



GOBIERNO DE
MÉXICO



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, UNIDAD
XOCHIMILCO.
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD.
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD.**

LICENCIATURA EN MEDICINA.

DIAGNÓSTICO DE SALUD
2020

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION 3 SUR CIUDAD DE MÉXICO.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 22.

KARLA FABIOLA QUINTERO GUTIÉRREZ.
MÉDICO PASANTE DEL SERVICIO SOCIAL.

MATRICULA: 2152025684

ASESOR: DRA. OFELIA GÓMEZ LANDEROS.
22310

AGOSTO 2020 – JULIO 2021



ÍNDICE

CAPITULO 1: DESCRIPCIÓN DE LA DELEGACIÓN DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL.	5
INTRODUCCIÓN.	5
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
CIUDAD DE MÉXICO	6
POBLACIÓN	6
CRECIMIENTO.....	7
DELEGACIÓN LA MAGDALENA CONTRERAS.....	8
TOPONIMIA.....	8
ESCUDO	8
HISTORIA	8
LOCALIZACIÓN	10
EXTENSIÓN	10
OROGRAFÍA.....	11
HIDROGRAFÍA	11
CLIMA.....	11
PRINCIPALES ECOSISTEMAS.....	12
FLORA.....	13
POLÍTICA.....	14
COLONIAS, FRACCIONAMIENTOS Y BARRIOS.	15
TRANSPORTE	16
VIALIDADES	17
EDUCACIÓN	17
ECONOMÍA	18
DEPORTES	25
SERVICIOS DE SALUD	26
CAPITULO 2: DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL.	27
INTRODUCCIÓN	27
ANTECEDENTES HISTORICOS	29
MISION	32
VISIÓN.....	32
CUERPO DIRECTIVO.....	32
ENTORNO DE LA UNIDAD	33
INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS.....	33
ESTRUCTURA DE LA CLÍNICA.....	33
CAPACIDAD DE LA UNIDAD	33
PLANTA BAJA	34
PRIMER PISO	35
INDICADORES DE SALUD	35



POBLACIÓN ADSCRITA A LA UMF No22.....	35
PIRAMIDE DE POBLACIÓN	36
POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD (PREVEINMSS).....	36
POBLACIÓN ADSCRITA A UMF No.22	37
INDICE DE CONSULTA POR SERVICIO	37
TABLA 4. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN <1AÑO.....	38
TABLA 5. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SUBSECUENTES EN POBLACIÓN <1 AÑO.....	38
TABLA 6. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN DE 1-9 AÑOS.....	39
TABLA 7. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SUBSECUENTES EN POBLACIÓN DE 1-9AÑOS.....	39
TABLA 8. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN DE 10-19 AÑOS.....	40
TABLA 9 .PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SUBSECUENTES EN POBLACIÓN DE 10-19AÑOS.....	40
TABLA 10 . PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN FEMENINA DE 20-59 AÑOS.....	41
TABLA 11. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SUBSECUENTES EN POBLACIÓN FEMENINA DE 20-59 AÑOS.....	41
TABLA 12. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN MASCULINA DE 20-59 AÑOS.....	42
TABLA 13. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SUBSECUENTES EN POBLACIÓN MASCULINA DE 20-59 AÑOS.....	42
TABLA 14. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN >60 AÑOS.....	43
TABLA 15. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SUBSECUENTES EN POBLACIÓN >60 AÑOS.....	43
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA CLÍNICA 22.....	44
TABLA 16. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD.....	44
TABLA 17. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACIÓN <1 AÑO.....	44
TABLA 18. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACION DE 1-9 AÑOS....	44
TABLA 19. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACION DE 10-19 AÑOS.....	45
TABLA 20. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE 20-59 AÑOS SEXO FEMENINO.....	45
TABLA 21. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACION DE 20-59 AÑOS SEXO MASCULINO.....	46
TABLA 22. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACIÓN >60 AÑOS.....	46
<i>CAPITULO 3: ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....</i>	47
<i>REPORTE DE ACTIVIDADES.....</i>	47
<i>AGOSTO 2020.....</i>	47
<i>SEPTIEMBRE 2020.....</i>	52
<i>OCTUBRE 2020.....</i>	55
<i>NOVIEMBRE 2020.....</i>	58
<i>DICIEMBRE 2020.....</i>	59
<i>ENERO 2021.....</i>	60
<i>FEBRERO 2021.....</i>	61



MARZO 2021 Y ABRIL 2021	64
MAYO 2021.	65
JUNIO 2021.	67
JULIO 2021.....	68
CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL.	71
EN RELACIÓN A LA FORMACIÓN COMO PERSONA.....	71
EN RELACIÓN COMO PROFESIONAL.....	72
EN RELACIÓN A LA APORTACIÓN A LA COMUNIDAD.....	73
EN RELACIÓN A LA INSTITUCION EDUCATIVA.....	74
ANEXOS	75
ANEXO I: MONOGRAFÍAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.	75
BIBLIOGRAFÍA.....	113



CAPITULO 1: DESCRIPCIÓN DE LA DELEGACIÓN DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL.

INTRODUCCIÓN.

El médico pasante de servicio social, tiene como objetivo orientar todas sus acciones a la resolución de problemas reales y prioritarios de salud en la comunidad donde permanecerá por un año. Por lo tanto, realiza diferentes funciones con diversos grados de responsabilidad y toma de decisiones, todas ellas importantes para su formación profesional y para el desempeño de su servicio.

