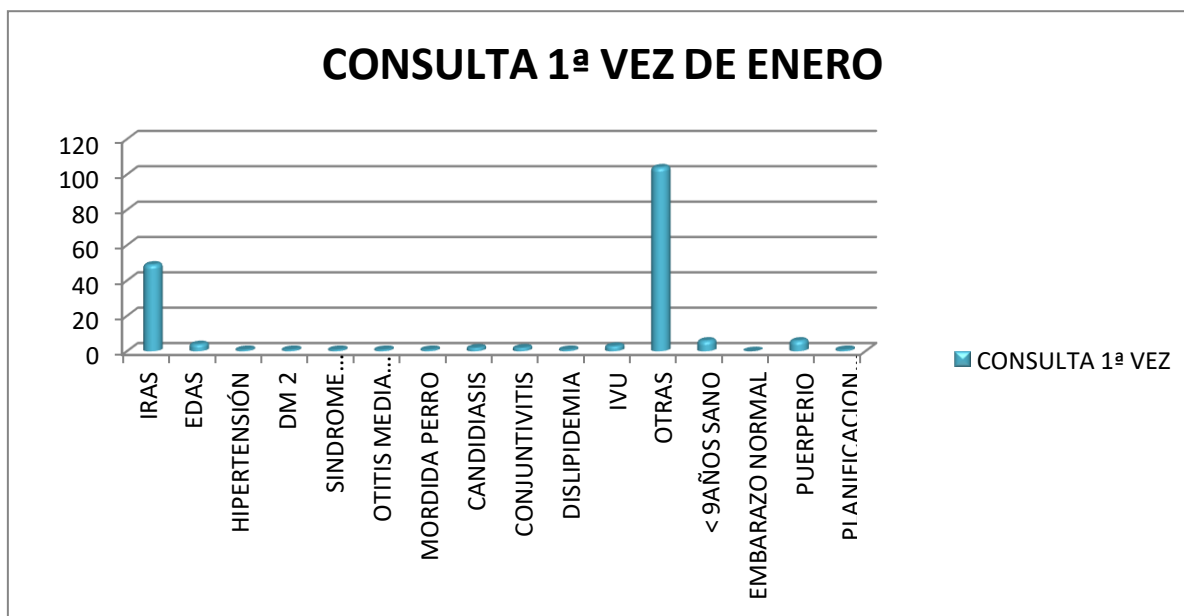
En este mes reporte en el causes un total de 370 consultas, de 3 ellas 183 de primera vez y 187 subsecuentes.

TABLA 32 CON EL NÚMERO DE CONSULTAS REPORTADAS EN EL MES DE ENERO 2012, DE ACUERDO CON CADA PATOLOGÍA.

CLAVE	DIAGNOSTICO	TOTAL	CONSULTA 1ª VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE
J00.X	Iras	78	49	29
A09.X	EDAS	5	4	1
E11.9	Hipertensión	32	1	31
I10.X	Diabetes mellitus 2	15	1	14
E88.0	Síndrome metabólico	16	1	15
H65.1	Otitis media aguda	1	1	0
	Mordida perro	1	1	0
B37.3	Candidiasis	3	2	1
B30.9	Conjuntivitis	4	2	2
E78.9	Dislipidemia	5	1	4
N39.5	IVU	4	3	1
Z51.9	Otras atenciones	161	104	57
Z00.1	< 9años sano	21	6	15
Z34.9	Embarazo normal	3	0	3
Z39.1	Puerperio	6	6	0
Z30.9	Planificación familiar	5	1	4

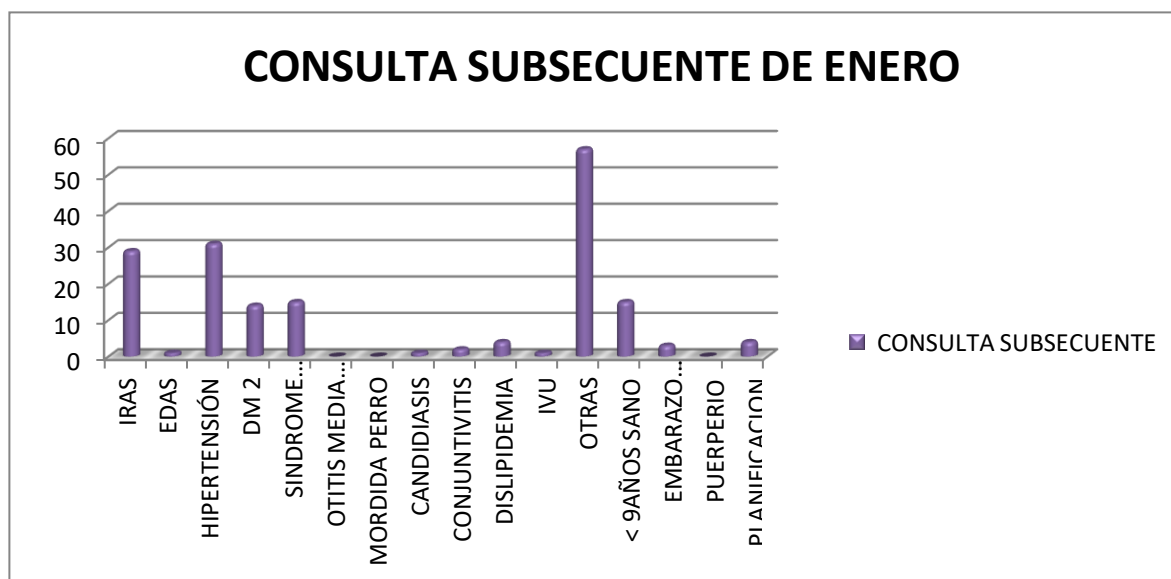
FUENTE: CONCENTRADO MENSUAL DE ACTIVIDADES MEDICAS DEL CAUSES, ENERO 2011.

GRÁFICA 45 CON EL NÚMERO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ, REPORTADA EN EL MES DE ENERO DEL AÑO 2012.



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, enero 2012.

GRÁFICA 46 CON EL NÚMERO DE CONSULTA SUBSECUENTE, REPORTADA EN EL MES DE ENERO DEL AÑO 2012.



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, enero 2012

En este mes de enero tuve como primera causa de atención medica Otras atenciones entre las que destacan; Traumatismos en miembros, de cráneo, trauma ocular, ojo rojo, resultados de Papanicolau, dorsalgias etcétera. Seguido por Infecciones respiratorias agudas e Hipertensión.

FEBRERO 2012

Celebramos la Primera Semana Nacional de Vacunación del año 2012. Se hizo el periódico mural sobre la semana de vacunación y otros sobre signos de alarma de las IRA'S y las EDA'S. comprendió los días 25 de febrero al dos de marzo del presente año.

La productividad mía fue de 276 consultas. 125 por primera vez y 151 subsecuentes.

TABLA 33 CON EL NÚMERO DE LA CONSULTA REPORTADA EN EL MES DE FEBRERO 2012, DE ACUERDO CON CADA PATOLOGIA.

