

UNIVERSIDAD INSURGENTES PLANTEL LEÓN.



INCORPORACIÓN CLAVE 8989-12 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRÍCA

**DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LOS DERECHOHABIENTES DEL
CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO DEL IMSS.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

HERNANDEZ MORENO SASHIDA PATRICIA.

ASESOR DE TESIS:

M.C Y T.E. SUSANA RODRÍGUEZ LUGO

León, Guanajuato, 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

1. INTRODUCCIÓN.....	Pág. 3
2. JUSTIFICACIÓN.....	Pág. 5
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	Pág. 6
4. OBJETIVOS	
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	Pág. 7
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	Pág. 8
4.3 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	Pág. 9
5. MARCO TEÓRICO.....	Pág. 10
6. DIAGNÓSTICO.....	Pág. 20
7. PATOLOGÍAS.....	Pág. 57
8. MATERIAL Y MÉTODOS.....	Pág. 67
8.1 TIPO DE ESTUDIO.....	Pág. 68
8.2 UNIVERSO DE TRABAJO.....	Pág. 68
8.3 MUESTRA.....	Pág. 68
8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN EXCLUSIÓN.....	Pág. 69
8.5 ESTADÍSTICA.....	Pág. 70
8.6 TÉCNICA.....	Pág. 70
8.7 CUESTIONARIO.....	Pág. 71
9. RESULTADOS.....	Pág. 72
10. DISCUSIÓN.....	Pág. 73
11. PROBLEMAS DETECTADOS.....	Pág. 76
12. CONCLUSIÓN.....	Pág. 80
13. PROPUESTAS.....	Pág. 82
14. ANEXOS.....	Pág. 85
15. BIBLIOGRAFÍAS.....	Pág. 96

1. INTRODUCCIÓN.

“Mejorar la salud de la población” es la meta del ministerio en la mayoría de las naciones. En los últimos años, los debates de política acerca de cómo alcanzar esta meta se han ampliado para incluir el tema de las funciones esenciales de salud pública o los servicios esenciales de salud pública como los cimientos que permitirán alcanzar metas concretas.

Los responsables de las políticas sanitarias han entendido que, sin una infraestructura adecuada como la que se requiere para la prestación de estos servicios, ninguna administración podrá avanzar eficientemente hacia el mejoramiento de la salud para todos.

Si bien los tratamientos para enfermedades concretas y las actividades para reducir al mínimo los riesgos individuales, pueden proporcionarse con éxito uno por uno, no es posible que sean sostenibles sin una estructura de salud pública organizada.

Más aun, las necesidades de una ciudad, región o nación cambiarán con el transcurso del tiempo.

La presencia de una red bien desarrollada de funciones y servicios esenciales de salud pública permite la flexibilidad y el crecimiento de la programación con el correr de los años. El tema de las funciones esenciales ha recibido atención en muchos países pero solo de manera individual.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han encabezado actividades conjuntas para facilitar la cooperación y el aprendizaje mutuo. Aunque gran parte del trabajo realizado ha sido genérico para todo el ámbito de la salud pública, también se han emprendido iniciativas para determinar los aportes de profesiones individuales relacionadas con la salud a la actividad general.

Por ejemplo, las enfermeras salubristas en los Estados Unidos han logrado especificar en qué forma un mejor ejercicio de la salud pública dentro de la disciplina puede fortalecer la infraestructura de salud pública de una comunidad o nación. Muchas enfermeras que están contribuyendo a definir las funciones esenciales no piensan en realidad que lo hacen, ya que están poco familiarizadas con el nuevo lenguaje de la salud pública.

Un mayor número de enfermeras podrían convertirse en colaboradores activos de la empresa de salud pública si vieran más claramente cómo la práctica de la enfermería forma parte integral del proceso.

El grupo de enfermeras que trabaja tanto en enfermería de salud pública como en funciones esenciales, cree que, si bien gran parte de la formación de la fuerza de trabajo relacionada con las funciones esenciales de salud pública debería hacerse con grupos interdisciplinarios, se justifica prestar especial atención a la enfermería ya que esta profesión cumple funciones claves en materia de salud pública en las Américas.

También consideran que las enfermeras necesitan cierta formación profesional concreta y las herramientas que las preparen para el ejercicio profesional interdisciplinario, especialmente porque muchas de ellas no han estudiado a nivel de bachillerato o superior.

Para fines de este análisis, se considerará principalmente como enfermeras salubristas a las que han realizado estudios de enfermería superiores al nivel de secundaria, que trabajan en un programa o actividad destinados a la población en un organismo de salud pública oficial o en una entidad contratada por el gobierno.

Hay algunas enfermeras que ejercen en otras organizaciones (organizaciones voluntarias de salud, programas no gubernamentales o sistemas de servicios de salud) y que tal vez estén trabajando en el ámbito de la salud pública, pero en esta oportunidad no se incluyen en este análisis.

2. JUSTIFICACIÓN.

En el país y en el mundo se ha tenido un aumento considerable de las enfermedades no transmisibles saturando en muchos casos los servicios de salud, estas enfermedades a diferencia de las transmisibles afectan a toda la población sin importar su nivel socioeconómico, sexo, edad y cultural, por lo que es un reto para los sistemas de salud el control adecuado de estos pacientes.

Por lo anterior es de gran relevancia que las acciones durante este trabajo se aborden desde el ámbito de la orientación y concientización sobre la importancia que tiene el tener una adecuada adherencia terapéutica, el tener una alimentación saludable y el fomento de la actividad física para mejorar su control metabólico y con esto prevenir y disminuir la posibilidad de presentar complicaciones propias de la enfermedad.

Con la realización de este proyecto se podrá obtener información sobre del conocimiento que tienen los pacientes sobre las diferentes enfermedades en general, así como los factores que desencadenan una mala adherencia terapéutica, un mal control y las posibles complicaciones de la enfermedad, teniendo la oportunidad de mejorar y aplicar los conocimientos por parte de los participantes, para tener un mejor estilo de vida y una adecuada adherencia terapéutica.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Actualmente existe una ola de problemas sociales a los que enfrentan los países, sean desarrollados o emergentes, estos problemas debería resolverse, con el fin de generar un cambio positivo en el comportamiento de las personas para mejorar su calidad de vida.

Uno de los problemas de mayor relevancia en el sector salud es el gran número de personas que presentan una enfermedad crónico-degenerativa, algunas de estas enfermedades pueden ser tratadas a tiempo.

La OMS: **Plan de acción mundial** para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, tiene como objetivo deducir una cuarta parte las muertes secundarias a padecimientos cardiacos, enfermedades neoplásicas, enfermedades crónico degenerativas como diabetes e hipertensión así como padecimientos respiratorios. Este plan de acción maneja acciones y posibilidades dentro de la política para realizar acciones preventivas y de control de padecimientos crónicos.

Tomar en cuenta de forma directa los temas de salud y relacionarlos a los avances económicos y sociales del país, disminuir las desigualdades en los temas de salud que daña a la población con escasos recursos económicos, dar prioridad a los problemas de salud que van en crecimiento, mejorar de forma urgente y en todo el país la calidad de atención por parte del personal de salud.

Mejorar la colaboración de la población en temas de salud y la posibilidad de elegir por parte del paciente el lugar para recibir atención desde el primer contacto con los servicios de salud, que se otorgue un servicio integral de salud a toda la población.

4. OBJETIVOS.

4.1 OBJETIVO GENERAL.

Identificar los factores de riesgo y necesidades que se asocian a la morbilidad y mortalidad que afecta a los pacientes del consultorio 11 turno matutino del IMSS, con la finalidad de implementar acciones y planes de auto cuidado para mejorar la calidad de vida de los derechohabientes.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ✓ Reunir la información sobre salud relevante para el consultorio 11
- ✓ Identificar problemas de salud en el consultorio.
- ✓ Identifica cuales son los factores que afectan la salud de los pacientes del consultorio.
- ✓ Sugerir áreas de acción para mejorar la salud.
- ✓ Fijar objetivos para conseguir logros relacionados con la salud.
- ✓ Identificar las necesidades de los derechohabientes del consultorio.
- ✓ Informar a la población sobre las cuestiones que afectan a la salud de una manera sencilla y accesible.

4.3 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

NOMBRE	VARIACIÓN	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ÍNDICE
DIAGNÓSTICO	Independiente	El diagnóstico alude, en general, al análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias.	Cualitativa	No existe rango edad.
SALUD	Independiente	Es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo o a nivel objetivo.	Cualitativa	No existe rango edad.
EDAD	Interviniente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta el momento en que se hace el cálculo o hasta la fecha de su fallecimiento si fuera el caso.	Cuantitativa	No existe rango edad.
SEXO	Independiente	En biología es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Cualitativa	No existe rango edad.
PATOLOGÍAS	Independiente	De forma más específica, esta disciplina se encarga del estudio de los cambios estructurales bioquímicos y funcionales que subyacen a la enfermedad en células, tejidos y órganos.	Cualitativa	No existe rango edad.
DERECHOHABENTES	Interviniente	Son asegurados, pacientes, beneficiarios o pensionados que a través de un contrato, son beneficiarios de los derechos de salud, económicos, sociales y culturales que ofrece la institución.	Cuantitativa	No existe rango edad.

5. MARCO TEORICO.

La estrategia de la APS definida en la conferencia de Alma Ata en 1978 estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. Los niveles de atención son una forma organizada de organizar los recursos en tres niveles de atención.

Se señala como niveles de complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma.

La Prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa en 1986, donde se la define como: el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.

Tener un primer nivel de salud fuerte nos favorecería a tener oportunidad de establecer campañas de educación y prevención en salud más efectiva, que se podrían traducir en menos pacientes obesos, menos pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

En fortalecer campañas de inmunizaciones (que actualmente están en crisis mundial por movimientos anti- vacunas).

El fortalecimiento al primer nivel de atención, a mediano y largo plazo impactara en el segundo y tercer nivel también, ya que al tener una población en donde se promueve la detención temprana hace que no haya necesidad de acudir a los servicios de urgencias o a los hospitales por enfermedades que requieren únicamente manejo ambulatorio, o la prevención a largo plazo de enfermedades crónicas que llevan a complicaciones que requieren atención en segundo o tercer nivel.

En un país con las características que tiene México es de suma importancia que el primer nivel de atención tenga resultados, ya que todo el sistema depende del primer nivel. Si no existen actividades adecuadas de prevención (aunque en este sentido se trabaja a pesar de todo el trabajo que se hace para evitar que den buenos resultado) hay paciente que demandan servicios de salud. Y los resultados van mucho de la mano de los recursos que reciban. Ya que es importante que cuenten con personal, con insumos, con medicamentos para poder atender a la población, así como con materiales y presupuesto para hacer campañas de prevención.

Todos, aunque no seamos personal de salud, podemos favorecer al primer nivel de atención en salud, cuando ayudemos a promover estilos de vida saludables, cuando educamos a nuestros hijos a hacer ejercicio, a llevar dietas adecuadas, y vacunarlos.

Podemos involucrarnos a favorecer ese primer nivel de atención, lo que nos llevara a tener un país sano.

En el **Primer Nivel**, se atienden a pacientes con problemas de salud simples, como catarros, diarreas, caries, pie plano, etc., que habitualmente no ponen en peligro la vida del niño. También realizan el Control del Niño Sano, vacunación, planificación familiar y se dan pláticas sobre alimentación e higiene.

Es decir, la atención primaria en salud es el conjunto de servicios y estrategias a nivel nacional que van enfocadas a promover la salud de las personas de tal modo que se reduzca la incidencia de las enfermedades.

Mediante centros, personal médico, campañas a nivel estatal, planes de comunicación, estrategias de promoción de la salud, etc, la atención primaria en salud busca la prevención de aquellas enfermedades más comunes en el país en cuestión.

Se fundamenta en el hecho que, teniendo en cuenta que los servicios que se prestan en la atención secundaria y terciaria, lo más “rentable” y, a la vez, más deseable para la población es evitar que la gente requiera de tratamientos específicos contra una enfermedad.

Por lo tanto, la atención primaria de la salud son todas aquellas políticas y servicios que se ofrecen a la población para promover su salud pero que no se realizan dentro de hospitales.

La base de todo sistema de salud es que las personas tomen conciencia de la importancia de promover su salud. De lo contrario, el estado no podría garantizar que los servicios llegaran a todo el mundo, algo que no podría permitirse.

Es el principio más básico de la prevención. La atención primaria en salud debe encargarse de comunicar a la población cuál es la importancia de llevar un estilo de vida saludable, pues es la mejor manera de evitar la aparición de algunas de las enfermedades más frecuentes en la mayoría de sociedades.

Las enfermedades cardíacas, la hipertensión, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares, la obesidad... Todos estos y muchos otros trastornos son, en la mayoría de casos, perfectamente prevenibles en caso de adoptar hábitos de vida saludables.

Por ello, el gobierno debe asegurarse de que la importancia de comer sano y hacer deporte llegue a toda la población. La atención primaria en salud debe empoderar a las personas a que cuiden ellas mismas de su salud, pues si lo hacen, no deberán solicitar una atención médica específica.

En los centros de atención primaria no se persigue curar una enfermedad concreta. Son lugares a los que una persona con la duda de padecer alguna afección o que simplemente quiere información sobre algún tema de sanidad, vacunarse, realizar análisis de sangre, etc, puede acudir.

Es en estos centros donde la persona tiene su médico de familia, alguien que conoce todo su historial y, por lo tanto, puede ofrecerle una orientación personalizada, eliminar dudas que el usuario pueda tener y ofrecer tratamientos genéricos.

¿Qué problemas trata la atención primaria en salud?

Como hemos visto, los servicios de atención primaria en salud van enfocados a, en resumen, que la persona no necesite ir a un hospital. Evidentemente, esto muchas veces es imposible de evitar, pero el estado debe hacer todo lo posible para que el número de gente que lo necesite sea mínimo.

Por lo tanto, la atención primaria en salud trata todos aquellos problemas relacionados con la salud de las personas, relacionadas tanto con la prevención de las enfermedades como con el tratamiento de los trastornos más frecuentes y leves que pueden ser solucionadas sin necesidad de acudir a un hospital.

Mala alimentación

Los malos hábitos alimenticios son uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. Las personas tenemos demasiado acceso a comidas poco saludables que, además, son baratas. Por ello, una de las principales luchas que afronta la atención primaria es la de concienciar sobre la importancia de llevar una alimentación sana y equilibrada.

Comer mal debilita nuestro cuerpo y contribuye a la obesidad, abriéndole la puerta a muchas enfermedades no transmisibles pero que sí tienen un alto impacto en la salud de las personas: enfermedades cardíacas, hipertensión, diabetes, cáncer...

Sedentarismo

Del mismo modo que pasa con la mala alimentación, el sedentarismo es toda una pandemia a nivel mundial. De hecho, se estima que más de la mitad de la población no realiza la actividad física mínima para garantizar un buen estado de salud.

La atención primaria en salud debe realizar todas las estrategias que estén en sus manos para alentar a la población a salir a la calle y, si bien no todo el mundo tiene ganas o tiempo de practicar un deporte, al menos que se mantenga activa y mueva el cuerpo

Inmunizaciones

Una de las estrategias más importantes de prevención es la vacunación. Las vacunas nos protegen de muchas enfermedades graves y deben ser de fácil acceso a toda la población. Por ello, el gobierno debe asegurarse de que a todas las personas se les transmita la importancia de vacunarse y, además, deben hacer que estas vacunas sean accesibles para todo el mundo

Enfermedades agudas

Si tenemos dolor de cabeza, algo de fiebre, nos pica el cuello, tosemos más de lo normal... No hace falta ir a urgencias. El coste de la atención en los hospitales es muy alto y estamos afectando a la economía de todo el sistema sanitario del país.

Ante síntomas tan leves como estos, lo mejor es buscar atención en los centros de asistencia primaria. Ahí, el médico de familia descartará - en prácticamente todos los casos - problemas de salud graves y, si lo considera necesario, nos dará una receta para obtener medicamentos o antibióticos.

Aunque lo más probable es que nos diga que con fármacos genéricos ya nos recuperaremos.

Análisis de sangre

Es en los centros de asistencia primaria que a las personas se les realizan los análisis de sangre, ya sea por mero examen rutinario o porque hay sospechas de que puede padecer algún trastorno. En caso de que todo esté bien, la persona puede volver a casa sin necesidad de ir a un hospital. De lo contrario, el médico de familia derivará al paciente a algún centro sanitario de nivel superior.

En atención primaria, como en otros ámbitos asistenciales, la atención médica de calidad debe basarse en el conocimiento; por lo tanto, la investigación es irrenunciable. Para realizar investigación en atención primaria se necesitan condiciones mínimas necesarias, a saber: que las autoridades crean en ella, que forme parte de sus objetivos, que pongan los recursos necesarios para su realización y que se incentive a los profesionales.

Hasta la fecha, la investigación en la atención primaria de la salud ha tenido poco reconocimiento, muestra de ello es que los entes gestores de salud suelen incluirla escasamente en sus estrategias, estructura organizativa, metas y presupuesto, ya que la prioridad es el trabajo asistencial en detrimento de otras tareas.

Al mismo tiempo, la medicina familiar es considerada por profesionales de otras especialidades de menor calidad e importancia en términos de logros científicos, por lo que se toma con poca seriedad en las convocatorias de proyectos, financiamiento, publicaciones, entre otros, dirigidos a la investigación.

Además, en el primer nivel de atención de muchos países no existe una cultura de la investigación, ya que tradicionalmente los trabajos multidisciplinarios, ensayos clínicos y estudios multicéntricos avalados por universidades, instituciones científicas y laboratorios farmacéuticos se realizan en hospitales; en consecuencia, los médicos de centros ambulatorios tienen menos oportunidades de formación y experiencia en tales prácticas.

Como resultado de lo anterior, los avances diagnóstico-terapéuticos surgidos para diversas enfermedades y muchos de los datos biomédicos disponibles en la actualidad, derivan de observaciones y estudios realizados en el segundo y tercer niveles de atención, cuyos resultados se han extrapolado a los pacientes del primer nivel; no obstante, estos resultados no siempre responden a las preguntas y necesidades que allí se plantean, debido principalmente a las diferencias en los procesos de atención, que necesitan diseños de estrategias diagnósticas y terapéuticas específicas.

La investigación en medicina familiar tiene características propias cuando se le compara con la que se realiza en el segundo y tercer niveles de atención: ofrece un potencial para el desarrollo de investigación clínica, epidemiológica, socio-médica, de servicios de salud y, en especial, en atención primaria; que debe ser reconocido y explotado en virtud de sus ventajas prácticas, sociales y económicas, por ejemplo:

- Identificación de variables que actúan en el individuo, la familia y la comunidad, tanto en la salud como en la enfermedad.
- Búsqueda de intervenciones preventivas oportunas, eficaces y vigentes para los problemas biológicos y psicosociales relacionados con el ciclo vital individual y familiar.
- Estudio e intervención preventiva de las prácticas de riesgo y los estilos de vida no saludables en el medio natural donde ocurren.
- Observación de las enfermedades en cualquier momento de su historia natural, con la posibilidad de actuar con prevención y continuidad.
- Evaluación de los tratamientos no farmacológicos en el escenario habitual donde se desenvuelven los pacientes.
- Análisis de la eficacia y riesgo de los tratamientos farmacológicos en la población y en el ambiente habitual donde se dan estos resultados.
- La evaluación de costo-beneficio, gestión y calidad de los servicios del primer nivel de atención que permita a las autoridades dictar políticas en salud, ya sea para implantar nuevas estrategias de acción, o bien para modificarlas según las necesidades detectadas.
- Desarrollar estudios epidemiológicos para el análisis de la prevalencia e incidencia de la morbilidad en el primer nivel de atención.

