



Médico pasante en Pandemia



Autor: Dulce Rocío Figueroa Martínez

Servicio Social Rotatorio

Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, Centro de

Salud TIII Xochimilco y Jurisdicción Sanitaria de

Xochimilco

Periodo: 01 de febrero del 2020 – 31 de enero del 2021

Asesora: Dra. Carolina Martínez Salgado.

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

Índice

PRÓLOGO	II
Introducción	1
Capítulo 1. Pasantía en normalidad, área de Ginecoobstetricia.....	3
Pobreza y salud reproductiva.	8
Capítulo 2. Incertidumbre y prevención	12
¿Qué es el virus SARS-COV-2 y cómo se identifica?.	14
Xochimilco, mi comunidad durante mi servicio social.....	20
Capítulo 3. Médico pasante de Medicina en los inicios de una pandemia.	22
Capítulo 4. Incremento e ignorancia.	26
Para finalizar, área de consulta.	29
Capítulo 5. “Nueva normalidad”	32
Capítulo 6. Aprendiendo de lo sucedido	36
Aparecen las vacunas.	38
Capítulo 7. ¿Cuál es el aprendizaje que puedo dejar como pasante de Medicina en una pandemia?	42
Referencias.....	47
Anexos	52
Anexo 1.....	52
Anexo 2.....	53
Anexo 3.....	53
Anexo 4.....	54
Anexo 5.....	55
Anexo 6.....	56
Anexo 7.....	57
Anexo 8.....	58

PRÓLOGO

Carolina Martínez Salgado¹

A comienzos de 2020 recibí al pequeño grupo de estudiantes de Medicina que realizaría su servicio social bajo mi asesoría. En aquel momento, ninguno de nosotros imaginaba la inédita experiencia que nos aguardaba. La pandemia de Covid-19 apenas asomaba en el horizonte, y quizá muy pocos alcanzaban a visualizar la velocidad con la que, en un abrir y cerrar de ojos, se esparciría por el país y empezaría a cobrar cada día más vidas.

Conforme la pandemia se desarrollaba frente a nuestros ojos, la preocupación sobre la suerte de las personas a quienes los nuevos pasantes habían empezado a atender crecía, a la par que se nos imponía la evidencia del riesgo de contagio que se cernía sobre todos nosotros, y muy en especial, sobre los pasantes mismos, con el peligro adicional de transmitir la enfermedad a sus allegados. Con ello, muchas cosas empezaron a ocurrir, como el confinamiento que cerró las aulas en la Universidad y que trajo complicaciones mucho más serias para la vida de los pobladores de bajos recursos económicos, como muchos de los que solían acudir en busca de atención médica a los centros de salud del sur de la Ciudad de México a los cuales acababan de incorporarse los pasantes a mi cargo. Ocurrió también que, en un intento de proteger la salud de los pasantes, varios de ellos fueron retirados del frente de atención y destinados a apoyar el programa de orientación telefónica desde sus propios domicilios, mientras que otros continuaban atendiendo la consulta y los programas preventivos en las áreas consideradas de menor peligro en los centros de salud, con una rotación entre los encargados de unas tareas y las otras.

Mucho antes de que la pandemia se apoderara del escenario, años atrás, había yo comenzado a incorporar a mi asesoría durante esta última etapa de la formación de los futuros médicos algunos rudimentos de lo que hoy se conoce como Medicina Narrativa (I). En trabajos previos he relatado cómo estos ejercicios en los que invito a los médicos

¹ Asesora de Servicio Social. Licenciatura en Medicina, UAM-X

nacientes a desarrollar su capacidad para escuchar las historias de sus pacientes nos habían conducido al reconocimiento de la importancia que tenía abrir también la escucha a las historias que ellos mismos podían contar (II). Fue así como, desde que en nuestras primeras discusiones empezó a emerger la inquietud que rezaba: "¿y a nosotros, quién nos escucha?", empecé a convocar a quienes así lo desearan a narrar por escrito sus propias historias en el transcurso de este año tan significativo para su formación profesional,

Con ese antecedente y en el contexto de la incipiente pandemia, empezó a tomar forma la idea de constituirnos como un pequeño equipo de investigación comprometido con la misión de dejar constancia escrita de las muy peculiares situaciones de las cuales los pasantes de este nuevo grupo estaban siendo testigos. Nuestras preguntas serían: ¿cómo se vivió este primer año de pandemia en la región? ¿cómo afectó la vida y el ánimo de sus pobladores? ¿qué efectos tuvo sobre la provisión de los servicios de salud que hasta entonces habían recibido en estos centros de salud? ¿cómo operaron algunos de los programas con sede en estos centros, tanto los habituales como los que se crearon para contender con la pandemia en este nivel de atención? ¿y cómo lo experimentaron los pasantes de servicio social de Medicina que se vieron involucrados en esta vorágine?.

El grupo entero se volcó en esta trascendente aventura, incluyendo a alguien que prefirió generar un reporte más cercano a una investigación epidemiológica convencional que a una narración, pero sobre el mismo tema. Mi compromiso, además de acompañarlos, asesorarlos y abrir un espacio para compartir vivencias y avances de los relatos, sería el de escribir este breve prólogo para dar cuenta de las circunstancias en las que nuestra empresa se originó. Otra función del prólogo a mi cargo sería apuntar a los fundamentos teóricos de la empresa, enraizados en una de las tradiciones que se cultivan en el campo de la Investigación Cualitativa conocida como Investigación Narrativa (III), y en el ámbito de las Ciencias de la Salud, en el estilo de trabajo acuñado y cultivado por

Rita Charon (I)² y quienes se han inspirado en ella. Estas breves páginas tendrían, además, el cometido de dar sentido al conjunto de las distintas narraciones elaboradas independientemente por cada participante sobre la porción del complejo escenario configurado a lo largo de este inimaginable 2020 que su particular posición permitiera a cada uno observar. Por último, pero no por ello menos importante, habría que subrayar aquí el propósito central de la encomienda que decidimos adoptar: dejar testimonio y una reflexión analítica de lo vivido en un momento de la historia humana que nos coloca frente a tantos enigmas por comprender. Nada me gustaría más que haber logrado acercarme, con estas breves páginas, a honrar esas expectativas.

Estas son las razones que explican la inclusión de este prólogo a cada una de estas piezas narrativas. Quiero expresar mi reconocimiento al trabajo de quienes participaron en esta a mi juicio muy importante tarea, y mi agradecimiento por compartir conmigo y con quien desee leerlos sus valiosos testimonios.

Ciudad de México.

Febrero de 2021

²Referencias Bibliográficas:

- I. Charon, R., 2001. Narrative Medicine: A model for empathy, reflection, profession and trust. *Journal of the American Medical Association* 286(15):1897-1902.
- II. Clandinin, D., 2007. *Handbook of Narrative Inquiry: mapping a methodology*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- III. Martínez, C., 2015. El nacimiento a la profesión médica a comienzos del siglo veintiuno en México. Una incursión desde la Medicina Narrativa. En: Varios autores, *Entre poética y didáctica. Narrativas en el campo de la salud*. UAM-X: Ciudad de México, cap. 5, págs. 119-148.

IV

Introducción

Ser un médico pasante en la normalidad del servicio social sí te da la oportunidad de tener un primer contacto con los pacientes. En mi caso ese contacto fue con pacientes embarazadas, pero en el área de urgencias, por lo que mi inicio fue de gran movilidad y de tener que estar pendiente de cada síntoma que ellas referían porque había dos vidas que atender y por las cuales interesarnos. En las semanas que roté por este servicio fue cuando más pacientes de este tipo vi en toda mi vida como estudiante. El mundo de la Ginecología y Obstetricia es enorme, interesante y estresante por todo el trabajo que conlleva.

Pero durante mi servicio social surgió otra historia que contar. Todo comenzó cuando el 31 de diciembre de 2019 el gobierno de Wuhan, China, informó sobre la aparición de nuevos casos de un síndrome respiratorio agudo nunca antes visto, relacionado primariamente con un mercado de mariscos y animales. Siete días después informaron sobre una nueva variante de coronavirus llamado “2019-nCoV”. (1)

El 28 de febrero 2020 se reportó el primer caso importado en nuestro país (2) y fue aquí cuando empezó algo nuevo para todos nosotros, un mundo incierto y lleno de pruebas. Cada día se fueron sumando más casos importados y pasamos de una fase 1 a una fase 2 en cuestión de semanas.

Esta pandemia sirvió como aprendizaje y lección sobre lo que se debe y no hacer frente a una situación como esta, priorizando a aquellos con mayor riesgo de desarrollo de un cuadro de gravedad. En este trabajo plasmaré mi travesía a lo largo de un año a través de una pandemia que afectó a nuestro país y dejó miles de muertos.

Nunca pensé que como médico pasante me tocaría vivir una pandemia en su máximo esplendor y que fuera a vivirlo tan de cerca. El ser médico aún en formación me dio la ventaja de tomar las cosas malas de la mejor forma, de aprender y actuar de manera correcta, también me dio las herramientas para conocer sobre mis derechos como trabajadora de salud y la forma de actuar frente

a grandes masas cuyo pensamiento es que estás a su servicio porque así lo demandan.

La población de México y del mundo se vio obligada a adoptar nuevos estilos de vida para sobrevivir, fue de gran importancia la colaboración de cada uno de nosotros para intentar detener el avance de esta pandemia, pero en ello influyó tanto lo bueno como lo malo. Si las personas se cuidaban, se mantenían en casa y adoptaban medidas de prevención, eso se veía reflejado en nuestros números de hospitalización, de atención médica y muy importante, en la mortalidad.

Es importante que nuestro país tome conciencia de la falta de empatía que hay con respecto a los servidores de salud, así como con aquellos pacientes contagiados que por el miedo de que llegara a conocerse su condición de positivos, nunca se atendieron y se complicaron.

El ser pasante está lleno de oportunidades para aprender y esta fue una gran lección que siempre voy a recordar.

Capítulo 1. Pasantía en normalidad, área de Ginecoobstetricia.

En febrero de 2020 estábamos a la espera de nuestro destino en el servicio social. Yo, fui asignada al Servicio Rotatorio de Xochimilco, pertenecientes a la Secretaría de Salud, lo que significaba que cada cuatro meses rotaría por diferentes áreas de salud, las cuales son: Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco (Área de Urgencias en Ginecoobstetricia y Pediatría) que es una institución de segundo nivel, Centro de Salud T-III Xochimilco y Centro de Salud T-III San Gregorio, que son de primer nivel.

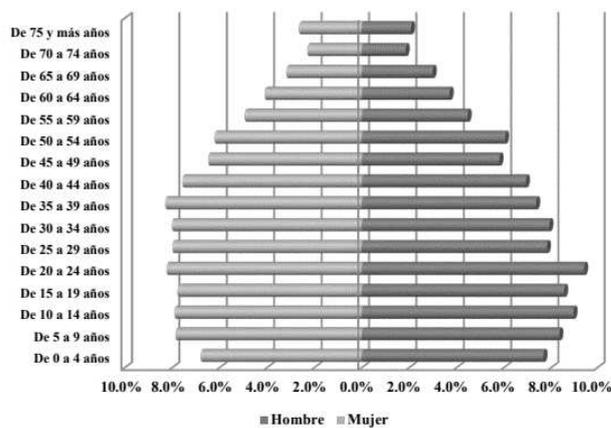


Ilustración 1. Tomado de: Pirámide Poblacional 2010. Fuente: Consejo de Evaluación del Desarrollo Social (2015), con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (3)

Hablando un poco de las características de la población, el INEGI nos informó que en el año 2010 la delegación de Xochimilco tenía una población de 415 mil 993 habitantes. La pirámide poblacional respondía a una dinámica poblacional que mostraba el predominio de la población joven, con una base ancha con la mayor proporción de su población ubicada en los rangos de entre 10 y 35 años de edad, mientras que en la parte superior

existía poca concentración poblacional (3).

Al examinar a la población según su derechohabencia a servicios de salud se encontraron los siguientes grupos. Del total de la población de Xochimilco el 41.2% estaba afiliado a Seguro Popular (hoy INSABI), el 32.5% al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 21.4% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el 1.1% a Pemex, Defensa o

Marina, el 3.9% manejaba Seguro Privado y el 2.2% a otra Institución no especificada (3). Esto nos dice que la mayoría de la población contaba con algún seguro o afiliación, pero desafortunadamente una minoría no era derechohabiente y por lo tanto tenían que atender su salud de manera privada, llevando costos que en algunas ocasiones no pueden pagar, arriesgándose así a una complicación.

Mis compañeros pasantes y yo llegamos a la Jurisdicción Sanitaria de Xochimilco en la primera semana del mes de febrero de 2020, y nuestros asesores del servicio comenzaron por darnos dos semanas de introducción, en las cuáles nos proporcionaron la información básica para realizar el servicio de manera adecuada y que no llegáramos de alguna manera despistados, por lo que conocer cómo se conforma el sistema de salud es algo importante.

Los centros de salud que pertenecen al gobierno de la Ciudad de México, tienen una organización dividida por áreas geostadísticas básicas, de tal manera que cada centro de salud tiene bajo su cargo una o varias áreas de influencia de acuerdo a la categoría que tengan. Estos centros se clasifican en 3, centros TI, centros TII y centros TIII. Los TI corresponden a los más pequeños y están conformados por un solo módulo de atención, que son los médicos y enfermeras (4). El T-II incluye además de médico y enfermera, un consultorio de odontología y el T-III tiene como mínimo cinco módulos de atención médica, además de un laboratorio clínico y rayos X (5).

La modalidad de operación para brindar la consulta que tienen en estos centros de salud intenta ajustarse a la atención demandada, para lo cual se reparten una cierta cantidad de “fichas” o números por cada médico con la finalidad de terminar de atender durante el día a todos los pacientes que obtuvieron ficha. Para que la población pueda obtenerla, deben formarse por orden de llegada, algunos pacientes han mencionado que se forman desde tres horas antes del inicio de la repartición. Esto deja ver la gran dificultad que existe para cumplir con la atención primaria y cómo hay barreras para el libre acceso a estos servicios tanto en área administrativa, como en la cultural y económica, además de la geográfica. Esto también impide conocer si la población que accede a la atención es la que más lo

necesita, o la única que lo necesita. La falta de acceso a estos servicios es un componente más de la inequidad (4).

Uno de los temas más importantes que se abordaron en nuestra capacitación introductoria fueron las patologías de la mujer y el seguimiento de niño sano, ya que estos son muy importantes en la consulta de primera vez. Nos ofrecieron también una guía sobre la manera de actuar al enfrentar casos donde se requiere referir a los pacientes a otra unidad o nivel de atención a la salud. Nos proporcionaron hojas de estadística con respecto a la salud de la mujer que abarcan métodos de planificación familiar, toma de citologías, tamizaje para cáncer de mama, alteraciones del ciclo menstrual, gestación, etc. Fue muy útil repasar temas que vería previamente en la rotación del Hospital Materno Pediátrico, en donde tendría que poner en práctica lo aprendido, sólo que en ese momento sería desde el primer nivel.

Se abordó también el tema de COVID-19. Había informes de que, en el país de China, ciudad de Wuhan, aparecieron en el mes de diciembre casos nuevos de neumonía atípica que se caracterizaba por ser contagiosa y estaba creciendo de manera exponencial. En ese momento ya se conocía de la transmisión a otros países, y se tenía en mente que en cualquier momento iba a llegar al nuestro.