DIAGNÓSTICO	CLAVE	TOTAL	CONSULTA 1ª VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE
IRAS	J00.X	43	20	23
EDAS	A09.X	5	3	2
HIPERTENSIÓN	I10.X	25	1	24
DM 2	E11.9	6	0	6
SÍNDROME METABÓLICO	E88.9	20	0	20
LEPRA	A30.9	1	0	1
DISLIPIDEMIA	E78.9	2	1	1
CONJUNTIVITIS	B30.9	1	0	1
IVU	N39.5	15	8	7
HIPERTRIGLICERIDEMIA	E75.6	2	0	2
OTRAS	Z51.9	126	87	39
<9 ANOS SANO	Z00.1	16	2	14
EMBARAZO NORMAL	Z34.9	6	0	6
EMBARAZO ALTO RIESGO	Z35	1	0	1
PUERPERIO/ LACTANCIA	Z39.1	2	2	0
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Z30.9	5	1	4

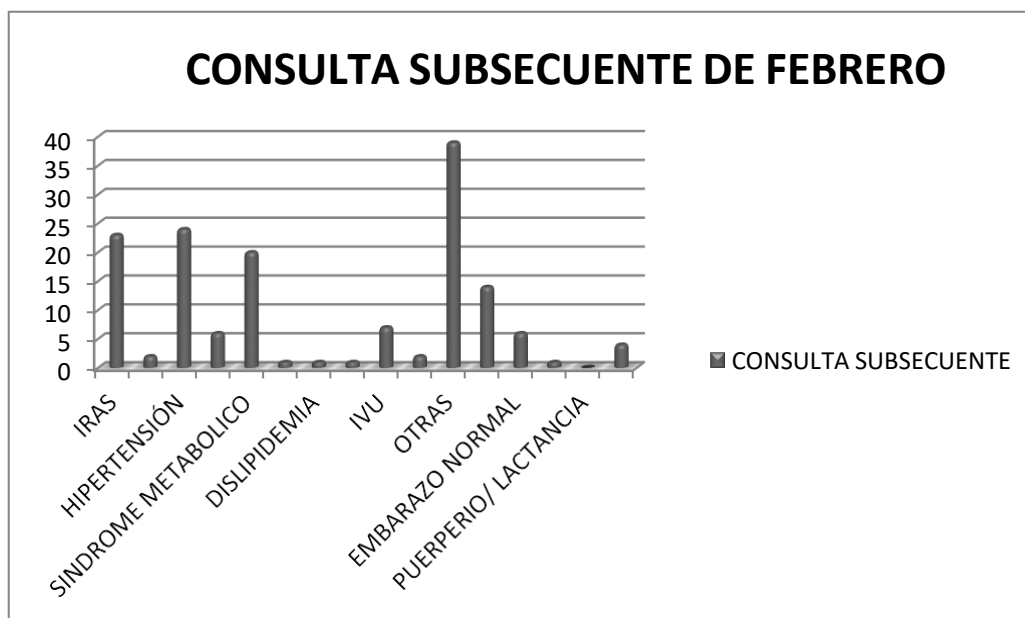
FUENTE: CONCENTRADO MENSUAL DE ACTIVIDADES MEDICAS DEL CAUSES, FEBRERO 2012.

GRÁFICA 47 CON LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ REPORTADA EN EL MES DE FEBRERO 2012, DE ACUERDO CON CADA PATOLOGÍA.



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, febrero 2012.

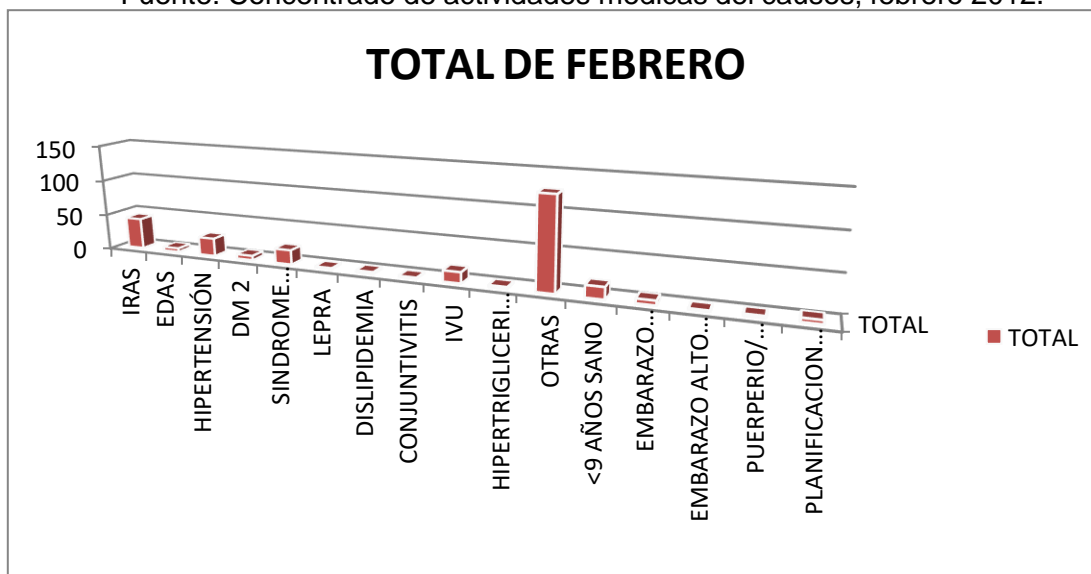
GRÁFICA 48 CON LA CONSULTA SUBSECUENTE REPORTADA EN EL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2012, SEGÚN CADA ENFERMEDAD



Fuente: Concentrado de actividades medicas del causes, febrero 2012

GRÁFICA 49 CON EL TOTAL DE CONSULTA REPORTADA EN EL MES DE FEBRERO 2012, SEPARADA POR PATOLOGIAS.

Fuente: Concentrado de actividades medicas del causes, febrero 2012.



La causa principal de atención médica en este mes fueron otras atenciones médicas, con un total de 126 consultas; 87 consultas de primera vez y 39 de consulta subsecuente. La segunda causa de atención fue la infección respiratoria aguda 43 consultas.

MARZO 2012

Iniciamos el día 5 de marzo con el Día de la Familia y el Día 8 con el Día Internacional de la Mujer: Conforme a estas dos fechas se realizaron cartelones conmemorativos. Se dieron 5 pláticas con un total de 100 asistentes.

Del 11 al 17 de marzo la Semana Nacional de Vacuna Antirrábica aplicándose inicialmente 30 dosis de vacuna a perros y gatos, posteriormente se aplicaron 70 dosis.

El 24 de marzo Día Internacional Contra la Tuberculosis. En la unidad se elaboró un periódico mural conmemorativo a este día. Y se les impartieron 4 pláticas a grupos de mujeres de Oportunidades y 2 pláticas a dos grupos de la preparatoria de San Antonio del Rosario.

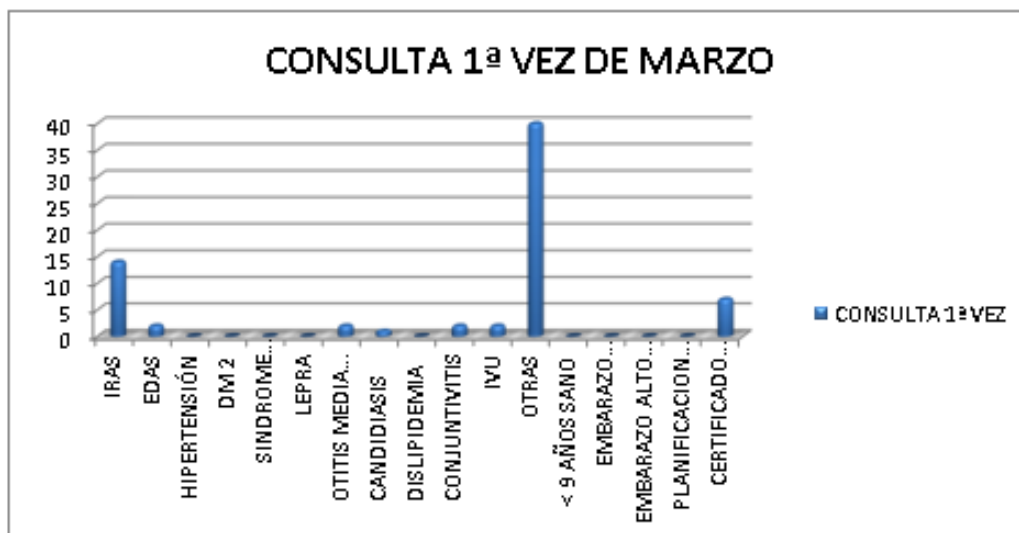
En cuanto a la productividad de las consultas que reporte en SIS de este mes, fueron en total: 162, 70 de primera vez y 92 subsecuentes.