Aunque no podamos evitar ciertas cosas, hay muchas enfermedades y malestares que sí podemos reducir e incluso disminuir su probabilidad de aparición. Lo recomendable en todo caso es hacer lo que más nos conviene para nuestra salud, tomar conciencia de qué tipo de cosas son las que nos ayudan a estar más sanos y a sentirnos mejor. Hay que mantener un buen equilibrio entre la salud física y la mental, ambas son importantes e imprescindibles para mantener una buena calidad de vida.

Tener conciencia de que debemos hacernos responsables de nuestra salud es algo de vital importancia. No podemos estar buscando fuera constantemente lo que en primer lugar debemos proporcionarnos a nosotros mismos. El autocuidado es esencial, y si no lo incorporamos en nuestro día a día, estaremos aún más expuestos a todo tipo de adversidades que mermarán nuestra salud.

Alimentación

Ya es bien sabido que la alimentación es un factor básico para mantenernos saludables, no es de extrañar que debamos cuidar lo que comemos. Tampoco es necesario hacer grandes sacrificios, lo importante es que la alimentación sea variada, equilibrada y suficiente para mantener una condición física y peso saludables. Una alimentación consciente es la mejor manera de hacernos responsables de nuestra salud.

Ejercicio físico

La actividad física nos ayuda a mantenernos saludables, es algo que está más que comprobado y llega a ser una obviedad. Aun así el sedentarismo sigue en aumento, causando problemas de obesidad y acrecentando el riesgo de sufrir graves enfermedades.

Es importante hacer ejercicio regularmente, adaptado a nuestra edad y condición física. No se trata de pasar de no moverse a que hagamos un esfuerzo que vaya mucho más allá de nuestras posibilidades físicas. Cualquier actividad cuenta, ya sea andar, subir escaleras, lo importantes es que te mantengas activo y en movimiento.

Descanso y sueño

El estrés forma parte de la mayoría de las personas en su día a día, y es uno de los factores que más perjudican a nuestra salud. Aprender a relajarse y desconectar es algo básico para un buen descanso y un sueño reparador. Dormir bien recarga nuestras energías para que mantengamos saludables todas nuestras capacidades tanto físicas como mentales.

Consumo de tabaco y otras drogas

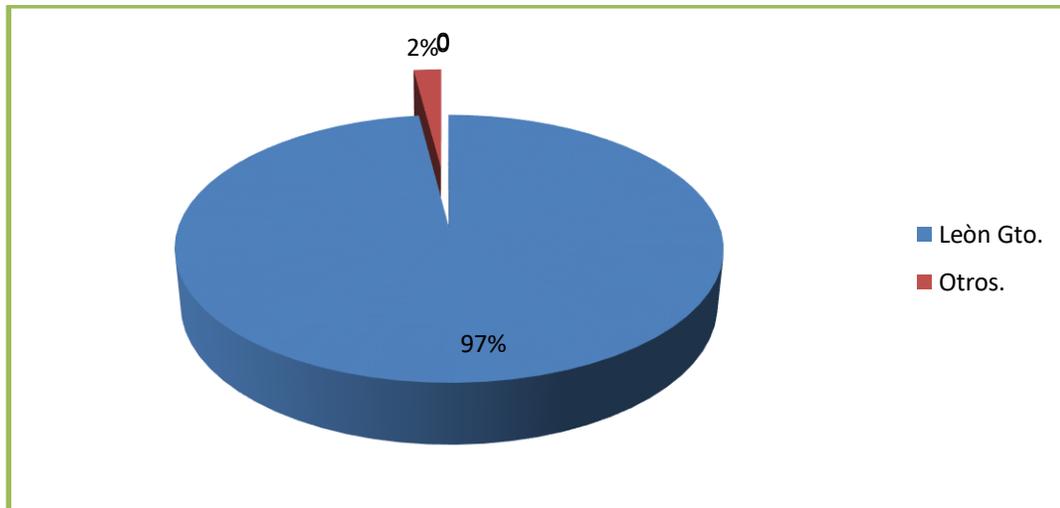
Está más que demostrado los riesgos que tiene el tabaco para tu salud. No puedes engañarte más por mucho que digas que vas a intentar dejarlo, no va a servir de nada. Toma una conciencia plena sobre lo que supone el tabaco y otras drogas para tu salud.

Cuando te comprometas a terminar con estos hábitos que destruyen tu salud, habrás tomado conciencia sobre la importancia que tiene tu autocuidado y sobre lo que puedes hacer por ti para estar más saludable

Si no eres fumador, evita dentro de lo posible todos los espacios con humos, ya que también el fumador pasivo acaba por poner en riesgo su salud.

6. DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LOS DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO.

1. Lugar de procedencia.

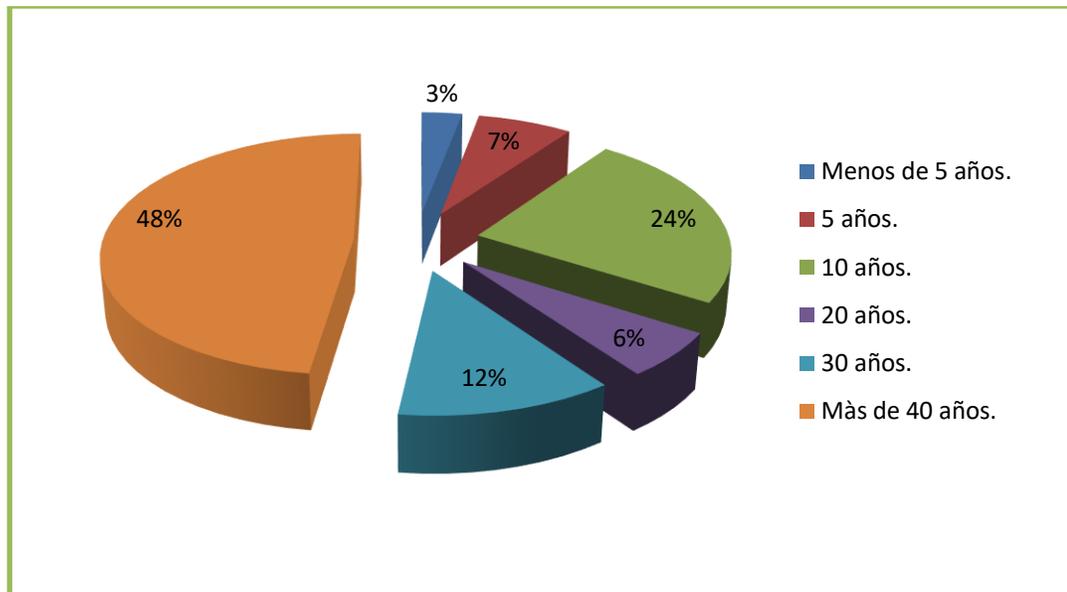


Fuente: Cuestionario.

La mayoría de la población que atiende el consultorio 11 turno matutino de la clínica familiar del IMSS No 53 son habitantes de la ciudad León gto.

Mostrando la gráfica que solo el 2 % son residentes foráneos, comentando los derechohabientes que actualmente se encontraban en León gto por cuestiones laborales.

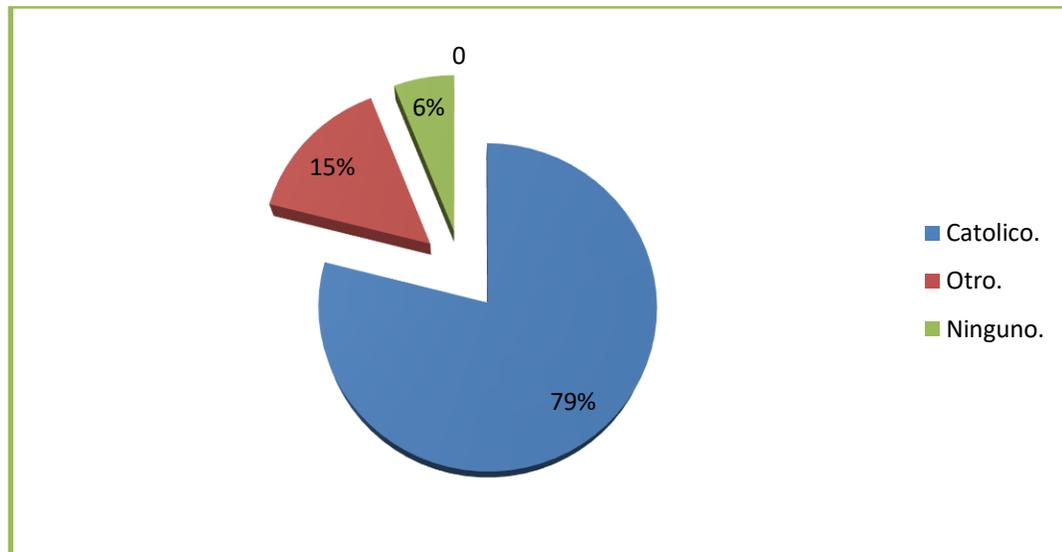
2. Tiempo de residencia.



Fuente: Cuestionario.

En esta grafica miramos que la población atendida en el consultorio ya mencionado ha vivido más de cuarenta años en León gto. Teniendo como mínimo el 3 % de la población que solo tiene 5 años habitando león gto. Esto debido a su trabajo, cuestiones económicas o de seguridad.

3. Religión.

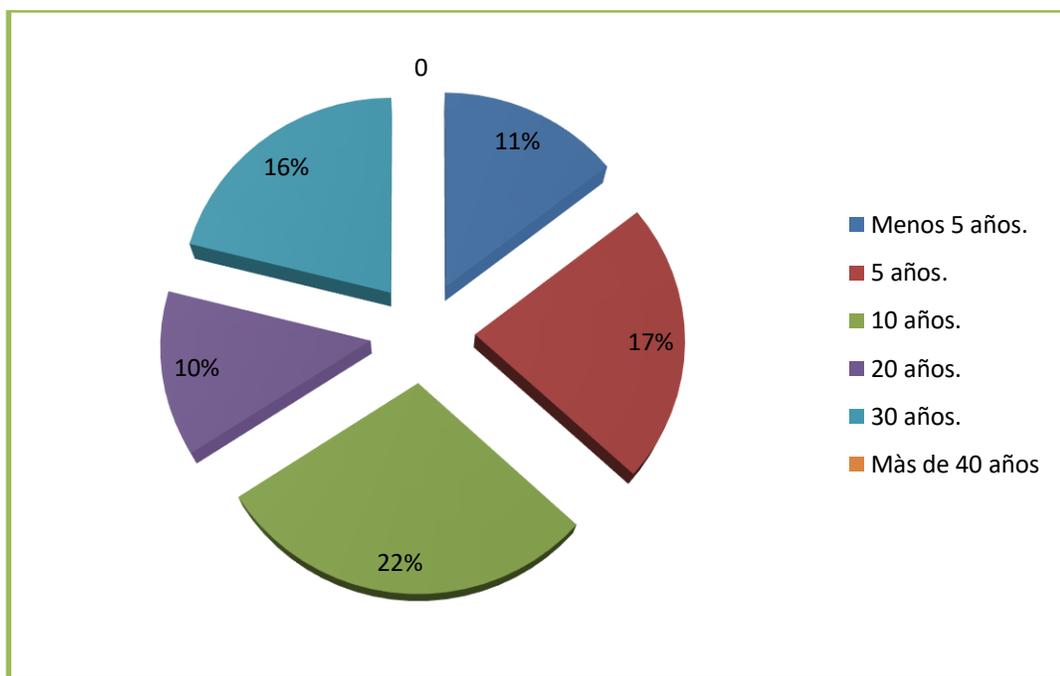


Fuente: Cuestionario.

En la ciudad de León gto, la religión que más se profesa actualmente es el catolicismo.

En nuestra siguiente grafica vemos que es mayoría la religión que practican los pacientes con un 79 % y que solo el 6 % que es el mínimo no pertenece o lleva a cabo ninguna religión.

4. Años de Unión de la pareja.



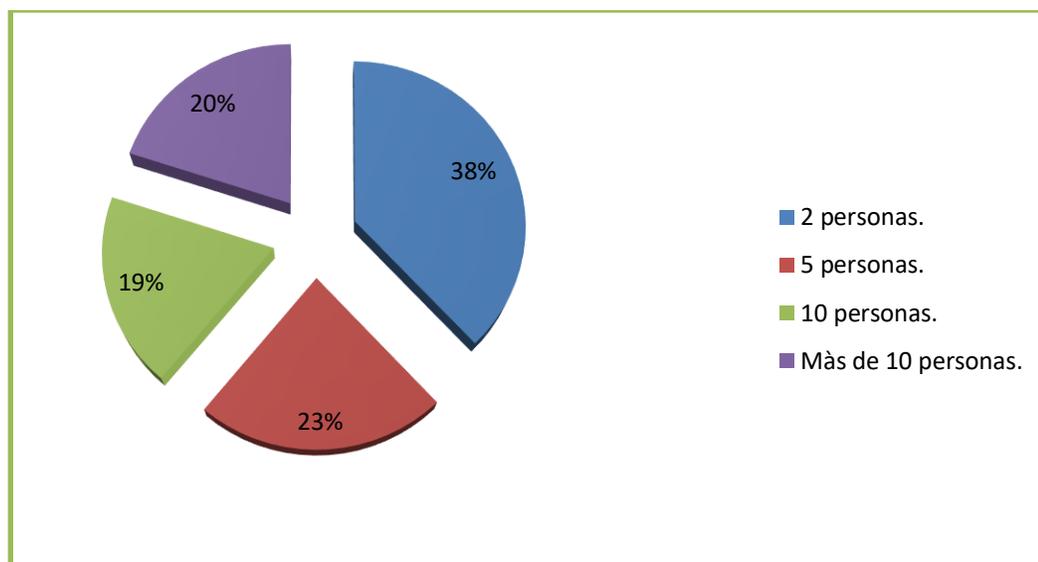
Fuente: Cuestionario.

La mayoría de las parejas atendidas en el consultorio 11, son parejas jóvenes cuya relación que predomina es de 10 años. Siguiendo la de 5 años de unión con un 17 % con un por debajo de 22 % que son 10 años de unión.

Contando con una mínima de 10 % esto significa que solo muy pocas parejas tienen una máxima de 20 años de unión.

Se muestra además la opción de más de 40 años, pero como tan no se representa en la gráfica con ningún color ya que las parejas tienen una relación de 40 años o más.

5. Número de integrantes por familia.



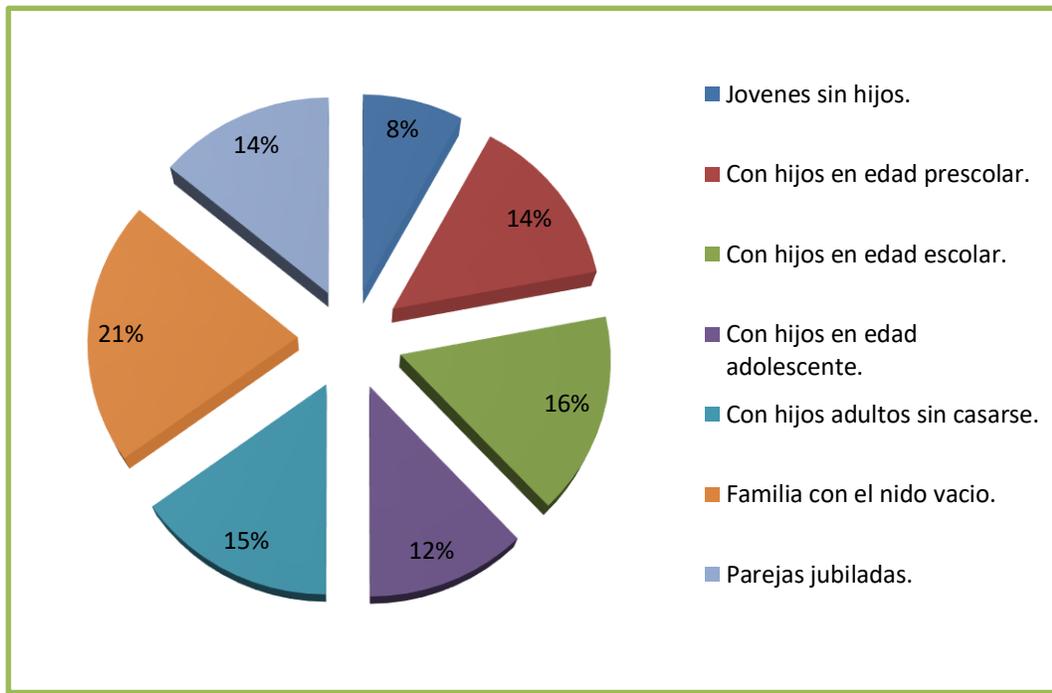
Fuente: Cuestionario.

La determinación de habitantes por familia creo que es un concepto muy interesante el por qué ahora las familias en cuestiones de números son pocas, como se muestra en la siguiente gráfica.

El porcentaje más alto es el 38 % siendo este la referencia que solo son 2 integrantes por familia (solo hombre y mujer como pareja sin hijos) solo muy pocos casos y esto dándonos cuenta realizando las encuestas a los mismos derechohabientes, (papá e hij@) o bien (mamá e hij@).

Pero también encontramos un claro contraste donde las familias son muy grandes y sus habitantes son desde niños hasta adultos mayores, estos cuentan en la gráfica con un 19 % donde habitan 10 integrantes.

6. Etapa del ciclo vital de la familia.

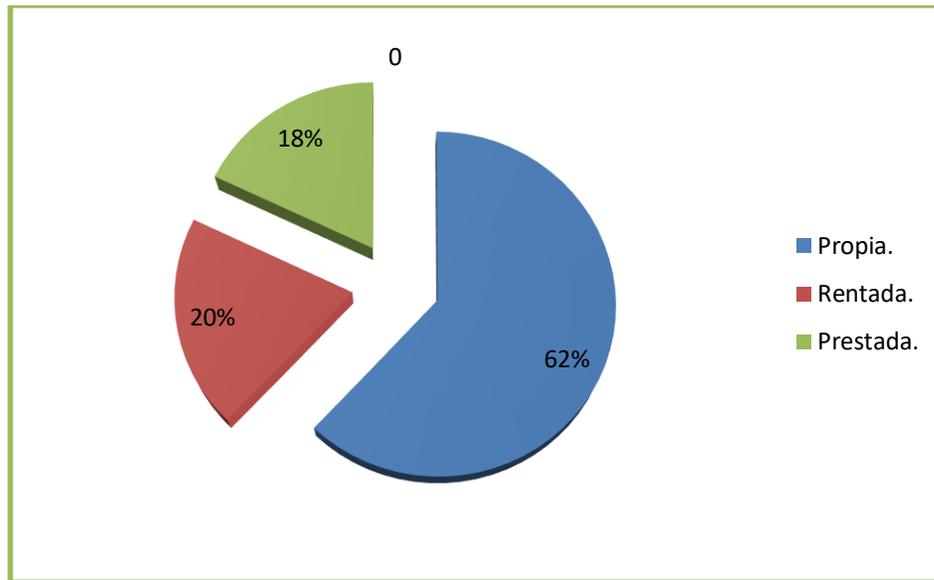


Fuente: Cuestionario.

Actualmente como se había mencionado en una de las gráficas anteriores, en esta vemos que las parejas actualmente optan por no tener hijos el 21 % menciona que su familia esta con el nido vacío (sin hijos). Mencionaban en las entrevistas que muchas de las ocasiones optan por no tener hijos. Sus cuestiones son por la parte profesional prefieren viajar o seguir preparándose o realmente no tiene tanto tiempo disponible para atender hijos.

