

**ICEST**  
INSTITUTO DE CIENCIAS  
Y ESTUDIOS SUPERIORES  
DE TAMAULIPAS, A. C.  
UNIVERSIDAD

# Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A. C.



**GACETA DE  
LA FACULTAD  
DE MEDICINA  
MATAMOROS  
Agosto - Diciembre  
2024**



Facultad  
de Medicina  
ICESIT

1.- Bienvenida .....	I
2.- Misión, visión y objetivo general .....	2
3.- Relación de docentes, tutores, asesores .....	3
enero mayo	
5.- Listado de tutores y asesores enero mayo 2024 .....	4
6.- Mérito académico .....	5
7.- Prevalencia de infecciones de vías urinarias en las en tres unidades de salud en embarazadas en su segundo trimestre de 25 a 35 años entre el 10 de octubre del 2022 a febrero 10 del 2023 .....	6
8.- Control y seguimiento de pacientes diabéticos con comorbilidades asociadas de 50-65 años .....	10
9.- Galería fotográfica eventos Icest .....	14
13.-Convocatoria para asesores junior.....	19

## Directorio

Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A. C.

**Lic. Carlos L. Dorantes del Rosal, D.E.**

Fundador y Rector Emérito

**Lic. Sandra L. Avila Ramírez, M.E.**

Rectora

**Lic. María del Socorro Moreno González, M.C.A.**

Directora General de Desarrollo Académico

**Dr. Fermín Rosagaray Luévano, M.M.S.H.**

Director Facultad de Medicina Campus Matamoros 2001

**Dr. Daniel Ávalos Armenta**

Secretario Académico

**Dr. Nidelsón Eduardo Sánchez Tristán**

Coordinador de ciencias básicas

**Dra. Mónica Zoeni Pérez Rodríguez**

Coordinadora de ciencias clínicas

**Dra. Yajaira Cabrera Baltazar**

Coordinadora de internado de pregrado, servicio

social y seguimiento de egresados

**Q.F.B. Luis Ramón Ramírez García**

Coordinador de investigación

**Lic. Sara Rangel Salas**

Coordinadora de tutorías y asesorías académicas

**Dr. Mario Arturo Luna Lamas**

Coordinador General del CESIM

**Lic. Jessica Denise Balderas Canales**

Orientación Educativa

DIRECCIÓN

Calle Siete No. 706 entre Rayón y Victoria, Zona Centro

H. Matamoros, Tamaulipas

Tel: 01 (868)813-3449 y 813-9491

E- mail: [medicinamatamoros@icest.edu.mx](mailto:medicinamatamoros@icest.edu.mx)



## **PALABRAS DE BIENVENIDA DEL DIRECTOR**

### **Estimados alumnos, Docentes y Personal Administrativo:**

Es un placer darles una cálida bienvenida, tanto a quienes inician su formación en las ciencias básicas como a quienes avanzan hacia el desafiante campo de las ciencias clínicas. Como director de nuestra institución, es un honor acompañarlos en el comienzo de este nuevo ciclo académico en nuestra reconocida Facultad.

Vivimos un momento excepcional en la historia de la medicina y la ciencia, donde las tecnologías avanzadas y los enfoques educativos innovadores transforman la manera en que formamos a los futuros profesionales de la salud. En este contexto, nuestra Facultad reafirma su compromiso de brindarles una educación de excelencia, respaldada por herramientas de simulación de vanguardia y metodologías modernas que enriquecen el aprendizaje y fortalecen su preparación para los desafíos del entorno clínico.

La simulación ocupa un lugar central en nuestro modelo educativo, permitiendo que nuestros estudiantes practiquen situaciones clínicas reales en un entorno seguro y controlado. Este tipo de experiencias es fundamental para el desarrollo de habilidades críticas y para tomar decisiones acertadas en contextos complejos y de alta presión.

Además, la incorporación de tecnologías como la realidad aumentada y la realidad virtual en nuestra oferta educativa les brinda una comprensión más profunda y práctica de los procedimientos médicos, difícil de alcanzar a través de métodos tradicionales.

Les invito a aprovechar al máximo cada oportunidad de aprendizaje que encontrarán aquí. Cada práctica en el laboratorio, cada simulación y cada intercambio con nuestros docentes es una oportunidad invaluable para consolidar los conocimientos y habilidades que los convertirán en líderes en el campo de la medicina.

Confiamos en el éxito de cada uno de ustedes y en el impacto positivo que generarán en el ámbito médico. Bienvenidos a una etapa decisiva en su formación académica y profesional.

Con un cordial saludo,  
**Dr. Fermín Rosagaray Luevano**

---

# MISIÓN

Formar hombres y mujeres libres, humanistas, de pensamiento creativo, interesados en la investigación, con una sólida preparación científica, tecnológica y cultural, apegados a su familia, orgullosos de ser mexicanos y de sus tradiciones, respetuosos de los derechos de los demás, partidarios de la paz, protectores del medio ambiente y los recursos naturales, leales a los valores universales del hombre, comprometidos con la excelencia, poseedores de la competitividad suficiente para progresar con honestidad, espíritu de justicia y servicio a la comunidad.

# VISIÓN

Representar una oportunidad accesible de superación intelectual para toda persona con interés en lograr su desarrollo personal, sin distinción de condición social o económica, a través de estudios que respondan, en contenido y calidad, a los requerimientos de la sociedad.

# OBJETIVO GENERAL

Es nuestro objetivo primordial formar profesionales de la salud en el área de la medicina humana en un primer y segundo nivel de atención, que le permitan preservar y restituir la salud del individuo, mediante una práctica profesional responsable, basada en evidencias actualizadas y fundamentadas en la adquisición de conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos con un elevado sentido de responsabilidad y ética profesional comprometidos con su profesión que permitan además el desarrollo de la investigación, la formación médica continua y realizar estudios de postgrado, procurando siempre satisfacer las necesidades de salud de la sociedad.

---

# RELACIÓN DE DOCENTES, TUTORES, ASESORES ENERO MAYO

**Tutorías:** Es un programa que consiste en un proceso de acompañamiento durante la formación de los alumnos de la Facultad de Medicina. Este programa se concreta mediante la atención personalizada a un estudiante o un grupo reducido de estudiantes, por parte de académicos competentes y formados para esta función, apoyándose conceptualmente en los procesos del aprendizaje.

**Asesorías Académicas:** Es un programa pensado en el alumno para que pueda acudir con los Asesores Académicos de la Facultad (Docentes) de diferentes especialidades y puedan ser asesorados en un tema académico en específico. Es un medio de comunicación entre los alumnos que quiere adquirir conocimientos y el docente que está comprometido en la enseñanza médica.

**Tutor(es):** Docente encargado de apoyar y orientar a los alumnos.

**Tutorado(s):** Son todos los alumnos de la Facultad de Medicina quien estarán a cargo de un tutor. Propósito Estos programas han sido diseñados pensando en los alumnos. Donde su propósito principal es el apoyar y orientar al alumno en todo momento durante su estancia universitaria, el cual busca que el alumno genere las estrategias y habilidades de estudio autodirigido y adaptación al entorno universitario logrando así la disminución de índice de reprobación y deserción estudiantil.

**Recursos Docentes:** El apoyo de los Docentes es invaluable en ambos programas, cuentan con la calidez

humana, la preparación especializada y tiempo disponible para darle al alumno la orientación debida tanto en el ámbito personal como en lo profesional, La Facultad de Medicina busca con estos programas la satisfacción de las necesidades del alumno y facilitar así su enseñanza-aprendizaje con la correcta aplicación del estudio autodirigido.

Es por eso que se cuenta con un carnet de tutorías y asesorías académicas donde deberán registrar sus sesiones y así estar seguros que el 100% de la población estudiantil ha sido beneficiado con estos programas que son completamente gratis. Exhortando a los alumnos aprovechen estos beneficios en pro de la adquisición de conocimientos y el logro del buen desempeño en la vida diaria.