TABLA 34 CON EL NÚMERO DE CONSULTA REPORTADA EN EL MES
DEMARZO DEL AÑO 2012

CLAVE	DIAGNÓSTICO	TOTAL	CONSULTA 1ª VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE
J00.X	Iras	22	14	8
A09.X	EDAS	3	2	1
I10.X	Hipertensión	25	0	25
E11.9	Diabetes m 2	7	0	7
E88.9	Síndrome Metabólico	20	0	20
A30.5	Lepra	1	0	1
H65.1	Otitis media	3	2	1
B37.3	Candidiasis	1	1	0
E78.9	Dislipidemia	1	0	1
B30.9	Conjuntivitis	4	2	2
N39.5	IVU	2	2	0
Z51.9	Otras	55	40	15
Z00.1	< 9 años sano	5	0	5
Z34.9	Embarazo normal	4	0	4
Z35	Embarazo alto riesgo	1	0	1
Z30.9	Planificación familiar	2	0	2
Z02.7	Certificado medico	7	7	0

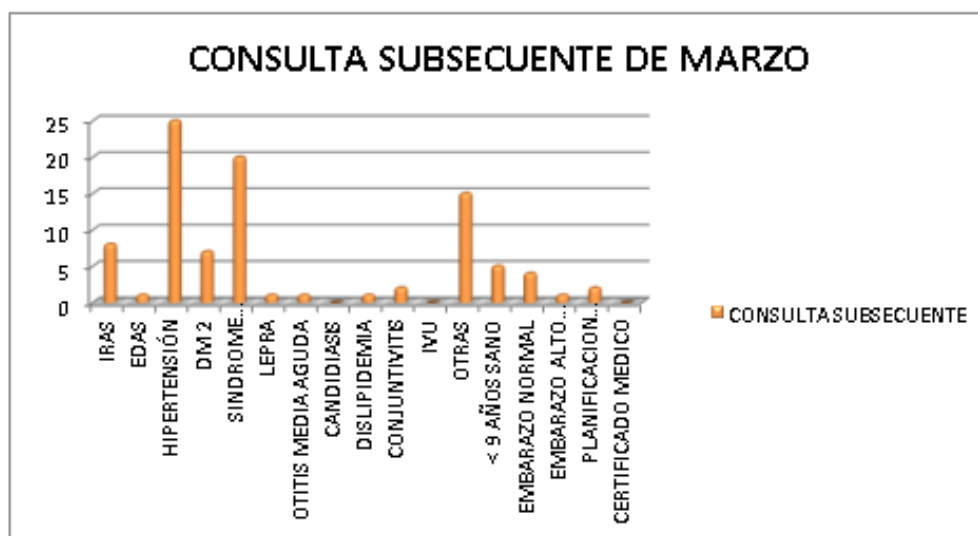
FUENTE: CONCENTRADO MENSUAL DE ACTIVIDADES MEDICAS DEL CAUSES, MARZO 2012.

GRÁFICA 50 CON EL NÚMERO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ REPORTADA EN ELMES DE MARZO 2012



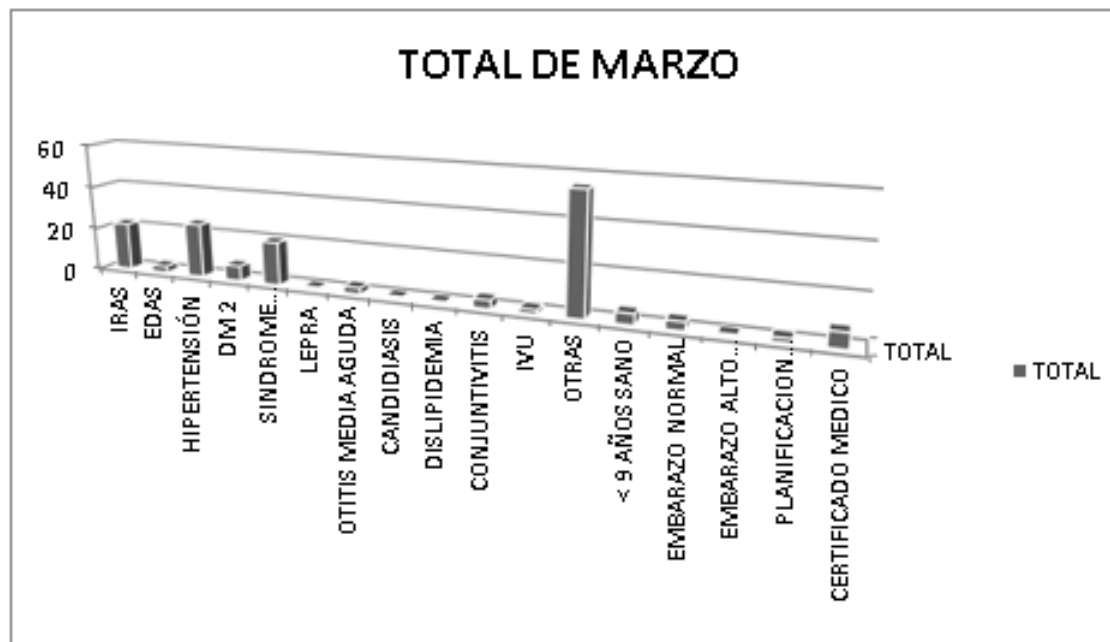
Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, marzo 2012

GRÁFICA 51 CON EL NÚMERO DE CONSULTA SUBSECUENTE REPORTADA EN EL MES DE MARZO 2012



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, marzo 2012

GRÁFICA 52 CON EL NÚMERO DEL TOTAL DE LA CONSULTA REPORTADA EN EL MES DE MARZO 2012.



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, marzo 2012.

ABRIL 2012

El día 7 se celebró el Día Mundial de la Salud: realizando pláticas a los pacientes que se encontraban en la sala de espera con un total de 80 personas.

Del 23 al 27 de abril, se llevó a cabo la Primera Semana Nacional de Salud Bucal, por parte del servicio de Odontología dio pláticas a los infantes de las escuelas primarias y repartió flúor a los niños.

Di 294 consultas en total y de ellas 133 por primera vez y 161 subsecuentes.

TABLA 35 CON EL NÚMERO DE CONSULTAS REPORTADAS EN EL MES DE ABRIL 2012, DE ACUERDO CON CADA PATOLOGIA.