7. Características de la vivienda.

a) Tenencia de la vivienda.



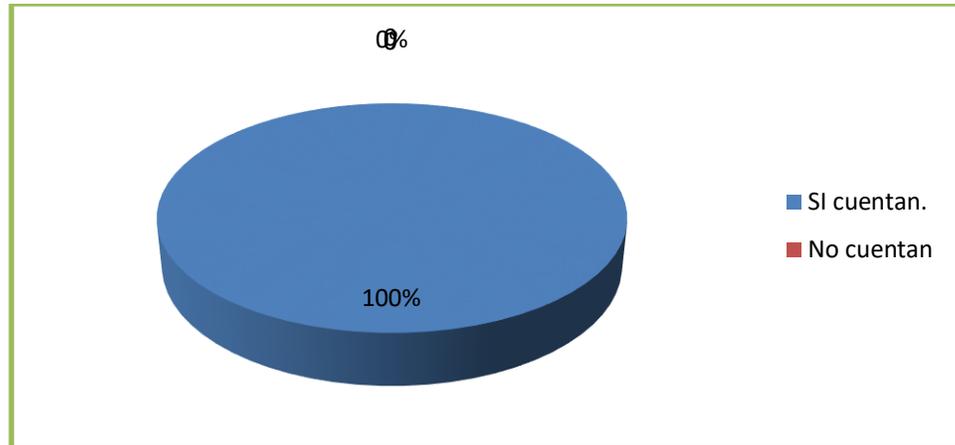
Fuente: Cuestionario.

Características de la vivienda se divide en incisos; este tema abarca varios aspectos.

El primero que encontramos es tendencia de la vivienda. Se refiere si la casa es propia, restada o rentada. En la gráfica de pastel el color azul representa un 62 % de un 100 %. La mayoría de los pacientes que atiende el consultorio 11 del turno matutino tiene casa propia.

El resto tiene casa rentada o prestada con un 2 % es la diferencia de estas dos tendencias.

b) Viviendas con servicios de electricidad.

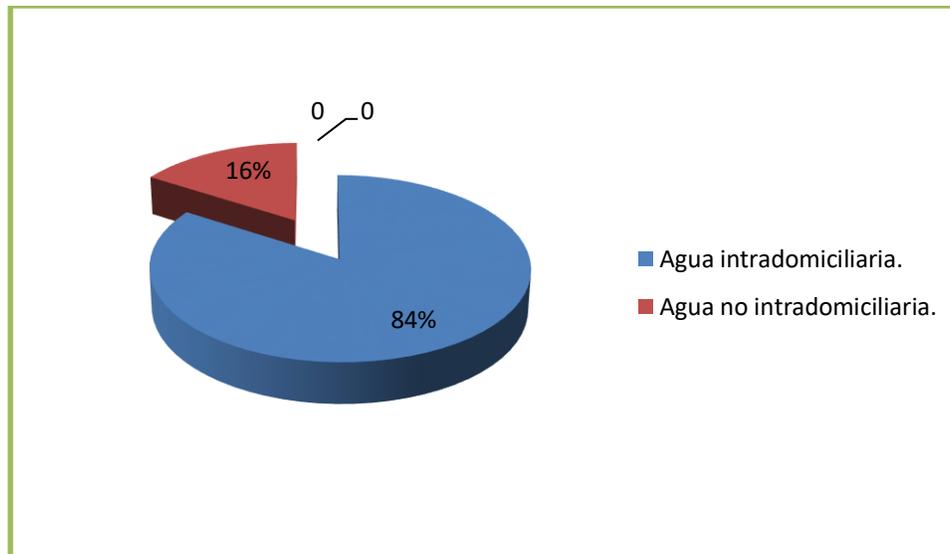


Fuente: Cuestionario.

La luz **ocupa un lugar de relevante importancia en nuestra vida**. Gracias a ella somos capaces de percibir el mundo que nos rodea a través de nuestros ojos y distinguir formas y colores. Nuestro sentido de la vista es el que nos permite ver y discernir nuestro entorno y lo hace aprovechando la luz y sus propiedades.

El 100 % de las personas entrevistadas cuentan actualmente con servicios de electricidad. Actualmente la luz es indispensable para la vida diaria.

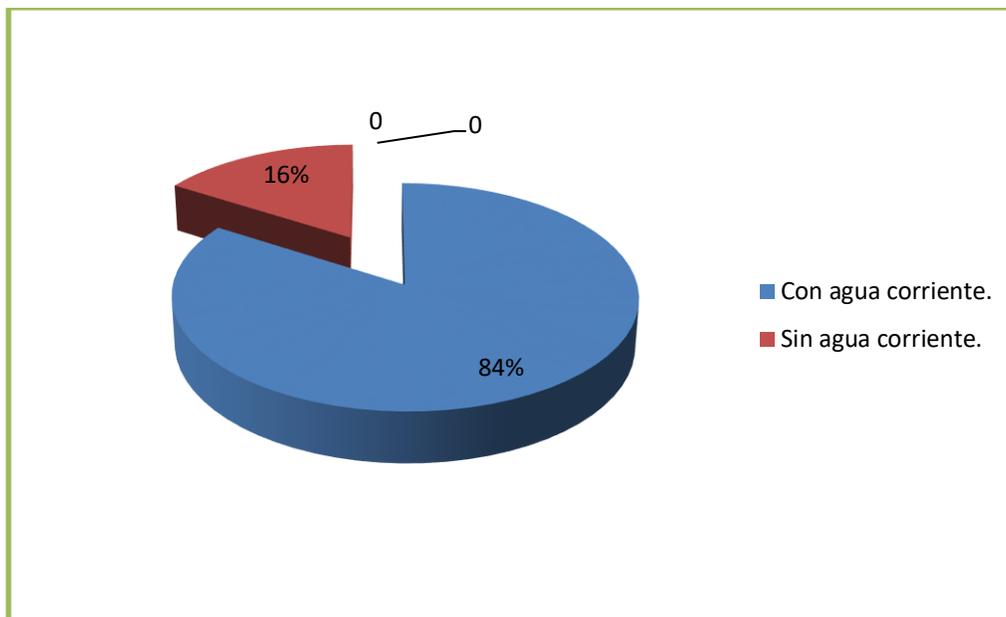
c) Viviendas con agua potable intradomiciliaria.



Fuente: Cuestionario.

El acceso al agua potable es fundamental para la salud. Ayuda para tener mejor higiene personal y prevenir enfermedades lavarse las manos, bañarse y limpiar la casa. Además, existen otros riesgos por comer frutas y verduras sin lavar o mal lavadas, tales como cuadros de diarrea, dolor abdominal, fiebre tifoidea, salmonella, amibiasis, gastroenteritis, entre otros en las encuestas realizadas encontramos un 84 % con agua intradomiciliaria se refiere que cuentan con el servicio de

d) Baños con agua corriente.

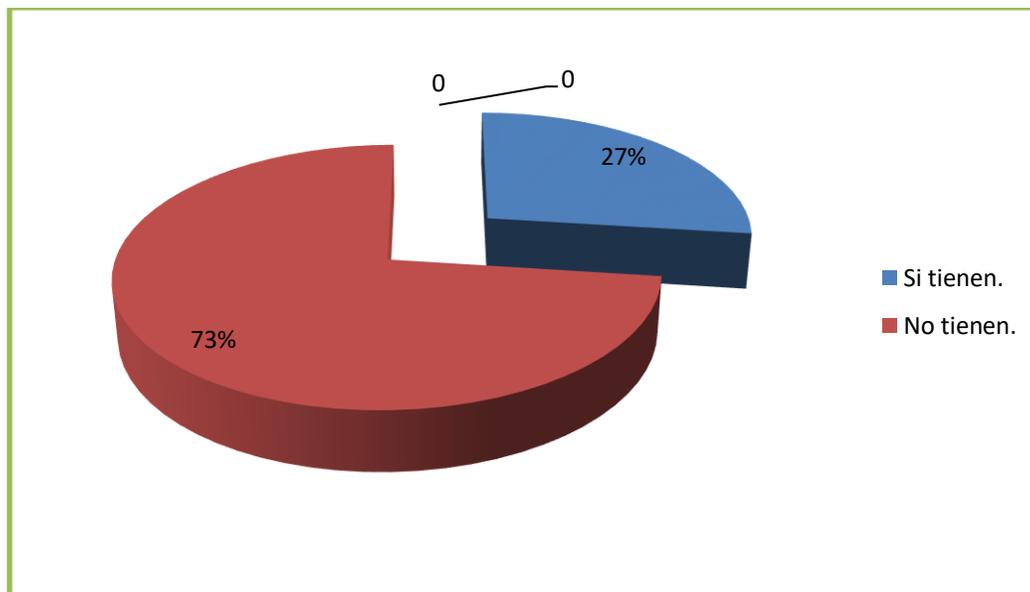


Fuente: Cuestionario.

La carencia de agua corriente en los hogares esta ligada **a la generación y transmisión de enfermedades** como el cólera, la disentería, la hepatitis A, el tífus o la polio, por no hablar de las diarreas que se derivan de las condiciones deficitarias de salubridad. No cabe duda que el contar con un baño dentro de cada casa es una medida que aliviaría todo este tipo de enfermedades.

La mayoría de las personas con un 84 % cuentan con baños de agua corriente y solo una mínima de 16 % no cuenta con este servicio y deben de tomar agua de pozos o de los tambos de agua que en ocasiones llevan pipas a colonias.

e) Viviendas con fauna nociva.



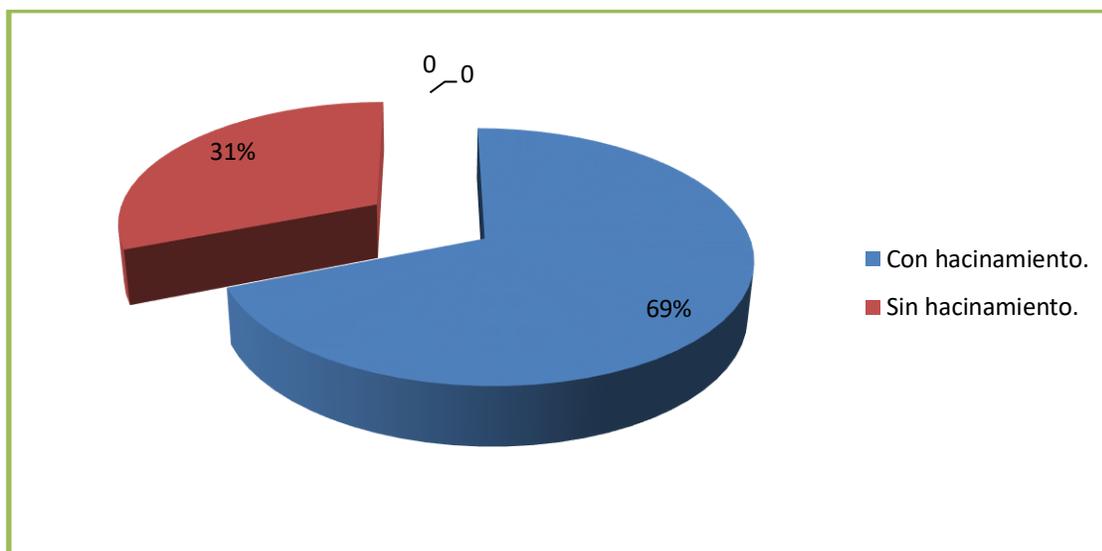
Fuente: Cuestionario.

Se considera dentro de la **fauna nociva** urbana aquellas especies animales que son capaces de ocasionar daños a la salud como transmisores de enfermedades epidémicas o destruyendo bienes personales (alimentos, instalaciones, equipos), haciéndoles perder su eficacia, presentación o su valor u originando también daños.

Los animales más comunes que pueden clasificarse como **fauna nociva** son perros y gatos ferales, perros callejeros, ratas y ratones, cucarachas, moscas, mosquitos, alacranes, hormigas, avispas y algunos murciélagos y moluscos terrestres, entre otros.

Solo el 73 % de las casas no tiene fauna nociva y el 27 % si cuenta con fauna nociva por ejemplo, mosquitos, cucaracha y moscas.

f) Viviendas con hacinamiento.



Fuente: Cuestionario.

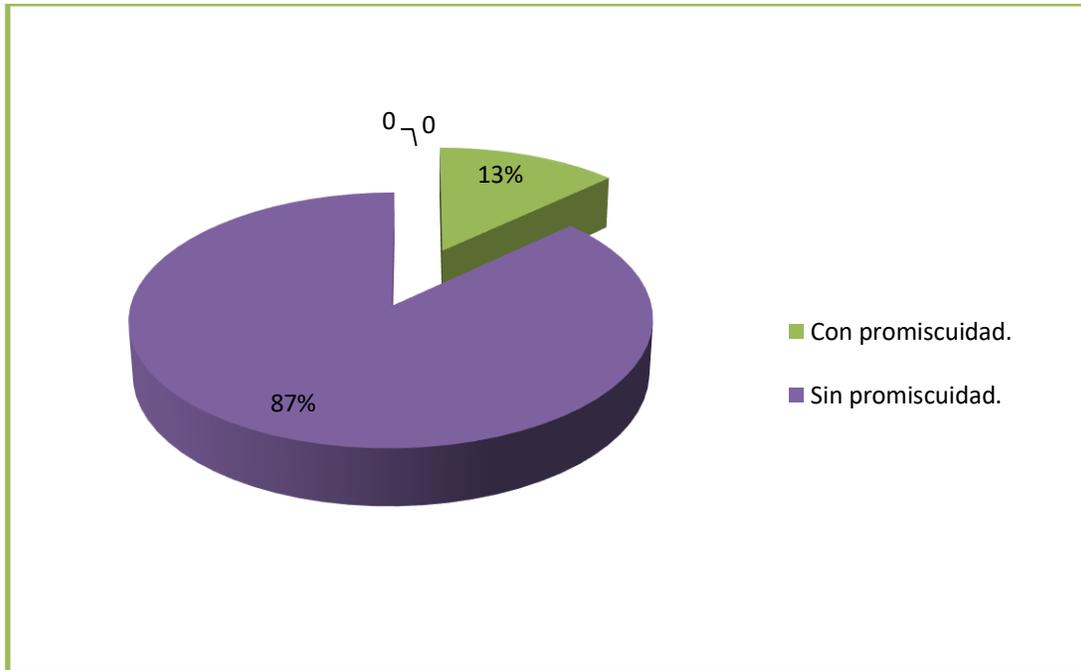
La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el **hacinamiento** como la “condición donde el número de ocupantes excede la capacidad de espacio de vivienda”; el indicador: 3 personas o más viviendo en una misma habitación.

Un poco más de la mitad de las personas entrevistadas (69 %) mencionaron que si viven más de 3 personas en un solo cuarto.

Por lo regular estas son hermanos, hijos o hasta familias completas.

31 % viven menos de 3 personas por habitación.

g) Viviendas con promiscuidad.

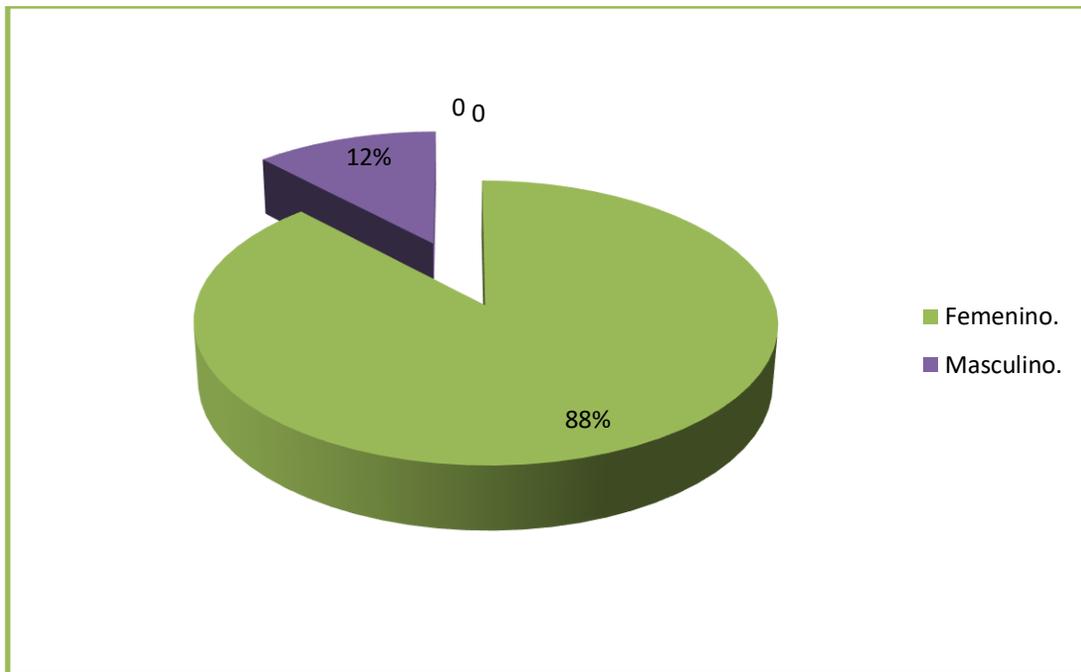


Fuente: Cuestionario.

Aquí es muy importante resaltar es que la promiscuidad. El diccionario de la real academia española (RAE) define a la promiscuidad como la convivencia con personas de distinto sexo o a la mezcla y confusión. Por ejemplo, que en una habitación duerman padres – hijos, hijos – tíos, tíos y abuelos.

Solo el 13 % dijo que si vivía con promiscuidad y el resto 87 % no vivía en esa situación.

7. Distribución por sexo.



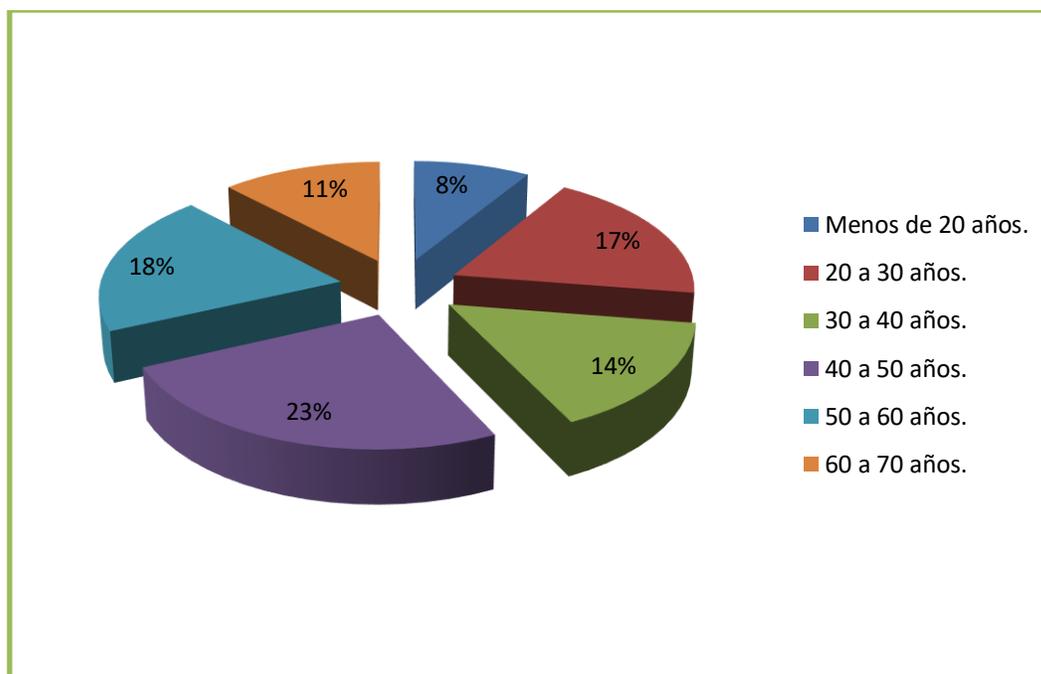
Fuente: Cuestionario.