Otro tema que abordaron fue sobre las plataformas por las cuales nosotros como médicos pasantes nos podríamos informar día a día de los reportes expuestos sobre la nueva enfermedad y su expansión, en una página oficial de la Secretaría de Salud de México, área de Epidemiología. Esta página fue muy útil para conocer en qué momento llegó a México o al menos se detectó al primer caso sospechoso y el crecimiento que fue teniendo el contagio dentro del país, además del número de fallecimientos que iban sucediendo por esta causa.

El 20 de febrero 2020 comencé mi servicio social en el área hospitalaria, en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, con un horario de 08:00 a 14:00 h. Nos dieron la oportunidad de elegir en qué servicio rotar primero, si (Ginecobstetricia o Pediatría), en ambos casos en el área de urgencias, dónde veríamos sólo consulta, ya que al final es de lo que se trata tu pasantía, la “consulta de primera

vez". Por razones que comentaré en breve, yo elegí obviamente Ginecoobstetricia primero.

Antes de escribir sobre esta etapa, quiero aclarar que mi segunda meta en la vida, a corto plazo, es ser médico especialista en Pediatría. Por eso, lo primero que quería realizar en el servicio social era atender niños en consulta, pero como entramos un mes después al servicio, quedaban ya solo tres meses en el Hospital y teníamos que aprovecharlo al máximo. Fue por eso que me decidí por Ginecoobstetricia primero, para tener así más tiempo en el área de Pediatría.

Durante el mes que pasé en este servicio vi alrededor de 100 pacientes embarazadas, ya fuera con supervisión o completamente independiente. Cómo olvidar mi primer día, y a la primera paciente que atendí durante mi servicio social. Ella era; una mujer de 32 años de edad que cursaba con sangrado abundante, la traían cargando sus familiares. Se notaba que tenía mucho dolor en la parte baja del vientre, mencionó que se encontraba cursando con su tercer mes de embarazo y era el primero (ya tenía 2 hijos) en el que le pasaba algo así. Se le pidió que se retirara la ropa interior para poder revisarla y realizar tacto vaginal, ya que, a toda paciente embarazada con sangrado, se le tiene que hacer la exploración ginecológica para poder cerciorarse de que el cérvix se encuentre abierto o cerrado. Esto nos puede indicar un posible diagnóstico (hemorragias en la primera mitad del embarazo, incluyendo abortos). Nos dimos cuenta entonces de que ya había expulsado el producto y que se encontraba en su ropa interior. Le dimos la noticia a la paciente y con los ojos llorosos aceptó la realización del procedimiento que seguía. Ingresó al área de Tococirugía para hacer un legrado, que es algo importante para evitar infecciones por residuos que pudieran quedar (placenta, restos del feto). La paciente se fue de alta al otro día, teniendo la esperanza de volver a embarazarse próximamente.

Un caso muy desafortunado que me tocó presenciar, fue el de una paciente con 26 años de edad, cuyo producto fue óbito (feto muerto). Hablaré un poco del caso de esta paciente, porque creo que es importante hacer hincapié en varios puntos

de mala praxis; Era una paciente femenina que llegó alrededor de las 11 de la mañana. Tenía antecedentes de cinco embarazos, tres cesáreas, la última 18 meses previos (por ruptura prematura de membranas); negó alergias y toxicomanías. Acudió a revisión (por segunda vez) refiriendo dolor de tipo obstétrico en forma irregular desde las 4 a.m aproximadamente, cada 5 minutos, refirió la expulsión del tapón mucoso, ausencia de motilidad fetal desde hace 20 minutos, y negó síntomas urinarios y/o vasoespasmo. A la exploración física se encontró con buen estado general, cardiorespiratorio sin compromiso, abdomen globoso por útero gestante con fondo uterino de 30 centímetros, producto único, con dorso a la izquierda, pero no se escuchó con doppler la frecuencia cardíaca fetal ni se observó al rastreo ultrasonográfico el latido cardíaco. Presentaba cérvix central con, 4 centímetros de dilatación y 80% de borramiento (esto nos habla que se encontraba en fase activa de parto y estaba preparada para la expulsión). Al hacer el tacto vaginal, se presentó ruptura de membranas al momento de la revisión y se observó líquido meconial (esto nos puede referir que el producto estuvo pasando por una etapa de sufrimiento fetal). Un día anterior la misma paciente había acudido a Urgencias porque presentaba dolores de tipo parto cada dos minutos, refería movimiento fetal adecuado, se había reportado una frecuencia cardíaca fetal de 132 latidos por minutos, al tacto vaginal presentaba 3 centímetros de dilatación y 50% de borramiento.

¿Qué se hizo mal? En mi opinión, el seguimiento no fue el adecuado. Tenía un antecedente de cesárea por ruptura prematura de membranas y otras dos cesáreas anteriores sobre las cuales se desconocía la causa. El simple hecho de que regresó hasta el otro día para revisión, nos da la pauta de que no se dieron indicaciones adecuadas a seguir, ya que esta paciente en su primera visita, tenía tres centímetros de dilatación, lo cual era motivo para tener una revaloración en las próximas cuatro horas, si no antes, en caso de algún dato de alarma. Es algo tan importante que desde la forma en que le das las indicaciones a tu paciente puede cambiar su pronóstico, tenemos que aprender a identificar a aquellas pacientes con factores de riesgo y ubicar a aquellas que no realizarán las indicaciones, con el fin de evitar este tipo de complicaciones.

Algo difícil de creer, pero esperado en el área de Urgencias, fue que mis últimas tres pacientes atendidas en este hospital tuvieron el diagnóstico de embarazo de término, más trabajo de parto en fase activa (ya iban a tener su resolución de embarazo), con una dilatación mayor a cuatro centímetros. Ese día fue de trabajo intenso, sin parar, llegaban y llegaban para quedarse en la unidad, el papeleo no cesaba y las pacientes no dejaban de ingresar. Así fue como me despedí de esa rotación, con trabajo y aprendizaje de cada una de esas pacientes.

Estar en este servicio me dio las herramientas para desinhibirme y entablar ese primer contacto con un paciente (con la experiencia previa del internado médico) en el área de Urgencia. Esto es algo muy importante, porque son pacientes embarazadas que llegan si tienen alguna emergencia, aunque fuera sentida, todo este tipo de pacientes se deben atender, independientemente de la causa por la que llegan, al igual que hacerles una adecuada exploración o toma de signos vitales, porque ya sea por eventos de estrés, los signos vitales se pueden alterar y derivar en alguna emergencia que, si detectamos a tiempo, se pueden solucionar de manera pronta y adecuada.

Algo muy grato fue que el trato de las doctoras especialistas (en su mayoría), hacia el pasante (que era sólo yo) fue grato y académico. Claro que debes aprender a convivir con ciertas actitudes de las distintas personalidades, pero es un trabajo en equipo y todos tienen un mismo fin, el cual es ayudar a la mujer en cualquier problema médico que se afronte y si se puede, generar una vida sin complicaciones al momento del nacimiento. Esto va de la mano con el pediatra, claro está, que también tiene un papel muy importante, pero que en esta ocasión no lo pude presenciar, ya que su área era Tococirugía (área por la que no roté en mi sede).

[Pobreza y salud reproductiva.](#)

La alcaldía de Xochimilco, se encuentra al suroriente de la ciudad, dónde hay un alto nivel de pobreza y pobreza extrema (6) y eso se reflejaba en las pacientes. Recuerdo que al menos un diez por ciento de las pacientes que me tocó atender en el área de Urgencias eran menores de edad y era sorprendente ver que

algunas de ellas iban por su segundo o tercer hijo. Esto nos habla fuertemente de la desinformación sobre temas tan importantes, como la sexualidad, la salud reproductiva y ni hablar de los derechos de la mujer (que es un tema muy amplio) y que mucha de esta población vive todavía en una etapa machista y misógina. Me atrevo a decirlo, ya que, en el Panorama Sociodemográfico del INEGI, en el año 2015, se refería que la jefatura de hogares en la alcaldía de Xochimilco mostraba un total de 36 359 hogares que contaban con una jefatura femenina. De estos, el 88.44% eran hogares familiares, el 54.06%, nucleares, el 42.57% eran hogares ampliados y el 1.19%, hogares compuestos (3). El resto tenían jefatura masculina. Esto se vio reflejado en la consulta. A muchas de las pacientes que tenían más de 3 hijos y estaban en busca del siguiente, se les hizo hincapié en que, si no estaban en sus posibilidades económicas el propiciar una nueva vida, lo pensarán mejor y decidieran de manera acertada, ya que podrían poner en riesgo su salud. Algunas de ellas contaban con factores de riesgo por embarazos anteriores para padecer Preeclampsia, Diabetes Gestacional, Hemorragias de la segunda mitad del embarazo, etc, en el siguiente embarazo. Pero ellas sólo contestaban: "Debo hablarlo con mi esposo" o "que mi esposo decida" o "mi esposo quiere tener más hijos". Creo que es un tema muy importante para abordar en este tipo de pacientes, para ayudar a que aprendan a valorar su salud y sobre todo la decisión sobre su cuerpo.

Debo admitir que me hubiera gustado asistir a escuelas como parte de mi servicio en esta rotación para poder impartir pláticas acerca de estos temas a los adolescentes que apenas se están adentrando a una vida sexual saludable. Porque la desinformación es un factor de riesgo muy importante para el embarazo en adolescentes o el embarazo no deseado, que ponen en riesgo la vida de la madre y el feto.

Esta sede contaba con un área de Interrupción Legal del Embarazo y había un módulo en la entrada (afuera) para dar información a toda mujer que quisiera preguntar. La razón para comentarlo es que me sorprendió ver al menos dos veces a la semana a un grupo de personas afuera oponiéndose al aborto, que

llevaban pancartas y hacían rosarios afuera del hospital; Claro que todos tenemos la libertad de expresarnos y protestar, pero en lo que no estaba de acuerdo era en que por esa razón las mujeres que tenían la intención de acercarse a preguntar no pudieran hacerlo, ya que estas personas les gritaban comentarios antifeministas y sobre su religión.

Durante mi rotación de un mes en el área de Urgencias de Ginecobstetricia, pude atender a 106 pacientes, a las cuales dividí en tres importantes grupos de edad: menores de 18 años, de 18 a 35 años y mayores de 35 años. Para considerar el riesgo por edad materna (< 18 y > 35 años), hay que tener en cuenta que 11 (10.37%) eran menores de 18 años, 94 (88.67%) de 18 a 35 años y 6 (5.66%) mayores de 35 años. Se reconoce que el mayor riesgo de mortalidad materna se encuentra en el grupo de niñas y adolescentes menores de 15 años, simplemente por la edad (7). La OMS nos dice, según cifras 2018, que se estimaba que a nivel mundial había 1 millón menores de 15 años que tienen un hijo cada año. La tasa media de natalidad mundial en adolescentes de 15 a 19 años se estimó en 49 por cada 1,000 adolescentes (8). Y en el grupo de edad mayor a 36 años el riesgo de complicaciones materno-fetales aumenta con la nuliparidad (9). Esto nos indica que tanto el grupo de adolescentes, como las mayores de 35 años nulíparas son grupos de riesgo que debemos tomar en cuenta a la hora de la consulta.

Cada paciente tuvo su destino, ya fuera el ingreso a Unidad Toco quirúrgica (UTQ) para observación y/o resolución o envío a domicilio. En el grupo de menores de 18 años, 4 de las 11 fueron ingresadas a UTQ, 6 fueron enviadas a su domicilio, ya que no había una urgencia en ese momento para su ingreso y 1 se refirió a consulta externa para su seguimiento. Del grupo de 89 pacientes de 18 a 35 años, que fue el más amplio, 26 fueron ingresadas a UTQ, 61 fueron enviadas a su domicilio y 2 a consulta externa. Y en el último grupo, las 6 mayores de 35 años, 4 fueron ingresadas a UTQ y 2 enviadas a su domicilio (Anexo 1). Esto nos habla de que la mayoría de las consultas por urgencias no requirieron de una hospitalización o ingreso a Unidad Tocoquirúrgica para observación y fueron enviadas a su domicilio, salvo el caso anterior comentado, que la paciente que

enviaron al domicilio perdió el producto. Algunas de estas pacientes se les solicitó regresar en un determinado tiempo para su seguimiento, ya que una gran cantidad de ellas se encontraban en trabajo de parto y sólo era esperar el avance para poder ingresar y tener la resolución de su embarazo.

Como un dato curioso, no atendimos ningún código Mater, al menos en el tiempo que estuve. Es algo destacable de esta población, porque a pesar de que varias de ellas llegaron por síntomas de vasoespasmo (cefalea, acúfenos, fosfenos, dolor en epigastrio, edema), no cumplían con ciertos criterios para poder activar el código. *“El Código Mater es la activación de un mecanismo de alerta o de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación”* (10). El protocolo se individualiza en cada unidad de salud, dependiendo de los recursos que tengan y sus características estructurales, el cual debe ser difundido a todo el personal. La persona que active el código Mater, es cualquier médico o enfermero que detecte datos de alarma en una paciente obstétrica que se catalogue en código rojo, cuyos signos y síntomas son (10):

- Alteraciones de conciencia (somnolienta, estuporosa, inconsciente)
- Hemorragia abundante
- Crisis convulsivas presentes
- Respiración alterada en frecuencia y profundidad
- Color de piel cianótica
- Cefalea
- Acúfenos o Fosfenos
- Epigastralgia o Amaurosis
- Tensión Arterial igual o mayor a 160/110 mmHg
- Tensión Arterial igual o menor a 89/50 mmHg
- Frecuencia cardíaca menor a 45 o mayor a 125 latidos por minuto
- Temperatura Mayor a 39°C o menor a 35°C

Capítulo 2. Incertidumbre y prevención

Como antes comenté, el 28 de febrero 2020, nos encontrábamos en una sesión organizada por parte de la jurisdicción, en conjunto con los pasantes de enfermería, y fue ahí donde nos enteramos que se había reportado el primer caso positivo a SARS-COV-2 en México. Empezó así la llamada Fase 1 de la epidemia en nuestro país.

Era de esperarse que todo esto ocasionaría un revuelo, más que nada porque, al menos yo, no me esperaba que llegara tan rápido a nuestro país. Es aquí donde todo se pone en duda sobre el manejo político de la enfermedad, el sistema de salud, la información manejada y aparecen grandes preguntas. ¿Está preparado nuestro país para un suceso de este tamaño?, ¿tenemos la infraestructura?, ¿contamos con los recursos necesarios?, la respuesta en estos momentos parece que es NO, no estamos preparados y nuestro país requiere el apoyo de la ciudadanía, así como del gobierno, para poder sobrellevarlo.

Esto comenzó con casos de personas que habían viajado anteriormente a otro país, y estaba incluido en la definición operacional para caso sospechoso, el cual la Secretaría de Salud nos informó que se refería a: *“Persona de cualquier edad que en los últimos 14 días haya presentado fiebre y/o tos, y al menos uno de los siguientes signos y síntomas: disnea, mialgias, cefalea, artralgias, odinofagia. Y que, además, en el mismo periodo de tiempo refiera: a) Haber estado en contacto con un caso confirmado o bajo investigación a COVID-19, o b) Viaje o estancia a países con transmisión local comunitaria* de COVID-19. (*China, Hong Kong, Corea del Sur, Japón, Italia, Irán, Singapur, España, Francia, Alemania y los siguientes estados de los Estados Unidos de América: Washington, California y New York)”* (11). Y para Caso Confirmado: *“Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el InDRE. (Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos)”* (11).