DIAGNÓSTICO	CLAVE	TOTAL	CONSULTA 1ª VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE
IRAS	J00.X	43	20	23
EDAS	A09.X	26	16	10
HIPERTENSIÓN	I10.X	24	0	24
DM 2	E11.9	17	0	17
SÍNDROME METABÓLICO	E88	11	0	11
LEPRA	A30.5	1	0	1
OTITIS MEDIA AGUDA	H65.1	5	3	2
CANDIDIASIS	B37.3	2	1	1
DISLIPIDEMIA	E78.9	2	0	2
CONJUNTIVITIS	B30.9	1	0	1
IVU	N39.5	17	8	9
OTRAS	Z51.9	117	80	37
<9 AÑOS SANO	Z00.1	13	1	12
EMBARAZO NORMAL	Z34.9	4	0	4
EMBARAZO ALTO RIESGO	Z35	1	0	1
PUERPERIO /LACTANCIA	Z39.1	1	1	0
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Z30.9	4	0	4
PICADURA ALACRAN	T63.9	1	1	0
VARICELA	B01.9	4	2	2

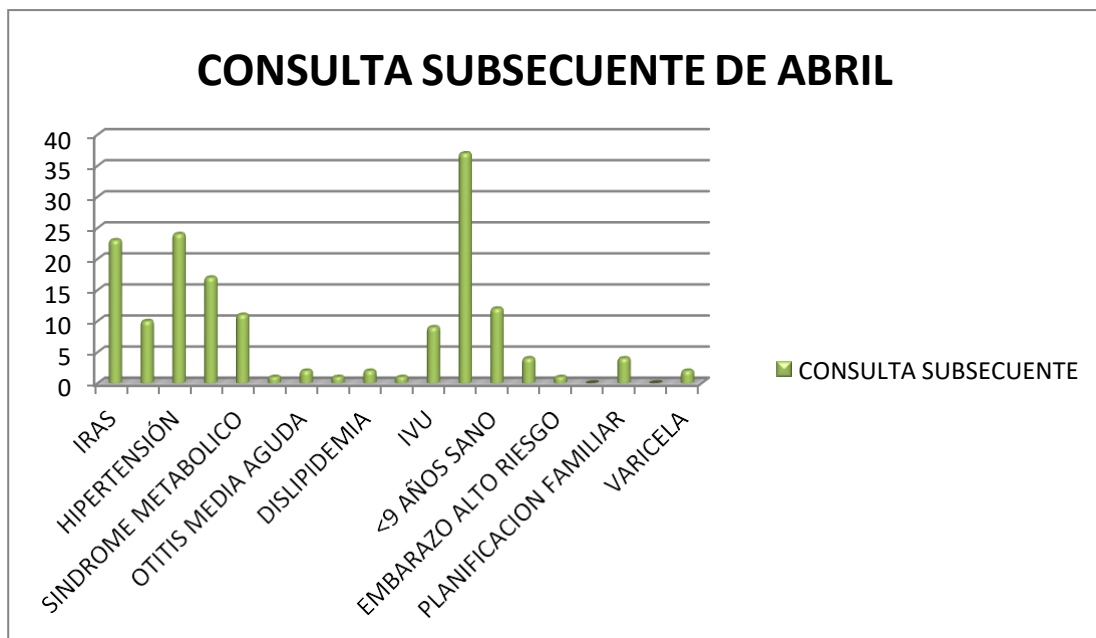
FUENTE: CONCENTRADO MENSUAL DE ACTIVIDADES MEDICAS DEL CAUSES, ABRIL 2012.

GRÁFICA 53 CON EL NÚMERO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ REPORTADA EN EL MES DE ABRIL 2012, DE ACUERDO CON CADA ENFERMEDAD.



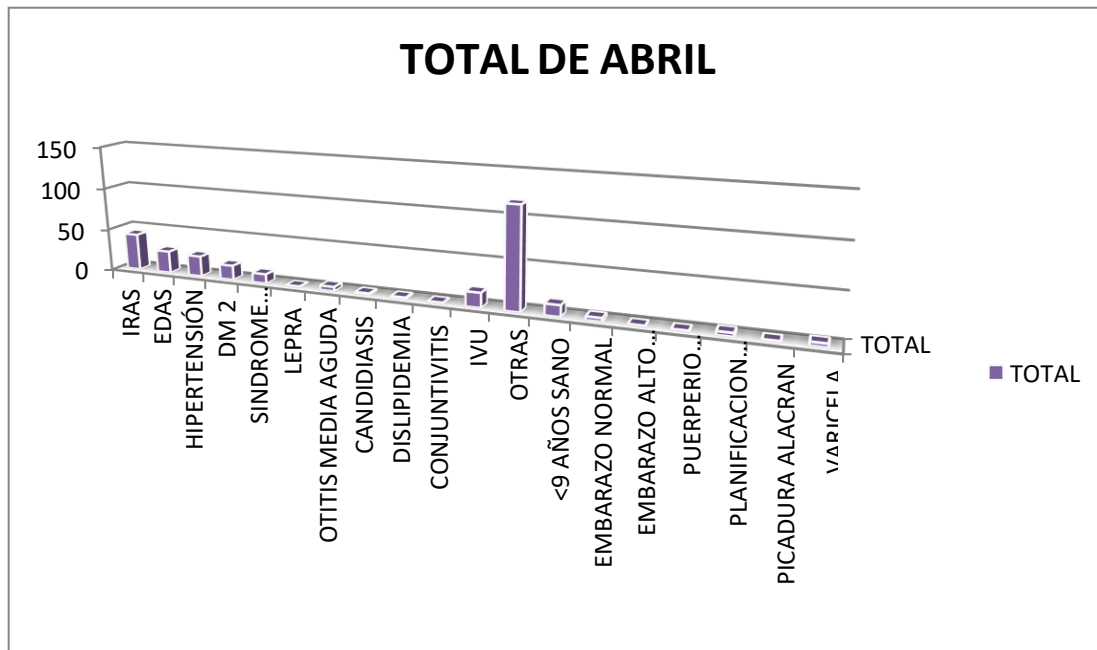
Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, abril 2012

GRÁFICA 54 CON EL NÚMERO DE CONSULTA SUBSECUENTE REPORTADA EN EL MES DE ABRIL 2012, DE ACUERDO CON CADA PATOLOGIA



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, abril 2012

GRÁFICA 55 CON EL NÚMERO DE LA CONSULTA TOTAL REPORTADA EN ELMES DE ABRIL 2012.



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, abril 2012.

Nuevamente en este mes se reportó como primera causa de demanda en la consulta médica otras atenciones médicas, con un total de 117 consultas de ellas 80 de primera vez y 37 como consultas subsecuentes. La segunda causa las infecciones respiratorias agudas y tercera causa las enfermedades diarreicas agudas.

MAYO 2012

En este mes hubo varias fechas importantes. La primera de ellas el día 10 de mayo fue el aniversario del programa “Arranque pareja en la vida”. El 14 de mayo fue el día mundial de la Hipertensión arterial, se invitó a la población en general a acudir a la unidad a la medición de la tensión arterial. Se realizó un periódico mural en representación alusiva a este día el cual se colocó en la sala de espera de las instalaciones de la unidad, se dieron 5 pláticas de Hipertensión con un total de 80 personas.

El día 15 de mayo fue el día Internacional de la Familia, se dieron pláticas a 4 grupos de señoras de Oportunidades dentro de la unidad. El día 25 celebramos el Día de la Enfermedad Vasculare Cerebral.

El día 26 de mayo inicio la Segunda Semana Nacional de Salud hasta el día 01 de junio 2012 bajo el lema “Cúdalos, quiérelos y vacúnalos a tiempo” Se realizó el respectivo periódico mural conmemorativo a estas fechas. Se hicieron cartelones con los signos de alarma de las IRAS y las EDA’S. se dieron vida suero oral a todos los menores de 5 años.