La siguiente grafica expresa la composición por sexo de una población, en términos de la relación entre la cantidad de hombres y la cantidad de mujeres.

Claro que aquí se muestra por vivienda y no por una población en general.

En mayoría con un 88 % predominan las mujeres en casa y con un mínimo de 12 % son hombres.

8. Distribución por edad.



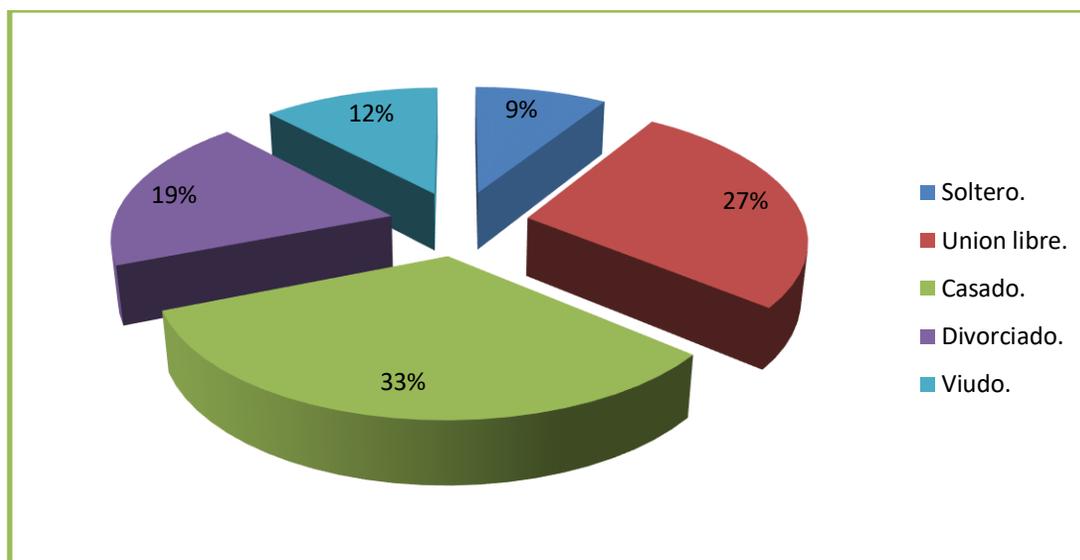
Fuente: Cuestionario.

La composición de una población de acuerdo con el número o proporción de varones y mujeres en cada categoría de edades. La estructura de la población por edad y sexo de una población es el resultado acumulativo de las tendencias retrospectivas de la fecundidad, mortalidad y migración. Para describir y analizar muchas de las otras clases de datos demográficos es esencial disponer antes de información sobre la composición de la población por edad y sexo. Véase también pirámide de población.

Como se muestra en esta grafica la edad que más prevalece de acuerdo a los pacientes atendidos en el consultorio 11, es la de 40 a 50 años de edad con un 23 %, se podría decir que la media es de 20 a 30 años con un 17 %, y 50 a 60 años con un 18 %. Como mínima con un 8 % menor de 20 años.

Esto nos indica que la población atendida en el consultorio son adultos jóvenes, adultos mayores y pacientes geriátrico

9. Distribución por estado civil.



Fuente: Cuestionario.

Soltero: Una persona que nunca ha adquirido matrimonio civil y no vive con una pareja en las condiciones establecidas para el concubinato.

Casado: Una persona que ha adquirido matrimonio civil y no ha iniciado un proceso de divorcio.

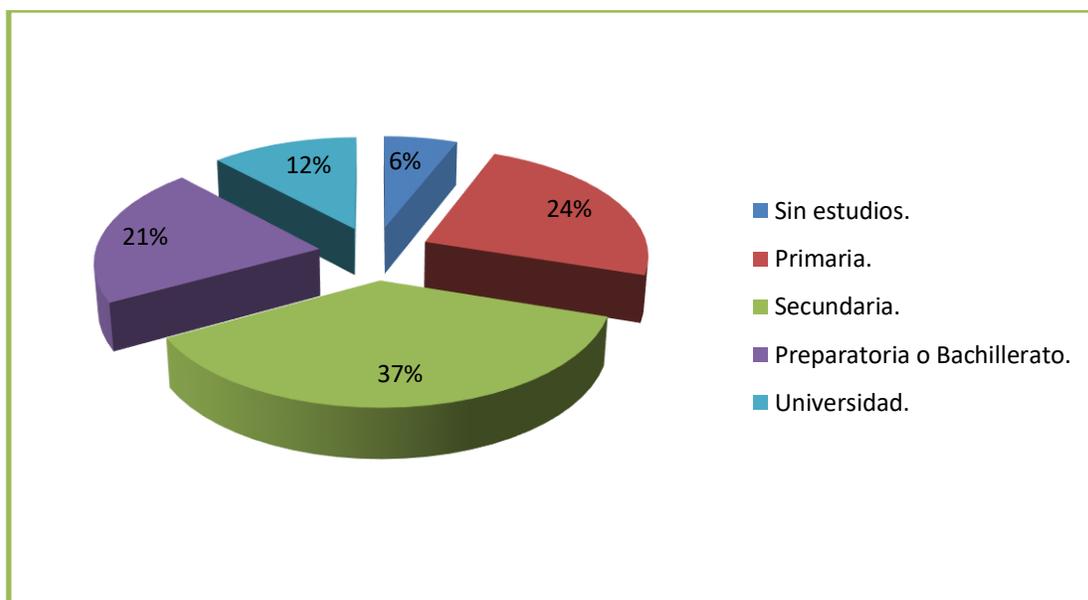
Divorciado: Una persona casada que ha concluido un trámite judicial de divorcio con una sentencia irrevocable.

Concubinato o unión libre: Dos personas que viven como pareja en un tiempo determinado por la ley, sin tener otra pareja.

Viudo: Una persona casada cuyo cónyuge ha fallecido.

La grafica nos muestra que la mayoría de las personas 33 % están casados y solo un 9 % son solteros.

10. Distribución por escolaridad.

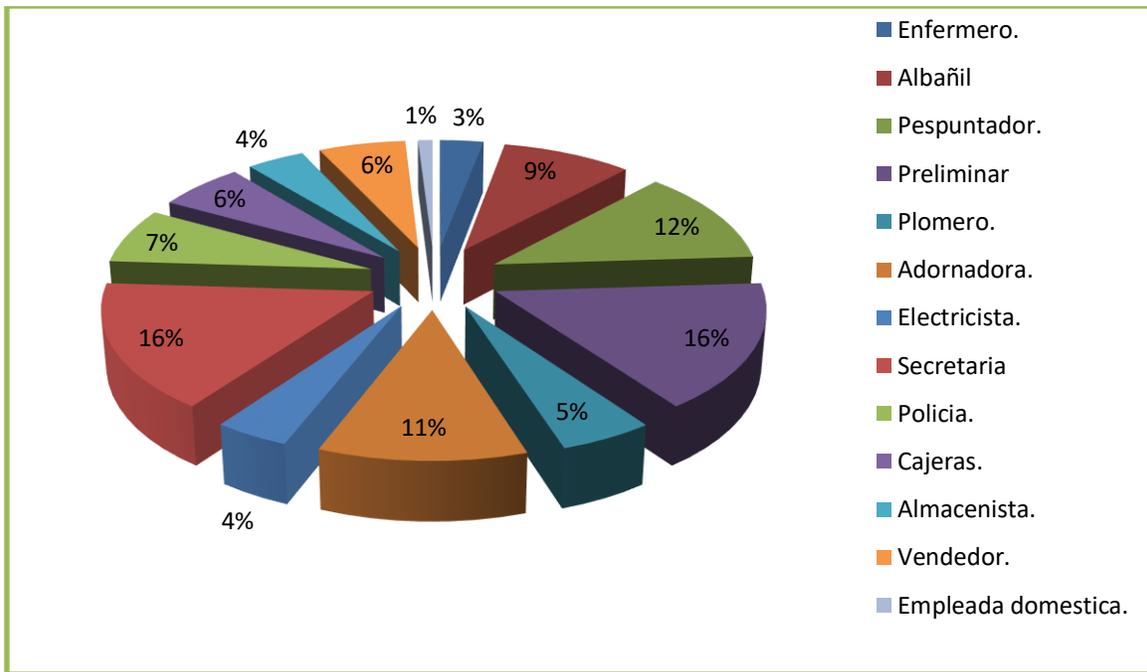


Fuente: Cuestionario.

La escolaridad es el período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.

Estos datos son muy importantes, el 37 % de nuestros derechohabientes termino solo la secundaria, mientras la media que es primaria un 24 % y preparatoria 21 % va a la par y un 6 % concluyo sus estudios universitarios.

11. Distribución por ocupación.

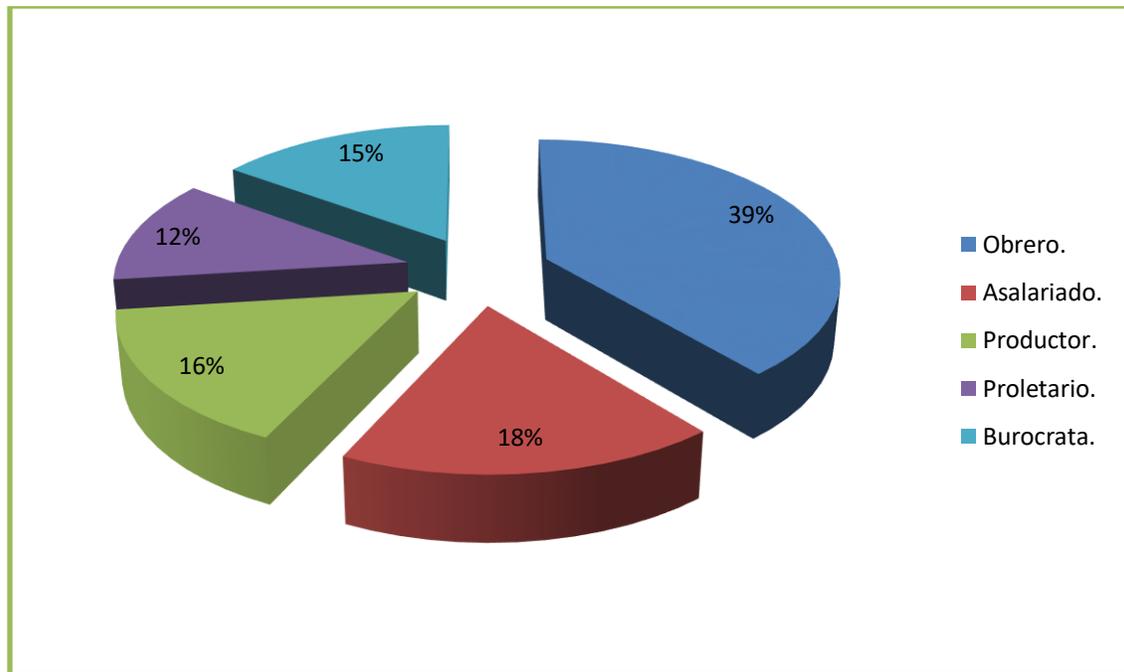


Fuente: Cuestionario.

Ocupación es un término que proviene del latín *occupatio* y que está vinculado al verbo **ocupar** (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de **trabajo**, **labor** o **quehacer**. Podemos encontrar esta grafica muy diversa, solo tomamos en cuenta las ocupaciones más frecuentes en nuestros pacientes y las encuestas arrojaron las siguientes.

Existen dos ocupaciones con un 16 % las cuales son secretarias y preliminares. Solo el 1 % nos dice que son empleadas domésticas.

12. Distribución por empleo.

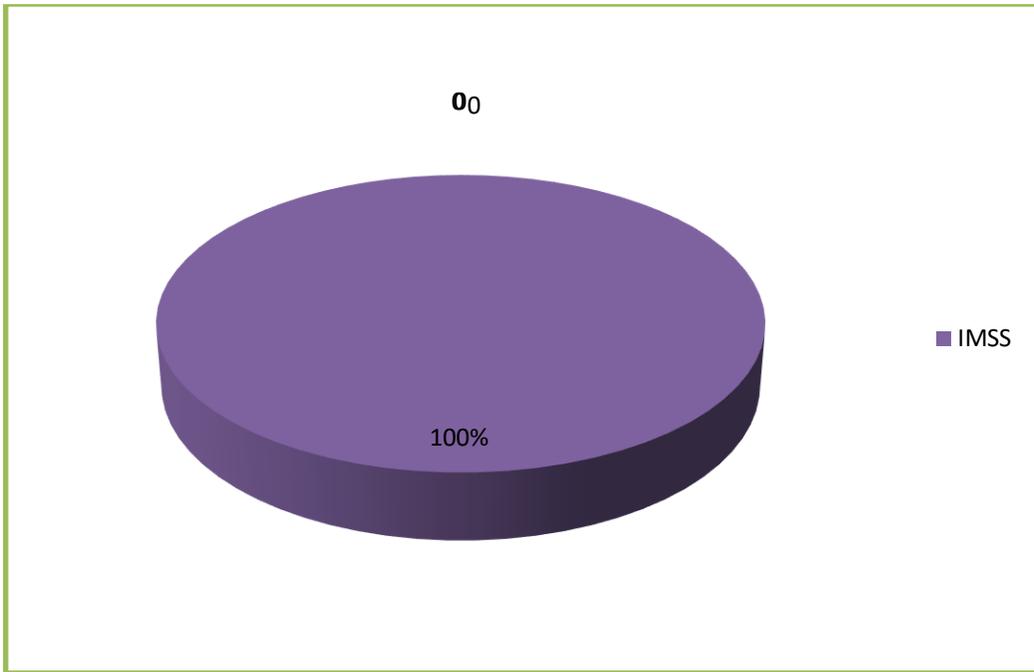


Fuente: Cuestionario.

Se denomina empleo a la generación de valor a partir de la actividad producida por una persona. Es decir, el empleado contribuye con su trabajo y conocimientos en favor del empleador, a cambio de una compensación económica conocida como **salario**.

El 39 % nos muestra la gráfica que son obreros y el 12 % proletarios.

13. Tipo de atención médica.

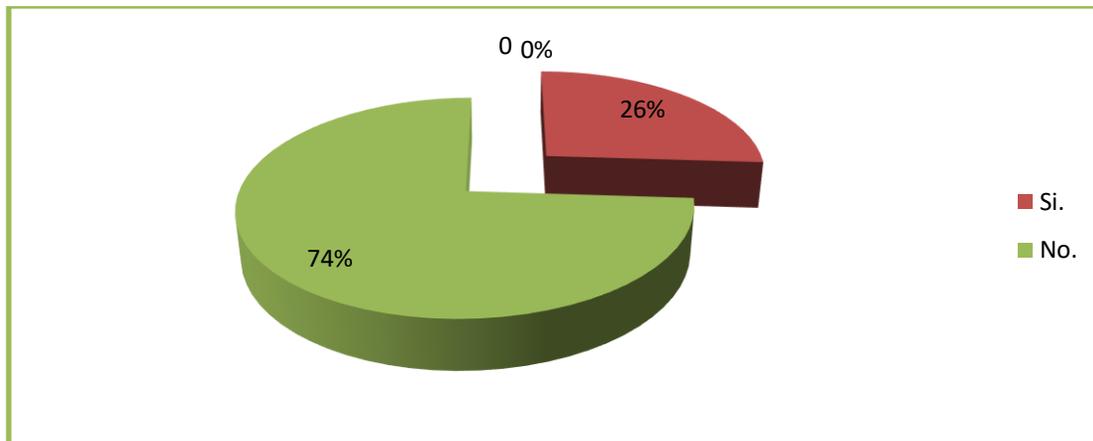


Fuente: Cuestionario.

Atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo para prevenir, tratar o rehabilitar de una enfermedad⁴⁸. Es el conjunto de recursos que intervienen sistemática- mente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.

Por supuesto esta grafica el 100 % tiene servicio de atención médica del IMSS.

14. Problemas de tabaquismo.



Fuente: Cuestionario.

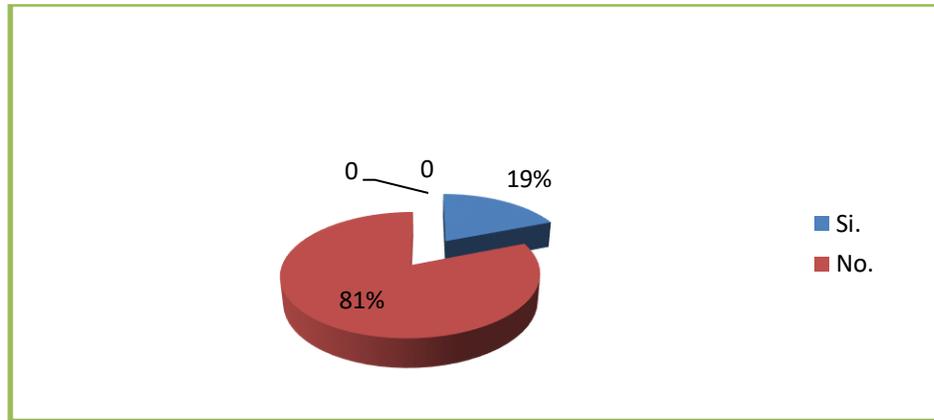
La **OMS** define al **tabaquismo** como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central. Es una de las drogas más adictivas (con más “enganche”), aún más que la cocaína y la heroína.

Tristemente encontramos que el 74 % de nuestros pacientes son fumadores y muy pocos el 26 % no fuman. Este dato es de suma importancia ya que nuestros pacientes pueden padecer algunas enfermedades crónicas.

Entre las enfermedades relacionadas con el tabaco destacan las siguientes:

- Bronquitis crónica.
- Enfisema pulmonar.
- Cáncer de pulmón.
- Hipertensión arterial.
- **Enfermedad** coronaria (angina o infarto de miocardio).
- Accidentes cerebrovasculares (trombosis, hemorragias o embolias).
- Úlcera gastrointestinal.

15. Problemas de alcoholismo.



Fuente: Cuestionario.

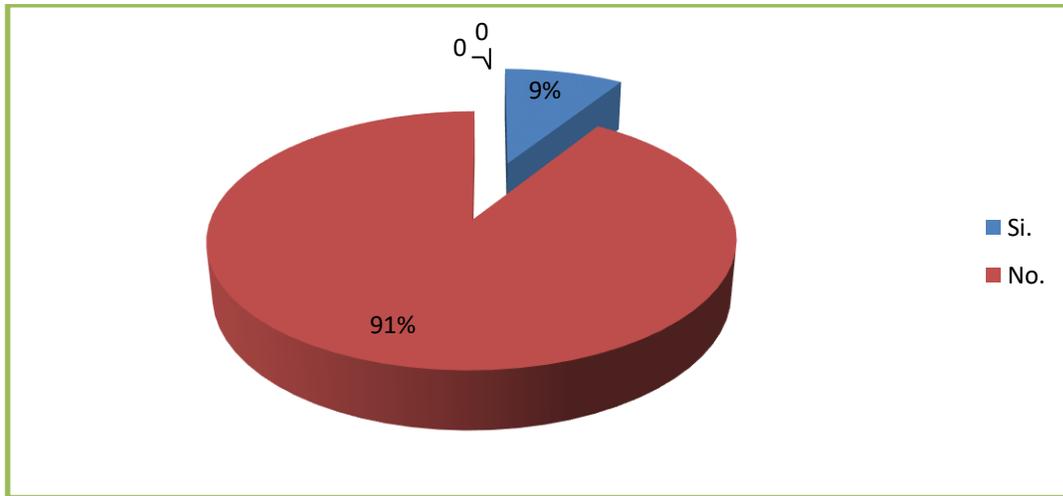
La **OMS** en 1976 acuñó el término de síndrome de dependencia alcohólica que corresponde a “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de **alcohol**, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir **alcohol** de manera continuada o periódicos.