24 de marzo 2020.- Con tristeza para mí supe que se había decidido que sería mi último día de rotación en el hospital, porque nuestra jurisdicción había tomado la decisión de retirarnos de estas áreas que se consideraban de alto contagio y no sabíamos en ese momento si el hospital sería híbrido para la atención de pacientes con COVID-19. Por redes sociales nos enteramos de que los médicos pasantes de este año estaban solicitando el retiro de las unidades, así como el de los médicos internos de pregrado de áreas clínicas, ya que ambos grados no contábamos con un sueldo, por lo tanto, no seríamos privilegiados en otorgarnos lo necesario para nuestra protección o al menos era lo que se suponía.

Fue aquí donde comenzó una nueva aventura en esta etapa como pasante. Debo decir que este año lo esperaba con mucho aprendizaje, consulta y repaso de los conocimientos aprendidos, pero llegó una enfermedad de la cual todos tuvimos que aprender juntos.

26 de marzo de 2020.- Estábamos tres pasantes esperando las indicaciones por parte de nuestra jurisdicción sanitaria para continuar con nuestro servicio social, pero siendo de preferencia de manera segura desde casa. Decidieron incorporarnos a un programa nuevo, que surgió por la necesidad de investigar los nuevos casos de COVID-19, registrarlos y monitorearlos.

Nos explicaron que nuestra labor sería llamarles a estos pacientes y preguntar síntomas, así como antecedente de un viaje al extranjero o un contacto con algún paciente positivo para SARS-COV-2 (este virus relativamente nuevo) y registrarlos en una plataforma de los centros de salud de Xochimilco. Estos, de acuerdo a la dirección postal, se comunicarían con el paciente y lo programarían para realizarse la prueba en el área de Epidemiología de cada clínica. Claro que este programa se realizaría por ahora mediante prueba y error, ya que nos iríamos acoplando con la marcha y conforme hubiera más información al respecto.

Empecé las llamadas y me encontré con que los pacientes desconocían los síntomas que debían hacerlos sospechar de padecer la enfermedad. La información otorgada a través de los medios de comunicación resultaba vaga para ellos y lo asociaban a una enfermedad respiratoria leve, ellos mencionaban que

era como “una gripa, pero más fuerte”. Recabé información, siendo que obteníamos muy poca, e hice lo posible por comunicar de manera correcta a los pacientes que llamaba, tratando de resolver las dudas que en ese momento me planteaban. La prioridad fue identificar pacientes sospechosos (que cumplieran con definición operacional), aislarlos en casa o darles las indicaciones de qué hacer en caso de agravarse, y detectar a aquellos con síntomas leves que solicitaban medicación, pero que por el aislamiento no podían acudir a su clínica.

¿Qué es el virus SARS-COV-2 y cómo se identifica?

En realidad, este virus es desconocido, hay información sobre su probable origen y reservorios. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica menciona que los coronavirus son una familia que circula entre humanos y algunos animales, como son los gatos, camellos, murciélagos, etc. Algunos de estos coronavirus se han evolucionado y han desarrollado la capacidad de transmitirse entre animales hacia los humanos y propagarse entre ellos; como ejemplo mencionan el caso del SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) y MERS (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio) (12). El 30 de enero 2020, informan que el 13 de enero las autoridades sanitarias de China publica el genoma completo del “2019 Novel Coronavirus” o “2019-nCoV” y este es genéticamente distinto a los anteriores mencionados (12).

En abril 2020.- Se cambian definiciones operacionales con respecto a los nuevos casos de COVID-19 por parte de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. Lo principal que se destacó en estos cambios fue la definición de caso sospechoso y en este cambio la diferencia fue la eliminación del viaje anterior a distintos países y el contacto previo con algún paciente sospechoso o confirmado para COVID-19, lo cual hizo que la nueva definición quedara de esta forma (13):

“Caso sospechoso: Persona de cualquier edad que en los últimos 7 días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea. Acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas: Disnea (dato de gravedad), artralgias mialgias, odinofagia/ardor faríngeo, rinorrea, conjuntivitis, dolor torácico.

Caso de Infección Respiratoria Aguda Grave: Toda persona que cumpla con la definición de caso sospechoso de Enfermedad Respiratoria Leve y además presente dificultad para respirar y esté hospitalizado.

Caso confirmado: Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por laboratorio de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el InDRE"

Este cambio de definición operacional se vio reflejado por el también cambio de fase de la pandemia en nuestro país, entrando a la fase 3 de contagio epidémico (14).

¿Cuáles son las fases epidemiológicas de una pandemia? Gracias a lo ocurrido, pudimos ver de manera cercana el manejo de una pandemia. La OMS ha descrito cinco fases de una alerta epidemiológica, cada una de estas tiene características específicas y estrategias a seguir para enfrentar la pandemia (12); Fase 1: La OMS confirma la Pandemia por la aparición de un nuevo virus o subtipos en varios países de distintos continentes. Llega a un país por personas que se contagiaron en el extranjero; Se recomienda el lavado de manos y distancia social, aún no se restringen los eventos públicos; Fase 2: Empiezan los brotes en personas que no han viajado y son contagiadas por las personas que sí, se propaga la enfermedad entre la comunidad. Se recomiendan las mismas medidas de la fase 1, más el permanecer en casa y solamente salir por motivos de necesidad; Se suspenden eventos públicos masivos. En México se inició el 24 de marzo 2020; Fase 3: Contagio Epidémico. Máxima transmisión y presenta más de mil casos por día, estando activa en diferentes entidades de una región o país. El principal riesgo es la saturación del sistema nacional de salud por el rápido aumento de casos; Cancelar las actividades no esenciales y se cierran lugares de trabajo que registren brotes activos. En México se declaró esta fase el 21 de abril del 2020; Fase 4: Segunda Ola Pandémica. Puede ser probable que después de la reducción de contagios, se produzca una segunda ola. Ésta puede presentarse de manera menos agresiva en el país que se originó la enfermedad (en este caso, en China); Fase 5: Fin de la Pandemia. La Organización Mundial de la Salud es el

que se encarga de declarar el fin de la pandemia cuando la mayoría de los países tenga los contagios controlados.

Se desconocen los medicamentos exactos para combatir esta enfermedad. Esto nos recuerda un poco a la situación que pasamos con la enfermedad de Influenza por el virus H1N1. Igual era y es una enfermedad letal, pero ¿cuál era la ventaja?, se encontró un medicamento antiviral que fue una maravilla, sí, el Oseltamivir (15), por este medicamento las muertes empezaron a reducir, así como el riesgo de tener síntomas graves si se trataba a tiempo. ¿Algo fabuloso, cierto?, pues con el SARS-COV-2 no es así. Empezaron a aparecer varios artículos sobre la función de varios medicamentos, como la Azitromicina, Ivermectina, Remdesivir, Hidroxicloroquina, etc. Pero ninguno de estos demostraba eficacia para esta enfermedad. Así que estamos a ciegas en esta batalla, ¿quién diría que el Paracetamol sería nuestro mejor aliado en este momento? Sabemos que el Acetaminofén es lo más recomendado en cuestiones de infecciones virales (como esta), siempre y cuando no existan alergias y no tengas síntomas graves, porque en ese caso se usarían otros medicamentos adecuados al paciente (16).

En cuanto a nuestro programa de registro, nuestro asesor nos pidió realizar una plataforma por medio de Google Drive, donde pudiéramos escribir varios datos del paciente a quien creíamos que deberían hacerle la prueba para SARS-COV-2, o que al menos cumplieran con la definición operacional. Incluimos los apartados: Nombre, Edad, Teléfono de contacto, Domicilio, Sexo, Padecimiento actual y Evolución. Este último se refería a las acciones realizadas en los centros de salud destinados a atenderlos, que podían ser anotar el padecimiento del paciente al momento de la llamada, y anotar si le harían la prueba o si sólo harían un seguimiento por vía telefónica. Cada uno de los pacientes era catalogado con un color diferente según el centro de salud al que pertenecían, por ejemplo: los atendidos en el Centro de Salud T-III de Xochimilco eran marcados con el color azul, por lo que los demás centros no podían llamarle a ese paciente.

Así fue como nos fuimos adaptando poco a poco a la situación, y aprendiendo qué hacer o qué reportar, cómo resolver las dudas que se iban presentando. Nos

solicitaron efectuar ese trabajo desde casa (después de dos semanas de asesoramiento dentro de la Jurisdicción Sanitaria), ya que el semáforo se encontraba en rojo. Pero, algunos de mis compañeros, yo incluida, tuvimos varios problemas con algunas de las llamadas, porque como el nuestro era número foráneo, generaba la desconfianza de la población, así que en muchos casos no nos contestaban las llamadas, a pesar de hacer varios intentos.

Así como ocurrió con el caso de una paciente en la segunda década de la vida a quien le llamé, y por ser número de otro estado me contestó con cierta duda. Ya que le aclaré quién era y por parte de qué institución la estaba llamando, me contestó la encuesta sobre los síntomas que presentaba, pero al cuestionarla sobre su información personal (para la canalización con algún centro de salud), dudó en otorgarme la información y colgó. Así fueron varias llamadas, y a algunos pacientes sospechosos de COVID-19, no se les pudo informar adecuadamente sobre la realización de la prueba.

Por parte del gobierno y de la Secretaría de Salud, se hicieron reportes epidemiológicos en las tardes, todos los días, ya sea por televisión o por redes sociales, conducidos por el Subsecretario de Salud, Dr. Hugo López-Gatell Ramírez, para otorgar mayor información a la población mexicana, así como dar las recomendaciones adecuadas en ese momento e intentar una llegada lenta a la segunda fase de la epidemia en nuestro país.

Tabla 1. Actividades esenciales implementadas por la Secretaría de Salud, a partir del 01 de junio del 2020.

1. Rama médica, paramédica, administrativa y de apoyo en todo el Sistema Nacional de Salud
2. Sector farmacéutico, tanto en su producción como en su distribución
3. Manufactura de insumos, equipamiento médico y tecnologías para la atención de la salud
4. Disposición adecuada de los residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI)
5. Limpieza y desinfección de las unidades médicas en los diferentes niveles de atención

6. Las involucradas en la seguridad pública y la protección ciudadana, defensa de la integridad y la soberanía nacionales; la procuración e impartición de justicia
7. Actividad legislativa en los niveles federal y estatal
8. Financiera
9. Recaudación tributaria
10. Distribución y venta de energéticos, gasolineras y gas
11. Generación y distribución de agua potable
12. Industria de alimentos y bebidas no alcohólicas, mercados de alimentos
13. Supermercados, tiendas de autoservicio, abarrotes y venta de alimentos preparados
14. Servicios de transporte de pasajeros y de carga
15. Producción agrícola
16. Producción pesquera
17. Producción pecuaria
18. Agroindustria
19. Industria química
20. Productos de limpieza
21. Ferreterías
22. Servicios de mensajería
23. Guardias en labores de seguridad privada
24. Guarderías y estancias infantiles
25. Asilos y estancias para personas adultas mayores
26. Refugios y centros de atención a mujeres víctimas de violencia, sus hijas e hijos
27. Telecomunicaciones y medios de información
28. Servicios privados de emergencia
29. Servicios funerarios y de inhumación
30. Servicios de almacenamiento y cadena de frío de insumos esenciales
31. Logística (aeropuertos, puertos y ferrocarriles)
32. Las relacionadas directamente con la operación de los programas sociales del gobierno
33. Las necesarias para la conservación, mantenimiento y reparación de la infraestructura crítica que asegura la

producción y distribución de servicios indispensables; a saber: agua potable, energía eléctrica, gas, petróleo, gasolina, turbosina, saneamiento básico, transporte público, infraestructura hospitalaria y médica, entre otros

34. Empresas de producción de acero, cemento y vidrio
35. Servicios de tecnología de la información que garanticen la continuidad de los sistemas informáticos de los sectores público, privado y social
36. Empresas y plataformas de comercio electrónico
37. Minas de carbón
38. Las empresas distribuidoras de carbón mantendrán sus actividades de transporte y logística
39. Industria de la construcción
40. Minería
41. Fabricación de equipo de transporte

Referencia: Nueva Normalidad [Internet]. Gobierno de México. 2020 [citado 20 diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/covid19medidaseconomicas/acciones-y-programas/nueva-normalidad-244196>

Se dio a conocer a través del portal del Gobierno de México, que a partir del 1 de junio del año 2020 en el país se definiría semanalmente el riesgo de contagio en cada región, esto a través de un semáforo (rojo, naranja, amarillo y verde). Cada color nos indicaría las actividades que serían posibles realizar en los ámbitos social, educativo y económico (17).

En el ámbito económico, las regiones se

identificarían con los colores que mencioné anteriormente. Rojo, riesgo epidemiológico máximo, se permitirían únicamente actividades esenciales (Tabla 1); Color naranja, riesgo epidemiológico alto, además de actividades esenciales, las no esenciales también podrán reactivarse, pero estas con una capacidad de únicamente 30% del personal, además de medidas de sana distancia (17); Color amarillo, toda actividad laboral estará permitida, cuidando a personas con mayor riesgo de que presente cuadro grave de COVID-19, espacios públicos abiertos abrirán de forma regular y los cerrados con un aforo recudo; Color verde, se abrirán todas las actividades, incluyendo las escolares. Toda actividad que se realice en cualquier color epidemiológico se hará con prevención y máximo cuidado a las personas que tengan mayor riesgo de presentar un cuadro grave (18).

Xochimilco, mi comunidad durante mi servicio social.

La comunidad de Xochimilco, como cualquier otra, tiene características importantes que pueden repercutir en el aspecto de cómo llevar un camino certero en esta pandemia.

La población de la delegación de Xochimilco en el año 2015, mayores a 12 años de edad se encontraba 54.3% económicamente activa, de los cuales 60% eran hombres y 40% mujeres, el resto de la población (45.5%) no se encontraba económicamente activa, dentro de este grupo el 36.3% eran estudiantes, 39.4% personas dedicadas a los quehaceres del hogar, 11.2% jubilados o pensionados, 2.8% personas con alguna limitación física o mental que los impide trabajar y 10.3% personas que se encontraban en otras actividades económicas (3). Se estima que el 41 por ciento del gasto en salud viene del bolsillo de las familias y México ocupa el décimo lugar entre los países con el mayor gasto de bolsillo en salud (19). Esta información nos puede brindar un panorama de la economía en la comunidad y/o familiar, y conocer cuáles son los límites en el aspecto de salud, ya que muchas familias por el cierre de actividades esenciales (expuesto anteriormente) no tenían la disponibilidad de adquirir lo que se necesitaba para un correcto aislamiento o dependían económicamente de un miembro de la familia para poder adquirir los insumos.

Se vio reflejado en las llamadas que realizaba, en una ocasión llamé a un número y me contestó una señora de la sexta década de la vida, quien me refería síntomas respiratorios asociados a COVID-19, le indiqué aislamiento en casa, pero ella me comentaba que no podía aislarse porque era quien sustentaba a su familia, de hecho me contaba que no tenía para la compra de un cubrebocas normal y lo que utilizaba era una frasa alrededor de la boca, me sentí algo impotente, porque también necesitaba medicamentos por la fiebre que presentaba y lo único que se me ocurrió fue comentarle que acudiera a su centro de salud más cercano para que un médico la revisara y le pudieran proporcionar cubrebocas e información adecuada, además de la realización de la prueba confirmatoria, ya que ella refirió no poder acudir por su trabajo.

Se hablaba sobre el uso de cubrebocas, distancia social mayor o igual a 1.5 metros, estornudo de etiqueta, lavado de manos frecuente, pero lo más importante, mantenerse en casa y sólo salir para realizar actividades esenciales.