Y finalizamos este mes con el día 28 Día Mundial de la Salud de la Mujer, se realizaron varias tomas de citología vaginal. Y se les dieron 4 pláticas a mujeres en edad reproductiva.

En cuanto a la consulta reporte en el SIS en este mes un total de 247, de ellas 93 de primera vez y 154 subsecuentes.

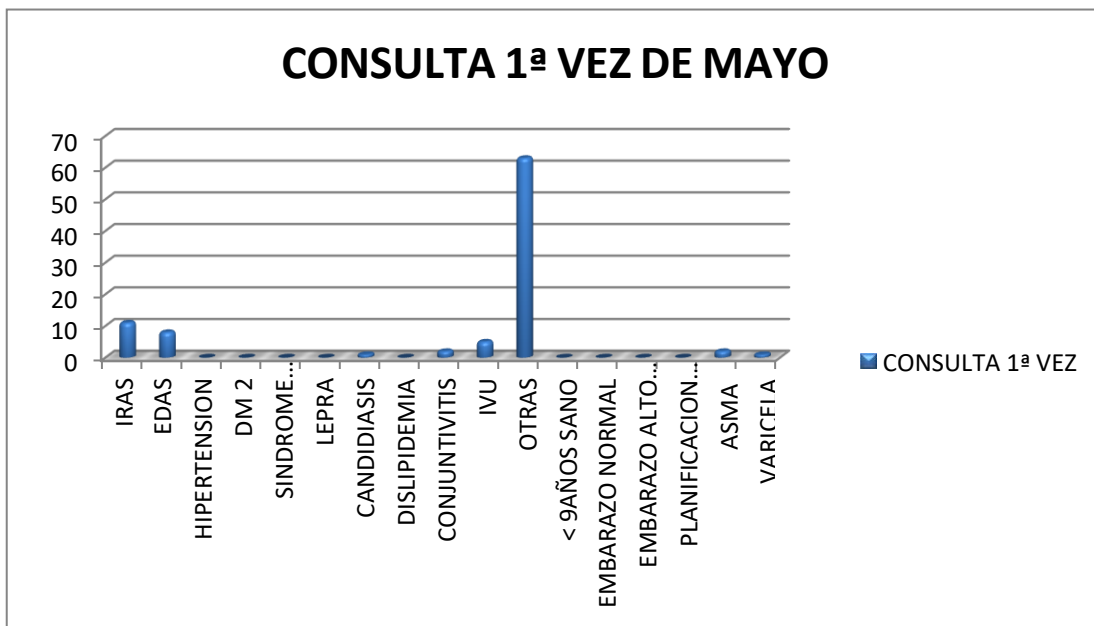
TABLA 36 CON EL NÚMERO DE CONSULTA REPORTADA EN EL MES DE MAYO 2012

CLAVE	DIAGNÓSTICO	TOTAL	CONSULTA 1ª VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE
J00.X	Iras	27	11	16
A09.X	EDAS	18	8	10
I10.X	Hipertensión	24	0	24
E11.9	Diabetes m 2	6	0	6
E88.9	Síndrome Metabólico	22	0	22
A30.5	Lepra	1	0	1
B37.3	Candidiasis	2	1	1
E78.9	Dislipidemia	2	0	2
B30.9	Conjuntivitis	4	2	2
N39.5	IVU	10	5	5

Z51.9	Otras	93	63	40
Z00.1	< 9 años	19	0	19
Z34.9	Embarazo N	8	0	8
Z35	Embarazo AR	1	0	1
Z30.9	Planificación	4	0	4
J45.8	Asma	4	2	2
B01.9	Varicela	2	1	1

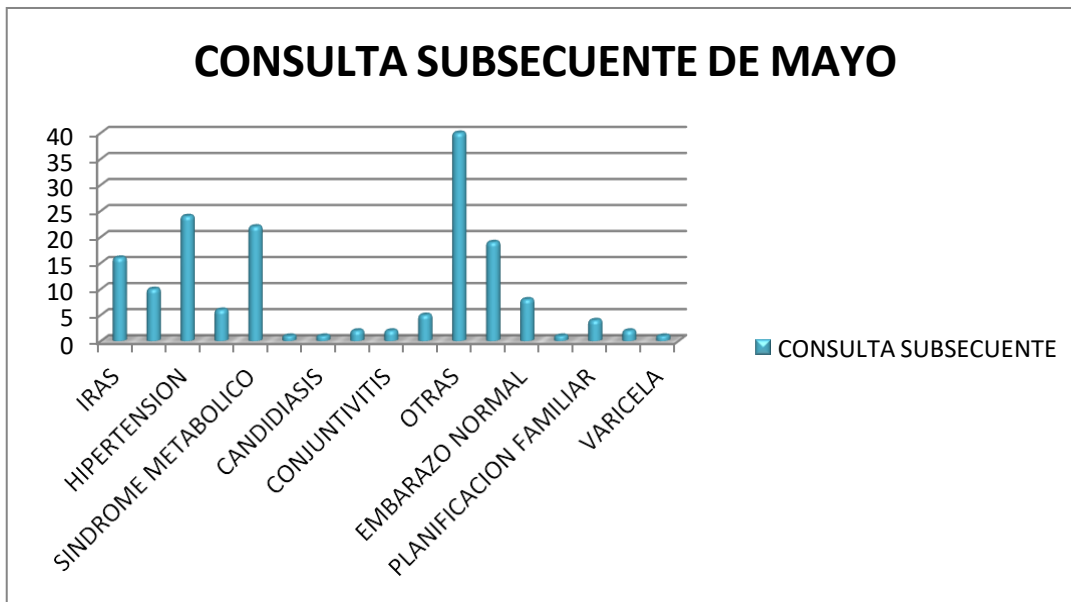
FUENTE: CONCENTRADO MENSUAL DE ACTIVIDADES MEDICAS DEL CAUSES, MAYO 2012.

GRÁFICA 56 CON EL NUMERO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ REPORTADA EN MAYO 2012 DE ACUERDO CON CADA PATOLOGÍA