Así mismo en nuestros pacientes encontramos que la mayoría son alcohólicos un 81 % y como mínimo un 19 % no toma.

Algunos riesgos para la salud son:

- Alta presión arterial, enfermedad cardíaca, accidentes cerebrovasculares, enfermedad del hígado y problemas digestivos.
- Cáncer de mama, boca, garganta, laringe, esófago, hígado, colon y recto.
- Problemas de aprendizaje y memoria, como demencia y bajo rendimiento escolar.
- Problemas de salud mental, como depresión y ansiedad.
- Problemas familiares, problemas relacionados con el trabajo y desempleo.
- Dependencia al alcohol o alcoholismo.

16. Uso de tranquilizantes.



Fuente: Cuestionario.

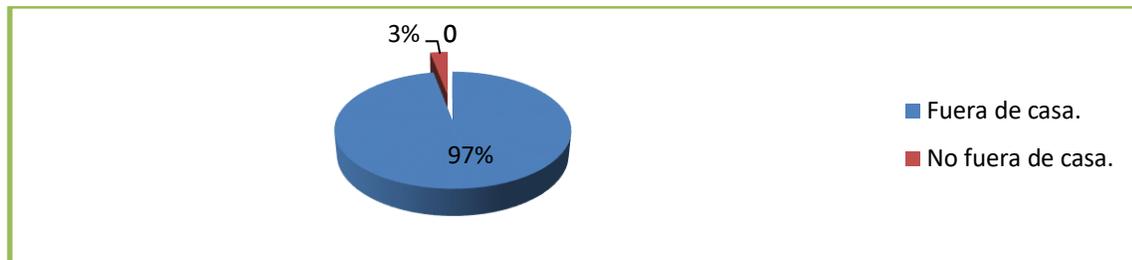
Los medicamentos depresores, a menudo llamados *tranquilizantes*, *sedantes* o *depresores del sistema nervioso central*, hacen más lenta (o "deprimen") la actividad normal que se desarrolla en el cerebro y en la médula espinal. Los médicos los recetan con frecuencia para las personas que son ansiosas o no pueden dormir.

Hoy en la actualidad los pacientes toman este tipo de medicamento debido a todos los factores que afectan a la sociedad. El 91 % dijo si tomar y el 9 % de los pacientes no toman tranquilizantes.

Tranquilizantes más comunes:

- diazepam
- clonazepam
- alprazolam
- triazolam
- estazolam

17. Hábito de comer fuera de casa.



Fuente: Cuestionario.

Comer en la calle (O pedir domicilios) puede llegar ser una experiencia que nos ayude a salir de la rutina de la cocina y por qué no, puede ser delicioso, pero la mayoría de los alimentos no son procesados adecuadamente y están repletos de infecciones y bacterias que pueden afectar tu salud y tu vida.

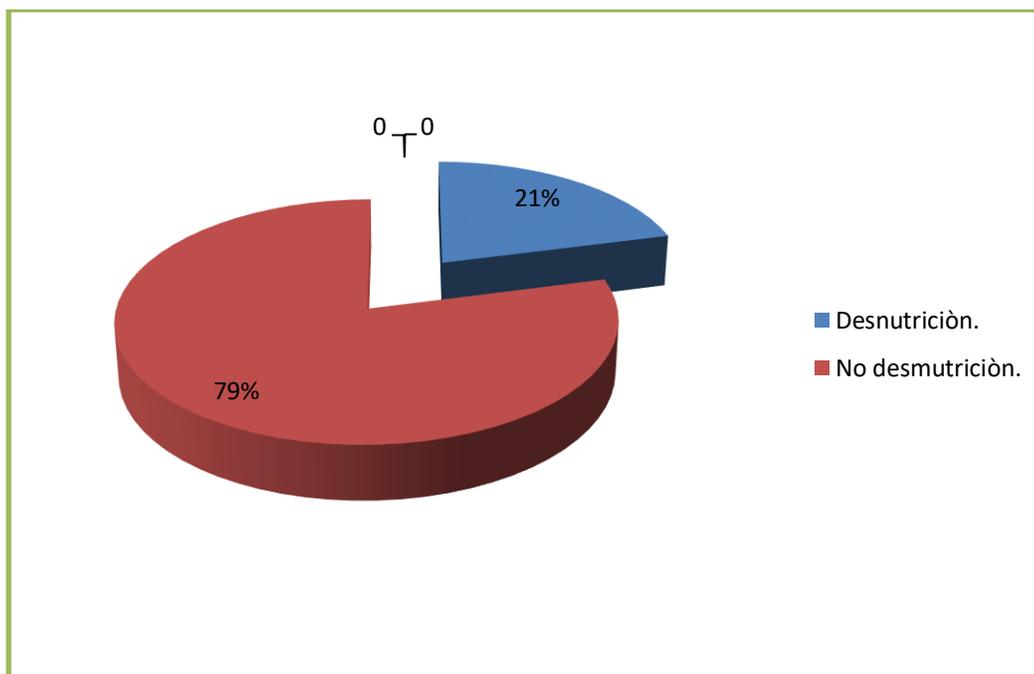
Algunos de los alimentos con los que se prepara la comida en la calle son una bendición culinaria, otros son un detonante de enfermedades e infecciones, esto se relaciona con la higiene al momento de preparación y la contaminación en el ambiente. Podemos observar en la siguiente grafica que casi el total de los pacientes consumen alimentos en preparados en la calle, con un 3 % que no consumen alimentos en la calle; siendo la mayoría 97 %.

Enfermedades causadas por comer en la calle:

- Diarrea
- Tifoidea
- Salmonelosis
- Gastroenteritis
- Hepatitis A
- Amebiasis

- **19. Frecuencia de malnutrición.**

- a) Desnutrición.**

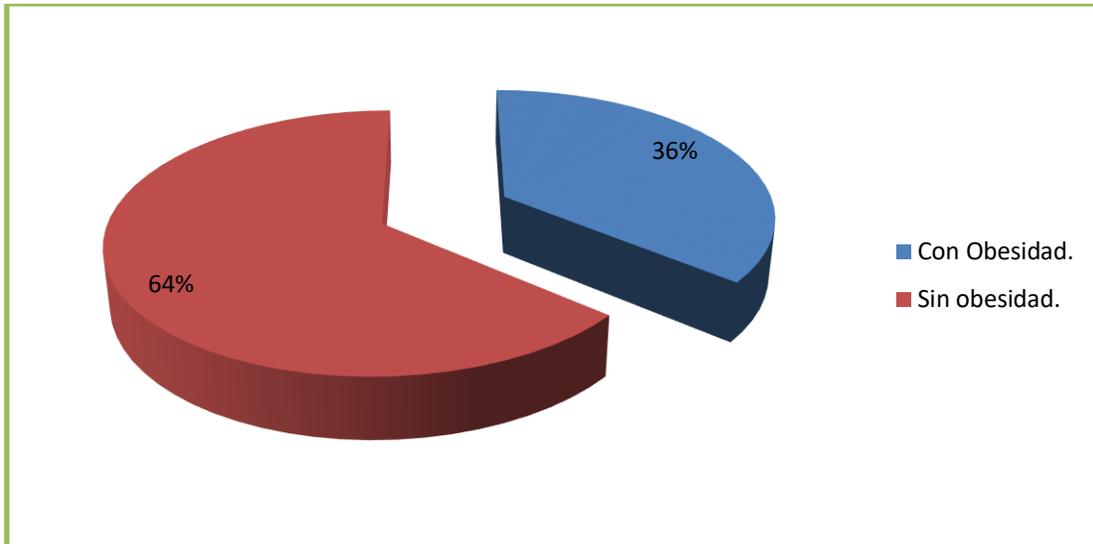


Fuente: Cuestionario.

Se considera desnutrición cuando existe afección que se presenta cuando no se obtienen calorías suficientes o la cantidad adecuada de nutrientes principales, como las vitaminas y los minerales, que se necesitan para una buena salud. La desnutrición se puede presentar cuando faltan nutrientes en la alimentación o cuando el cuerpo no puede absorber los nutrientes de los alimentos.

Lamentable hoy en día encontramos que muchas personas no llevan una dieta correctamente o balanceada, esto afecta al 79 % de nuestros pacientes, el 21 % comenta no tener principios de desnutrición.

b) Obesidad.



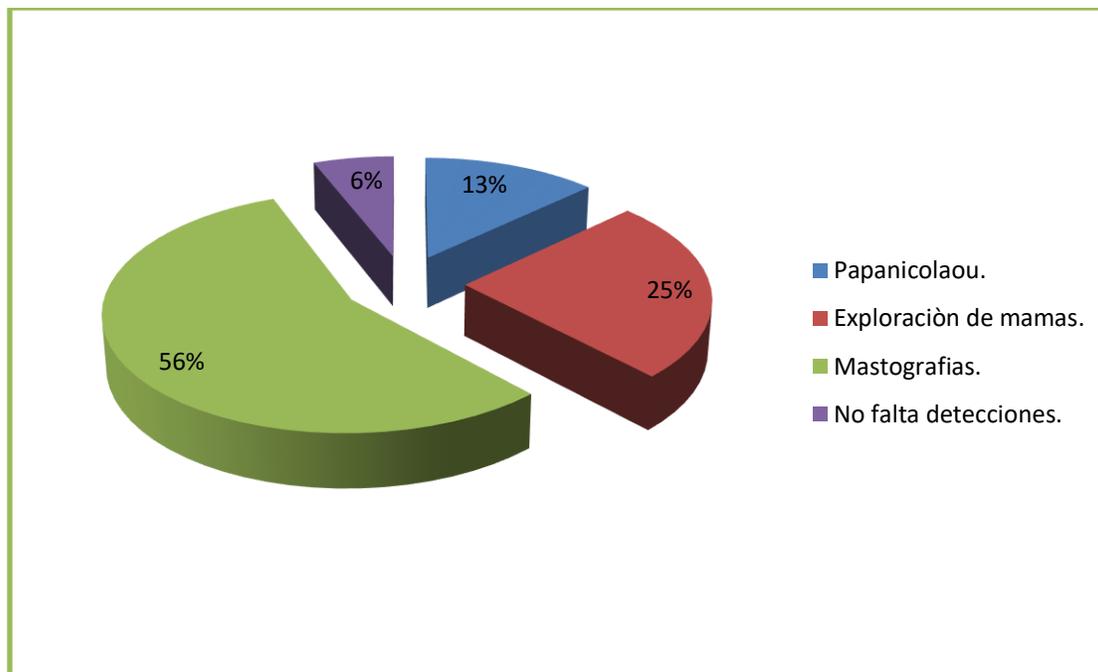
Fuente: Cuestionario.

Se determina obesidad tener un exceso de grasa en el cuerpo. Se diferencia del sobrepeso, que significa pesar demasiado. El peso puede ser resultado de la masa muscular, los huesos, la grasa y/o el agua en el cuerpo.

Es muy común hoy en día encontrar personas con obesidad, bebido a los estilos de vida que llevamos, un 64 % de las personas entrevistadas y revisando sus cartillas de vacunación indicaron ser pacientes con obesidad. El resto 36 % no tienen obesidad.

La obesidad aumenta el riesgo de padecer diabetes, enfermedades cardiacas, derrames cerebrales, artritis y ciertos cánceres.

20. Falta de detecciones mujeres.



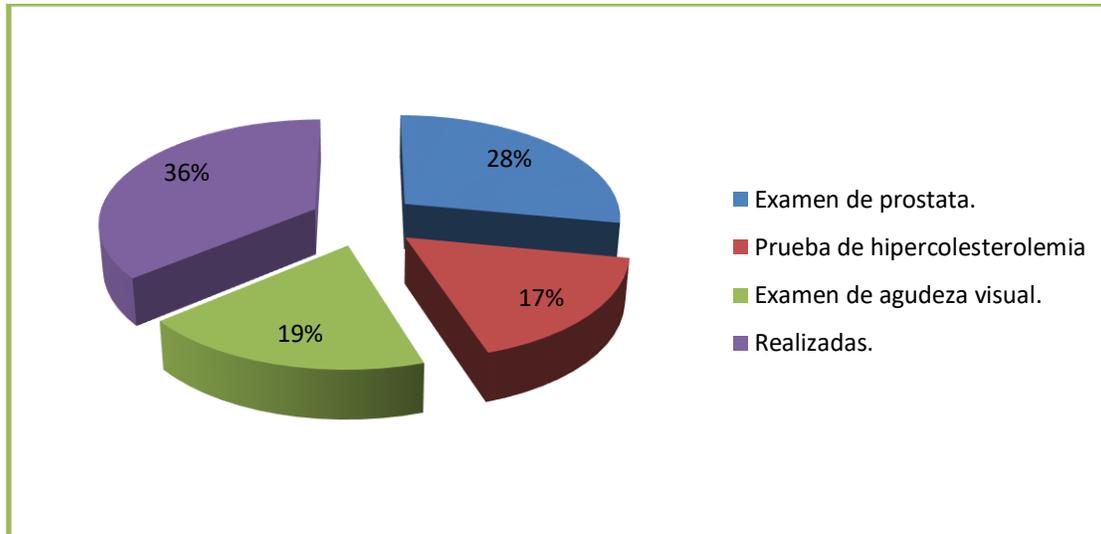
Fuente: Cuestionario.

La salud de las mujeres y las niñas está influenciada por la biología relacionada con el sexo, el género y otros determinantes sociales.

Es de suma importancia poner en práctica y concientizar a las pacientes (mujeres) asistir a sus revisiones periódicamente, para evitar, prevenir o tener un tratamiento oportuno. Esto puede cambiar el destino de muchas de nuestras pacientes, gracias a una detección oportuna. Como consiguiente solo muy pocas 6 % tiene las detecciones completas. Revise las cartillas me di cuenta que efectivamente ellas si asisten a los módulos de PREVENIMSS.

Las demás les faltan detecciones. Comentan que muchas de las ocasiones es por falta de tiempo, miedo o simplemente no están bien informadas.

21. Falta de detecciones hombres.

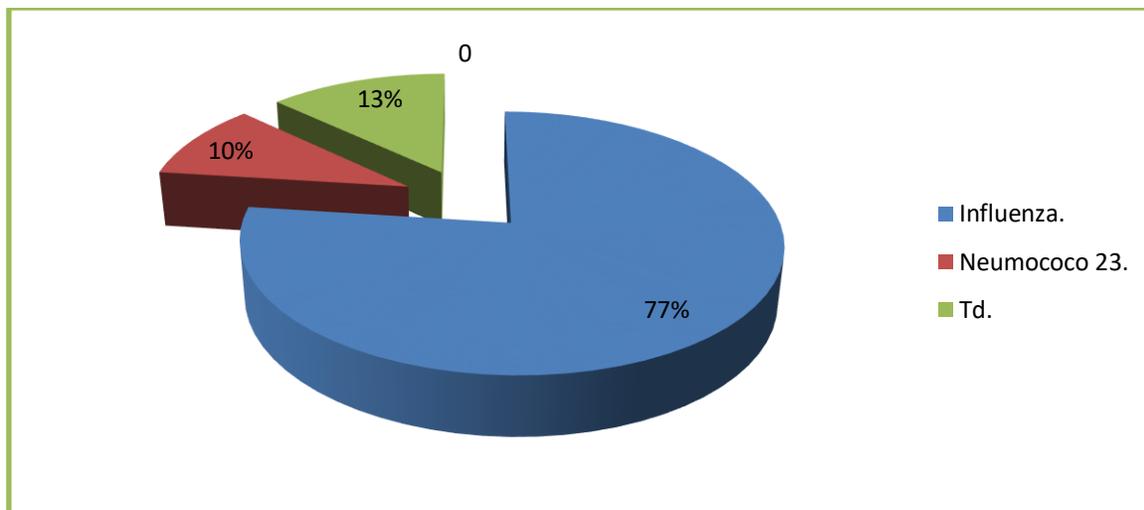


Fuente: Cuestionario.

Los hombres tienden a prestar poca atención a su salud, por lo que acuden con menor frecuencia al médico, y cuando lo hacen es porque están muy enfermos, con complicaciones graves; esta situación explicaría, en parte, por qué ellos son hospitalizados con más frecuencia que las mujeres.

Es increíble pero en esta grafica encontramos un 36 % de los pacientes varones tienen todas sus detecciones, el resto les falta una u otra como el caso de examen de próstata.

22. Falta de vacunas en adultos.



Fuente: Cuestionario.

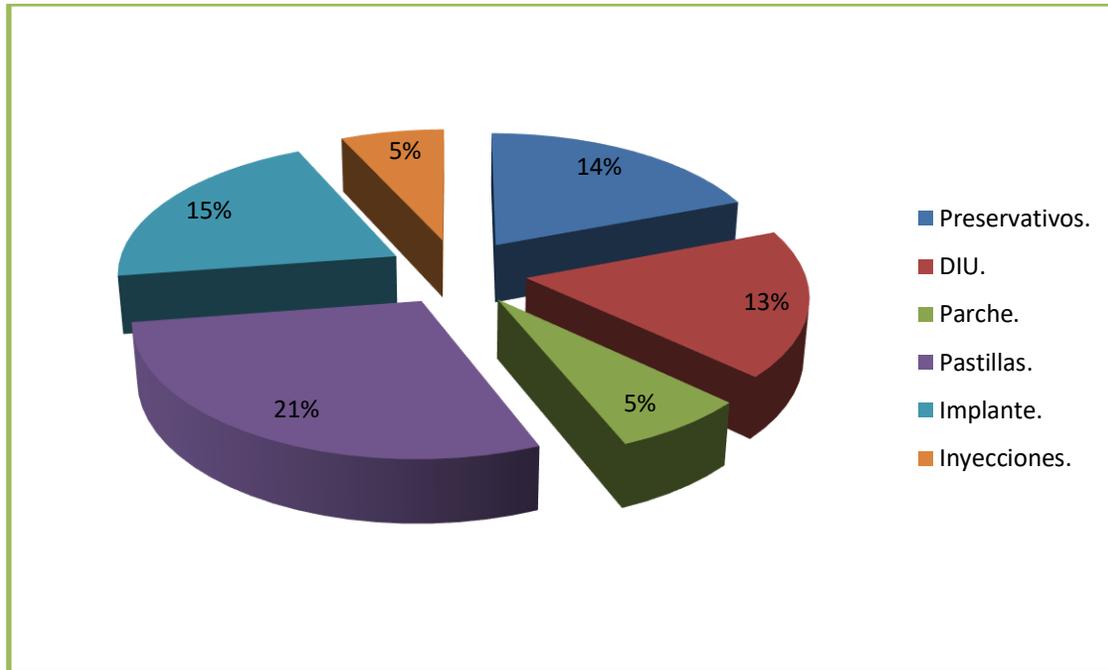
Vacunarse no es una opción personal puesto que no sólo afecta a un individuo sino que expone a graves consecuencias, incluida la muerte, a todos quienes le rodean.