# RELACIÓN DE DOCENTES, TUTORES Y ASESORES AGOSTO - DICIEMBRE 2024



## FACULTAD DE MEDICINA I.C.E.S.T. CAMPUS MATAMOROS 2001

### RELACIÓN DE DOCENTES, TUTORES Y ASESORES/ AGOSTO-DICIEMBRE 2024

NOMBRE	MATERIAS	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO
DR. TOMAS IVAN TORRES BRIONES	INT. AL PENSAMIENTO CIENTÍFICO	TUTOR Y ASESOR 1ºA	tomas_bt9054@icest.mx
DR. MIGUEL GUADALUPE MENDEZ GONZALEZ	ANATOMÍA I	TUTOR Y ASESOR 1ºB	miguel_guadalupe@icest.mx
DR. ALBERTO JORGE VELASCO CASTELAN	DES. DE HABILIDADES PARA ESTUDIAR	TUTOR Y ASESOR 1ºC	alberto_vcl643@icest.mx
DRA. MARICELA RAMIREZ BELTRAN	EMBRIOLOGÍA	TUTOR Y ASESOR 1ºD	marisela_beltran@icest.mx
LIC.DANIEL ALBERTO GARZA DE LA FUENTE	PSICOLOGÍA	TUTOR Y ASESOR 1ºE	
DR. JAIME JESUS MUÑOZ ROMERO	FISIOLOGÍA	TUTOR Y ASESOR 3ºA	jaime_mr2643@icest.mx
Q. PAOLA CAROLINA RODRÍGUEZ CASTILLO	PARASITOLOGÍA	TUTOR Y ASESOR 3ºB	paola_rc8064@icest.mx
ING. DAMIAN GONZALEZ BALDERAS	INGLÉS INTERMEDIO	TUTOR Y ASESOR 3ºC	damian.balderas@icest.mx
DR. ANA LOURDES GARZA ESPINOSA	INGLÉS BASICO INICIAL	TUTOR Y ASESOR 5ºA	ana_garza@icest.mx
DRA. KAREN ALEJANDRA TREVIÑO RODRIGUEZ	URGENCIAS MEDICAS	TUTOR Y ASESOR 5ºB	karenrodriguezmc2024@icest.mx
DR. ENRIQUE CRUZ MAYORGA	PROPEDEUTICA MÉDICO QUIRÚRGICO II	TUTOR Y ASESOR 5ºC	ENRIQUE.MAYORGA@icest.mx
DRA. CRISTINA VALDEZ LÓPEZ	GINECO OBSTETRICIA	TUTOR Y ASESOR 7ºA	cristina_vl2867@icest.mx
DR. JORGE LUIS NAVARRO ALCOBA	CARDIOLOGÍA	TUTOR Y ASESOR 7ºB	jorge_navarro@icest.mx
DRA. KARENE MARISOL PEREZ VARGAS	PEDIATRÍA	TUTOR Y ASESOR 9ºA	karene_pv@icest.mx
DR. MANUEL ROGELIO CRUZ FLORES	UROLOGÍA	TUTOR Y ASESOR 9ºB	manuel.rogelio@icest.mx
DRA. CAROLINA PINEDA PEDRAZA	GERIATRÍA	TUTOR Y ASESOR 9ºC	carolina.pedraza@icest.mx
DRA. BERENICE AVILA POSADAS	EMBRIOLOGÍA	ASESORA	avila.berenice@icest.mx
DR. MONCERRATO GARCÍA VIVEROS	SALUD PÚBLICA	ASESOR	moncerrato.garcia@icest.mx
DRA. BEATRIZ PÉREZ CORONADO	INTRODUCCIÓN AL PENSAMIENTO CIENTÍFICO	ASESORA	
ING. EDGAR URIEL RAMOS ZUÑIGA	MATEMÁTICAS	ASESOR	edgar.ramos@icest.mx
Q. C. ARIAM CAMPOS AGGI	BIOQUÍMICA	ASESORA	qcariam.campos@icest.mx
DR. RUFINO III CONTRERAS DE LEON	OTORRINOLARINGOLOGÍA	ASESOR	rufino.contreras@icest.mx
DR. ALBERTO JUAN SALAZAR VIZUET	SECRETARIO ACADÉMICO	ASESOR	secretario_academico2001@icest.mx
DR. SANTIAGO ONASIS	COORDINADOR DE I.P.S.Y S.E.	ASESOR	internados.mat2001@icest.mx
DRA. MONICA ZOENI PEREZ RODRIGUEZ	COORDINADORA DE CIENCIAS CLÍNICAS	ASESORA	cclinicas.mat2001@icest.mx
DR. MARIO ALBERTO LUNA LAMAS	COORDINADOR DE CESIM	ASESOR	coordinador_cesim2001@icest.mx
QUÍMICO LUIS RAMON RAMIREZ GARCIA	COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN	ASESOR	coordinador_investigacion2001@icest.mx
LIC. SARA RANGEL SALAS	COORDINADORA DE TUTORÍAS	ASESORA	tutorias.mat2001@icest.mx

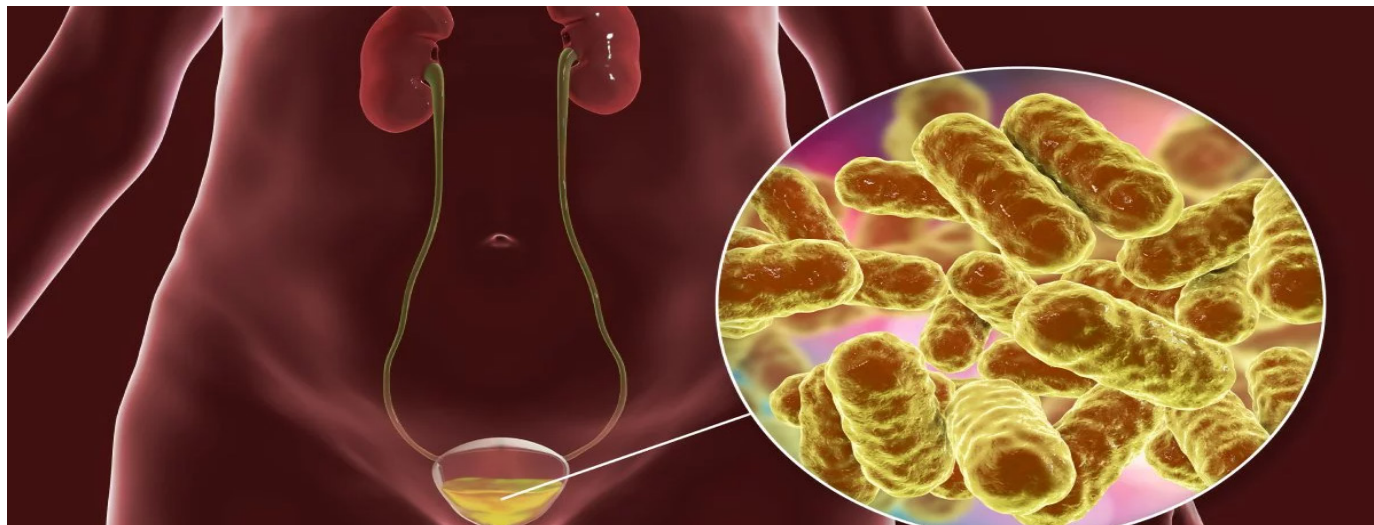
## MÉRITO ACADÉMICO

En una emotiva ceremonia, la Facultad de Medicina reconoció a los alumnos con los mejores promedios de la carrera, destacando su dedicación, esfuerzo y compromiso con la formación médica. Estos reconocimientos no solo representan un logro académico, sino también el reflejo del profesionalismo y vocación de servicio que se fomenta desde las aulas. Felicitamos a cada uno de los estudiantes que, con su excelencia, inspiran a toda la comunidad universitaria a seguir avanzando en pro de la salud y el bienestar social.