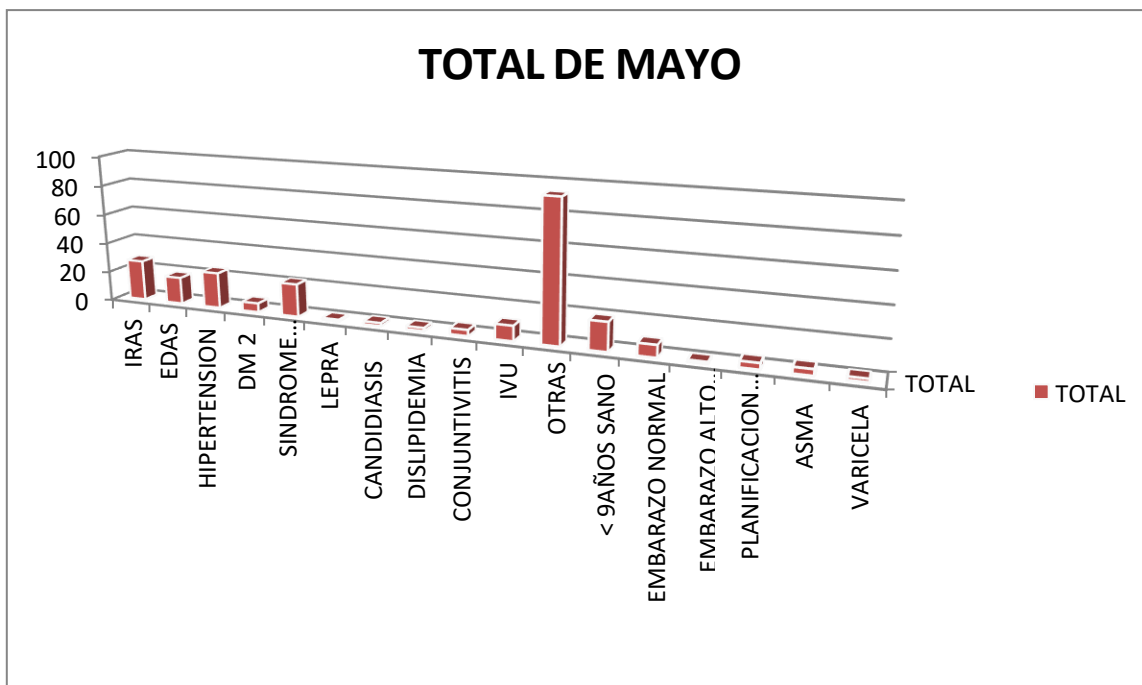
Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, mayo 2012

GRÁFICA 57 CON EL NÚMERO DE CONSULTA SUBSECUENTE REPORTADA EN EL MES DE MAYO 2012.



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, mayo 2012

GRÁFICA 58 CON EL NÚMERO TOTAL DE CONSULTA REPORTADA EN EL MES DE MAYO 2012



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, mayo 2012

La primera causa de atención médica en la consulta fueron Otras causas de atención médica con un total de 93 consulta, seguido de infección respiratoria aguda e Hipertensión arterial sistémica como tercera causa.

JUNIO 2012.

En este mes tome mi tan deseado segundo periodo vacacional, comprendido del día 4 al 15 de junio 2012.

El día 5 de junio se celebró el Día Mundial del Medio Ambiente. El 14 de junio se celebró el Día Mundial del Donante de Sangre. Y por último el día 26 de junio el Día Internacional de Lucha Contra las Drogas, con este motivo se realizó un periódico mural y ya no se dieron pláticas a la población con motivo de cuestiones políticas las cuales se reanudarán después de las elecciones federales.

Di 138 consultas en su totalidad, 71 de primera vez y 67 subsecuentes.

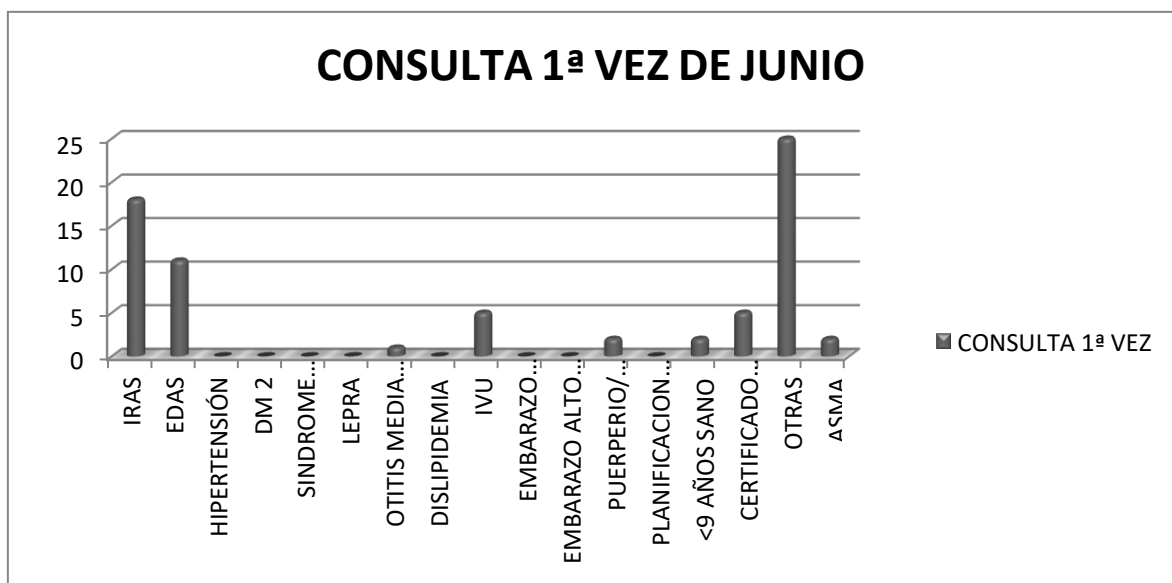
**TABLA 37 CON EL NÚMERO DE CONSULTA REPORTADA EN EL
MES DE MAYO 2012**

CLAVE	DIAGNÓSTICO	TOTAL	CONSULTA 1ª VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE
J00.X	Iras	18	18	0
A09.X	EDAS	11	11	0
E11.9	Hipertensión	19	0	19
I10.X	Diabetes mellitus 2	6	0	6
E88.9	Síndrome Metabólico	5	0	5
A30.5	Lepra	1	0	1
H65.1	Otitis media aguda	1	1	0
E78.9	Dislipidemia	2	0	2
N39.5	IVU	5	5	0
Z34.9	Embarazo normal	6	0	6
Z35	Embarazo alto riesgo	1	0	1
Z39.1	Puerperio/ Lactancia	2	2	0
Z30.9	Planificación familiar	4	0	4

Z00.1	< 9 años sano	9	2	7
Z02.7	Certificado medico	5	5	0
Z51.9	Otras	40	25	15
J45.8	Asma	3	2	1

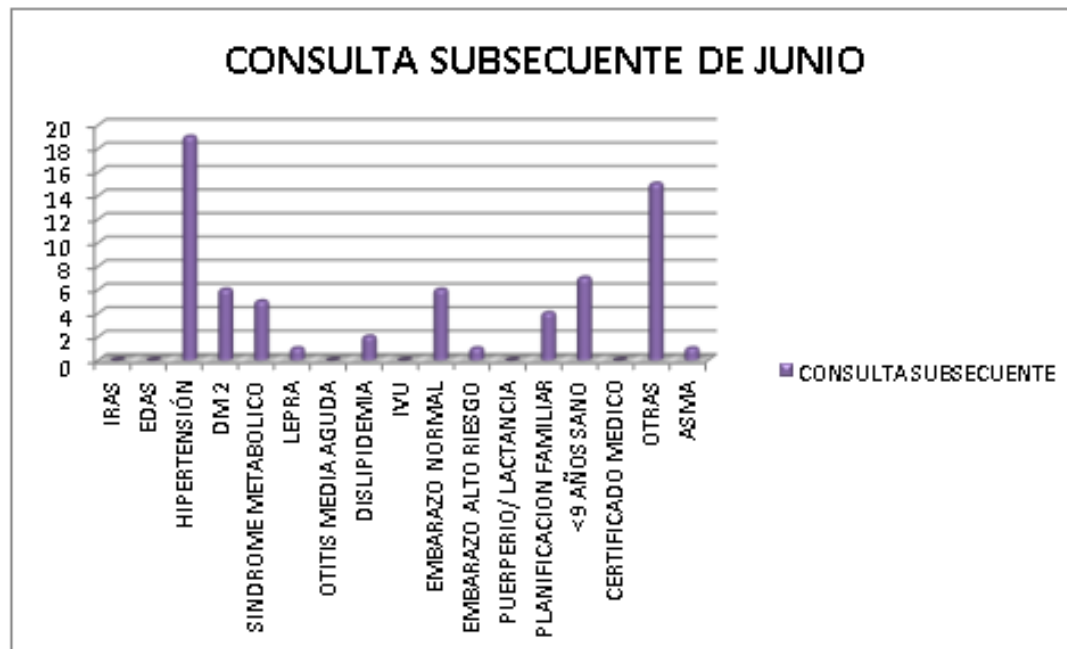
FUENTE: CONCENTRADO MENSUAL DE ACTIVIDADES MEDICAS, CAUSES JUNIO 2012.