Es de suma importancia aplicarse las vacunas según corresponda la edad, como se puede observar en la gráfica a un 77 % de los pacientes les falta aplicarse la vacuna de influenza, me comentaban que varios de ellos no se la quieren aplicar por temor a enfermarse. Les explique qué es lo que sucede con la vacuna y para nos sirve.

Las demás vacunas como Neumococo 23 y Td varios de los pacientes no tenían el conocimientos que se la tenían que aplicar en la etapa adulta.

Los referí a los módulos de PREVENIMSS para completar esquemas de vacunación.

23. Uso de Método de Planificación Familiar.

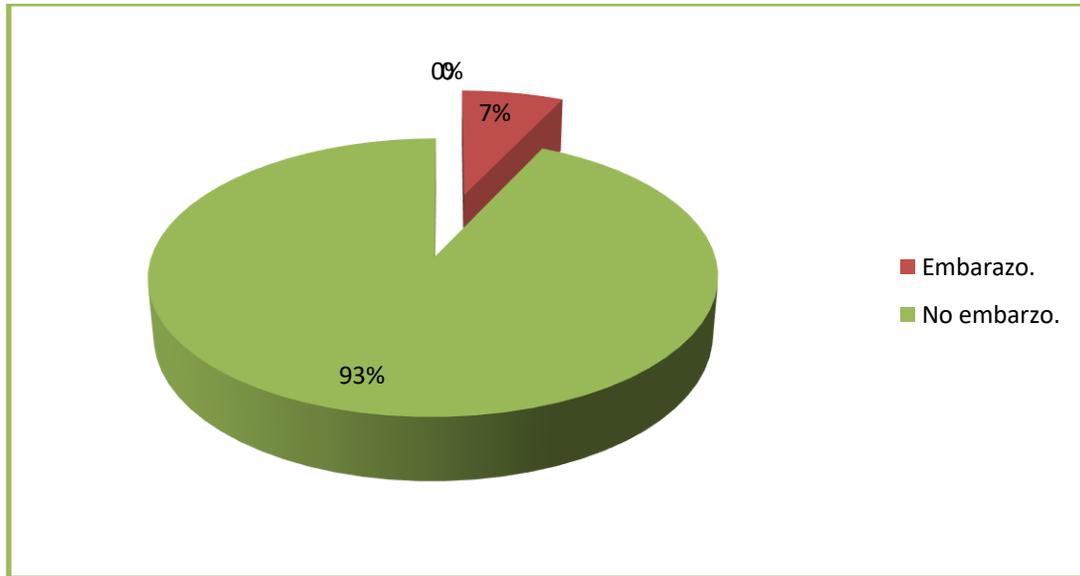


Fuente: Cuestionario.

El acceso a anticonceptivos permite a las parejas espaciar los embarazos y limitar el tamaño de la familia si así lo desean, precisó la OMS y agregó que algunos datos sugieren que las mujeres que han alumbrado más de cuatro hijos tienen más riesgo de morir por complicaciones en el embarazo o el parto.

La decisión de que método utilizar es elección de cada mujer o bien de cada pareja en particular. La mayoría de las mujeres entrevistadas optan por pastillas con un 21, mientras que un 5 % y otro 5 % como mínimo prefieren inyecciones y parches.

24. Embarazo.

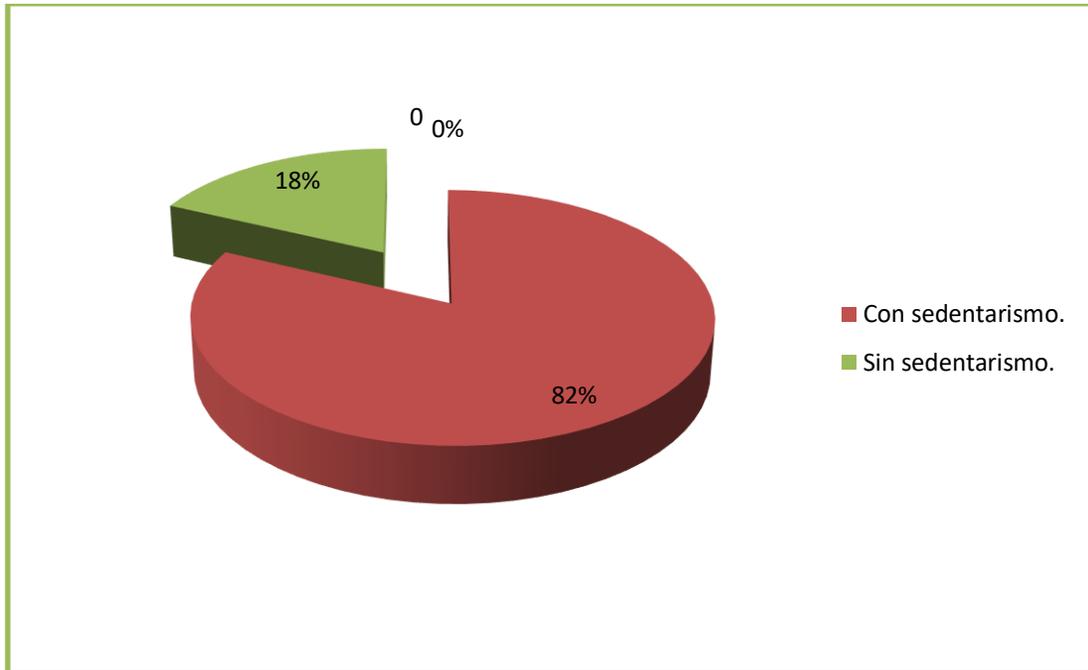


Fuente: Cuestionario.

El **embarazo** es el estado fisiológico de una mujer que comienza con la concepción del feto y continúa con el desarrollo fetal hasta el momento del parto. Este período se divide en 40 semanas y dura 280 días, aproximadamente.

Del total de las pacientes entrevistadas solo el 7 % está embarazada. Es por ello que asisten a sus consultas con el médico familiar.

25. Sedentarismo.

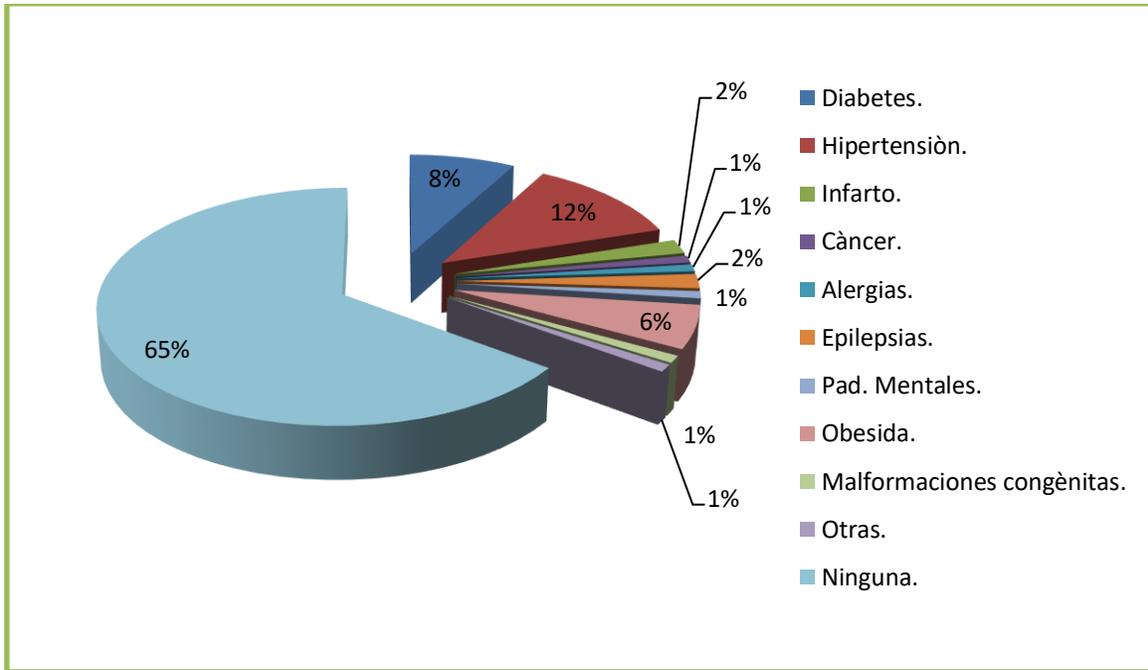


Fuente: Cuestionario.

Llamamos **sedentarismo** a aquellas actividades que realizamos las personas sentadas o reclinadas, mientras estamos despiertas, y que utilizan muy poca energía.

Los periodos sedentarios son aquellos periodos de tiempo en los que se llevan a cabo estas actividades que consumen muy poca energía, como por ejemplo, estar sentados durante los desplazamientos, en el trabajo o la escuela, en el ambiente doméstico y durante el tiempo de ocio. De nuestros pacientes atendidos en el consultorio 11, 82 % son personas con sedentarismo y 18 % practica algún deporte o no son sedentarios.

26. Antecedentes hereditarios.



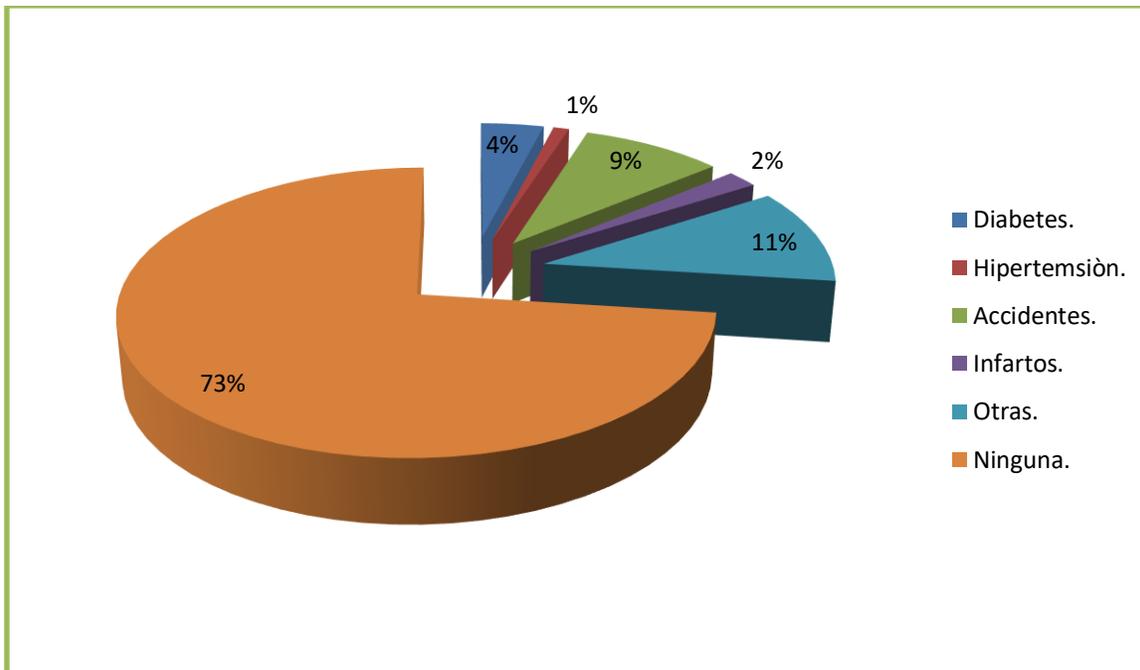
Fuente: Cuestionario.

Los *antecedentes médicos familiares* son el registro de las enfermedades y afecciones que se han dado en su familia. Los miembros de su familia pueden compartir genes, hábitos y entornos que afecten su riesgo de presentar cáncer.

Un poco más de la mitad con el 65 % de las personas dijo no tener antecedentes hereditarios.

El resto si tiene pero son muy pocas personas en las diferentes patologías relacionadas a ser hereditarias.

27. Defunciones ocurridas en el último año.

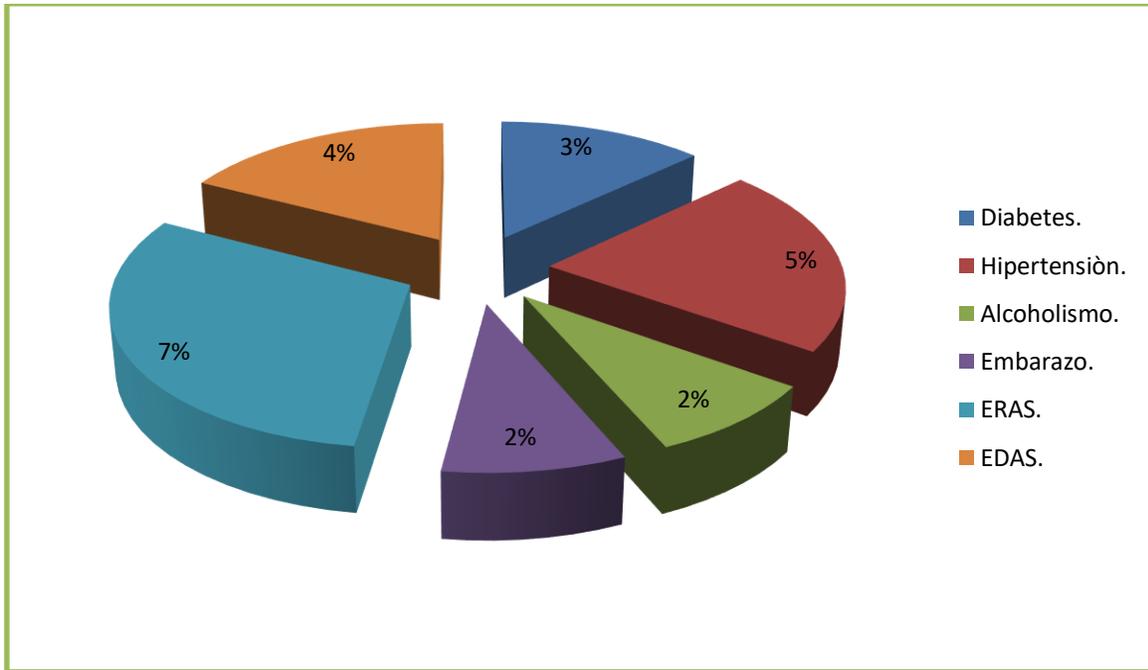


Fuente: Cuestionario.

2 de cada 3 personas **con diabetes mueren por** enfermedad cardíaca o derrame cerebral. Las personas **con diabetes** también corren más riesgo de insuficiencia cardíaca, una afección en la cual el corazón no puede bombear la sangre correctamente.

El dato que observamos en la gráfica, las muertas más altas en el año fueron a causa del diabetes con un 11 %, mientras el 73 % no tuvo fallecimientos.

28. Patología familiar crónica o diagnosticada en el último año.

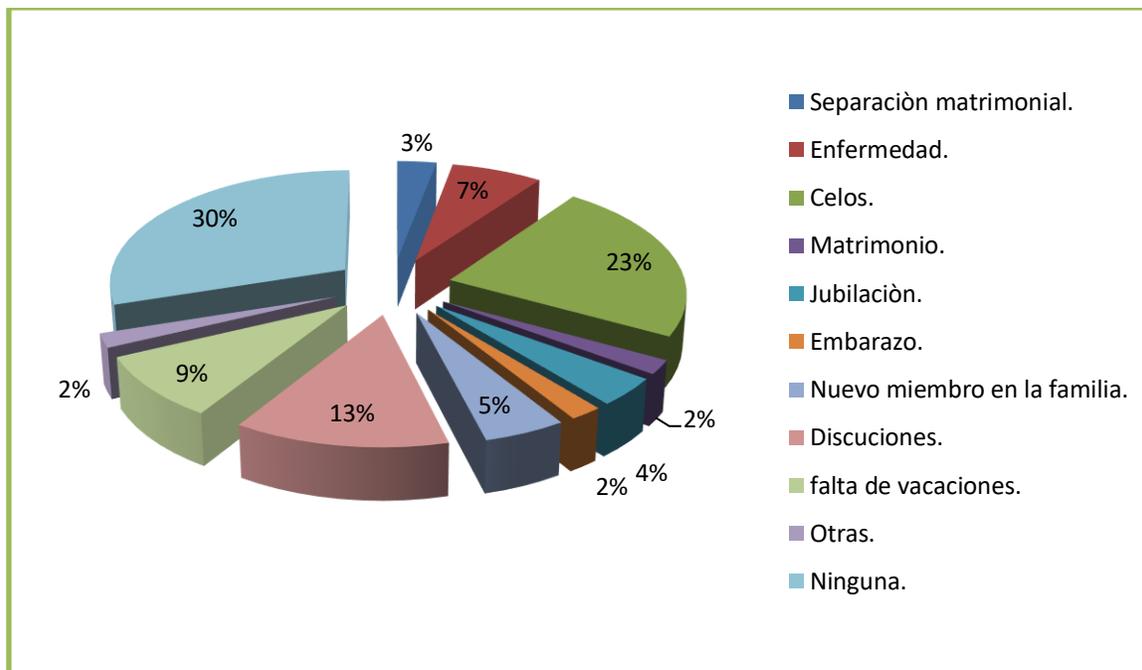


Fuente: Cuestionario.

Existen últimamente varias patologías que afectan a nuestra salud la que mayor prevalece hasta el momento o la más desarrollada en los pacientes es la diabetes con un 7 %. La diabetes es una enfermedad crónica que se origina porque el páncreas no sintetiza la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, la elabora de una calidad inferior o no es capaz de utilizarla con eficacia.

La que menos prevalece es el alcoholismo y el embarazo con un 2 %.

29. Crisis familiares.

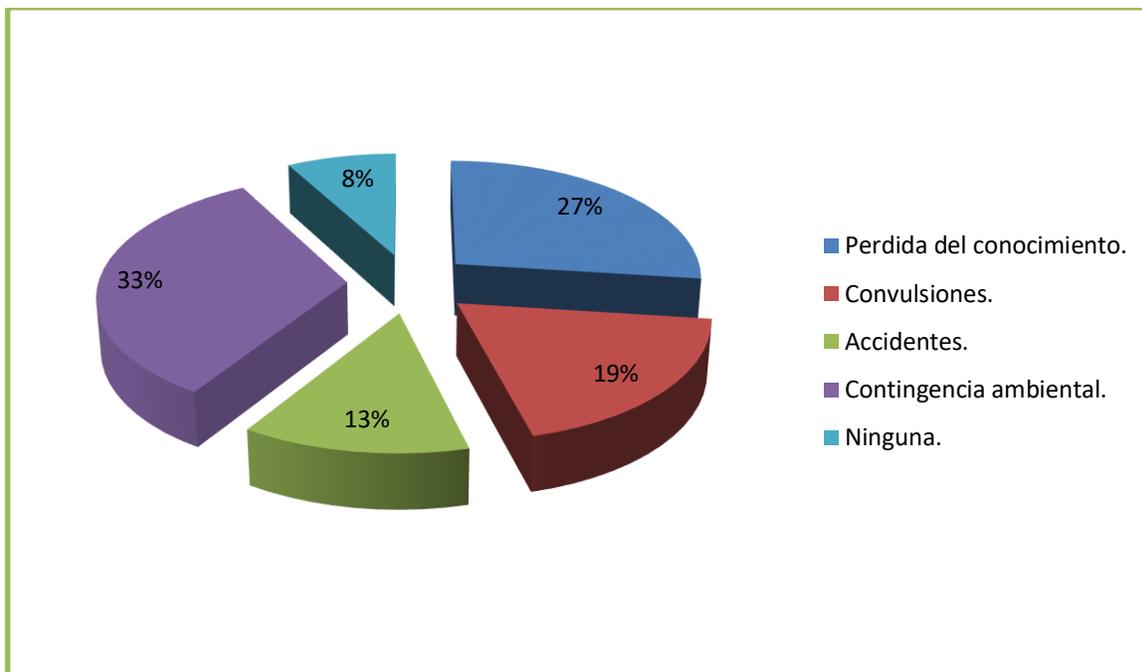


Fuente: Cuestionario.