Empezó el desabasto de cosas que se consideraban importantes en el inicio como eran los cubrebocas, productos de la canasta básica, etc. (20,21), ya que entraríamos a la fase de cuarentena, pues el salir de casa se iba a volver difícil y eso incluía hacer las compras del día.

La situación repercutía también sobre el sistema de salud, imposibilitando el adquirir de manera pronta y en un costo normal el material esencial para lo consulta, sobre todo los cubrebocas. En pocos días el precio de estos fue aumentando por la alta demanda y se solicitaba que aquellas personas que no tuvieran síntomas no lo utilizaran, con el fin de que el personal de salud, que eran los que realmente iban a tener el contacto, pudieran adquirirlos y llevaran a cabo su labor.

Así como ocurrió con el cubrebocas, ocurrió con el alimento. Los que tenían los recursos económicos para adquirirlos de manera fácil, se llevaban grandes cantidades y no permitían que otras personas en un estrato inferior los pudieran adquirir. Era de alguna manera egoísta y se buscaba el bien individual, podemos decir que se entró en un estado de “compras de pánico” como le han llamado, por la desesperación de no saber cuánto tiempo íbamos a estar en cuarentena sin salir o sólo realizando actividades esenciales. Con todo esto, llegué a reflexionar que el ser humano puede llegar a ser egoísta, a pesar de circunstancias de gran índole, como es una pandemia, siendo que siempre se ha buscado lo contrario en la población, eso es el bien común y así evitar una caída en la comunidad, a nivel económico y de recursos.

Capítulo 3. Médico pasante de Medicina en los inicios de una pandemia.

01 junio de 2020.- Cambio de rotación e ingreso al Centro de Salud T-III de Xochimilco, una de las más esperadas. Hasta ese momento, la información que me brindaron es que estaría todavía en contacto con la plataforma de pacientes sospechosos, pero mi tarea sería programar las pruebas en el centro de salud a todo aquel paciente que cumpliera con la definición operacional, descrita en el capítulo anterior, y que el domicilio también estuviera dentro de los límites de atención. Además, a todo aquel paciente que en la primera llamada no cumpliera con la definición operacional, pero que tuviera síntomas, se le daría seguimiento por vía telefónica alrededor de 15 días, esto con el fin de tener una mayor certeza de que no era un paciente sospechoso. Se les daba la indicación de aislarse durante 15 días a todo este tipo de pacientes que además hubieran tenido contacto con alguien sospechoso o positivo a COVID-19 en las últimas dos semanas para evitar la propagación de aquellos que no tenían alguna prueba por falta de síntomas, pero que podrían ser asintomáticos.

Fueron cuatro meses en los cuales me dediqué a realizar estas llamadas, pero había uno que otro paciente que me solicitaba más información de la otorgada por mis compañeros en la primera llamada, o simplemente necesitaba que la escuchara un servidor de salud, ya que se encontraban con síntomas de depresión o ansiedad.

Vimos que la pandemia hasta ese momento causaba muchos síntomas a nivel físico, pero a mi parecer, no se ha puesto demasiado hincapié en la salud mental. Es de total importancia esta rama, ya que muchos pacientes que atendí por vía telefónica, referían padecer síntomas que escuchaban se relacionaban con COVID-19, pero que aparecían durante 1 o 2 días y posteriormente desaparecían. Se observaban también el sentimiento de culpa por contagiar a un familiar y que éste se agravara. Así se planteaban diferentes situaciones y no teníamos la información necesaria para otorgarles ayuda en el momento.

Un caso que me dejó muy en claro que la salud mental en la pandemia era y es muy importante, fue el de una paciente en la cuarta década de la vida que refería síntomas de COVID-19 vagos, los cuales eran dolor de cabeza, dolor muscular, alza térmica (sin cuantificar con algún termómetro), dolor de garganta y algo de tos. Con estos datos, yo la pudiera clasificar como paciente sospechosa. Sin embargo, al indagar más sobre la situación, me comentó que vivía con su hija que era enfermera y no tomaba las medidas necesarias a su regreso a casa, refería que no se bañaba o no se quitaba la ropa del trabajo, eso lo consideraba como algo esencial, al igual que tenía dos familiares en casa que no se cuidaban, así que ella concluía que tenía COVID-19 porque sus familiares la habían contagiado. Le pregunté sobre antecedentes de enfermedades y me refirió que le habían diagnosticado hace un tiempo Trastorno Limítrofe. Este “Trastorno Limítrofe de la Personalidad” se va a caracterizar por adoptar un patrón de inestabilidad y alta sensibilidad ante las relaciones interpersonales, así como en la imagen personal, también cambios extremos del estado de ánimo a impulsividad (22).

No quise catalogar a la paciente de primera intención, así que seguí interrogándola y fue cuando me percaté del miedo que ella sentía por el contagio, comprendí que aunque no tuviera los síntomas que me refería, tenía que programarla para la realización de la prueba y que ella estuviera más tranquila al respecto. Y así fue, le di el día de la cita y le mencioné las medidas a tomar, así como las medidas que debían tomar sus familiares para la prevención del contagio. Ella se quedó más tranquila con mi respuesta y agradeció la atención. La llamada duró alrededor de una hora, siendo que para cada llamada teníamos destinados alrededor de 20 minutos como máximo, pero en esta ocasión merecía toda mi atención y que de alguna manera pudiera ayudar haciendo el uso de la telemedicina, que es como se ha manejado ahora esta pandemia. Acudió al otro día para la prueba y dos días después obtuvo el resultado, que fue negativo. Por sus síntomas sabía que ese sería el resultado, pero para su salud mental preferí que se la realizaran.

Este caso me hizo entender un poco más sobre cómo esta enfermedad estaba afectando en cuestión mental a la población vulnerable, tomando en cuenta que la mayoría de la consulta psiquiátrica fue suspendida por la pandemia y que sólo se atendían casos de urgencia. Esto había dejado a muchos pacientes psiquiátricos sin los medicamentos autorizados o la provisión de los mismos. La paciente mencionada anteriormente me comentó que la próxima consulta se la habían programado en tres meses, ya que en ese momento nos encontrábamos en semáforo rojo en la ciudad, y que el diagnóstico se lo había brindado un médico general, por lo que necesitaba de la atención psiquiátrica para un mejor manejo. Busqué lugares a donde pudiera llamar para este tipo de situaciones, nuestro supervisor nos había mencionado que el mismo sistema donde estábamos trabajando (Locatel) tenían el servicio de atención a la salud mental, pero varios usuarios habían comentado que nunca recibieron la atención, por lo que me ví en la necesidad de buscar alguna alternativa.

Surgieron varias líneas de ayuda, incluyendo varios hospitales con esta especialidad, con el fin de brindar consulta en línea y capacitar a los pacientes en casos como este. Algunos de ellos fueron el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNZC) y el Hospital Juárez de México, cuyos sistemas brindaron líneas telefónicas de ayuda en situaciones de problemas de salud mental. A la paciente le seguí llamando durante quince días para saber cómo le iba con alguna de las líneas que le había proporcionado, ella me refería que la atendían muy bien y que estaban involucrando a su familia porque no estaban tomando las medidas necesarias frente a esta pandemia, a pesar de tener en la familia una servidora de salud. En su último día de seguimiento me dio las gracias por mi labor y me sentí muy feliz por esta paciente, porque aunque no fue positiva a COVID-19 y mi trabajo era hasta ese escalón, tomé la alternativa de ver por mi paciente y la posibilidad de que se sintiera mejor o al menos más tranquila con la situación.

La prioridad de nuestra Directora del Centro de Salud era que los pasantes médicos no tuviéramos contacto con pacientes sospechosos y esto era por

petición de nuestra propia Universidad que había solicitado el retiro de médicos internos y pasantes para evitar el contacto. Así que al principio lo único que hacía en esa sede eran llamadas y programaciones de prueba, pero posteriormente se implementó una actividad donde los propios pacientes programaban la prueba desde Locatel, y mi trabajo se fue haciendo menor porque ya no había llamadas por realizar ni seguimientos. Me encomendaron llamarles a estos pacientes programados para confirmarles fecha y día de realización de prueba porque el centro de salud se estaba saturando con pacientes y era más fácil tener una agenda programada de pacientes al día y que las pruebas que habían mandado se usaran adecuadamente.

Al llamar a estos usuarios, algunos me comentaban que ellos no habían realizado ninguna llamada, así que les preguntaba si habían tenido algún contacto con alguien positivo para COVID-19 y confirmaban, por lo que intuí que los propios pacientes que habían tenido una prueba positiva habían dado información de las personas que tuvieron contacto durante las dos semanas de contagio y así fue como se fueron programando las pruebas. Digo “intuí”, porque no nos daban información sobre lo que estaba ocurriendo alrededor de este programa por parte de Locatel y lo único que me tocaba hacer era investigar por mi cuenta con los pacientes para así poder realizar de una manera más favorable mi trabajo como médico pasante en los inicios de una pandemia.

Capítulo 4. Incremento e ignorancia.

Fueron aumentando el número de casos en la alcaldía de Xochimilco, por lo que nuestro sistema en el centro de salud se vio afectado por el número de pruebas a realizar, porque al principio sólo las realizaban ahí, pero después se abrieron nuevos lugares para la toma de pruebas, llamados Kioskos, que cambiaban de locación dependiendo del número de pruebas realizadas al día. Los más concurridos eran en el Barrio Xaltocan y en la explanada de Xochimilco.

Me tocó acudir a dos brigadas de toma de pruebas para SARS-COV-2 en el Kiosco del Barrio de Xaltocan de Xochimilco. Además de mí, acudió un médico general, un enfermero y un coordinador de las brigadas. Mi trabajo era rellenar el formato de cada paciente y cerciorarme de que los auxiliares llenaran todos los campos del formato, mientras el médico y el enfermero se encargaban de realizar las pruebas (alejados de mi lugar de trabajo). Se contaba con un solo formato para todos y esto incluía que llevaran muchas palabras técnicas que los auxiliares, al no ser trabajadores de salud, desconocían. Un ejemplo eran los síntomas, además de que era muy importante rellenar la parte del formato donde se pregunta la fecha de inicio de síntomas, esto porque en la plataforma del InDRE (donde subimos toda la información a nivel nacional) no te dejaba registrar a aquellos pacientes que tuvieran el inicio de síntomas hace más de 15 días. Eso era algo muy importante, porque de ser así, ya habrían pasado los quince días de contagio y por esa razón ya no era válida una prueba.

Durante estas dos brigadas, me pude percatar de que muchos pacientes que acudían a la prueba, no realizaban las medidas necesarias, como son la sana distancia, el uso de cubrebocas adecuadamente (lo usaban sin tapar la nariz) o se lo retiraban para estornudar y/o toser, no aplicaban el gel antibacterial después del contacto con sus secreciones y estornudo de etiqueta, etc. Además, observé que varias personas que habían acudido sólo lo hicieron por curiosidad de saber si estaban contagiadas, en razón de que habían tenido contacto con otras personas en áreas públicas, como el transporte. Esto ocasionaba la pérdida de material para la realización de la prueba, que para ese momento empezaba a escasear en el

sector público, así que cada vez hubo mayor necesidad de descartar a aquellos que no tuvieran síntomas o que no hubieran tenido contacto con alguien positivo confirmado.

Posteriormente, el centro de salud se vio afectado por la cantidad de pacientes que solicitaban la realización de la prueba para SARS-COV-2. Muchos de ellos acudían desde temprano para hacer fila y poder realizársela cuanto antes. El incremento de la pandemia se fue viendo en el centro de salud. Mi área de trabajo donde hacía llamadas fue removida y convertida en lugar de toma de pruebas. Me indicaron que mi nueva tarea sería llamar a los pacientes para darles el resultado de su prueba. Fue interesante porque varios de estos pacientes a quienes les indicaba que el resultado era positivo no lo tomaban con tranquilidad, se escuchaba la desesperación por saber qué iba a pasar con ellos. Otros lo asimilaban mejor y preguntaban los pasos a seguir después. Mis compañeros y yo nos informábamos como podíamos, porque no había mucho asesoramiento, sólo nos otorgaban información sobre el funcionamiento de la plataforma de la Secretaría de Salud, pero no sobre las indicaciones que teníamos que dar a los pacientes.

Relato a continuación este caso. Paciente masculino de la cuarta década de la vida, quien se había realizado la prueba en el Kiosko dentro de la alcaldía de Xochimilco hacía un mes. Se había efectuado la llamada por vía telefónica para darle el resultado de su prueba, el cual fue positivo. Él refirió haber acudido a una reunión familiar una semana antes de que empezara a presentar síntomas y dijo que su sintomatología había sido leve, pero que por la duda se realizó la prueba. Me dijo: *“yo pensé que era un resfriado, pero al preguntarle a mis familiares y que me decían que todos tenían síntomas, decidí hacerme la prueba y sacarme de la duda, porque soy hipertenso y me daba miedo que me diera grave o que también pudiera enfermar a mis familiares que viven conmigo”*. Yo traté de explicarle que ya habían pasado más de 15 días de la prueba y que el periodo de contagio ya había pasado. La recomendación en estos casos era que los familiares que habitaban en la misma casa también se realizaran la prueba, ya que, si no se

habían tomado las medidas higiénicas adecuadas, ellos también podían haberse contagiado e incluso haber contagiado a alguien más. Nosotros, como servidores de salud, sabemos que no tenemos la infraestructura para manejar una enfermedad de este tamaño, que requiere de bastante inversión, cosa que no tiene nuestro país, además de que estamos conscientes de que en nuestra población prevalece la obesidad y las enfermedades crónico-degenerativas, siendo estas un factor de riesgo importante para que se agrave la enfermedad en nuestro país.

En el periódico La Jornada del 16 de junio del 2020 publicado en la Ciudad de México, se señaló: *"El país cuenta con la mayor tasa de sobrepeso y obesidad entre su población si se compara con otros países de América Latina. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) informó que el 43% correspondía a la población femenina y la masculina alcanzaba el 45%"*.

Esto trae muchas consecuencias en nuestra población, una de ellas es el aumento de hospitalizaciones y mortalidad asociado a enfermedades crónico degenerativas, incluyendo la obesidad. Este es uno de los mayores problemas que ha enfrentado nuestro país en los últimos años, y es causa de una variedad de enfermedades como Aterosclerosis, Síndrome Metabólico, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, etc (19). Se conoce que, en la actual pandemia, este tipo de pacientes se consideran de riesgo de gravedad en caso de contraer la enfermedad ahora conocida como Covid-19, ya que se ha observado una asociación entre la cantidad de grasa abdominal y el riesgo de gravedad de la enfermedad ocasionada por SARS-COV-2 (23). Esto nos pone en alerta con la población susceptible y en este caso surgieron advertencias sobre esta problemática, así como la importancia de hacer ejercicio y comer saludablemente en tiempo de pandemia para evitar este tipo de enfermedades.

De acuerdo con mis estadísticas tomadas durante los 4 meses de mi rotación en este centro de salud, atendí a 180 pacientes mediante vía telefónica, de los cuales el 52% fueron mujeres y el grupo de edad más recurrente fue de 41 a 55 años, en el grupo de los hombres el mayor grupo de edad fue de 26 a 35 años (Anexos 2, 3

y 4). Esto nos habla de que hay más enfermos jóvenes hombres que en el grupo de mujeres, donde la mayor afección fue en el grupo de la quinta década de la vida en adelante, y sabemos que alrededor de este grupo de edad se pueden presentar comorbilidades que puedan afectar mayormente a la población femenina, como son las crónico-degenerativas y obesidad. Aunque aquí puede interpretarse que, en el grupo de masculino, los jóvenes han sido los más atentos a su sintomatología y solicitan alguna información, a comparación del grupo femenino.