GRÁFICA 59 CON EL NUMERO DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ REPORTADA EN JUNIO 2012



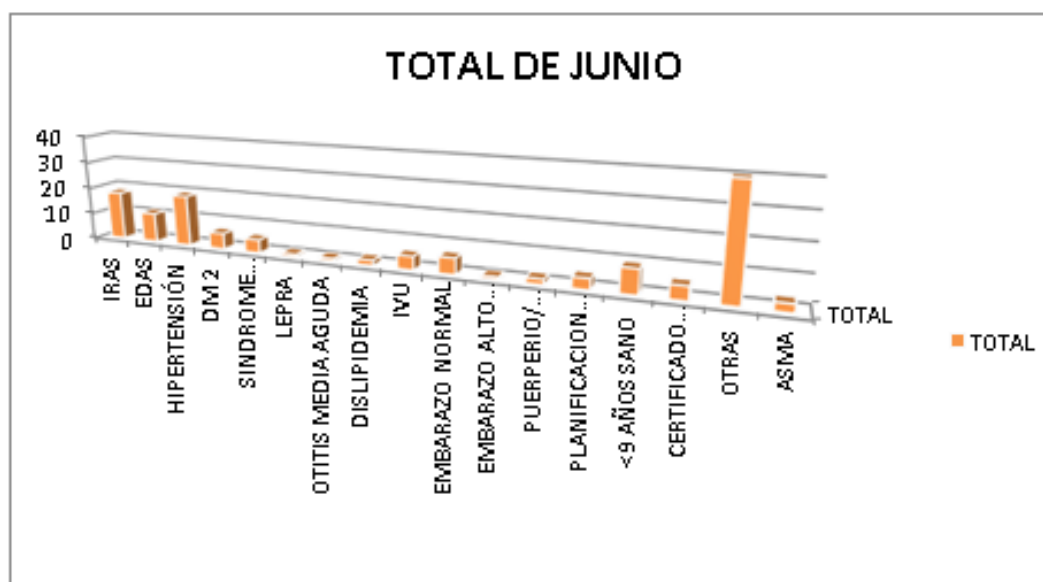
Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, junio 2012.

GRÁFICA 60 CON EL NÚMERO DE CONSULTA SUBSECUENTE REPORTADA EN EL MES DE JUNIO 2012.



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, junio 2012

GRÁFICA 61 CON EL NÚMERO DEL TOTAL DE CONSULTA REPORTADA EN EL MES DE JUNIO 2012



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, junio 2012

JULIO 2012

En este mes solo se celebraron dos fechas: el 8 Día Mundial de la Alegría y 11 día Mundial de la Población. En cuanto a mi productividad de la consulta di en total 337 consultas, 150 de primera vez y 187 subsecuentes.

Tabla 38. Tipos de consultas con sus claves y totales.

DIAGNOSTICO	CLAVE	TOTAL	CONSULTA 1ª VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE
IRAS	J00.X	46	26	20
EDAS	A09.X	32	16	16
HIPERTENSIÓN	I10.X	34	0	34
DM 2	E11.9	28	0	28
SÍNDROME METABÓLICO	E88	32	0	32
LEPRA	A30.5	1	0	1
OTITIS MEDIA AGUDA	H65.1	4	2	2
CANDIDIASIS	B37.3	3	2	1
DISLIPIDEMIA	E78.9	6	0	6
CONJUNTIVITIS	B30.9	1	0	1
IVU	N39.5	27	17	10
OTRAS	Z51.9	117	80	37
<9 AÑOS SANO	Z00.1	22	3	19
EMBARAZO NORMAL	Z34.9	8	0	8
EMBARAZO ALTO RIESGO	Z35	1	0	1
PUERPERIO /LACTANCIA	Z39.1	3	3	0
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Z30.9	7	0	7
PICADURA ALACRÁN	T63.9	1	1	0

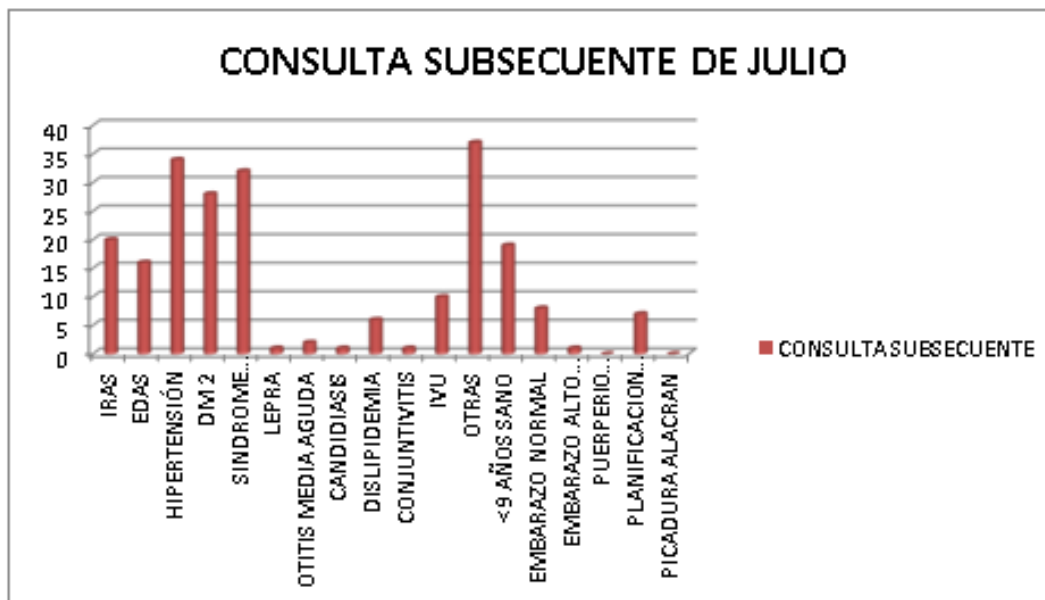
FUENTE: CONCENTRADO MENSUAL DE ACTIVIDADES MEDICAS DEL CAUSES JULIO 2012.