Una **crisis familiar** es un evento de la vida, presente y pasado, que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la **familia**. El sano funcionamiento de la **familia** requiere que estas **crisis** sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente.

El 30 % menciona no tener crisis familiares y con 2 % vemos matrimonio, embarazo y otros.

30. Capacitación de la familia para actuar en caso de urgencia.



Fuente: Cuestionario. Ante la ocurrencia de una **emergencia** es importante que cada miembro de la **familia**: Debe estar preparado y saber cómo **actuar**. Mantenga la calma, pues se infunde tranquilidad al resto de la **familia** y los integrantes que dependen de otros se sentirán seguros y colaborarán con lo practicado durante la preparación.

Es de suma importancia capacitar a las familias en un caso de emergencia, no solo en casa si no en cualquier lugar, trabajo, oficina o escuela.

Se muestra un 33 % tiene conocimiento sobre contingencia ambiental, y el 8 % no tiene ningún conocimiento sobre el cómo actuar ante un caso de emergencia.

7. PRINCIPALES 10 PATOLOGÍAS DEL CONSULTORIO 11, TURNO MATUTINO

(Enero 2019)

Orden	Diagnósticos	Código CIE-10	Total de consultas 2019	Masculino	Femenino.
1	Hipertensión esencial (Primaria)	I10x	114	35	105
2	Rinofaringitis aguda (Resfriado común)	J00X	38	14	24
3	Faringitis aguda no especificada.	J029	38	11	27
4	Supervisión del embarazo no especificado.	Z349	21	0	21
5	Episodio depresivo no especificado.	F329	16	1	15
6	Caries de la dentina.	K021	13	6	7
7	Absceso peri apical sin fistula	K047	12	5	7
8	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores.	J068	9	3	6
9	Trastornos de la ansiedad no especificados.	F419	4	4	0
10	Anemia de tipo no especificado	D649	3	1	2
Subtotal			268	80	114
Todos los demás			615	803	769
Total general			883	883	883

(Febrero 2019)

Orden	Diagnósticos	Código CIE-10	Total de consultas 2019	Masculino	Femenino.
1	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	E119	84	41	43
2	Absceso peri apical sin fistula	K047	6	2	4
3	Contractura muscular	M624	2	0	2
4	Obesidad, no especificada	E669	1	1	0
5	. Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea	E790	1	1	0
6	Absceso peri apical con fistula	K046	1	1	0
7	Cervicalgia	M542	1	1	0
8	Esguinces y torceduras de la columna lumbar	S335	1	1	0
9	Esguinces y torceduras de la columna cervical	S134	1	1	0
10	Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)	I872	1	1	0
Subtotal			99	50	49
Todos los demás			788	837	838
Total general			887	887	887

(Marzo 2019)

Orden	Diagnósticos	Código CIE-10	Total de consultas 2019	Masculino	Femenino.
1	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	E119	83	34	49
2	Episodio depresivo, no especificado	F329	8	0	8
3	Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación	E109	5	2	3
4	Absceso peri apical sin fistula	K047	4	1	3
5	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones múltiples	E117	3	2	1
6	Constipación	K590	2	0	2
7	Obesidad debida a exceso de calorías	E660	2	0	2
8	Gingivitis aguda	K050	2	0	2
9	Otras fiebres especificadas	R508	1	1	0
10	Abdomen agudo	R100	1	1	0
Subtotal			111	41	70
Todos los demás			758	828	799
Total general			869	869	869

(Abril 2019)

Orden	Diagnósticos	Código CIE-10	Total de consultas 2019	Masculino	Femenino.
1	Obesidad, no especificada	E669	46	16	30
2	Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación	E109	13	7	6
3	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	A090	8	5	3
4	Caries de la dentina	K021	7	7	0
5	Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones circulatorias periféricas	E105	5	2	3
6	Asma, no especificado	J459	6	2	4
7	Cefalea	R51X	4	0	4
8	Alveolitis del maxilar	K103	2	1	1
9	Anemia de tipo no especificado	D649	2	1	1
10	Cefalea debida a tensión	G442	2	2	0
Subtotal			95	43	58
Todos los demás			297	349	334
Total general			392	392	392

(Mayo 2019)

Orden	Diagnósticos	Código CIE-10	Total de consultas 2019	Masculino	Femenino.
1	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	E119	101	43	58
2	Caries de la dentina	K021	9	2	7
3	Trastorno de ansiedad, no especificad	F419	7	0	7
4	Caries de la dentina	K021	7	0	7
5	Dermatitis, no especificada	L309	6	4	2
6	Arritmia cardiaca, no especificada	I499	4	1	3
7	Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	O342	4	0	4
8	Cefalea	R51x	2	1	1
9	Bronquitis aguda, no especificada	J209	2	0	2
10	Fiebre, no especificada	R509	2	2	0
Subtotal			144	53	91
Todos los demás			761	852	814
Total general			905	905	905

(Junio 2019)

Orden	Diagnósticos	Código CIE-10	Total de consultas 2019	Masculino	Femenino.
1	Síndrome del colon irritable sin diarrea	K589	181	97	84
2	Hipertensión esencial (primaria)	I10x	30	13	17
3	Diabetes mellitus no insulino dependiente	E11x	19	6	13
4	Consulta, no especificada	Z719	11	5	6
5	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	E119	7	2	5
6	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones múltiples	E117	4	4	0
7	Faringitis aguda, no especificada	J029	4	4	0
8	Colitis y gastroenteritis alérgicas y dietéticas	K522	2	2	0
9	Lumbago no especificado	M545	2	2	0
10	Obesidad, no especificada	E669	1	0	1
Subtotal			261	135	126
Todos los demás			14	112	121
Total general			247	247	247

(Julio 2019)

Orden	Diagnósticos	Código CIE-10	Total de consultas 2019	Masculino	Femenino.
1	Diabetes mellitus no insulino dependiente	E11X	19	6	13
2	Hipertensión esencial (primaria)	I10X	18	7	11
3	Síndrome del colon irritable sin diarrea	K589	5	2	3
4	Consulta, no especificada	Z719	4	0	4
5	Gastritis crónica, no especificada	M179	3	3	0
6	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	J00X	3	0	3
7	Enfermedad del reflujo gastroesofágico	K21X	3	1	2
8	Catarata, no especificada	H269	3	1	2
9	Faringitis aguda	J02X	2	1	1
10	Cuerpo extraño en otras y en múltiples partes de la parte externa del ojo	T158	2	0	2
Subtotal			62	21	41
Todos los demás			71	112	92
Total general			133	133	133

(Agosto 2019)

Orden	Diagnósticos	Código CIE-10	Total de consultas 2019	Masculino	Femenino.
1	Hipertensión esencial (primaria)	I10x	152	47	105
2	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones múltiples	E117	43	14	29
3	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	E119	38	12	26
4	Obesidad, no especificada	E669	7	7	0
5	Asma, no especificado	J459	6	0	6
6	Insuficiencia renal crónica, no especificada	N189	6	6	0
7	Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones múltiples	E147	4	1	3
8	Lumbago no especificado	M545	6	6	0
9	Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación	E109	4	2	2
10	Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	O342	4	0	4
Subtotal			270	95	175
Todos los demás			658	833	753
Total general			928	928	928

(Septiembre 2019)

Orden	Diagnósticos	Código CIE-10	Total de consultas 2019	Masculino	Femenino.
1	Hipertensión esencial (primaria)	I10x	136	44	92
2	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	E119	51	25	26
3	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones múltiples	E117	43	22	21
4	Obesidad, no especificada	E669	20	5	15
5	Diabetes mellitus no especificada, con complicación diabetes mellitus no especificada,	E147	19	7	12
6	Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación	E149	13	3	10
7	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	N390	13	10	3
8	Lumbago no especificado	M545	8	1	7
9	Migraña, no especificada	G439	4	0	4
10	Asma, no especificado	J459	2	2	0
Subtotal					
Todos los demás					
Total general			946	946	946

(Octubre 2019)

Orden	Diagnósticos	Código CIE-10	Total de consultas 2019	Masculino	Femenino.
1	Hipertension esencial (primaria)	I10X	152	45	107
2	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	E119	63	28	35
3	Obesidad, no especificada	E669	32	8	24
4	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones multiples	E117	24	10	14
5	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	N390	19	3	16
6	Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones multiples	E147	13	2	11
7	Gastritis, no especificada	K297	9	2	7
8	Lumbago no especificado	M545	8	4	4
9	Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación	E109	6	2	4
10	Absceso peri apical sin fistula	K047	3	3	3
Subtotal			329	107	225
Todos los demás			678	900	782
Total general			1007	1007	1007

8. MATERIAL Y MÉTODOS.

El **material** utilizado en la presente investigación fue una encuesta diseñada por el Doctor Leyva, encargado y jefe del área de coordinación clínica de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No 53.

Nos entregó la encuesta. Así mismo nos asignó un consultorio.

Me asigno el consultorio # 11 del turno matutino, donde ahí consulta el medico Carlos Saavedra.

Las preguntas fueron diseñadas para recabar información sobre el estilo de vida que lleva cada paciente así mismo las patologías que actualmente afectan a nuestra población; concientizar, explicar y capacitar a nuestros pacientes sobre temas de interés en el ámbito de primer nivel de salud.

EL **Método** para obtener la información tenía que realizar la encuesta completamente a los pacientes uno por uno.

Antes de aplicar la encuesta se entregaba un consentimiento informado al paciente, donde se le explicaba para qué era la encuesta y con qué fines se realizaba, sin mencionar nombre. Solo se realizaría por estadística. Una vez leído el consentimiento por parte de los pacientes y explicado por mí, lo firmaban y posterior mente se comenzaba con la encuesta.

El total de nuestra población entrevistada fueron 100 personales a elección de uno.

Una vez realizadas las encuestas, se contabiliza pregunta por pregunta y se hace la estadística. Teniendo todos los resultados se hace el vacían los resultados obtenidos en las gráficas de pastel que vimos anteriormente.

8.1 TIPO DE ESTUDIO.

DESCRIPTIVO - ANALÍTICO El estudio es descriptivo, en base como se medirán las variables o resultados de nuestra población definida. Estudio para diagnosticar la salud de los derechohabientes del consultorio 11 turno matutino del IMSS. Y es analítico ya que se recolectan simultáneamente el resultado de interés y potenciales factores de riesgo en una población definida. Luego se compara la prevalencia del resultado en aquellas personas expuestas a cada factor de riesgo con la prevalencia en aquellos no expuestos.

8.2 UNIVERSO DE TRABAJO.

El consultorio 11 cuenta con 1,010 pacientes, todos pertenecientes al turno matutino.

8.3 MUESTRA.

Solo seleccionamos a 100 pacientes para llevar a cabo la investigación. Los pacientes que contribuyeron con este proyecto fueron pacientes con disponibilidad de contestarnos la entrevista para poder conocer las variables.

8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

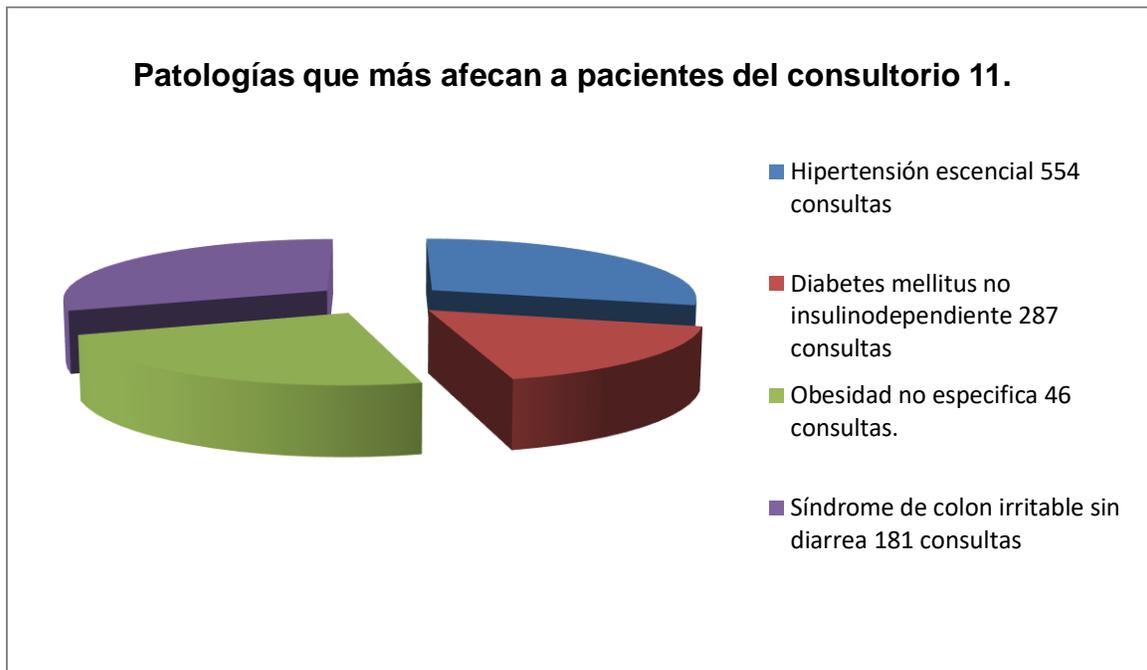
Inclusión:

- Pacientes que estén afiliados al IMSS.
- Pacientes que estén actualmente activos o pensionados.
- Pacientes que pertenezcan al consultorio # 11.
- Pacientes solo del turno matutino.
- Solo se le realiza la entrevista a personas mayores de edad.
- Pacientes foráneos.

Exclusión:

- Personas que se les dificulte escuchar bien.
- Personas que no puedan leer.
- Pacientes que no pertenezcan al turno matutino.
- Pacientes que no sea pertenezcan al consultorio 11.

8.5 ESTADÍSTICA.



8.6 Técnica.

En nuestra investigación se encontraron estas 4 enfermedades más comunes en nuestros pacientes, las que han afectado la salud de los mismos, como ya antes mencionado se obtuvieron estos resultados gracias a las entrevistas realizadas a los pacientes del mismo consultorio del turno matutino que contestaron las preguntas, continuando con las gráficas de pastel, se vació toda la información.

Posteriormente con la base de datos que nos proporcionó el Jefe encargado del área de investigación de la unidad médica el doctor Leyva; se contaron las consultas mes por mes por cada una de las enfermedades que dañan y de ahí solo se tomaron las principales que afectan a los pacientes.

8.7 CUESTIONARIO.

- .1.- ¿Usted fuma? Sí No
- 2.- ¿Usted ingiere bebidas alcohólicas? Sí No
- 3.- ¿Consume algún tipo de tranquilizantes? Sí No
- 4.- ¿Consume alimentos fuera de casa? Sí No
- 5.- ¿Se conoce con desnutrición? Sí No
- 6.- ¿Se conoce con obesidad? Sí No
- 7.- ¿Asiste a sus detecciones periódicamente? Sí No
- 8.- ¿Cuenta con su esquema de vacunación completo? Sí No
- 9.- ¿Realiza algún tipo de ejercicio o deporte? Sí No
- 10.- ¿En el último año algún miembro de su familia se diagnosticó con alguna patología crónica? Sí No

9. RESULTADOS.

Se aplicaron 100 encuestas; con la base de datos del consultorio se obtuvieron las enfermedades más comunes que dañan a los pacientes, mes con mes desde enero a octubre que fue el periodo en que se realizó el diagnóstico de salud.

En cada una de las tablas se puede observar las 10 enfermedades más frecuentes por las cuales nuestros pacientes asistieron a consulta médica.

Cada columna nos señala el total de consultas en el mes de dicha enfermedades y se clasifican por dos grupos masculino y femenino. Obteniendo un total.

En la parte inferior de cada una de las tablas vemos un subtotal este se refiere a los pacientes que asistieron a consulta, por cualquier enfermedad de las 10 principales ya señaladas.

Después nos menciona (total de los demás) esto se refiere al resto de las consultas donde existe una diversidad de causas por las cuales asistieron los pacientes a consulta no cabe mencionar que todas las enfermedades son importantes de estudiar, pero nosotros solo tomamos las de mayor impacto en los pacientes del consultorio 11.

Por ultimo tenemos total general, este nos indica un global de citas médicas de cada uno de los meses. Recordando que el consultorio tiene 1,010 pacientes solo en el turno matutino.

10. DISCUSIÓN.

Como puede observarse en esta propuesta existen algunas diferencias importantes. En primer lugar, la cantidad de funciones para las licenciadas es mayor que para las técnicas, y en segundo lugar, al analizar el porcentaje que tiene cada una de las dimensiones dentro de la propuesta total, de cada grupo, se observa que en ambas las funciones asistenciales ocupan el mayor porcentaje; sin embargo, en la dimensión administrativa para las licenciadas el porcentaje es mucho mayor, cuestión que resulta lógica, ya que este profesional cuenta con sólidos conocimientos que le permiten desempeñarse en funciones gerenciales, no solo de los servicios de enfermería, sino en otros ámbitos de los servicios de salud.

Es interesante observar que en ambos casos hay un peso similar en las funciones docentes e investigativas. Si se comparan las funciones propuestas con las aprobadas según la resolución vigente (480/1980), se refleja que se ampliaron las funciones para ambas categorías, lo que extiende su ejercicio profesional y consolida la perspectiva hacia la calidad de los servicios de enfermería en correspondencia con la situación actual.

Es decir, el ámbito de su acción se amplió, tanto en la gestión de los servicios de salud, como en la asistencia clínica integral, ya que la enfermera profesional es una persona capacitada para llevar a cabo una multitud de complejas funciones, utilizando en forma más eficaz e independiente su capacidad de juicio y de asumir ciertas responsabilidades, que en forma tradicional, se suponían parte de la práctica médica.

Este resultado está en consonancia con las posiciones internacionales, pues en el informe de 1998 de la OMS.

Se cita que hay evidencias en muchos países, incluyendo Cuba, donde los profesionales de enfermería han mostrado un alto grado de experiencia en los aspectos de prevención de las enfermedades y de la promoción de salud, las enfermeras ofrecen servicios en una amplia variedad de formas, diagnostican problemas de salud, proveen enseñanza a los pacientes y sus familias, realizan consejería, hacen seguimiento de los cuidados, colaboran con otros profesionales, remiten pacientes, administran y controlan tratamientos, entre otros.

Muchas enfermeras que laboran en zonas rurales y aisladas cumplen este papel con más amplitud e independencia.

Las diferencias de criterio que existieron en cuanto a la función número 35 pudieran estar dadas por problemas organizativos, como por ejemplo, la ubicación del personal con inadecuada calificación profesional para ejecutar funciones más complejas en la práctica de enfermería del nivel primario, dificultad que se está enfrentado, dada la necesidad actual del personal.

No obstante, al analizar el criterio del grupo que trabajó en el taller y el nuestro, y si se tiene en cuenta que el porcentaje de aceptación fue más elevado a favor de que sea una función de la licenciada, se incluyó en el instrumento de los expertos como tal.