## PREVALENCIA DE INFECCIONES DE VIAS URINARIAS EN LAS EN TRES UNIDADES DE SALUD EN EMBARAZADAS EN SU SEGUNDO TRIMESTRE DE 25 A 35 AÑOS ENTRE EL 10 DE OCTUBRE DEL 2022 A FEBRERO 10 DEL 2023

M.P.S.S TERESA DE JESUS SOSA ATKINSON, M.P.S.S GABRIELA VERONICA ZAMORANO, M.P.S.S CRISTO REY RAYA CRUZ



El aparato urinario es el sistema encargado de generar y excretar orina mediante un conjunto de órganos y conductos que incluye los riñones, uréteres, vejiga y uretra. Los riñones humanos miden entre 10 y 12 cm de alto, reciben irrigación de la arteria renal y se conectan a los uréteres, que miden aproximadamente 28 cm. La vejiga, de capacidad promedio de hasta 1,000 cm<sup>3</sup>, almacena la orina antes de ser excretada a través de la uretra.<sup>1,2</sup>

Las infecciones de vías urinarias (IVU) son una de las complicaciones médicas más comunes durante el embarazo, superadas únicamente por la anemia y la cervicovaginitis. Si no son diagnosticadas y tratadas adecuadamente, pueden aumentar significativamente la morbilidad en la madre y el feto. El tracto urinario generalmente es estéril, pero la presencia de bacterias puede causar infecciones que afectan distintas partes del aparato urinario.<sup>2,4,5,7,8</sup>

La Guía de Práctica Clínica de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Infección del Tracto Urinario Bajo en el Embarazo establece criterios para clasificar las IVU según la ubicación anatómica (tracto urinario alto o bajo), la cronicidad, la presencia de síntomas y el entorno en que se adquieren (comunitario o nosocomial). En este contexto, las infecciones del tracto urinario bajo son las más comunes, afectando principalmente la uretra y la vejiga.<sup>2,5,7,8</sup>

Según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), en México se registraron 3,076,468 casos de IVU en 2006, con una incidencia de 2,861 por cada 100,000 habitantes. Esta cifra aumentó a 4,009,700 casos en 2012, con una incidencia de 3,430 por cada 100,000 habitantes. Las IVU representan la tercera causa de morbilidad en el país, después de las infecciones respiratorias y gastrointestinales.<sup>14,17</sup>

Existen diversos factores que predisponen a las mujeres embarazadas a padecer infecciones de vías urinarias, como antecedentes de IVU previas, relaciones sexuales frecuentes, uso de espermicidas, múltiples parejas sexuales y ser

multigestas. Los cambios anatómicos y hormonales propios del embarazo también aumentan el riesgo de infecciones, como la hidronefrosis fisiológica, el reflujo vesicoureteral y la pérdida del tono ureteral debido a las hormonas placentarias. Estos cambios pueden reducir el peristaltismo ureteral y favorecer la ectasia de los uréteres y la pelvis renal, aumentando la probabilidad de colonización bacteriana.<sup>2,4,5,7</sup>

La bacteria *Escherichia coli* es el principal agente causal de las IVU en mujeres embarazadas, responsable de hasta el 80% de los casos. La complicación más frecuente es el parto prematuro, que representa el 75% de las muertes perinatales y el 50% de las secuelas neurológicas asociadas a la prematuridad. Las endotoxinas de los bacilos Gram negativos pueden desencadenar el trabajo de parto prematuro al sensibilizar el útero.<sup>2,4,7,8</sup>

El diagnóstico de IVU en mujeres embarazadas debe ser individualizado. Se recomienda realizar un tamizaje para detectar bacteriuria asintomática entre las 12 y 16 semanas de gestación mediante un examen general de orina. Este tamizaje debe repetirse entre las 18 y 20 semanas y nuevamente entre las 32 y 34 semanas. El diagnóstico definitivo de IVU se establece mediante un urocultivo con un criterio de positividad de 100,000 unidades formadoras de colonias por mililitro de orina (UFC/mL). En casos sintomáticos, una cuenta de 10,000 UFC/mL puede ser suficiente para confirmar el diagnóstico.<sup>2,7,9</sup>

El tratamiento de las IVU en el embarazo se basa en el uso de antibióticos, preferentemente guiados por un antibiograma. El objetivo es reducir el riesgo de complicaciones como el parto prematuro y la pielonefritis. Se recomienda un régimen

**Material y métodos:** La población estudiada corresponde a toda paciente embarazada en su segundo trimestre de embarazo de edad entre 25 y 35 años con infección de vías urinarias presente en la consulta prenatal otorgada por médicos pasantes en las unidades de salud Aeropuerto, Santa Adelaida y Centro de Salud Rector U-06 Valle Hermoso, durante el lapso del 10 de octubre de 2022 al 10 de febrero de 2023. Los criterios de inclusión

abarcan pacientes femeninas con una edad entre 25 y 35 años, embarazo entre las semanas 13 y 26 de gestación confirmado por ultrasonografía o fecha de última menstruación, con diagnóstico de infección de vías urinarias por examen general de orina, urocultivo o sintomatología, que se encuentren activas en las unidades mencionadas y que acepten participar.

Se excluyeron pacientes fuera de ese rango de edad, en las semanas de gestación 1 a 12 o 27 a 41, sin diagnóstico de infección urinaria, que no fueran atendidas por médicos pasantes, que presentaran complicaciones no relacionadas y quienes no brindaran su consentimiento. El tamaño muestral incluyó únicamente a pacientes adscritas a las unidades de salud mencionadas, con un total de 46 pacientes embarazadas, de las cuales solo 13 cursaban con embarazo en su segundo trimestre entre las semanas 13 a 26.

El procedimiento de muestreo fue no probabilístico y sistemático, seleccionando los casos de manera casual. El diseño del estudio se enmarca como un estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal. Las variables consideradas fueron: infección de vías urinarias (clasificadas según localización, cronicidad y presentación), edad (entre 25 y 35 años), periodo gestacional (semanas 13 a 24) y diagnóstico mediante examen general de orina, urocultivo o sintomatología.

### Resultados

Se realizó una investigación con una población inicial de 55 pacientes femeninas, de las cuales se redujeron a 23 pacientes embarazadas con edades entre 25 y 35 años, que cursaban un embarazo entre la semana 13 y la semana 24 de gestación. Los resultados mostraron que la edad materna más común en las pacientes estudiadas fue de entre 28 a 30 años (Gráfica 1), mientras que la mayoría de las pacientes acudieron a consulta prenatal entre las semanas 24 y 26 de gestación (Gráfica 2).

En cuanto al diagnóstico de infecciones de vías urinarias, el método más utilizado fue la identificación de sintomatología clínica (Gráfica 3). Sin embargo, este enfoque difiere del estándar de oro recomendado en la literatura, que sugiere la realización de urocultivo con antibiograma para un diagnóstico más preciso. De los 23 casos estudiados, solo tres pacientes se sometieron a un urocultivo, y en estos casos el patógeno más frecuente fue Escherichia coli (Gráfica 4).

Las limitaciones encontradas para la realización de urocultivos y antibiogramas estuvieron relacionadas principalmente con la falta de recursos económicos de las pacientes y la carencia de reactivos en las unidades de salud estudiadas. A pesar de estas limitaciones, se observó una tasa muy baja de reinfección en las pacientes tratadas (Gráfica 5), lo que puede atribuirse al uso de tratamiento empírico.

El tratamiento más utilizado fue la amoxicilina, conforme a las guías de práctica clínica mexicanas, seguido por nitrofurantoína (Tablas 1, 2 y 3). Las complicaciones relacionadas con las infecciones de vías urinarias fueron mínimas, registrándose amenazas de aborto, complicaciones de parto prematuro y pielonefritis en menos del 10% de las pacientes muestreadas (Gráfica 6).