Para finalizar, área de consulta.

Cuando faltaba un mes y medio para concluir mi servicio en esta sede, llegó un nuevo director al centro de salud. Hubo ventajas con este cambio porque el nuevo doctor a cargo del centro era de mente más abierta, es decir, nos dejaba adentrarnos más al mundo de la consulta, además de que era egresado de nuestra misma escuela y sabía nuestro método de enseñanza, era comprensivo con respecto a lo que queríamos hacer como pasantes y qué era lo que esperábamos en nuestro servicio social. Nos citó a todos los pasantes y conversó con nosotros para saber cuáles eran nuestras dudas e inquietudes.

Le comunicamos que nuestra intención era tener más contacto con los pacientes, en consulta o en cualquier otra área, siempre y cuando tuviéramos todas las medidas requeridas para nuestra protección. Esto incluía otorgamiento de cubrebocas triple capa, caretas, guantes, jabón para el lavado de manos, gel antibacterial dentro del consultorio, sobre todo por prevención, ya que la intención del director era que no atendiéramos consulta COVID o pacientes respiratorios. Pero, gracias al filtro en la entrada se destinaba adecuadamente al paciente a un consultorio, así que terminamos atendiendo a pacientes embarazos y con enfermedades crónico-degenerativas, además de realizar certificados de salud y control del niño sano.

Con respecto a las consultas realizadas en los días establecidos por nuestro director, debo decir que en el mundo de la consulta te encuentras muchos casos y

algunos con el interés de investigar más sobre ellos, de los cuales voy a plasmar en este trabajo los siguientes.

14 de agosto 2020.- Paciente femenino de la cuarta década de la vida que acude a consulta con su pareja. Comenta que desde hace seis meses tiene flujo vaginal, con olor fétido, además que tiene molestias al tener relaciones sexuales con su pareja. Anteriormente había tenido el mismo problema, pero no llevó a cabo el tratamiento y posteriormente se volvió a presentar. Mientras la entrevistaba, notaba que no prestaba mucha atención a las preguntas y que la mayoría de las respuestas las hacía su pareja, él era veinte años mayor que ella. Le pedí que acudiera al laboratorio por los resultados de los estudios que le habían solicitado anteriormente, mientras revisaba a la paciente, de manera que estuviera sola conmigo y se pudiera expresar con respecto a las molestias. La exploré y observé que presentaba resequedad vaginal, sin presencia de flujo vaginal ni fétido, las pantaletas se encontraban limpias, pero su higiene no era la adecuada. Al interrogarla nuevamente me comentó que las relaciones sexuales que practicaban no eran las más higiénicas y que ella no estaba del todo de acuerdo. Me dispuse a hablar con la pareja y describió cómo las llevaban a cabo, traté de explicarle la manera más adecuada de realizarlas y que tuvieran una adecuada higiene, ya que no sólo afectaba a la paciente, si no que a la pareja también. Decidí pedirle estudios de laboratorio para conocer si tenía alguna infección, ya que a la exploración no me daba datos concretos.

En realidad, disfruté mucho el tiempo de consulta, ya que me habían quitado la oportunidad de experimentarla en mi rotación por el hospital. Aquí atendí niños y era lo que más me gustaba, aunque no fueran por alguna patología en especial, si no por control del niño sano. Era fascinante poder entablar una consulta general a estos seres tan pequeños y tan complejos, que no se pueden expresar tan claro cuando les duele algo o tienen alguna molestia, a excepción de los escolares y adolescentes, que es un mundo un poco diferente y se comunican con mayor claridad.

Las embarazadas que atendíamos eran para su consulta prenatal y la mayoría de ellas no contaba con alguna comorbilidad o factor de riesgo para complicaciones. La única paciente que mandamos al área de urgencias fue una señora en la tercera década de la vida que se encontraba en el tercer trimestre de embarazo, cerca de las 36 semanas de gestación, que acudió por referir “hinchazón” en pies y manos, además de dolor en epigastrio. Refería que percibía movimientos fetales y negaba actividad uterina, salida de líquido transvaginal o sangrado. Se hizo la toma de tensión arterial y se encontraba arriba de los valores normales, por lo que le indicamos que acudiera al área de urgencias para su correcto manejo, ya que si solicitábamos laboratorios en ese momento no le entregarían a tiempo los resultados, siendo este signo un factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia y parto prematuro. También le sugerimos que en caso de que la dieran de alta ese mismo día, viniera a consulta para saber qué manejo le proporcionaron y cuál fue la información que le otorgaron, pero ya no la volvimos a ver en la consulta, al menos mientras estábamos aún en el área.

Me parece que vi más embarazadas en todo mi servicio social que en mi vida como estudiante de Medicina y rotando en el área de Ginecobstetricia. Espero que algo de aprendizaje se me haya quedado.

Capítulo 5. “Nueva normalidad”

Atendía alrededor de cinco consultas, dos veces a la semana, ya que los demás días lo dedicaba a hacer llamadas para programar pruebas o para dar resultados de estas. Hasta que un día, faltando un mes para terminar, empecé con síntomas respiratorios como dolor de cabeza intenso, somnolencia, escalofríos y escurrimiento nasal. Sin dudarlo pensé en COVID-19. Mi asesor en el centro de salud también empezó con síntomas respiratorios, pero la diferencia era que él sí realizaba las pruebas y acudía a los domicilios para realizarlas, en cuanto llegaba a subir los resultados a la plataforma tenía contacto conmigo en un mismo consultorio y había ocasiones en que se retiraba el cubrebocas, por lo que incrementaron mis sospechas. Decidí realizarme la prueba ahí mismo una semana después de que empecé. En el quinto día de la enfermedad fue cuando me sentí peor, me encontraba sola y tenía mucho dolor corporal, así como escalofríos, pero no dejé de acudir a mi servicio social. Después empezó mi periodo vacacional mientras todavía tenía los síntomas, así que la mayoría del tiempo me la pasé aislada. El problema fue que estuve esperando el resultado de mi prueba durante quince días (fue negativo). Todo esto, me hizo reflexionar sobre los pacientes que estuvieron en la misma situación que yo, con los síntomas y sin saber si eran positivos o negativos, siendo de gran riesgo que pacientes positivos, sin saber el resultado, hayan estado saliendo y así hayan incrementado los contagios en la región o al menos en el núcleo familiar.

Así como a mí me sucedió con el atraso de la entrega de mi resultado, así pasó con muchos pacientes y en algunas de las llamadas que llegué a atender me lo hacían saber. Algunos lo hacían de forma molesta, claro que tenían la razón, pero yo trataba de explicar la razón de esto. Una de esas razones eran que había desabasto de pruebas, y al menos en el laboratorio donde las mandaban, nos referían que por el incremento de estas se iban a tardar más de diez días. Se tuvieron que cambiar las indicaciones que se proporcionaban y se empezó a recomendar el aislamiento durante quince días a todo aquel paciente que tuviera síntomas, pero a aquellos que cumplieran con la definición operacional de caso

sospechoso también se les realizaba la prueba, para evitar un poco más los contagios en la alcaldía, sin arriesgarnos a que aquellos a quienes no se les realizaba la prueba o desconocían el resultado, propiciaran los contagios.

Tuvimos que empezar a acostumbrarnos a este nuevo modo de trabajar. Ya era extraño ver a alguien sin cubrebocas en lugares públicos y hasta se consideraba irrespetuoso. El lavarse las manos se volvió un hábito y nos preocupábamos por desinfectar todas las zonas y objetos, incluyendo las compras del súper. Surgieron algunos artículos donde explicaban cuánto tiempo duraba el virus en las superficies y que de esa manera nos podíamos infectar. La revista *New England Journal of Medicine* (NEJM) publicó un artículo que indicaba la viabilidad del virus SARS-COV-2 en superficies, ejemplos:

- Plástico y acero inoxidable, entre 2 y 3 días.
- Cartón, hasta 24 horas.
- Cobre, 4 horas.
- Después de la aerosolización, hasta 3 horas.

La última situación se refiere a la mezcla del virus con el aire en donde se forman aerosoles con capacidad de flotar en el aire y producir una infección después de inhalarlos (24).

Esto fue un parte-aguas y esas indicaciones se convirtieron en puntos clave para el manejo preventivo al inicio de la pandemia. Por esta razón se requerían cada vez más las sanitizaciones de los hogares o lugares de trabajo, así como el uso prolongado del cubrebocas en áreas cerradas. La desinfección de superficies se volvió un tema de importancia, al punto de que las bolsas del supermercado se desinfectaban y el llevar tu gel antibacterial contigo era clave para la autoseguridad. Hasta en el propio centro de salud se hacían sanitizaciones una vez al mes para evitar un poco más los contagios en los consultorios por contacto con superficies.

Expertos han explicado que este virus está envuelto por una estructura proteínica que está formada a su vez por lípidos sensibles a alcohol, por eso su uso impide la

infección. Se ha recomendado el uso de alcohol al 60 – 70% como desinfectante (24) y es el que hemos visto en todos los lugares a los que acudimos, entre ellos el supermercado que tuvo que adoptar métodos de prevención (así como la mayoría de los comercios), ya que la adquisición de alimentos era una de las actividades esenciales y, por lo tanto, era donde la gente mayormente acudía.

La enfermedad aún era algo desconocido, se tenían ya muchos estudios, pero ninguno había descartado del todo el contagio mediante el contacto con materiales, por lo que la seguridad ante los pacientes había tomado importancia. Surgieron varios videos educativos en los que explicaban cómo vestirnos y desvestirnos cada vez que tuviéramos contacto con algún paciente sospechoso, esto incluía los materiales que debían utilizarse. Materiales de los cuales no se disponía en todos los servicios de salud o al menos no alcanzaban para todo el personal. Los trabajadores comenzaron a quejarse por la falta de insumos y referían que tenían que invertir ellos mismos para adquirir su material de protección, como guantes, caretas, cubrebocas de alta eficacia, trajes de protección, etc. Además, que la falta de personal se vio reflejada ante el crecimiento de los contagios y agravamiento de los pacientes, también fueron muriendo cada vez más compañeros del área de la salud y eso era muy preocupante.

Al empezar la pandemia se habían retirado de las áreas de contagio a aquellos que tuvieran enfermedades concomitantes o una edad de riesgo (mayores de 60 años), pero el problema fue que el personal que iba muriendo estaba siendo cada vez más joven, menores de 50 años o los que ya llevaban varios contagios durante este tiempo. Nos hacía falta una vacuna y pronto.

El país se estaba quedando sin personal de salud, esto incluyendo a aquellos que habían muerto a causa de la pandemia y que eran jefes de servicio, médicos adscritos, médicos especialistas. Se estaba haciendo más notorio y hasta se vio reflejado en el Examen Nacional de Residencias Médicas 2020, cuando la CIFRHS (Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud) anunció el incremento de plazas para la realización de especialidad

médica en México y sabíamos que esto venía aunado a toda esta falta de personal que se hizo notoria. Nuestro país está carente de especialistas que estén preparados para enfrentar este tipo de situaciones.

Cada vez más gente se realizaba pruebas cada día en los kioscos o en el centro de salud, era indudablemente una ola creciente de contagios, pero no veíamos cambios en el comportamiento de la población, o al menos en mi alcaldía nunca noté la reducción del tráfico peatonal.

Mi jurisdicción ya había implementado varias estrategias para aumentar la consciencia del peligro en la población y que ésta permaneciera en casa. Se hicieron avisos mediante megáfonos en las calles donde solicitaban que las personas se mantuvieran en casa y que sólo en caso de presentar síntomas acudieran con el médico o en casos de emergencia acudieran al hospital, también se reiteraban las salidas esenciales, como eran el trabajar o comprar alimentos. Se intentó cerrar los lugares de reunión como los parques o la explanada de Xochimilco, pero la gente encontraba la forma de poder entrar y no acataba las órdenes. Se hablaba de un cansancio de la comunidad ante la situación de tener que mantenerse dentro de casa, pero esto afectó demasiado a la alcaldía y así incrementaron los contagios y las muertes. Yo, que vivía en el centro de Xochimilco, podía escuchar todas las noches al menos a una ambulancia, y se escuchaban también las reuniones cerca o gente en la calle a altas horas de la noche. No había gran consciencia en la población y eso los perjudicó.

Capítulo 6. Aprendiendo de lo sucedido

Como último punto de mi recorrido (porque ya no se llamaría rotación) me tocó terminar mi servicio social haciendo llamadas nuevamente desde la plataforma que utilizábamos en marzo, sólo que ahora había mayor información sobre la enfermedad, al igual que sobre los síntomas destacados, factores de riesgo, población de riesgo y la aparición de la vacuna.

Las llamadas para ese momento eran un poco más rápidas porque los pacientes conocían la información sobre la enfermedad y ahora algunas de las dudas eran sobre la adquisición de tanques de oxígeno, sanitizaciones de sus domicilios y datos de gravedad para acudir a alguna unidad de salud.

El tener que acudir a algún hospital cuando se les indicaba seguía ocasionando miedo en algunas personas y preferían mantenerse en casa, aunque sus tanques de oxígeno no fueran suficientes para sobrevivir. La saturación de oxígeno bajaba cada vez más y los tanques que obtenían eran de una pequeña capacidad. Esto propiciaba que los familiares tuvieran que salir a veces varias veces al día para rellenar el tanque, según la cantidad de litros por minuto que ocupaba su paciente y el tamaño del tanque. Por ejemplo, un tanque de 248 litros del se ocupaban mínimo 3 litros por minuto, duraba aproximadamente 1 hora y 22 minutos funcionando. Esto dio como resultado el desabasto de oxígeno y de tanques en la ciudad, por lo que la gente tenía que hacer filas largas y durante mucho tiempo, dejando a sus pacientes sin oxígeno por largos periodos.

Hubo varias campañas alrededor de la ciudad donde se rellenaban los tanques sin ningún costo. Una de ellas fue en la alcaldía Iztapalapa, pero cerca de Xochimilco aún no había ningún programa de estos, además de que era tanta la demanda, que el “oxígeno gratuito” a veces se terminaba a una hora muy temprana del día había largas filas para obtenerlo.

Como consecuencia de la pandemia hubo aumento en el requerimiento de oxígeno de manera exponencial, pero también se detectó que muchas de las personas que rentaban los tanques, los conservaban, aunque ya no hicieran uso

de ellos como una previsión, sin concientizar que con ese acto se estaba privando a otros pacientes que lo requerían en ese momento y no podían acceder a uno de estos (25).

La PROFECO (Procuraduría Federal del Consumidor), en colaboración con la COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios) y empresas productoras y distribuidoras de oxígeno medicinal iniciaron la campaña “Devuelve tu tanque. Por amor a la vida” (25).

Junto a las empresas Grupo Infra y Medigas invitaron a gente que rentó tanques de oxígeno para sus pacientes en casa, a devolverlos una vez que dejaban de necesitarlo para permitir que fueran utilizados por otras familias que tuvieran la necesidad. Esta campaña surgió por una necesidad de tener a disposición más tanques de oxígeno para pacientes que lo requirieran en casa.

En nuestra alcaldía se implementó una estrategia a inicios también del mes de enero para la donación de tanques de oxígeno de familias que hubieran tenido un familiar con COVID-19 que hubiera fallecido, por lo que en las llamadas se vio reflejado y lo primordial que preguntaban era por información de esta campaña. Para nuestra mala suerte no nos proporcionaron información al respecto, o al menos a dónde dirigirlos, así que nos guiamos por una imagen que se subió en la red social de Facebook de la jurisdicción en la que se indicaba que para poder hacer la donación o adquirir uno de estos tanques tenían que llamar a un número telefónico.