La metodología empleada y los resultados reafirman los criterios del CIE cuando declaran oficialmente en 1998: La enfermería es responsable de definir las funciones de la enfermera y el ámbito de la práctica de la enfermería. No obstante, aun cuando incumbe a las enfermeras, a través de las relaciones profesionales y laborales y de los órganos de reglamentación, la responsabilidad primordial de definir, supervisar y evaluar periódicamente las funciones y el ámbito de la práctica, deben pedirse y tenerse en cuenta las opiniones de otras personas de la sociedad en la definición del ámbito de la práctica.

Es nuestro criterio que las funciones propuestas tienen un enfoque integral, ya que ven al individuo, a la familia y a la comunidad, con un enfoque biopsicosocial, al individuo lo ven a todo lo largo de su ciclo vital, se incrementan las funciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Asimismo se incluye, la docencia, la investigación y la gestión, en todos los ámbitos (locales, provinciales, nacionales e internacionales) acorde con su nivel de calificación, aumentando así la participación de la enfermera en la toma de decisiones y en la definición y evaluación de las políticas de salud.

A nuestro juicio lo señalado anteriormente consolida el reconocimiento que tiene, en el ámbito de las asambleas mundiales o regionales de la OMS y la OPS, el rol de la enfermera en el sistema y servicios de salud, de su potencial para lograr un cambio en la calidad y la eficiencia de los servicios de atención a la salud.

Coincidimos con que la asignación de funciones al profesional de acuerdo con su educación, experiencia y competencia, llevará a establecer compensaciones económicas diferenciales, y servirá de base para el rediseño del mercado laboral en esta profesión y para la provisión de servicios de enfermería de acuerdo con la complejidad del cuidado individual o colectivo.

11. PROBLEMAS DETECTADOS.

En México los daños a la salud (muerte, enfermedad y discapacidad) tienden a concentrarse de manera creciente en los adultos mayores y se deben sobre todo a padecimientos no transmisibles. Según estimaciones de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, 84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones, y 53% se concentran en los mayores de 65 años.

Este proceso de envejecimiento y la exposición a riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, cuya evolución y magnitud se describen más adelante, han modificado el cuadro de principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica caracterizada por un predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones.

Menos de 15% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición, que en conjunto se clasifican bajo el término de rezago epidemiológico; 11% se deben a lesiones accidentales e intencionales, y 73% a padecimientos no transmisibles, como la diabetes, los problemas cardio-vasculares y el cáncer.

Mortalidad por grupos de edad Mortalidad infantil Hoy la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad en México es más de seis veces menor que la probabilidad que había en 1950. Sólo en la última década la mortalidad infantil disminuyó.

Mortalidad preescolar. Una vez superado el primer año de vida, las tasas de mortalidad disminuyen de manera muy importante, para volver a incrementarse en las etapas más avanzadas de la vida.

Las pocas muertes que se presentan en las niñas y niños de 1 a 4 años de edad se deben sobre todo a infecciones, problemas de la nutrición y lesiones.

Alrededor de 24% de las muertes en este grupo de edad se deben a infecciones intestinales, infecciones respiratorias, desnutrición y anemia. Otro 17% de los decesos se deben a lesiones accidentales (accidentes de tránsito, ahogamiento, caídas accidentales, envenenamiento accidental, y exposición al fuego y humo) y homicidios.

Mortalidad escolar En la etapa escolar (5 a 14 años) la tasa de mortalidad general.

Principales causas de muerte. En México hay tres tipos enfermedades que concentran más de 33% de las muertes en mujeres y más de 26% de las muertes en hombres: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares.

La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud.

Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor de 20%). Actualmente más de 5 millones de personas.

Principales causas de años de vida saludable perdidos la mortalidad, aunque es un indicador muy útil, tiene el inconveniente de que no incorpora todos los daños a la salud que se producen en una sociedad. Es por eso que se han diseñado otros indicadores que contabilizan los años saludables de vida que se pierden tanto por muerte prematura como por consecuencia de una discapacidad.

El indicador más comúnmente utilizado es el de años de vida saludable (AVISA) perdidos. Este indicador tiene la gran virtud de que permite medir los daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte.

Como puede observarse, los padecimientos que mayores pérdidas de AVISA producen en mujeres son la depresión unipolar y la diabetes.

También se incluyen dentro de este grupo, a diferencia de los hombres, padecimientos como las cataratas, la osteo-artritis, la enfermedad de Alzheimer y el asma bronquial. Los padecimientos que producen la pérdida de una cantidad importante de AVISA y que distinguen a los hombres son la cirrosis, el consumo de alcohol, y los accidentes y lesiones.

La diabetes y las enfermedades isquémicas del corazón, al igual que en el cuadro de principales causas de muerte, siguen ocupando un sitio importante, pero en las mujeres la diabetes se desplaza al segundo lugar y las enfermedades isquémicas del corazón al quinto.

La desnutrición en menores de 5 años se ha reducido de manera importante en los últimos 20 años como resultado de una combinación de diversas intervenciones: el Programa de Vacunación Universal, la administración masiva de mega dosis de vitamina A, los programas de desparasitación y la mayor disponibilidad de alimentos gracias a programas de desarrollo social como Progresá y Oportunidades.

Riesgos para la salud. Los cambios que se han producido en el patrón de daños a la salud en el país en las últimas décadas se deben en buena medida al desarrollo de riesgos del entorno y riesgos relacionados con estilos de vida que en conjunto se denominan determinantes proximales de las condiciones de salud.

Dentro de los riesgos del entorno se incluyen la falta de acceso a agua potable, la falta de acceso a servicios sanitarios, la contaminación atmosférica y los riesgos laborales.

A estos riesgos habría que añadir los desastres naturales. Dentro de los estilos de vida poco saludables destacan la mala nutrición (alto consumo de calorías y grasas de origen animal, bajo consumo de frutas y vegetales), el sedentarismo y el consumo de sustancias adictivas, que han dado origen al surgimiento de riesgos emergentes como el sobrepeso y la obesidad, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas ilegales, la violencia doméstica y las prácticas sexuales inseguras.

12. CONCLUSIONES.

Los adultos mayores representan un grupo poblacional en incremento, su estado de salud depende de muchos factores como el físico, cognoscitivo y sociofamiliar; por otro lado, tienen características como la heterogeneidad, la gran carga de enfermedad, la pluripatología, entre otras, que repercuten no solo en el ámbito familiar sino social. Es importante ofrecer a la población adulta mayor los medios para ejercer un mejor control sobre su salud y mejorarla.

Todo ello con el fin de lograr un envejecimiento exitoso, es decir, sin discapacidad, con la menor cantidad de enfermedades posibles o adecuadamente controladas y, sobre todo, intentando mantener en todo momento su autonomía y calidad de vida, respetando siempre sus valores y preferencias.

Por otro lado, las actividades preventivas en los adultos mayores deben tener en cuenta no solo el riesgo de enfermedad, sino también la alteración de la función que produce la enfermedad, así como aquellas condiciones frecuentes en el adulto mayor que pueden deteriorar su estado de salud como la fragilidad, las caídas, y las complicaciones iatrogénicas; las actividades preventivas en el adulto mayor deben estar dirigidas a todos estos factores.

Presentamos algunas pautas que podrían ser importantes para promover un envejecimiento activo y actividades preventivas que podrán ser aplicadas según el contexto particular de cada persona.

En resumen, las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en el adulto mayor, buscan lograr un envejecimiento exitoso.

Con respecto a las actividades de promoción de la salud, estas deben ser abordadas considerando el escenario macrosocial, microsociales, interpersonal e individual.

De otro lado, las actividades preventivas en el adulto mayor deben estar dirigidas no solo al riesgo de enfermarse, sino a la alteración de la función que produce la enfermedad, y otras condiciones que puedan deteriorar la salud del adulto mayor, como la fragilidad, las caídas, y las complicaciones iatrogénicas.

Es importante dar al adulto mayor las pautas necesarias para ejercer un mejor control sobre su salud y mejorarla, intentando mantener en todo momento su autonomía, su calidad de vida y, sobre todo, respetando siempre sus valores y preferencias.

13. PROPUESTAS.

Dieta. Los mensajes que deben incorporarse en la consejería nutricional deben incluir el consumir alimentos variados en las tres comidas principales, y dos adicionales, para mantenerse saludables; una porción diaria de alimentos de origen animal, tres porciones de lácteos hasta alcanzar un equivalente entre 1000 a 1500 mg de calcio al día; tres porciones de verduras crudas o cocidas, en variedad de colores; limitar la ingesta de sodio; consumir 6 a 8 vasos al día de agua hervida sin azúcar para mantenerse hidratado.

Si hay problemas de dentición consumir alimentos blandos o triturados en forma de purés. Recordar que una alimentación variada no necesita de ningún tipo de suplementación adicional ni vitamínica.

Ejercicio. El ejercicio beneficia a personas de todas las edades, puede disminuir todas las causas de morbilidad e incrementar la expectativa de vida. Entre los beneficios del ejercicio en el adulto mayor se incluyen la mejora del acondicionamiento, reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebro vascular, hipertensión, diabetes *mellitus* tipo 2, osteoporosis, obesidad, cáncer de colon, cáncer de mama, ansiedad, depresión, deterioro cognitivo y, finalmente, reduce el riesgo de caídas y lesiones.

La evidencia sugiere que los beneficios del ejercicio, incluyendo la disminución de la mortalidad y mantenimiento de la independencia, ocurre con la iniciación, así como con la continuidad del ejercicio, incluso en adultos mayores de entre 75 y 85 años.

Toda población sedentaria debe ser estimulada para desarrollar el hábito de la actividad física regular. Se debería dar una prescripción breve de la recomendación de ejercicios de acuerdo al estado de salud y los estilos de vida del paciente.

Las recomendaciones incluyen de 20-30 minutos de actividad aeróbica como caminatas y trotes, entre 3 y 5 días por semana; ejercicios para mantener o incrementar la masa muscular, que deben incluir entrenamiento con pesas; ejercicios de calistenia con pesas o ejercicios de resistencia, y actividades que ejercitan el equilibrio, recomendadas para mejorar la estabilidad y prevenir las caídas y problemas relacionadas a ellas. Por otro lado, los ejercicios de balance dinámico, tal como el tai chi, son los más accesibles y no necesitan estricta supervisión.

Consejería sobre enfermedades de transmisión sexual. Los adultos mayores sexualmente activos deben recibir consejería sobre sexo seguro y uso de preservativos con nuevos compañeros sexuales. Ante conductas de riesgo se debe propiciar consejería para cambio de conducta, de preferencia en varias sesiones, especialmente en adultos mayores sexualmente activos y con riesgo incrementado para ITS.

Tabaquismo. A cualquier edad en que se cese el tabaquismo se obtiene beneficio para la salud. Se debe preguntar a todos los adultos mayores si fuman, la periodicidad mínima de la detección del consumo debe practicarse, como mínimo, cada 2 años. Ante una respuesta positiva se debe intervenir para suspender el consumo de tabaco. Se ha detectado diversas técnicas para suspender el uso del tabaco, ello incluye la recomendación del médico, la consejería formal y la farmacoterapia.

El calendario de vacunaciones para los mayores de 60 años vigente en EE. UU. Aprobado por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), incluye cuatro vacunas: antitetánica/difteria, vacuna contra el herpes zoster, vacuna contra la influenza y la vacuna antineumocócica. El calendario de vacunaciones del MINSA para adultos mayores incluye la vacuna contra la influenza.

TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA

Cerca de la mitad de los casos de cáncer de mama son detectados a partir de los 65 años. El autoexamen de mama no ha demostrado efectividad en la disminución de mortalidad por cáncer, por esto, debería realizarse en el contexto de la consulta; con médicos entrenados.

La mamografía también es controversial ya que los estudios que la validan como prueba de tamizaje, han incluido pocas mujeres mayores de 75 años. Sin embargo, tiene eficacia demostrada en disminuir mortalidad en las mujeres entre 50 y 69 años; la USPTF recomienda el cese del tamizaje a los 70 años; no obstante, a partir de los 70 años, algunos expertos recomiendan su uso bianual en mujeres con una buena expectativa de vida.

14. ANEXOS.

Consentimiento Informado:

Yo _____
_____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada **“DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LOS DERECHOHABIENTES DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO DEL IMSS”** es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de la **(UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS #53)**.

Entiendo que este estudio busca conocer **(Los principales factores de riesgo que dañan a los pacientes del consultorio 11)** y sé que mi participación se llevará a cabo en **las instalaciones de la clínica**, y consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de **5 minutos**.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio

Firma participante:

ENCUESTA:

* Subraya la respuesta *

1.- ¿Cuál es su lugar de procedencia?

- a) León, Gto.
- b) Otros.

2.- ¿Cuánto tiempo tiene viviendo en León?

- a) Menos de 5 años.
- b) 5 años.
- c) 10 años.
- d) 20 años.
- e) 30 años.
- f) Más de 40 años.

3.- ¿Qué religión tiene?

- a) Católico.
- b) Otro.
- c) Ninguno.

4.- ¿Cuántos años tiene de unión con su pareja?

- a) Menos de 5 años.
- b) 5 años.
- c) 10 años.
- d) 20 años.
- e) 30 años.
- f) Más de 40 años.

5.- ¿Cuántos integrantes tiene su familia?

- a) 2 personas.
- b) 5 personas.
- c) 10 personas.
- d) Más de 10 años.

6.- ¿Actualmente cómo se compone su familia?

- a) Jóvenes sin hijos.
- b) Con hijos en edad preescolar.
- c) Con hijos en edad escolar.
- d) Con hijos en edad adolescente.
- e) Con hijos adultos sin casarse.
- f) Familia con nido vacío.
- g) Parejas jubiladas.

7.- ¿La casa donde viven es?

- a) Propia.
- b) Rentada.
- c) Prestada.

8.- ¿Cuenta con servicios de electricidad actualmente?

- a) sí.
- b) No.

9.- ¿Actualmente tiene agua intradomiciliaria?

- a) Agua intradomiciliaria.
- b) Agua no intradomiciliaria.

10.- ¿Los baños que tiene en su casa cuentan con agua corriente?

- a) Con agua corriente.
- b) Sin agua corriente.

11.- ¿En su vivienda tiene fauna nociva?

- a) Sí tiene.
- b) No tiene.

12.- ¿En su casa viven con hacinamiento?

- a) Con hacinamiento.
- b) Sin hacinamiento.

13.- ¿En su familia existe la promiscuidad?

- a) Con promiscuidad.
- b) Sin promiscuidad.

14.- ¿Dentro de su casa existen más hombres o mujeres?

- a) Mujeres.
- b) Hombres.

15.- ¿Qué edad tiene?

- a) Menos de 20 años.
- b) 20 a 30 años.
- c) 30 a 40 años.
- d) 40 a 50 años.
- e) 50 a 60 años.
- f) 60 a 70 años.

16.- ¿Estado civil actualmente?

- a) Soltero.
- b) Unión libre.
- c) Casado.
- d) Divorciado.
- e) Viudo.

17.- ¿Cuál es su escolaridad hasta el momento?

- a) Sin estudios.
- b) Primaria.
- c) Secundaria.
- d) Preparatoria o bachillerato.
- e) Universidad.

18.- ¿Cuál es su ocupación?

- a) Enfermero.
- b) Albañil.
- c) Pespuntador.
- d) Preliminar.
- e) Plomero.
- f) Adornadora.
- g) Electricista.
- h) Secretaria.
- i) Policía.
- j) Cajera.
- k) Almacenista.
- l) Vendedor.
- m) Empleada doméstica.

19.- ¿Cuál es su empleo?

- a) Obrero.
- b) Asalariado.
- c) Productor.
- d) Proletario.
- e) Burócrata.

20.- ¿Tipo de atención medica?

- a) IMSS.
- b) Otros.

21.- ¿Fuma?

- a) Sí.
- b) No.

22.- ¿Ingiere bebidas alcohólicas?

- a) Sí.
- b) No.

23.- ¿Consume algún tipo de tranquilizante?

- a) Sí.
- b) No.

24.- ¿Consume alimentos fuera de casa?

- a) Fuera de casa.
- b) No fuera de casa.

25.- ¿Usted tiene problemas de desnutrición?

- a) Desnutrición.
- b) No desnutrición.

26.- ¿Padece problemas de obesidad?

- a) Con obesidad.
- b) Sin obesidad.

27.- ¿Le falta alguna detección (MUJERES)?

- a) Papanicolaou.
- b) Exploración de mamas.
- c) Mastografías.
- d) No falta detecciones.

28.- ¿Le falta alguna detección (HOMBRES)?

- a) Examen de próstata.
- b) Prueba de hipercolesterolemia.
- c) Examen de agudeza visual.
- d) Realizadas.

29.- ¿Le falta alguna de estas vacunas?

- a) Influenza.
- b) Neumococo 23.
- c) Td.

30.- ¿Actualmente utiliza algún método de planificación familiar?

- a) Preservativos.
- b) DIU.
- c) Parche.
- d) Pastillas.
- e) Implante.
- f) Inyecciones.

31.- ¿Está embarazada (SOLO A MUJERES)?

- a) Sí.
- b) No.

32.- ¿Practica algún tipo de ejercicio o deporte?

- a) Sí.
- b) No.

33.- ¿Tiene alguno de estos antecedentes hereditarios?

- a) Diabetes.
- b) Hipertensión.
- c) Infarto.
- d) Cáncer.
- e) Alergias.
- f) Epilepsias.
- g) Padecimientos mentales.
- h) Obesidad.
- i) Malformaciones congénitas.
- j) Otra.
- k) Ninguna.

34.- ¿En el último año alguien de su familia a fallecido por estas causas?

- a) Diabetes.
- b) Hipertensión.
- c) Accidentes.
- d) Infartos.
- e) Otro.
- f) Ninguna.

35.- ¿En el último año han diagnosticado a sus familiares con alguno de estos padecimientos?

- a) Diabetes.
- b) Hipertensión.
- c) Alcoholismo.
- d) Embarazo
- e) ERAS.
- f) EDAS.

36.- ¿Dentro de su familia en el último año has pasado por alguna crisis?

- a) Separación matrimonial.
- b) Enfermedad.
- c) Celos.
- d) Matrimonio.
- e) Jubilación.
- f) Embarazo.
- g) Nuevo miembro en la familia.
- h) Discusiones.
- i) Falta de vacaciones.
- j) Otra.
- k) Ninguna.

37.- ¿Actualmente han recibido capacitaciones en caso de urgencias?

- a) Perdida del conocimiento.
- b) Convulsiones.
- c) Accidentes.
- d) Contingencia ambiental.
- e) Ninguna.

15. BIBLIOGRAFÍAS.

- Calidad en salud. (11 de Mayo de 2016). *Calidad en salud*. Recuperado el 08 de Enero de 2022, de Calidad en salud:
<https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>
- Gaceta UNAM . (16 de Diciembre de 2021). *UNAM* . Recuperado el 08 de Enero de 2022, de UNAM : <https://www.gaceta.unam.mx/hombres-consideran-ir-al-medico-una-amenaza-a-su-masculinidad/>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos . (Marzo de 2018). *Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos* . Recuperado el 08 de Enero de 2022, de Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos :
<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/depresores-del-sistema-nervioso-central-snc-de-prescripcion-medica>
- Medline plus . (09 de Diciembre de 2021). *Medline plus*. Recuperado el 08 de Enero de 2022, de Medline plus :
<https://medlineplus.gov/spanish/obesity.html>
- ONU. (04 de Marzo de 2014). *Noticias ONU* . Recuperado el 08 de Enero de 2022, de Naciones Unidas : <https://news.un.org/es/story/2014/03/1295971>