Edad de embarazo	Trimestre de embarazo	Tipo de Diagnóstico	Patógeno	Tratamiento
29	36.2	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	AMOXICILINA
32	34.2	EGO	KLEBSIELLA	AMOXICILINA
29	19.4	EGO	E. COLI	NITROFURANTOINA
30	27.5	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
22	18.1	UROCULTIVO	E. COLI	NITROFURANTOINA
27	13.6	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	AMOXICILINA
25	12.3	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
33	24	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
29	11.5	EGO	E. COLI	NITROFURANTOINA
30	21	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
21	11.1	EGO	E. COLI	NITROFURANTOINA
40	15	EGO	E. COLI	NITROFURANTOINA
26	39.5	EGO	E. COLI	AMOXICILINA
35	26	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
37	14.1	UROCULTIVO	KLEBSIELLA	AMOXICILINA
28	13.6	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
29	36.1	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	AMOXICILINA
30	35	EGO	DESCONOCIDO	AMOXICILINA
31	18	EGO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
32	9.1	EGO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
34	14.4	EGO	E. COLI	NITROFURANTOINA

Centro de salud: colonia aeropuerto

Antibiograma	Resistencias	Complicaciones	Recaida
-	-	NO	SI
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	NO	SI
+	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	NO	SI
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO
+	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	NO	SI
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	AMENAZA ABORTO	SI

Tabla 1. Población de mujeres embarazadas en el centro de salud col aeropuerto

Edad de embarazo	Trimestre de embarazo	Tipo de Diagnóstico	Patógeno	Tratamiento
30	30.2	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	TRIMETROPRIM-SULFAMETOXAZOL
27	36	EGO	E. COLI	TRIMETROPRIM-SULFAMETOXAZOL
24	21	EGO	E. COLI	CEFALEXINA
29	22.2	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	TRIMETROPRIM-SULFAMETOXAZOL
25	18.1	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
30	38	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	TRIMETROPRIM-SULFAMETOXAZOL

### Centro de salud: Ejido Santa Adelaida

Antibiograma	Resistencias	Complicaciones	Recaida
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	PIELONEFRITIS	SI
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO

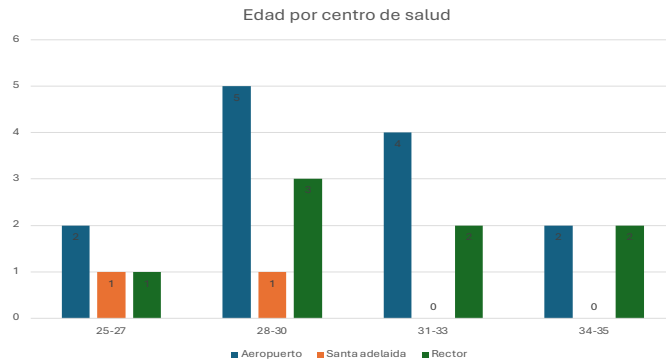
Tabla 2. Población de mujeres embarazadas en el centro de salud ejido Santa Adelaida

Edad de embarazo	Trimestre de embarazo	Tipo de Diagnóstico	Patógeno	Tratamiento
35	22.5	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
26	27.1	EGO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
28	30	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	AMOXICILINA
22	31.3	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	AMOXICILINA
31	38	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	AMOXICILINA
38	21.1	EGO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
33	25.5	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	AMOXICILINA
37	25.3	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	CEFALEXINA
29	36	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	AMOXICILINA
29	31	EGO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
31	29.1	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
35	25.1	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA
37	28.9	SINTOMATOLOGICO	DESCONOCIDO	NITROFURANTOINA

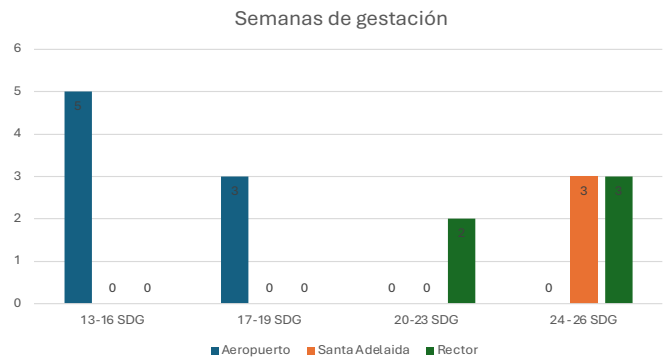
### Centro de salud: rector U-06 Valle Hermoso

Antibiograma	Resistencias	Complicaciones	Recaída
-	-	NO	SI
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	AMENAZA DE PARTO PREMATURO	SI
+	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	NO	SI
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO
-	-	NO	SI
-	-	NO	NO
-	-	NO	NO

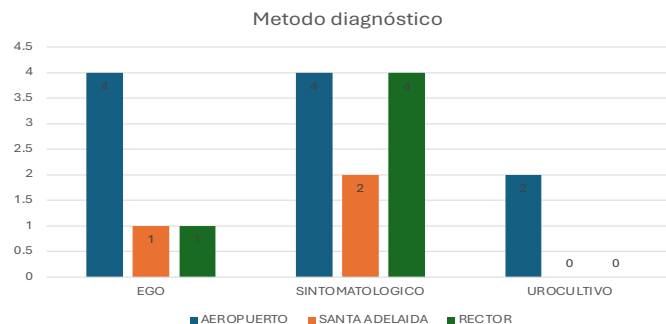
**Tabla 3. Población de mujeres embarazadas en el centro de salud Rector**



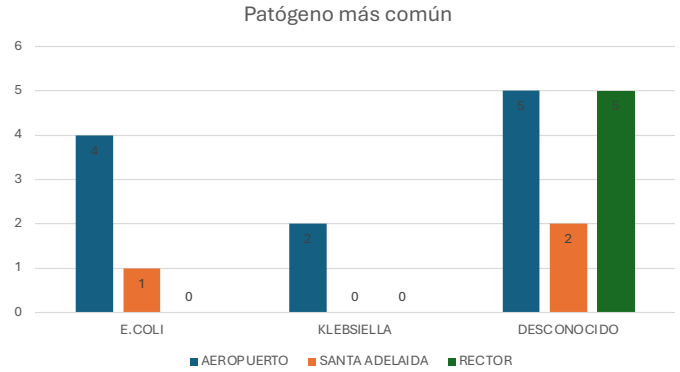
**Gráfica 1. Embarazos dependiendo de la edad**



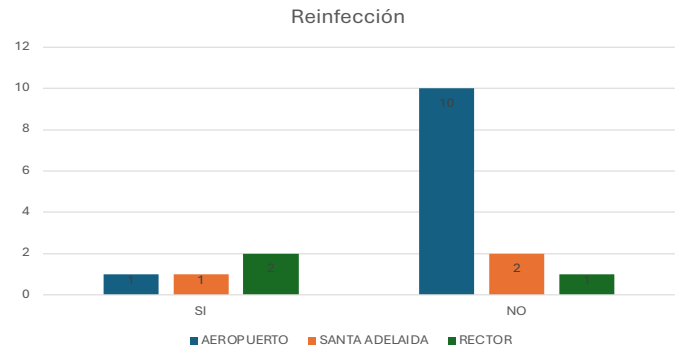
**Gráfica 2. Semanas de gestación por unidad de salud**



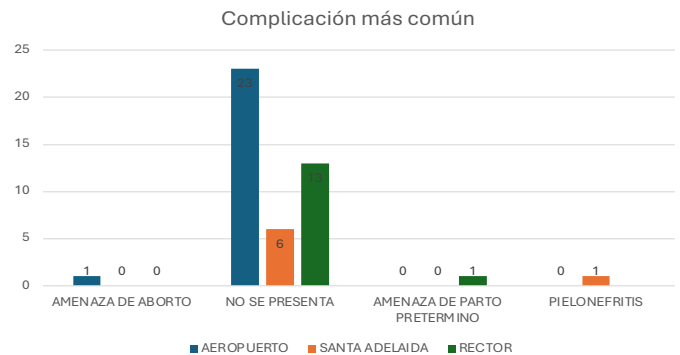
**Gráfica 3. Método diagnóstico más utilizado por unidad de salud**