En una de las llamadas, el familiar de un enfermo me preguntó dónde podían acudir para adquirir tanques de oxígeno de manera gratuita. Al yo tener esta información, le comuniqué que podía llamar al número de teléfono que se encontraba en la imagen; él me refirió que ya había llamado, pero que nunca contestaron. El familiar se empezó a molestar y con palabras altisonantes me comentó su perspectiva de la situación. Dijo que, para él, el servicio de salud no servía para algo oportuno y que prefería salir a buscar por su cuenta, al igual que nuestro trabajo no tenía ninguna función razonable.

Estoy consciente de que los familiares se molestan porque no se les proporciona una respuesta clara de lo que deben de hacer o dónde llevar prontamente a sus pacientes, la información debe ser clara y verdadera, porque ante la desesperación pueden tardar y no llegar de manera oportuna a la atención médica.

Nunca tuvimos respuesta sobre este tema en nuestro grupo de apoyo telefónico donde se encontraban nuestros asesores, sólo nos mencionaban que tenían que llamar al número telefónico que estaba en la imagen o que debían esperar a que entrara en vigor, siendo que ya lo habían publicado. Terminó mi servicio social y nunca conocí el rumbo de esa campaña.

[Aparecen las vacunas.](#)

La obtención de la vacuna fue algo sorprendente y esto fue gracias al apoyo gubernamental para lograr el acceso a ella de una manera tan veloz porque había la urgencia de obtenerla. El 31 de diciembre de 2020, la OMS publicó su primera validación para uso en emergencia de una vacuna (26).

El procedimiento de inclusión de un producto en la lista de uso en emergencias evalúa la idoneidad de nuevos productos sanitarios para emergencias de salud pública. Es una evaluación rigurosa de los ensayos en la fase 2 y fase 3. Se validó la primera vacuna de ARN mensajero contra la COVID-19 de Pfizer BioNTech y se convirtió en la primera en recibir validación para uso de emergencia. Como parte del proceso de inclusión, la empresa que desarrolla la vacuna debe comprometerse a seguir ofreciendo datos que conduzcan a su plena aprobación (27).

EL 11 de enero de 2021 el Gobierno de México dio a conocer el Sistema Nacional de Vacunación contra la COVID-19. Para la priorización de las vacunas se analizó la información de las proyecciones del Consejo Nacional de Población para conocer el tamaño de la población por grupo de edad, y para evaluar el nivel de riesgo se consideraron tres enfermedades asociadas a mayor riesgo de desarrollar una enfermedad severa (obesidad mórbida, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica). Destacó que la mayoría de la población fallecida por COVID-19

era mayor de 60 años, lo que llevó a considerar a estos grupos de edad de prioridad para la aplicación de la vacuna. Se resaltó también que ninguna vacuna sería aplicada a personas menores de 16 años, ya que por falta de estudios en estos grupos de edad no se podía ofrecer seguridad a esta población. En un inicio, también se excluyó a las mujeres embarazadas porque en ningún ensayo clínico las habían incluido (28).

Se implementaron así los siguientes grupos como priorizados en este orden (28):

1. Personal sanitario que enfrenta COVID-19
2. Personas adultas mayores:
 - a) Mayores de 80 años
 - b) Personas de 70 a 79 años
 - c) Personas de 60 a 69 años
3. Personas con comorbilidad o comorbilidades
 - a) Obesidad Mórbida
 - b) Diabetes Mellitus
 - c) Hipertensión Arterial Sistémica
 - d) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 - e) Asma
 - f) Enfermedades cerebrovasculares
 - g) Infección por VIH
 - h) Enfermedad renal crónica
 - i) Estados patológicos que requieren de inmunosupresión
 - j) Cáncer en tratamiento
4. Personal docente de las Entidades Federativas en semáforo epidemiológico verde.
5. Resto de la población mayor de 16 años.

Se anunció una estimación de la terminación de vacunación a toda la población para mediados del año 2022, pero no se conocía cuánto tiempo sería válida o servible la vacuna, o si se tendrían que aplicar algún refuerzo al año o a los dos años, eso apenas se estaba estudiando con esta fase.

La principal preocupación de la primera vacuna aprobada era que fue desarrollada con requerimientos especiales no fáciles de conseguir, esto incluía un almacenamiento especial a -70°C , con vida útil de 5 días a temperaturas entre 2° a 8° y de 6 horas una vez que se reconstituye (28). Esto hizo que el Gobierno de México buscara las formas para su almacenamiento a gran escala. La empresa Pfizer les proveía una cámara de almacenamiento que ya venía en el envío de estas y era cuestión de darle el mantenimiento adecuado con el cambio de hielo seco y la capacitación del personal que manejara estos inocuos. Como la red de frío manejado a nivel nacional en cuestión de las vacunas actuales permitía su almacenamiento por 5 días, no había obstáculo que pudiera detener la distribución de la vacuna en el territorio nacional. Posteriormente se fueron implemento más vacunas hechas por otros laboratorios (Moderna, Sputnik, Cansino, Astrazeneca, etc) y algunas de estas tenían facilidad de distribución y almacenamiento.

La vacuna al inicio era proporcionada prioritariamente a todo el personal de salud que estuviera en contacto directo con pacientes con COVID-19, la mayoría de ellos estaban en áreas hospitalarias. Me pareció lo más correcto, ya que perdimos varios trabajadores del área de la salud y eran los que mayormente tenían un riesgo directo, pero empezó a surgir la preocupación de qué pasaría con el personal de salud que se encontraba en las áreas de primer nivel (contando a los médicos internos de pregrado y médicos pasantes del servicio social como nosotros), estos también tenían un riesgo potencialmente alto. Estaban también aquellos médicos que se encontraban en el área privada y dando la consulta en farmacias, o los pasantes que se encontraban en áreas rurales y que a veces ni contaban con material para la atención; ellos se llevaban gran peso de la atención de la población mexicana.

En cuanto a nosotros, algunos compañeros de pasantía de otras unidades de salud nos comentaron que recibirían la vacuna por parte de su jurisdicción porque los contaban como prioritarios, esto lo hicimos saber con nuestros asesores para que nos tomaran en cuenta al momento de enviar la lista de personal de salud para vacunación. Estábamos conscientes de que no éramos primera línea y que

no nos encontrábamos en consulta en ese momento, por lo que era factible que esto se fuera atrasando para nosotros, pero también nos preocupábamos por aquellos compañeros que sí se encontraban en área de consulta y se enfrentaban al riesgo.

Notamos que con la llegada de la vacuna la gente empezó a salir a las calles sin importar el semáforo en el que se encontraban porque abría una puerta de posibilidad del fin de la pandemia, pero lo que desconocían es que este es un camino largo y que requiere mucho cuidado para tener un buen manejo de la distribución.

Al mismo tiempo, surgió también el miedo de la población para la aplicación de la vacuna, había muchas teorías conspirativas que hacían dudar a las personas de la veracidad de los estudios clínicos y refiriendo que no se aplicarían la dosis. Eso comenzó a preocupar a la demás población porque si un gran número de personas no eran vacunadas, podrían aplazar el tiempo para llegar a la inmunidad de rebaño y por lo tanto la pandemia también tardaría en terminar.

Era cuestión de dar mayor información a nivel nacional de la función de las vacunas y la eliminación de esas especulaciones, incluyendo la aclaración de las dudas de la mayoría de la gente para que hubiera una mayor claridad de lo que se les estaría aplicando.

Capítulo 7. ¿Cuál es el aprendizaje que puedo dejar como pasante de Medicina en una pandemia?

Desde meses atrás me había preguntado ¿qué puedo aportar a los pasantes de la nueva generación? Porque en realidad tuvimos muchas trabas para poder llevar a cabo nuestro trabajo de la mejor manera. Es comprensible, porque la pandemia fue algo nuevo para todos, se buscaba el poder ayudar de alguna u otra manera. Junto con mi compañera de pasantía nos enfocamos en este pensamiento para poder realizar nuestro proyecto de intervención, que es lo que nos piden para poder liberarnos del servicio social en nuestra sede, y esto sería enfocado en los pacientes que atendimos por llamadas durante estos meses dentro de la Jurisdicción Sanitaria Xochimilco y en los problemas que tuvimos con la plataforma, con el fin de ayudar a los próximos que la manejen.

Ante la llegada de esta nueva enfermedad a finales del año 2020, el mundo se vio obligado a utilizar diferentes tecnologías para un mayor control de contagio, pero muchas de estas nuevas técnicas se vieron obligadas a aparecer de manera oportuna y sin información completa sobre cómo actuar en diferentes escenarios. En su evolución, se han visto en la necesidad de adaptarse, enfocarse en lo prioritario e intentar evitar la saturación de unidades de salud, así como en otorgar la información adecuada a toda la población que desea obtenerla.

La intención general del proyecto de registro en el que estuve involucrada se enfocó en estandarizar el acercamiento a los pacientes registrados en la aplicación “SMS COVID-19” mediante la creación de un diagrama de flujo adaptado para la detección y seguimiento telefónico de casos COVID-19, para la recolección de información objetiva y relevante, y procurar elevar el nivel de satisfacción de los pacientes al mejorar la calidad de atención y organización de los servicios de salud.

La información que a continuación menciono fue recabada de los registros realizados en el periodo de 01 de noviembre 2020 al 15 de enero 2021 desempeñando actividades como Médico Pasante de Servicio Social bajo la

coordinación de la subdirección de Epidemiología y Medicina Preventiva adscrita a la Jurisdicción Sanitaria Xochimilco, mediante su intervención a través de la plataforma interna “SEDESA JURISDICCIÓN XOCHIMILCO 1/4/2020 10:20:00” disponible en Google Sheets.

En este periodo se realizaron 404 llamadas, de las cuales un 25% correspondía al área de sospechosos graves, rubro de mayor riesgo, ya que para el registro en esta zona habrán referido datos de dificultad respiratoria y comúnmente ya contaban con una prueba positiva. Por ello, era de importancia que de manera oportuna se atendieran y se dirigieran a los establecimientos de salud en caso de referir síntomas de gravedad. El otro 75% de los registros corresponden al área de sospechosos, de los cuales 37.8% (115) refirieron una prueba positiva y 39.4% (120) desconocían el resultado o no había realizado dicha prueba. La relación de esto nos dice que en los últimos meses del año se estuvieron realizando gran cantidad de pruebas, por lo que la población tenía mayor acceso a realizarla de manera gratuita y esto no servía para dar una mayor orientación o al menos mayor información sobre la enfermedad.

Esta plataforma en donde tuvimos nuestro desempeño como médicos pasantes tiene varias faltantes o fallas. Una de ellas es que se desconoce un sistema a seguir, ya que nos guiábamos por información otorgada por la Subdirección de Epidemiología y Medicina Preventiva de la Jurisdicción Sanitaria y dadas las circunstancias, fue difícil obtener la información de manera oportuna. Es por eso que como proyecto de intervención decidí enfocarme en realizar algún modelo de apoyo para la realización y orientación de las llamadas en la plataforma “SMS COVID-19” a futuros médicos pasantes de Medicina que desempeñen esta función.

Como una respuesta a la necesidad de actualizar los protocolos y diagramas de flujo en la atención médica telefónica para la detección y seguimiento de casos sospechosos o confirmados de COVID-19, mediante los registros de la aplicación de Locatel “SMS COVID-19”, se buscó mejorar la consejería médica de primer

contacto, facilitar la identificación oportuna de casos que requerían atención prioritaria y aumentar la difusión de información oficial entre la población.

Mi participación consistió en realizar algoritmos, cuyo objetivo era implementarlos para la atención médica telefónica de los registros a través de la plataforma “SMS COVID-19”, con el fin de estandarizar los procedimientos de detección y seguimiento médico de casos COVID-19, ampliando el alcance de las intervenciones en salud dentro de la población. (Anexos 5, 6, 7 y 8)

La enfermedad por COVID-19, es algo nuevo que vino a cambiar nuestro modo de informar a la población en caso de emergencia sanitaria. Las tecnologías nuevas que han surgido a raíz de este problema, han tenido pros y contras. Lo ideal sería que la información llegara adecuadamente a la población para reforzar las medidas de prevención y acciones a realizar en todos los panoramas que se impongan.

Consultando con la Subdirección de Epidemiología y Medicina Preventiva, aún no existía algún protocolo o algoritmo a seguir con referencia a las llamadas que se realizaban cada día por medio de la plataforma “SEDESA JURISDICCION X1/4/2020 10:20:00OCHIMILCO” implementada en Google Drive, a través de nuestro asesor el Dr. Juan Carlos Ocampo Jiménez.

Se espera que este proyecto sirva no solo de evidencia sobre la forma de trabajo que adoptamos durante las actividades emergentes en nuestro servicio social ante COVID-19, sino también como base para futuros pasantes de Medicina sin dudar en adaptarlo a las necesidades que surjan, en aras de mejorar la atención que se brinda a la población. Sería entonces cuando este trabajo cumpliría su cometido como parte de la herencia que dejamos un grupo de médicos pasantes que vivimos nuestro servicio social durante el curso de una pandemia, un escenario que difícilmente veremos repetirse, pero que contará como antecedente para recordar el grano de arena que pusimos en pro de preservar y proteger la salud de nuestra comunidad.

Por último, debo destacar que me sentí llena de dudas y miedo durante todo el año. Al inicio, fueron las típicas dudas como pasante con respecto a los tratamientos de las pacientes que veía en el área de Ginecología, pero después fue esta enfermedad nueva, desconocida, de la que fuimos aprendiendo todos poco a poco.

Ahora se ve una luz al final de este túnel de incertidumbre. Ha comenzado la vacunación y se espera que vayamos adaptándonos a una nueva forma de convivir. A partir de este momento, nuestro modo de vivir claramente ha cambiado y debo decir que me da alivio el saber que la población ha aprendido a manejar varias condiciones con respecto a la salud y la higiene. Ojalá que adoptemos el lavarnos las manos frecuentemente, eso nos salvaría no sólo de este tipo de enfermedades. Hemos de aprender además a estar conscientes de que al contagiarnos de alguna enfermedad infecto-contagiosa esto puede ser riesgoso no sólo para nosotros, sino para las personas que nos rodean y por eso debemos adoptar precauciones. Cuando se trata de enfermedades que se transmiten a través del aire, mediante gotas o fómites, el uso de cubrebocas se volverá nuestro mejor aliado. Sabemos que esta modalidad del uso de cubrebocas no se va a retirar en un grande tiempo, lo tenemos que adoptar y utilizar hasta que estemos seguros de que los contagios están controlados y que la mayoría de la población, si no es que la totalidad, se ha vacunado. Esto nos permitirá entonces reactivar la economía de nuestro país, que hasta el momento es un tema tan importante y que nos ha perjudicado en todos los ámbitos.

Hemos pasado por uno de los momentos más recordados en la historia de la humanidad, que ha traído sobre todo desgracias en nuestro país. Mucha gente ha fallecido y mucha gente ha padecido los estragos, gente desempleada, familias que se han quedado sin el sustento, familias que se han quedado sin un abuelo, abuela, madre, padre e incluso hijos. Esto debe ser una lección de vida que nos haga conscientes de que el país no estuvo preparado para algo tan grande y que nuestra infraestructura en el área de la salud es muy pobre. Que si no recibimos el

apoyo por parte del estado, pero sobre todo de la población como una comunidad, esto puede tardar mucho tiempo en controlarse.