GRÁFICA 62 CON EL NUMERO DE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ REPORTADA EN JULIO 2012



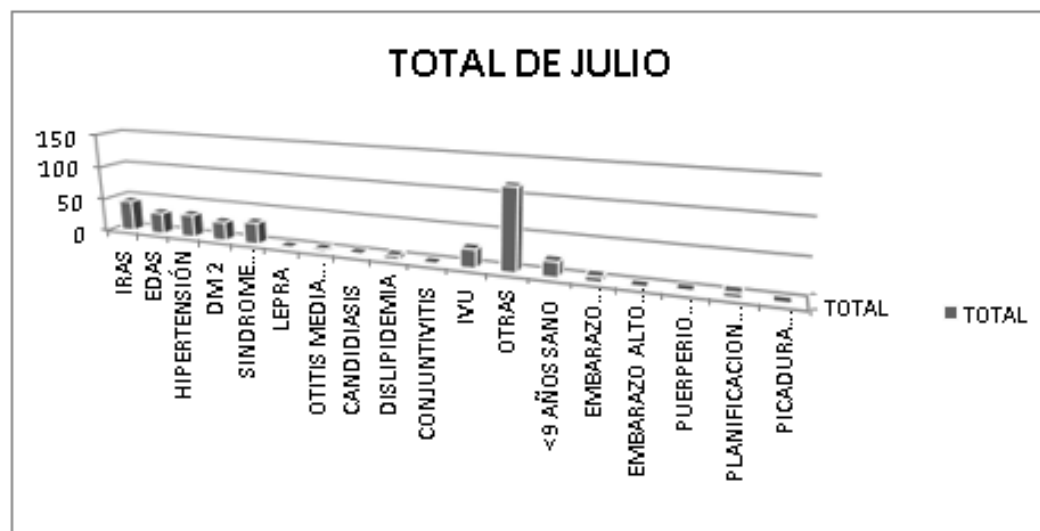
Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, julio 2012

GRÁFICA 63 CON EL NÚMERO DE CONSULTA SUBSECUENTE REPORTADA EN EL MES DE JULIO 2012



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, julio 2012

GRÁFICA 64 CON EL NÚMERO TOTAL DE LA CONSULTA REPORTADA EN JULIO 2012



Fuente: Concentrado mensual de actividades medicas del causes, julio 2012.

CONCLUSIONES

En relación a su formación como persona

Soy pasante de Servicio Social de la carrera de Medicina egresada orgullosamente de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Desde mi infancia, adolescencia, hasta llegar la etapa adulta, eh sido provista de estudios básicos: primaria, secundaria, nivel bachillerato, el cual lo realicé en conjunto con enfermería a nivel técnico. Esto me ha dado las herramientas necesarias para aprobar el examen de ingreso a la universidad.

Soy hija de familia, ambos padres trabajadores, soy la mayor de tres hermanos, nací y crecí en el estado de Guerrero, donde viví hasta nivel preparatoria.

Al aprobar el examen de ingreso a la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco, cambie de domicilio para erradicar en la Ciudad de México. En este momento convirtiéndome en una persona independiente al núcleo familiar, sin embargo, dependiente económicamente.

Al cursar la carrera de medicina iniciando por el tronco Inter divisional, me abrió un panorama muy amplio al conocimiento.

La diversidad de pensamiento de mis compañeros fue muy grata y sobre todo me ayudaron mucho a conocer la ciudad. Posteriormente en el tronco divisional pude entrar a los conocimientos científicos, me abrieron mucho al entendimiento para el ejercicio de mi profesión. Estos fueron pilares fuertes para culminar en los trimestres, llegando al internado y servicio social.

Todo esto concluye en la persona que actualmente soy, con mayores conocimientos, seguridad y autoestima para desarrollarme en el ámbito social, profesional, así como una mejor persona, mental y emocionalmente.

[Escriba aquí]

En relación a su formación profesional

Mis estudios básicos los realicé en el estado de Guerrero, en la primaria María A. Ramírez en el pueblo de Quechultenango, secundaria José Ma. Morelos y Pavón en el pueblo de Mochitlán, estudios a nivel técnico los realicé en la escuela de enfermería No. 1 en la ciudad de Chilpancingo de los Bravo, esta dependiente de la Universidad Autónoma en el estado de Guerrero.

Ingresé a la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco en el año 2005, cursando todos los módulos trimestrales y realizando prácticas médicas a partir del 4to trimestre, en primer nivel de atención médica, esto en el centro de Salud de la delegación Tlalpan, en la Ciudad de México.

En segundo nivel de atención médica, en diferentes hospitales, como el Hospital Gea González, Hospital Infantil de Tacubaya, Hospital de Especialidades ISSSTE Zaragoza, Hospital General José. Ma. Morelos y Pavón de Santa Marta Acatitla, entre otros. Obteniendo los créditos totales de la carrera de medicina.

En el año 2010, acorde a mi puntaje obtenido, elegí la plaza de médico interno de pregrado en el Hospital General Dr. José María Rodríguez, con duración de un año, donde realicé cinco rotaciones, cada una de dos meses, urgencias adulto, ginecobstetricia, medicina interna, pediatría-urgencia pediatría, medicina preventiva. Obteniendo la liberación de médico interno de pregrado.

Para así posteriormente, elegir plaza del Servicio Social, eligiendo nuevamente al ISEM, del Estado de México, en el poblado de San Antonio del Rosario, en el municipio de Tlatlaya, donde desarrollé actividades, tales como la consulta externa, control del paciente crónico, métodos anticonceptivos, vigilancia de crecimiento y desarrollo del niño sano y medicina preventiva.

En relación a su aportación a la comunidad

La localidad de San Antonio del Rosario está situada en el municipio de Tlatlaya en el Estado de México, tiene 1346 habitantes, colindando al sur con el estado de Guerrero y al norte con el estado de Michoacán, así como con el municipio de Amatepec. Este está comprendido dentro de la región denominada Tierra Caliente, cuyo centro es la ciudad de Altamirano, en el estado de Guerrero.

Una población regularmente con una temperatura entre 18 y 34 °C, la población es pequeña, sin embargo, cálida, donde fui bienvenida por una familia de adultos mayores, a quienes agradezco su hospitalidad, durante el año del servicio social.

Durante mi estancia en la población de San Antonio del Rosario, ofrecí mi servicio social diariamente, de lunes a viernes, con un horario de servicio de 08:16 horas con atención a la mayoría de la población que se encontraba en el programa de Oportunidades. Atención de paciente de consulta mensual, pacientes crónico degenerativos, consulta mensual de pacientes obstétricas, atención al niño sano, así como consultas de enfermedades infecciosas del tracto digestivo, urinario, respiratorio, ocular y ótico, mayoritariamente.

También en la unidad teníamos un paciente con diagnóstico de Lepra lepromatosa nodular, únicamente en vigilancia.

Ofrecí mis servicios con toda calidad humana, pues la población es bastante agradable y educada, pese al problema de la presencia del crimen organizado en la comunidad.

Concluí satisfactoriamente las 48 semanas del servicio social, obteniendo mi constancia de liberación por el coordinador de San Pedro Limón, a quien entregué su unidad con expedientes terminados.

Agradeciendo mi estancia en el poblado de San Antonio del Rosario, junto con los pacientes que me recibieron y despidieron con los brazos abiertos.

[Escriba aquí]

En relación con su institución educativa

En el año del 2005, aprobé el examen de ingreso a la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco, en la Ciudad de México. Abriéndome las puertas a todo un mundo de conocimiento en el área de la Salud.

Mi ingreso a la universidad fue una noticia muy agradable en lo personal, así como para mi familia, quien me apoyó desde el tronco inter divisional, hasta la elección de la plaza para el servicio social.

En cada uno de los trimestres cursados en la universidad, los conocimientos fueron más extensos, conocí maestros titulares quienes cada uno de ellos llenos de experiencia, nos capacitaron y orientaron a los alumnos en cada una de las ponencias, abarcando diferentes temas de salud.

La carrera de medicina es una licenciatura muy absorbente en tiempo. Se necesita una excelencia académica. Los compañeros fueron realmente un gran equipo, durante el estudio de la licenciatura.

Siempre estaré feliz y agradecida de poder ser parte de la universidad Autónoma
Metropolitana.

Casa abierta al tiempo.