**Gráfica 4. Patógeno más común encontrado por unidad de salud**



**Gráfica 5. Reincidencia de infección por unidad de salud**



**Gráfica 6. Complicación más común causada por infecciones de vías urinarias en cada unidad de salud**

**Conclusiones**

Los resultados de este estudio evidencian la necesidad de mejorar el acceso a pruebas de diagnóstico específicas, como el urocultivo y el antibiograma, para garantizar un tratamiento más preciso de las infecciones de vías urinarias durante el embarazo. Aunque la incidencia de complicaciones fue baja en este estudio, un diagnóstico más certero podría prevenir posibles riesgos materno-fetales y reducir aún más la tasa de complicaciones. Se recomienda la implementación de programas de concienciación dirigidos a las pacientes embarazadas sobre los signos y síntomas de las infecciones de vías urinarias, para que puedan buscar atención médica de manera oportuna. Esto podría contribuir a evitar complicaciones como parto prematuro o infecciones avanzadas que comprometan la salud materna y fetal.

Además, sería beneficioso que los centros de salud cuenten con los recursos necesarios para la realización de estudios de laboratorio, lo que facilitaría la selección del antibiótico más adecuado en cada caso y optimizaría el manejo de estas infecciones. Este enfoque permitiría un tratamiento dirigido y

una mayor eficacia terapéutica, mejorando los resultados tanto para las madres como para los neonatos.

Finalmente, se destaca la importancia de continuar monitoreando las infecciones de vías urinarias durante el embarazo, ya que su correcta gestión puede contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad perinatal asociada a estas patologías. La implementación de medidas de prevención y tratamiento adecuado es esencial para mejorar la salud materno-infantil en las unidades de salud estudiadas.

## Referencias.

1. Kalinderi K, Delkos D, Kalinderis M, Athanasiadis A, Kalogiannidis I. Urinary tract infection during pregnancy: current concepts on a common multifaceted problem. *J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2018;38(4):1-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/01443615.2017.1370579>
2. DR. ARTURO VINIEGRA OSORIO DR. GILBERTO PÉREZ RODRÍGUEZ. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO BAJO DURANTE EL EMBARAZO, en el Primer Nivel de Atención [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/078GER.pdf>
3. Johnson CY, Rocheleau CM, Howley MM, Chiu SK, Arnold KE, Ailes EC. Characteristics of women with urinary tract infection in pregnancy. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2021;30(11):1556-64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2020.8946>
4. Beckmann CRB, Ling FW. *Obstetricia y ginecología*. 7a ed. la Ciudad Condal, España: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
5. López Oviedo P. Infección de vías urinarias en mujeres gestantes. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2021;6(12):e745. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v6i12.745>
6. Acosta-Terriquez JE, Ramos-Martínez MA, Zamora-Aguilar LM. Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretérmino. *Ginecol Obstet Mex*. 2014;82(11):737-43.
7. Estrada-Altamirano A, Figueroa-Damián R, Villagrana-Zesati R. Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. *Perinatol Reprod Hum*. 2010;24(3):182-6.
8. Arroyave V, Castaño Castrillón JJ, Giraldo V, Jaramillo M, Moncada NC, Ortiz EA, et al. Caracterización de la infección de las vías urinarias en mujeres embarazadas atendidas en una entidad de primer nivel de atención (Manizales, Colombia), 2006-2010. *Arch Med (Manizales)* [Internet]. 2011;11(1):39-50. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273819434003>
9. ORCID. En: *Encyclopedia of Library and Information Science*, Fourth Edition. CRC Press; 2017. p. 3505-9.
10. Murillo-Rojas OA, Leal-Castro AL, Eslava-Schmalbach JH. Uso de antibióticos en infección de vías urinarias en una unidad de primer nivel de atención en salud, Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá)* [Internet]. 2006 [citado el 25 de abril de 2023];8(2):170-81. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642006000200005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000200005&lng=en)
11. Generalidades De Las Siete Principales Causas De Morbilidad En México 2005-2012. 2012; Disponible en: <https://www.issea.gob.mx/Docs/Boletines%20Epidemiologia/Panoramas%202022/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20DICIEMBRE%202022.pdf>
12. Gutiérrez Q. *Anatomía Humana*. 1-3. México: Editorial Porrúa; 2006.
13. LATARJET, MICHAEL. *ANATOMIA HUMANA*. 4a. ed.. 6a.
14. Garza-Montúfar ME, Treviño-Valdez PD, De La Garza-Salinas LH. Resistencia bacteriana y comorbilidades presentes en pacientes urológicos ambulatorios con urocultivos positivos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2018;56(4):347-53.

## CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS CON COMORBILIDADES ASOCIADAS DE 50-65 AÑOS

Leslie Nahomy De la Sota Velázquez, Carlos Ángel Lira Salinas, Andrea Jazmín González Pacheco, Linda Patricia De León Palomo, Fernando Ezequiel Martínez Ibarra, Samantha Vanessa Saldierna Hernández, Eira Anahí López Quintana, Magdalena Rodríguez Vázquez, Brenda Rebeca Acuña Montoya



La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es un problema de salud pública global que afecta de manera significativa a los países en vías de desarrollo, donde las disparidades socioeconómicas limitan el acceso a servicios de salud de calidad<sup>1</sup>. Esta enfermedad figura entre las principales causas de mortalidad mundial, con un incremento del 70% en su tasa de mortalidad desde el año 2000<sup>3</sup>. En 2019, la prevalencia global de DMT2 fue del 9.3%, y en México se registró una prevalencia del 10.3%, ubicándola como la tercera causa de muerte en el país. Además, según datos del Diabetes Atlas, se proyecta que para 2040 los casos de diabetes alcanzarán los 109 millones<sup>3</sup>.

En el estado de Tamaulipas, la Secretaría de Salud estima que el 12.8% de la población mayor de 20 años tiene diagnóstico de DMT2. Sin embargo, se calcula que más del 50% de los casos permanece sin diagnosticar, lo que subraya la necesidad de diagnósticos oportunos que permitan implementar tratamientos adecuados y evitar complicaciones graves<sup>3</sup>.

La DMT2 es una endocrinopatía caracterizada por alteraciones en el metabolismo de la glucosa, principalmente debido a resistencia a la insulina, una hormona que facilita la captación de glucosa en los tejidos y regula la producción de glucosa hepática<sup>2</sup>. La resistencia a la insulina se define como la incapacidad de esta hormona para ejercer su función en los tejidos blanco, lo que favorece niveles elevados de glucosa en sangre. Este desbalance puede ser contrarrestado con diversas estrategias farmacológicas y no farmacológicas adaptadas a las necesidades individuales<sup>2</sup>.

Existen factores de riesgo modificables y no modificables asociados a la DMT2. Entre los primeros se encuentran el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo y el síndrome metabólico, mientras que los factores no modificables incluyen la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares<sup>5</sup>.

La detección temprana de factores de riesgo modificables permite reducir significativamente la probabilidad de desarrollar la enfermedad.

El presente estudio busca dar seguimiento a pacientes con DMT2 y sus comorbilidades asociadas, como hipertensión arterial, retinopatía, neuropatías e insuficiencia renal, evaluando cómo los distintos regímenes de tratamiento impactan en la progresión de la enfermedad. El seguimiento se realizará de acuerdo con las guías de práctica clínica y las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés).

La diabetes es una patología que afecta a una proporción significativa de la población mexicana debido a factores genéticos, estilos de vida y condiciones socioeconómicas. Este estudio abarca una muestra de pacientes de 50 a 65 años, atendidos en nueve centros de salud de atención primaria. Se considerarán antecedentes familiares, hábitos alimenticios y factores asociados como tabaquismo y obesidad, siendo la resistencia a la insulina uno de los mecanismos patogénicos centrales de la enfermedad.