El Servicio Social ha sido una total aventura no esperada, llena de incógnitas y de nuevos conocimientos que me encantó aprender, pero en definitiva, que no me gustaría repetir.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Coronavirus (2019-nCoV) - Comunicados Técnicos Diarios - enero 2020. Mensajero Coronavirus [Internet]. Gobierno de México. 2020 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-2019-ncov-comunicados-tecnicos-diarios-enero-2020>
2. Secretaría de Salud. Informe Epidemiológico de la Situación de COVID-19 28 DE ABRIL DE 2020 [Internet]. Gobierno de México. 2020 [citado 5 enero 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-epidemiologicos-de-la-situacion-de-covid19-en-mexico-2020>
3. INEGI. Panorama sociodemográfico de Ciudad de México [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2015 [citado 19 noviembre 2020]. Disponible en: http://seieg.iplaneg.net/seieg/doc/Panorama_Sociodemografico_2015_1452886126.pdf
4. Silberman M, Moreno L, Kawas V, González E. Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Una experiencia desde los centros de salud pública [Internet]. SCIELO. 2013 [citado 20 noviembre 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400004
5. Garrido F, Puentes E, Salgado M, Orozco R, Pineda D, Revuelta A, Dávila A. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008 [Internet]. Dirección General de Evaluación del Desempeño. 2009 [citado 19 noviembre 2020]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/upn/upna_sesas_2008.pdf
6. Milpa Alta y Xochimilco, las alcaldías más pobres, con menos camas de hospital y más contagios de COVID. Animal Político [Internet]. 2020 [citado 26 febrero 2021]; Disponible en:

<https://www.animalpolitico.com/2020/06/milpa-alta-xochimilco-contagios-pobreza/>

7. Sánchez M del R, Montoya YA. Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México [Internet]. Comisión Nacional del Arbitraje Médico. 2019 [citado 21 noviembre 2020]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/b25-7.pdf>
8. OMS. El embarazo en la adolescencia. Datos y cifras. 23 de febrero de 2018 [internet]. Organización Mundial de la Salud.2018 [citado 24 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/-fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
9. Baranda N, Patiño DM, Ramírez M, Rosales J, Martínez M de L, Prado J, Contreras N. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica [Internet]. Medigraphic. 2014 [citado 24 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2014/eo143c.pdf>
10. Secretaría de Salud. Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica [Internet]. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2016 [citado 30 noviembre 2020]. Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf
11. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información. Aviso Epidemiológico CONAVE /08/2020/COVID-19 15 de marzo de 2020. Ciudad de México: Dirección General de Epidemiología; 2020. pp. 3–4.
12. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información. Aviso Epidemiológico CONAVE /02/2020/2019-nCoV 30 de enero del 2020. Ciudad de México: Dirección General de Epidemiología; 2020. pp. 3.
13. Secretaría de Salud. Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral. Abril

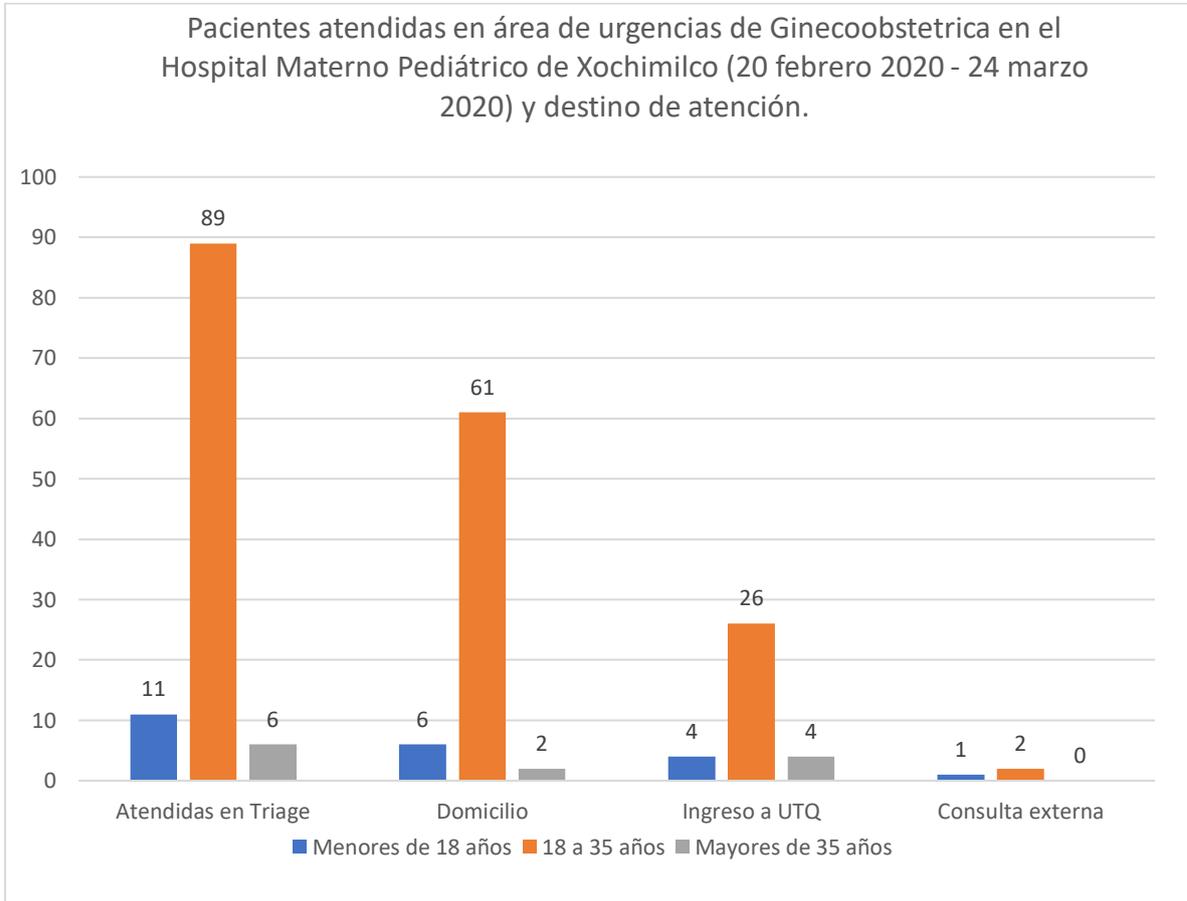
2020. Ciudad de México: Miembros del Grupo Técnico Institucional - Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 2020. p. 19.
14. Secretaría de Salud. Inicia la fase 3 por COVID-19. [Internet]. 2020; Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/110-inicia-la-fase-3-por-covid-19>
 15. Vasquez Cubas H. Controversia sobre oseltamivir y su efectividad contra influenza. An Fac med [Internet]. 2019 [citado 22 febrero 2020];(80(2)):235. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n2/a18v80n2.pdf>
 16. Nadal Llover M, Cols Jiménez M. Estado actual de los tratamientos para la COVID-19. ELSEVIER [Internet]. 2020 [citado 7 septiembre 2020];28 (1):41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7826050/>
 17. Gobierno de México. Nueva Normalidad [Internet]. Gobierno de México. 2020 [citado 20 diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/covid19medidaseconomicas/acciones-y-programas/nueva-normalidad-244196>
 18. Secretaría de Salud. Semáforo COVID-19 [Internet]. Coronavirus Semáforo. 2020 [citado 20 diciembre 2020]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/semaforo/>
 19. Villanueva D. México, el país con mayor obesidad de AL: OCDE. La Jornada [Internet]. 2020 [citado 7 enero 2021];:1. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/economia/2020/06/16/mexico-el-pais-con-mayor-obesidad-de-al-ocde-4377.html>
 20. Rodríguez K. Coronavirus causa alza en precios y desabasto de cubrebocas en México. El Financiero [Internet]. 2020 [citado 2 octubre 2021];. Disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/empresas/ya-tienen-el-tuyo-coronavirus-causa-alza-en-precios-y-desabasto-de-cubrebocas-en-mexico/>
 21. Forbes. Cuarentena incrementa precios de productos de canasta básica más del 50%. México Forbes [Internet]. 2020 [citado 5 septiembre 2021];

- Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/noticias-cuarentena-incrementa-precios-de-canasta-basica-hasta-mas-del-50/>
22. Skodol A. Trastorno límite de la personalidad [Internet]. MANUAL MSD Versión para profesionales. 2019 [citado 8 enero 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psi%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-lim%C3%ADtrofe-de-la-personalidad-tlp#>.
 23. Rubio Herrera MA, Bretón Lesmes I. Obesidad en tiempos de COVID-19. Un desafío de salud global. Endocrinología, Diabetes y Nutrición [Internet]. 2020 [citado 9 octubre 2021];(68):125. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-avance-resumen-obesidad-tiempos-covid-19-un-desafio-S2530016420302123>
 24. Cámara Argentina de Especialidades medicinales. Cuánto tiempo vive el coronavirus en las superficies [Internet]. Caeme. Innovación para la salud. 2020 [citado 27 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.caeme.org.ar/cuanto-tiempo-vive-el-coronavirus-en-las-superficies/>
 25. Procuraduría Federal del Consumidor. Inicia campaña "Devuelve tu tanque. Por amor a la vida" para devolver tanques de oxígeno a la circulación [Internet]. Gobierno de México. 2021 [citado 24 enero 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/profeco/prensa/inicia-campana-devuelve-tu-tanque-por-amor-a-la-vida-para-devolver-tanques-de-oxigeno-a-la-circulacion>
 26. OMS. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19): Vacunas [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 10 diciembre 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjwmv-DBhAMEiwA7xYrd4o3Pae88U28vPCncLiy7YjGJ69h0TQHhmsjyE8N4UcKDY1jl1xrBoC6qwQAvD_BwE](https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjwmv-DBhAMEiwA7xYrd4o3Pae88U28vPCncLiy7YjGJ69h0TQHhmsjyE8N4UcKDY1jl1xrBoC6qwQAvD_BwE)

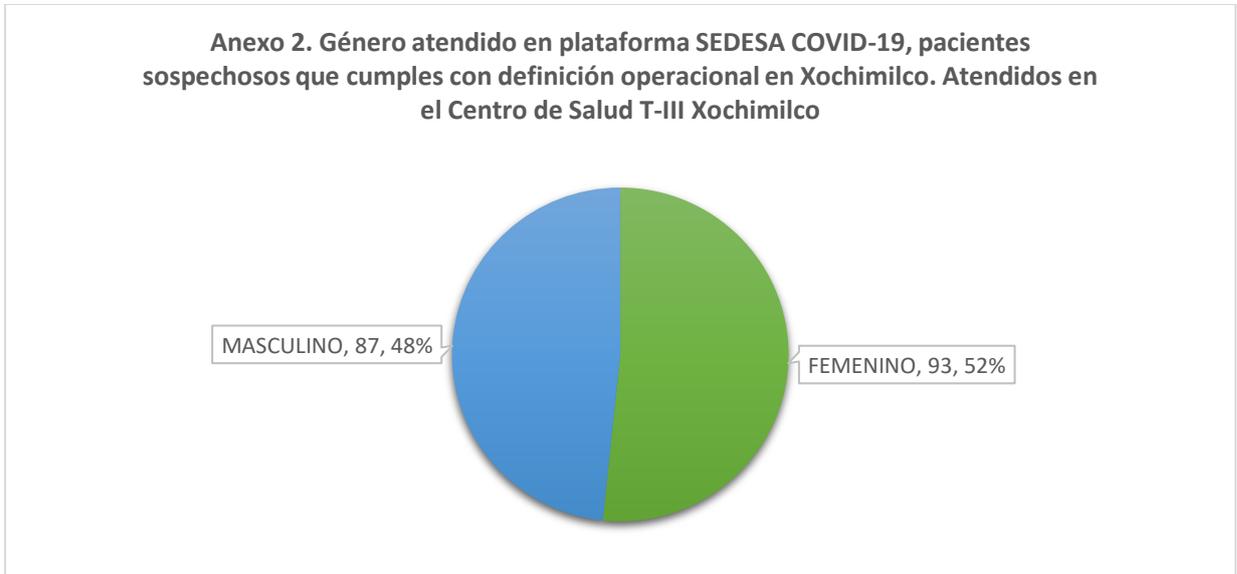
- 27.OMS. Validación para uso en emergencias de una vacuna contra la COVID-19 y hace hincapié en la necesidad de un acceso mundial equitativo [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 5 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/31-12-2020-who-issues-its-first-emergency-use-validation-for-a-covid-19-vaccine-and-emphasizes-need-for-equitable-global-access>
- 28.Gobierno de México. Política nacional rectora de vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México. 11 de enero de 2021. Ciudad de México: Gobierno de México; 2021. pp. 15-20

Anexos

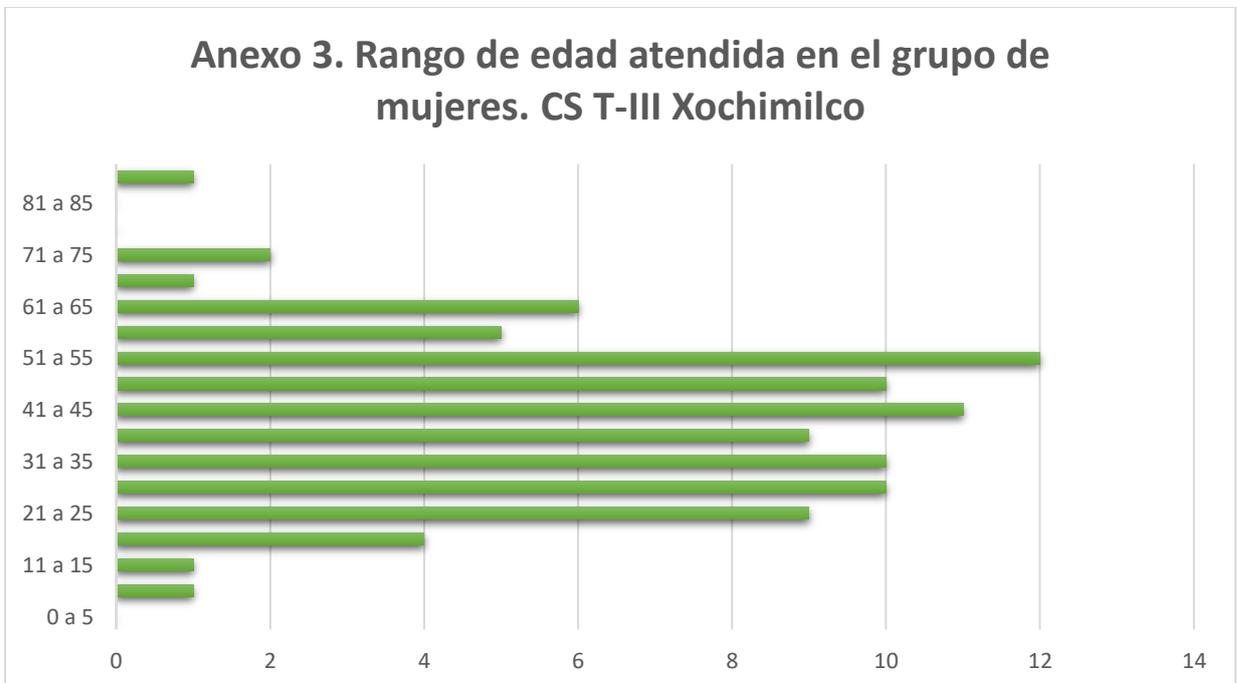
Anexo 1. Gráfica obtenida de datos recabados del Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco del 20 de febrero 2020 al 24 marzo del 2020 en área de Urgencias de Ginecoobstetricia.