A nivel global, se estima que 62 millones de personas viven con DMT2 en las Américas, un número que se ha triplicado desde 1980 y podría alcanzar los 109 millones para 2040<sup>3,14,19</sup>. La tasa de mortalidad en México pasó de 8.2 decesos por cada 10 mil habitantes en 2019 a 11.0 en 2021, según datos oficiales.

Las causas de la DMT2 incluyen una deficiencia progresiva de las células  $\beta$  pancreáticas encargadas de la secreción de insulina, junto con una mayor producción hepática de glucosa y una disminución de la captación de glucosa en los tejidos<sup>7,16, 20</sup>. Entre los factores de riesgo se encuentran el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo y la hipertensión arterial, todos ellos modificables mediante intervenciones adecuadas<sup>5,8</sup>.

El diagnóstico de DMT2 se establece según los criterios de la ADA, que incluyen una hemoglobina glucosilada (HbA1c) superior al 6.5%, glucemia en ayuno mayor de 125 mg/dL o una glucosa plasmática mayor de 200 mg/dL tras una carga oral de glucosa<sup>7,9,18</sup>. La HbA1c refleja los niveles promedio de glucosa en los últimos dos o tres meses y es un parámetro esencial para el control de la enfermedad<sup>4</sup>.

El manejo de la DMT2 debe incluir educación integral para el control de factores de riesgo, tales como hiperglucemia, dislipidemia, hipertensión arterial y tabaquismo. Las recomendaciones de sociedades internacionales enfatizan la importancia de la "terapia médico nutricional" (TMN), que implica control del peso, actividad física, ingesta calórica adecuada y consistencia en el consumo de carbohidratos<sup>6</sup>. La pérdida de peso y la reducción de la ingesta calórica son componentes clave en el tratamiento de pacientes con sobrepeso u obesidad.

El tratamiento farmacológico de la DMT2 generalmente comienza con metformina y se complementa con otros medicamentos, como inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2), agonistas de GLP-1 y análogos de la amilina, entre otros<sup>10,17,18,20</sup>. Se recomienda iniciar insulina en pacientes con HbA1c superior al 10% o glucemias mayores de 250-300 mg/dL.

La DMT2 no controlada se asocia con complicaciones crónicas, como hipoglucemia, pie diabético, insuficiencia renal, retinopatía, cardiopatías y enfermedades cerebrovasculares<sup>8,11,12,15</sup>. Por ello, es fundamental implementar estrategias de prevención y manejo integral para mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a esta enfermedad.

## Metodología

La presente investigación fue diseñada para evaluar el control y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en una población de referencia compuesta por hombres y mujeres de entre 50 y 65 años de edad. Se establecieron criterios de inclusión y exclusión para garantizar la representatividad de la muestra.

Los criterios de inclusión abarcan pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2 que se encuentran en tratamiento farmacológico, presentan alguna comorbilidad asociada y mantienen apego a sus citas de control.

Los criterios de exclusión incluyen factores como el nivel socioeconómico del paciente, desabasto de medicamentos en la Secretaría de Salud, resistencia al tratamiento por parte del usuario, declinación del tratamiento, desabasto de reactivos para laboratorio, falta de adherencia al tratamiento y la ausencia a consultas programadas.

El tamaño muestral fue de 90 pacientes seleccionados de nueve centros de salud ubicados en diferentes zonas de Matamoros, Tamaulipas, con una distribución de diez pacientes por cada unidad de salud. El muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico, intencional, seleccionando pacientes que cumplieran con los criterios establecidos. El diseño del estudio es observacional, documental y transversal.

Las variables dependientes consideradas en el análisis fueron de tipo numérico, específicamente la hemoglobina glucosilada, mientras que las variables independientes fueron categóricas e incluyeron el uso de insulina y otros hipoglucemiantes.

El análisis de los datos recolectados se realizó mediante un enfoque descriptivo y bivariable, con el objetivo de identificar patrones y relaciones entre las variables en estudio.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de la revisión de expedientes clínicos en los centros de salud participantes. Cada unidad proporcionó los datos necesarios para evaluar el progreso de los pacientes en el manejo de la diabetes y sus comorbilidades asociadas.

El proyecto de investigación se llevó a cabo conforme a los principios éticos establecidos por la Ley General de Salud en Materia de Investigación y la Declaración de Helsinki.

Se priorizó la respuesta a las necesidades y prioridades de salud de la población, con la intención de beneficiar a los pacientes mediante la implementación de conocimientos, prácticas e intervenciones derivadas de este estudio.

En cuanto a los recursos y la factibilidad del proyecto, se utilizaron equipos de cómputo, así como las herramientas de software Microsoft Excel y Microsoft Word, y se contó con acceso a internet para el manejo y análisis de los datos recolectados. El financiamiento del proyecto fue proporcionado por la Secretaría de Salud, quien también facilitó el acceso a los expedientes clínicos utilizados en el estudio.

## Resultados

Con base en los resultados obtenidos de diversos centros de salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. III de Matamoros, Tamaulipas, se evaluó el control de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) asociada a comorbilidades, identificando patrones importantes en el uso de estudios de laboratorio para el seguimiento de la enfermedad. Dichos estudios permiten evidenciar el adecuado o inadecuado apego de los pacientes a su tratamiento, siendo los más relevantes el examen general de orina (EGO) y la hemoglobina glucosilada (HbA1c), cuyas tendencias se muestran en las gráficas 1 y 3, respectivamente.

El examen general de orina (EGO) es una herramienta clave para detectar alteraciones tempranas que puedan sugerir complicaciones como inmunocompromiso o daño renal, ambos asociados a la progresión de la DM2. Tal como se observa en la gráfica correspondiente, una proporción significativa de pacientes presentó resultados anormales en los EGO, lo cual puede indicar la presencia de nefropatía diabética en etapas tempranas. Esta situación resalta la importancia de realizar controles periódicos para prevenir el avance de complicaciones graves que puedan impactar en la calidad de vida del paciente. Por otro lado, se evaluó el tipo de tratamiento que reciben los pacientes, diferenciando entre hipoglucemiantes orales e insulina.

En la gráfica 2 se muestra que los pacientes bajo tratamiento insulínico tienen mayores dificultades para alcanzar las metas terapéuticas establecidas. Esta situación puede deberse a diversos factores, como un mal apego al tratamiento, resistencia al cambio en los hábitos de vida y barreras socioeconómicas que dificultan el acceso regular a medicamentos y consultas médicas.

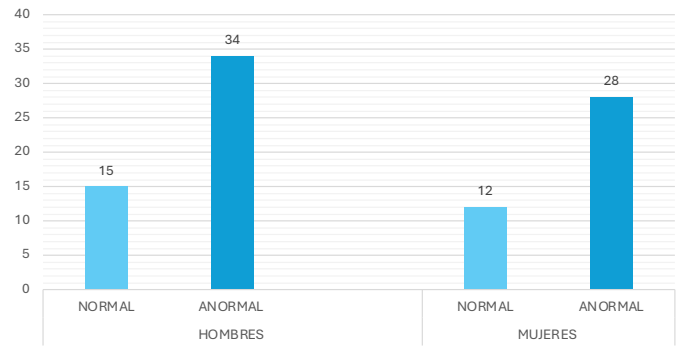
El estudio de hemoglobina glucosilada (HbA1c) es considerado el estándar de referencia para evaluar el control glucémico a largo plazo. Esta prueba refleja los niveles promedio de glucosa en sangre durante los últimos tres meses y tiene como objetivo mantener cifras iguales o inferiores al 6% en pacientes con DM2. Los resultados obtenidos evidencian que una proporción considerable de pacientes bajo tratamiento con insulina no logra alcanzar este objetivo, lo que pone en evidencia problemas relacionados con la adherencia al tratamiento, la falta de educación sobre la enfermedad, una alimentación inadecuada y el sedentarismo. La gráfica 3 ilustra los valores de HbA1c obtenidos en este grupo de pacientes.

Diversos factores explican la dificultad de los pacientes para alcanzar los objetivos terapéuticos. Entre ellos destacan el bajo nivel socioeconómico, que limita el acceso a medicamentos y servicios de salud; la resistencia al cambio en los hábitos de vida; y una educación limitada respecto a la enfermedad y sus complicaciones. Además, el estigma asociado al uso de insulina, sumado a la falta de información sobre los beneficios de un buen control glucémico, también influye en el mal apego al tratamiento.

EDAD	SEJO	EGO	HBA1c	TRATAMIENTO				
59	M	6	normal	1	>6	4	INSULINICO	3
		4	anormal	5	>6	2	NO INSULINICO	3
	F	4	normal	0	>6	2	INSULINICO	0
		5	anormal	4	>6	2	NO INSULINICO	4
61	M	0	normal	0	>6	0	INSULINICO	0
		5	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	0
	F	5	normal	2	>6	0	INSULINICO	5
		5	anormal	3	>6	5	NO INSULINICO	0
62	M	2	normal	1	>6	2	INSULINICO	2
		8	anormal	1	>6	0	NO INSULINICO	0
	F	8	normal	2	>6	5	INSULINICO	8
		8	anormal	6	>6	3	NO INSULINICO	0
63	M	4	normal	0	>6	3	INSULINICO	1
		6	anormal	4	>6	1	NO INSULINICO	3
	F	6	normal	1	>6	6	INSULINICO	2
		6	anormal	5	>6	0	NO INSULINICO	4
64	M	1	normal	0	>6	0	INSULINICO	1
		4	anormal	1	>6	1	NO INSULINICO	0
	F	4	normal	1	>6	3	INSULINICO	0
		4	anormal	3	>6	1	NO INSULINICO	4

Tabla 1

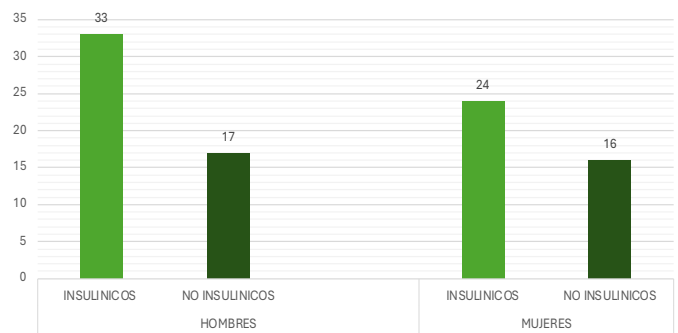
### EGO de hombres y mujeres de 50-65 años



Gráfica 1. Examen general de orina en hombres y mujeres de 50-65 años

EDAD	SEJO	EGO	HBA1c	TRATAMIENTO				
55	M	0	normal	0	>6	0	INSULINICO	0
		0	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	0
	F	0	normal	0	>6	0	INSULINICO	0
		0	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	0
56	M	1	normal	1	>6	1	INSULINICO	0
		0	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	1
	F	0	normal	0	>6	0	INSULINICO	0
		0	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	0
57	M	0	normal	0	>6	0	INSULINICO	0
		0	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	0
	F	0	normal	0	>6	0	INSULINICO	0
		0	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	0
58	M	0	normal	0	>6	0	INSULINICO	0
		0	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	0
	F	0	normal	0	>6	0	INSULINICO	0
		0	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	0
59	M	0	normal	0	>6	0	INSULINICO	0
		0	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	0
	F	0	normal	0	>6	0	INSULINICO	0
		0	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	0

### TRATAMIENTO de hombres y mujeres de 50-65 años

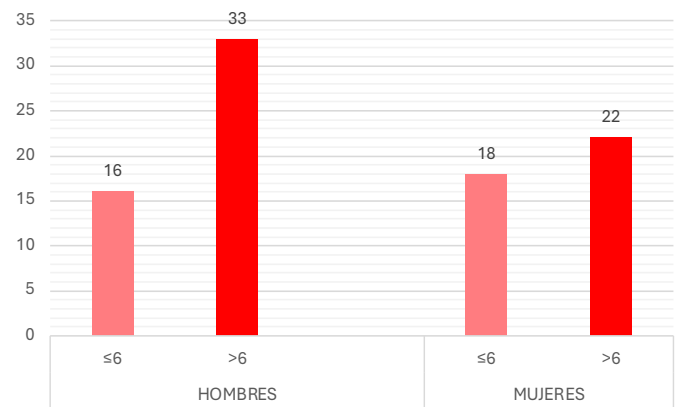


Gráfica 2. Tratamiento de hombres y mujeres de 50-65 años

EDAD	SEJO	EGO	HBA1c	TRATAMIENTO				
60	M	2	normal	0	>6	0	INSULINICO	1
		2	anormal	2	>6	2	NO INSULINICO	1
	F	0	normal	0	>6	0	INSULINICO	0
		0	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	0
61	M	12	normal	3	>6	8	INSULINICO	9
		9	anormal	9	>6	4	NO INSULINICO	3
	F	8	normal	3	>6	4	INSULINICO	8
		8	anormal	5	>6	4	NO INSULINICO	0
62	M	7	normal	2	>6	3	INSULINICO	6
		5	anormal	5	>6	4	NO INSULINICO	1
	F	0	normal	0	>6	0	INSULINICO	0
		0	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	0
63	M	5	normal	2	>6	4	INSULINICO	0
		3	anormal	3	>6	1	NO INSULINICO	5
	F	5	normal	3	>6	2	INSULINICO	1
		5	anormal	2	>6	3	NO INSULINICO	4
64	M	5	normal	2	>6	5	INSULINICO	5
		3	anormal	3	>6	0	NO INSULINICO	0
	F	0	normal	0	>6	0	INSULINICO	0
		0	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	0
65	M	5	normal	3	>6	3	INSULINICO	5
		2	anormal	2	>6	2	NO INSULINICO	0
	F	0	normal	0	>6	0	INSULINICO	0
		0	anormal	0	>6	0	NO INSULINICO	0

Tabla 3

### HBA1c de hombres y mujeres de 50-65 años



Gráfica 3. Hemoglobina glucosilada de hombres y mujeres de 50-65 años

## Conclusiones

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en diversos centros de salud de la localidad que tienen como tratamiento de base insulina no logran un adecuado control de su enfermedad, debido a factores previamente mencionados, como el mal apego al tratamiento, barreras socioeconómicas y falta de educación sobre la enfermedad. Por el contrario, los pacientes que reciben hipoglucemiantes orales muestran mejores resultados en cuanto a la adherencia al tratamiento y control glucémico.

Es fundamental implementar estrategias que promuevan la educación y el empoderamiento de los pacientes en el manejo de su enfermedad. Se recomienda llevar a cabo sesiones informativas periódicas en cada centro de salud, abordando temas como la importancia del control glucémico, las comorbilidades asociadas, los riesgos de complicaciones y los beneficios de un tratamiento adecuado. Estas acciones deben estar acompañadas de una motivación constante por parte del personal médico, fomentando una relación de confianza con el paciente.

Asimismo, se propone integrar apoyo psicológico para aquellos pacientes que lo requieran, ya que la salud mental juega un papel clave en la adherencia al tratamiento y en la mejora de la calidad de vida. Un enfoque integral que combine la educación, el acompañamiento médico y el apoyo emocional permitirá a los pacientes alcanzar mejores resultados en el control de su enfermedad, reduciendo el riesgo de complicaciones futuras.

Finalmente, es necesario reforzar la disponibilidad de recursos en los centros de salud, garantizando el acceso a medicamentos y estudios de laboratorio esenciales para el monitoreo de la DM2. Con la implementación de estas acciones, cada paciente tendrá mayores oportunidades de mejorar su pronóstico, evitar complicaciones y lograr una mejor calidad de vida.