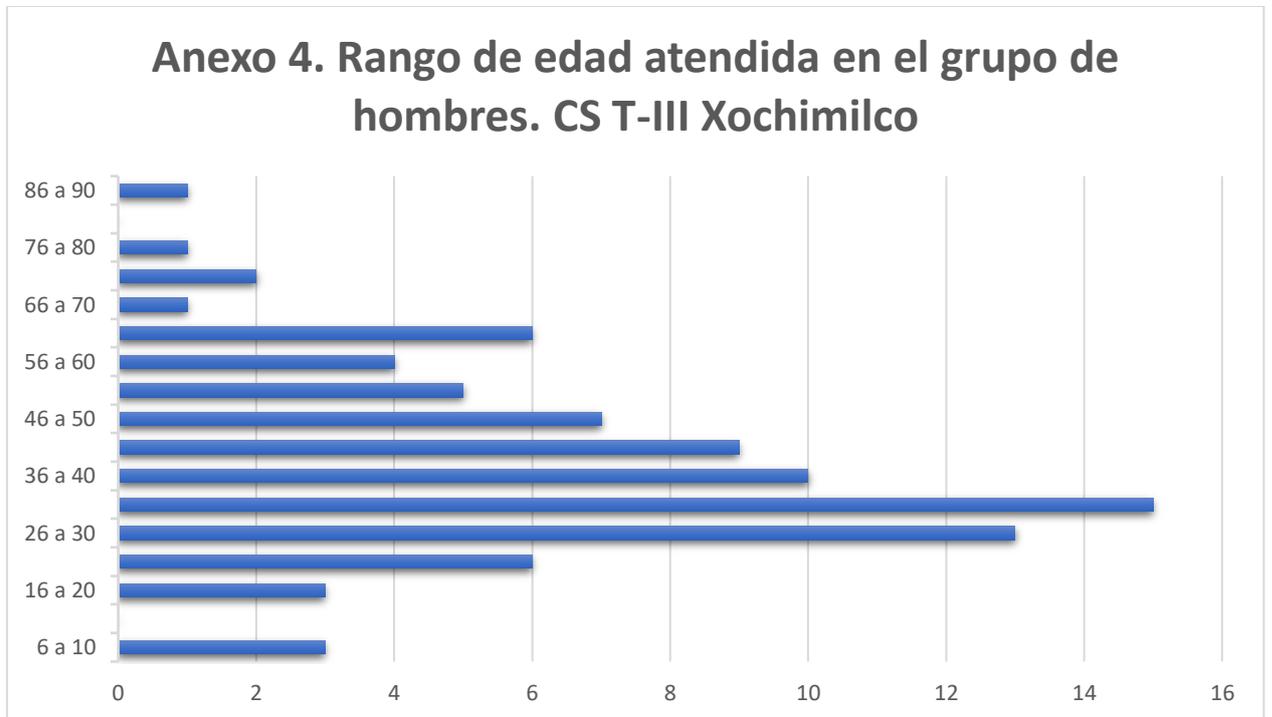
Anexo 2. Gráfica obtenida de datos recabados de la plataforma SEDESA SMS COVID-19, área de pacientes sospechosos que cumplen con definición operacional en Xochimilco.



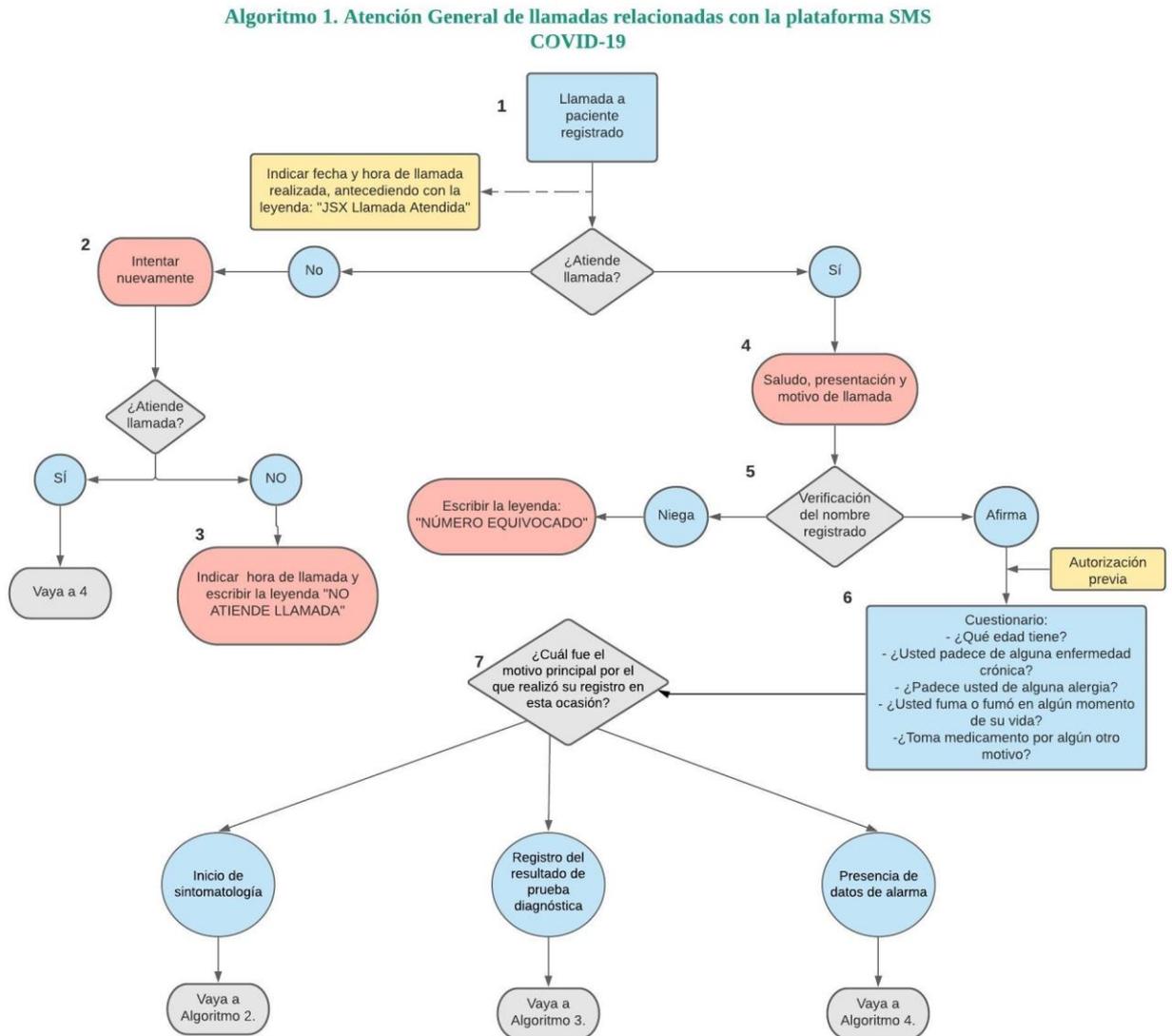
Anexo 3. Gráfica obtenida de datos recabados de la plataforma SEDESA SMS COVID-19, área de pacientes sospechosos que cumplen con definición operacional en Xochimilco.



Anexo 4. Gráfica obtenida de datos recabados de la plataforma SEDESA SMS COVID-19, área de pacientes sospechosos que cumplen con definición operacional en Xochimilco.

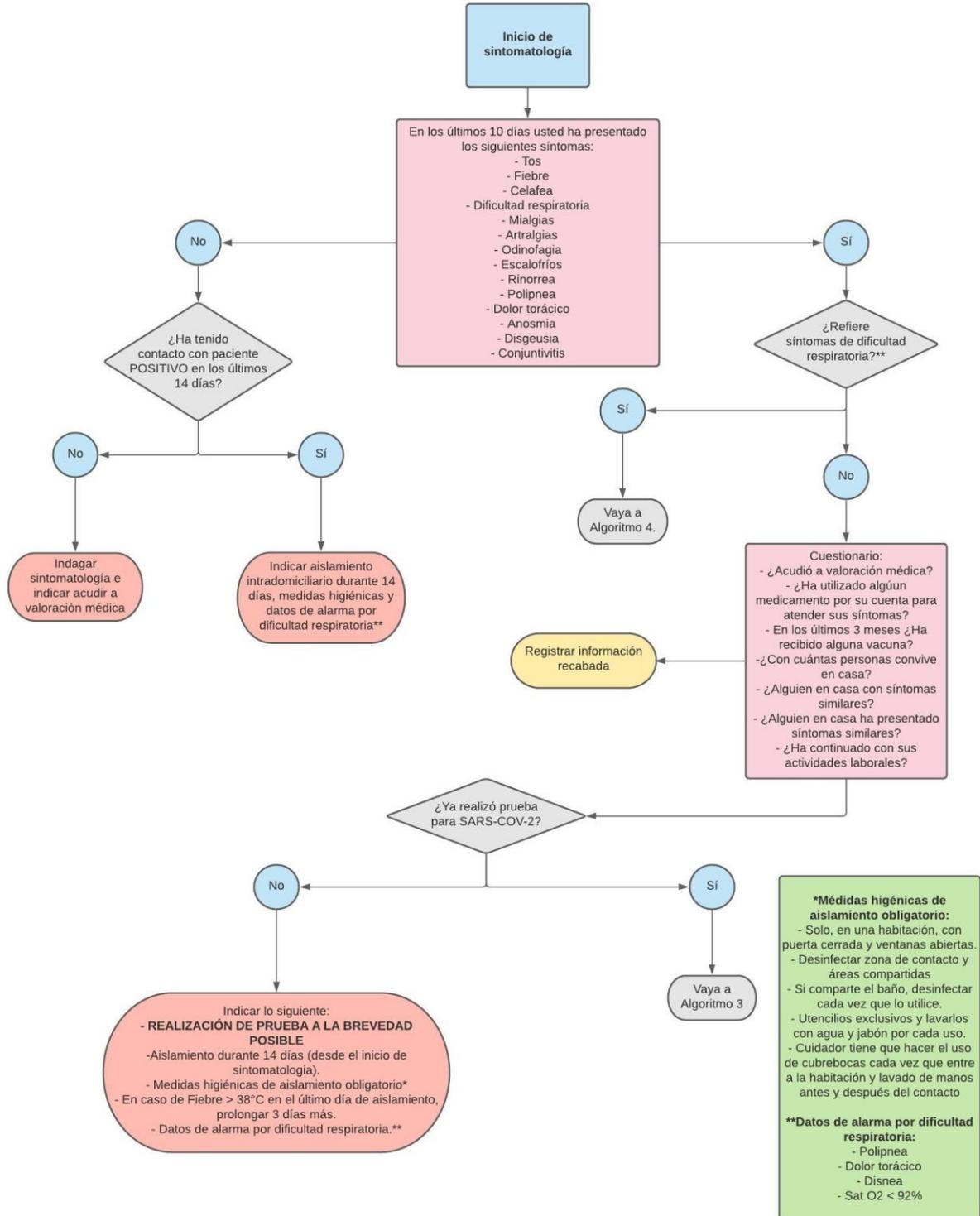


Anexo 5. Algoritmo 1. Atención General de llamadas relacionadas con la plataforma SMS COVID-19. Fuente: Elaboración propia.

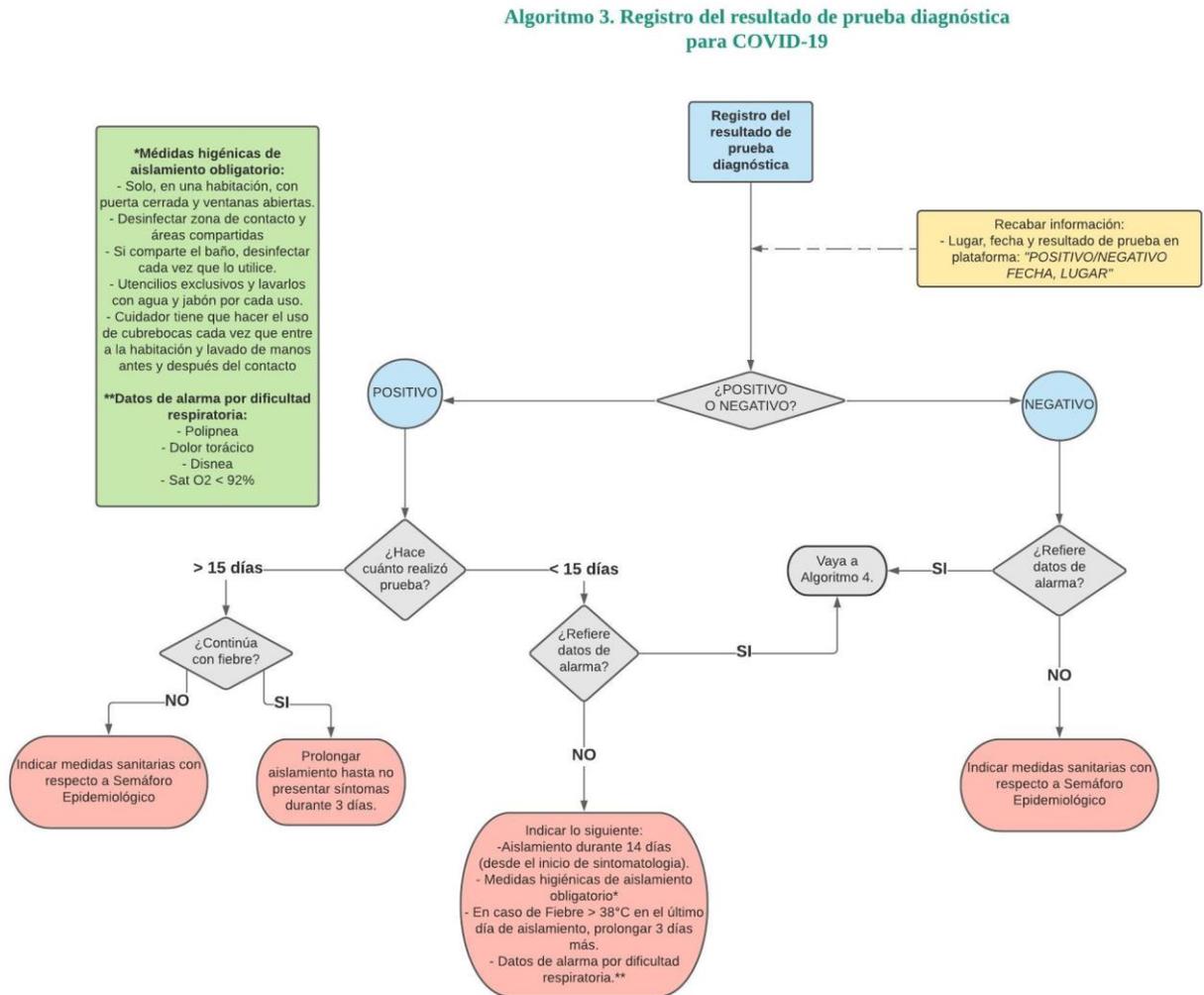


Anexo 6. Algoritmo 2. Inicio de sintomatología asociado a COVID-19. Fuente: Elaboración propia.

Algoritmo 2. Inicio de sintomatología asociado a COVID-19



Anexo 7. Algoritmo 3. Registro del resultado de prueba diagnóstica para COVID-19. Fuente: Elaboración propia.



Anexo 8. Algoritmo 4. Presencia de datos de alarma relacionados a COVID-19.

Fuente: Elaboración propia.

Algoritmo 4. Presencia de datos de alarma relacionados a COVID-19