## Referencias.

1. Arnulfo E. Irigoyen Coria, A. A. (2017). La Diabetes Mellitus y sus implicaciones sociales y clínicas en México y Latinoamérica. Archivos de medicina familiar an international journal, 4
2. ASOCIATION, A. D. (2023). DIABETES CARE. STANDARDS OF CARE IN DIABETES 2023, 1-292.
3. Cabriales, M. H.-M. (2022). Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y sus determinantes . ENFERMERIA GLOBAL, 12.
4. Determinaciones analíticas en el paciente diabético. (2010). SEMERGEN, 513-519.
5. Dr. Anselmo Palacios, D. M. (2012). FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DIABETES TIPO 2 Y SÍNDROME METABÓLICO. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo, 7.
6. Dr. Erick Gerardo Blanco Naranjo, D. G. (2021). Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: beneficios en el manejo crónico. Revista Médica Sinergia, 9.
7. Dra. Alicia Yolanda Dorantes Cuéllar, D. C. (2016). ENDOCRINOLOGIA CLINICA DE DORANTES Y MARTINEZ. Mexico, D.F.: Manual Moderno.
8. Jumbo, R. F., Navia, M. K., & Diego Armando Rodriguez Avilés, M. K. (2020). Complicaciones agudas de la diabetes tipo 2. RECIMUNDO revista científica, mundo de la investigacion y el conocimiento, 12.
9. Lic. María Cecilia Merkel, L. M. (2020). Estándares de atención médica en diabetes 2020. Buenos Aires : Colegio de Nutricionistas de la provincia de Buenos Aires.
10. LOZANO, J. A. (2006). Diabetes mellitus, Tipos, autocontrol, alimentación y tratamiento. AMBITO FARMACEUTICO, Educacion Sanitaria, 7.
11. Lucas P Elsa, F. Q. (2018). Infección urinaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: frecuencia, etiología, susceptibilidad antimicrobiana y factores de riesgo. KASMERIA, 139-151.
12. María Llaveró, J. E. (2018). COMPLICACIONES AGUDAS DE LA

DIABETES MELLITUS. GUÍAS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS. CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA.

13. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, O. M. (s.f.). PAHO. Obtenido de Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
14. Organización panamericana de la salud, organización mundial de la salud, International Diabetes Federation. (2020). HEARTS-D Diagnostico y manejo de la diabetes de tipo 2 . Washington D.C: PAHO.
15. Oscar David Ovalle-Luna, I. I.-M.-P.-D.-G.-C.-S.-G. (2019). Prevalencia de complicaciones de la diabetes y comorbilidades asociadas en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. GACETA MÉDICA DE MÉXICO, 30-38.
16. Pérez-Díaz, I. (2016). Diabetes mellitus. PERMANYER, pág. 8.
17. Raúl Mellado-Orellana, E. S.-L.-H.-L.-G.-W. (2019). Tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus. medicina interna mexico, 525-536.
18. Social, Instituto Mexicano del Seguro. (2018). IMSS.GOB. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
19. TAMAULIPAS, S. D. (s.f.). SST.TAMAULIPAS. Obtenido de <http://sst.tamaulipas.gob.mx/diabetes/#:~:text=En%20la%20Encuesta%20Nacional%20de,arriba%20de%20la%20media%20nacional>
20. THOMAS J. BARANSKI, J. B. (2020). MANUAL WASHINGTON DE ESPECIALIDADES CLINICAS, ENDOCRINOLOGIA. BARCELONA ESPAÑA: WOLTERS KLUWER.

## Día del amor y la amistad

La Facultad de Medicina se llenó de alegría y compañerismo durante la celebración del Día del Amor y la Amistad, un evento que reunió a estudiantes, docentes y personal administrativo en un ambiente festivo. Con actividades recreativas, música y detalles especiales, se fortalecieron los lazos de amistad que son esenciales en la formación de futuros médicos. La jornada fue un recordatorio de que el compañerismo y el trabajo en equipo son fundamentales en la práctica médica y en la vida cotidiana.



## 8 de marzo día internacional de la mujer

La Facultad de Medicina llevó a cabo una emotiva conmemoración del Día Internacional de la Mujer, reconociendo el papel fundamental de las mujeres en el ámbito de la salud y la educación médica. Durante el evento, se resaltó la trayectoria de mujeres médicas y académicas que, con su dedicación, han dejado huella en la formación de nuevas generaciones. La actividad sirvió como un espacio de reflexión y compromiso hacia la equidad de género, promoviendo una comunidad inclusiva donde el respeto y la igualdad sean pilares fundamentales.



## Celebración 45 años ICEST



---

## Jefes de enseñanza matamoros

Con el objetivo de fortalecer los vínculos académicos y continuar brindando una formación de excelencia, la Facultad de Medicina realizó una reunión con los jefes de enseñanza de hospitales públicos y privados de Matamoros que colaboran en la capacitación de futuros médicos. Durante el encuentro, se reconoció el valioso apoyo de las instituciones de salud, destacando su papel fundamental en la práctica clínica y el desarrollo de competencias médicas en los estudiantes. Esta colaboración reafirma el compromiso conjunto de formar profesionales de la salud con un alto sentido ético y humano, preparados para enfrentar los retos de la medicina actual.



---

## Juguetón con bata icest

La Facultad de Medicina ICEST Campus Matamoros 2001 con la finalidad de fomentar y promover en nuestros estudiantes valores sociales y culturales, llevó a cabo la actividad de servicio comunitario y contribución a la sociedad “juguetón con bata” en el Hospital General Dr. Alfredo Pumarejo.

Agradecemos el apoyo a nuestra comunidad estudiantil en dicha actividad y su contribución para seguir fomentando la empatía en labores sociales como esta.



## TALLERES PRE-CONGRESO “Síndrome metabólico: Vínculos y retos actuales”

En el Auditorio “Profesor Mauricio Rangel Candanosa” se llevaron a cabo dos impactantes talleres precongreso. El primer taller, “Manejo de la Vía Aérea”, fue impartido por la Dra. Rulli Russi Santes y brindó a los estudiantes valiosos conocimientos sobre situaciones críticas relacionadas con la vía aérea. El segundo taller, “Exploración de Mama”, fue dirigido por la Dra. Cristina Valdez Lopez, y se realizó en honor al Día Mundial de la Lucha Contra el Cáncer de Mama.

Ambos talleres contaron con la asistencia de alumnos de diferentes semestres de la Facultad. ¡Sigamos aprendiendo y avanzando juntos





INSTITUTO DE CIENCIAS Y ESTUDIOS SUPERIORES DE TAMAULIPAS, A. C.



# CONVOCATORIA PARA ASESORES JUNIOR

ENERO – MAYO 2025

**El asesor Junior** es un estudiante de la facultad de medicina destacado para asesorar a alumnos de la Facultad de Medicina.

Los criterios de selección para formar parte del grupo de ASESORES JUNIOR SE ESPECIFICAN POR EL CUERPO DE GOBIERNO, a través de la revisión del expediente y trayectoria académica.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA ASESOR JUNIOR

- Rendimiento Académico: promedio mayor a 8.5 en la asignatura
- Habilidades de Enseñanza
- Empatía y Compañerismo

Para mayores informes, pasar a la Coordinación de Tutorías.

## ACTIVIDADES POR EL ASESOR:

### INFORMAR A LOS ASESORADOS SOBRE CÓMO SE VAN A DESARROLLAR LAS ASESORÍAS:

- Modalidad híbrida
- Su duración no será mayor a 50 minutos.
- Tema definido, previo a la sesión.

**#somos icest**

*"Solos podemos hacer poco, juntos podemos hacer mucho."*

*Hellen Keller.*



## **Gaceta de la Facultad de Medicina Matamoros**

Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A. C.