El documento denominado informe final es la evidencia que presenta el médico pasante para mostrar el grado de competencia y el cumplimiento de los objetivos asignados para el servicio social.¹

El diagnóstico de salud poblacional es la herramienta fundamental de investigación en salud pública. Permite identificar las necesidades de la población y los recursos con que cuenta para proponer soluciones viables a sus problemáticas.²

Este diagnóstico, tradicionalmente, ha incluido tres ejes:

1. Necesidades de la población, problemas sociales y de salud-enfermedad (riesgos, morbilidad y mortalidad),
2. Determinantes sociales y
3. Recursos y servicios.²

A continuación, se describirá el Diagnóstico de salud, realizado en el periodo agosto 2020-Julio 2021, en la Unidad de Medicina Familiar No.22, La Magdalena Contreras.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las principales morbilidades de los pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.22 “La Magdalena Contreras”, en base en el diagnóstico de salud agosto 2020, así como, visualizar el entorno de la misma Alcaldía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los determinantes sociales, ambientales y del comportamiento en salud.
- Identificación los daños a la salud mediante información de morbimortalidad.
- Identificar los recursos humanos y la infraestructura de los servicios de salud disponibles.
- Describir el desempeño de los servicios de salud, mediante el análisis de los indicadores.



- Realizar la jerarquización de los problemas de salud identificado

CIUDAD DE MÉXICO

POBLACIÓN

IMAGEN 1. NÚMERO DE HABITANTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

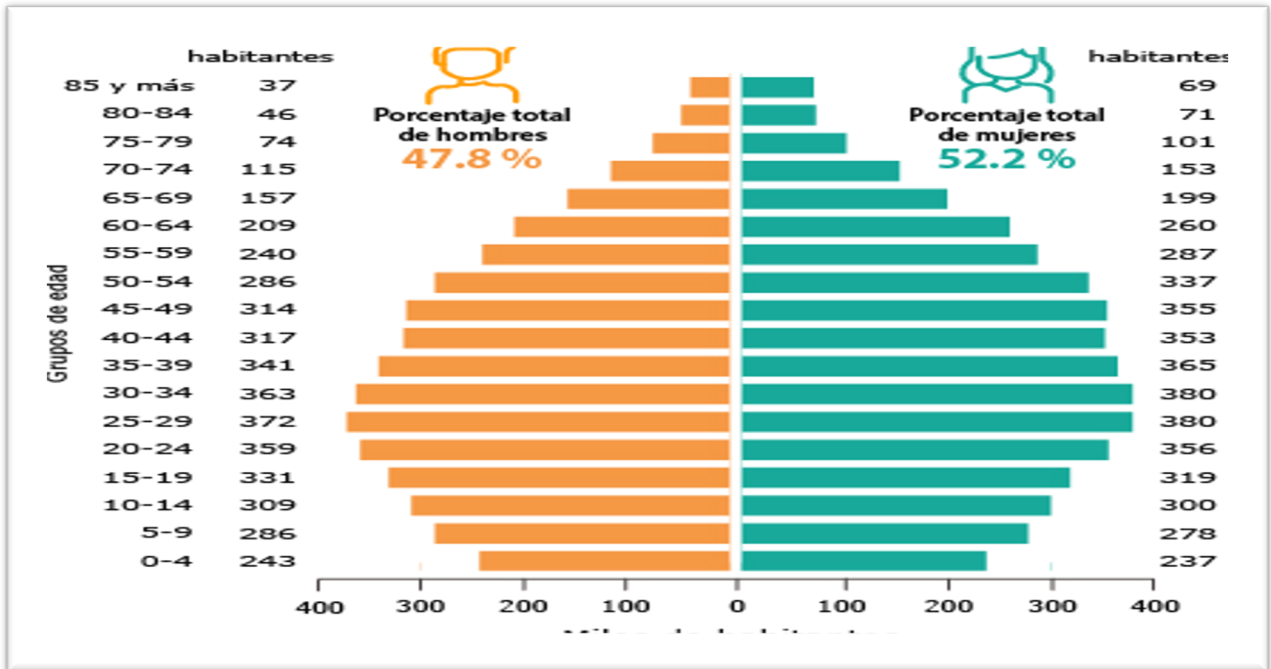
Lugar a nivel nacional	Entidad federativa	Población total 2020
1	Estado de México	16,992,418
2	Ciudad de México	9,209,944
3	Jalisco	8,348,151
4	Veracruz de Ignacio de la Llave	8,062,579
5	Puebla	6,583,278
6	Guanajuato	6,166,934
7	Nuevo León	5,784,442
8	Chiapas	5,543,828
9	Michoacán de Ocampo	4,748,846
10	Oaxaca	4,132,148
11	Baja California	3,769,020
12	Chihuahua	3,741,869
13	Guerrero	3,540,685
14	Tamaulipas	3,527,735
15	Coahuila de Zaragoza	3,146,771
16	Hidalgo	3,082,841
17	Sinaloa	3,026,943
18	Sonora	2,944,840
19	San Luis Potosí	2,822,255
20	Tabasco	2,402,598
21	Querétaro	2,368,467
22	Yucatán	2,320,898
23	Morelos	1,971,520
24	Quintana Roo	1,857,985
25	Durango	1,832,650
26	Zacatecas	1,622,138
27	Aguascalientes	1,425,607
28	Tlaxcala	1,342,977
29	Nayarit	1,235,456
30	Campeche	928,363
31	Baja California Sur	798,447
32	Colima	731,391

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020

Fuente: Censo de población y vivienda, 2020. Consultado el 15/febrero/2021.

La Ciudad de México cuenta con un total de 9 209 944 habitantes, es el segunda entidad federativa con más habitantes. Solamente rebasado por el Estado de México con un total de 16,992,418.

IMAGEN 2: GRÁFICA DE HABITANTES POR EDAD Y SEXO.

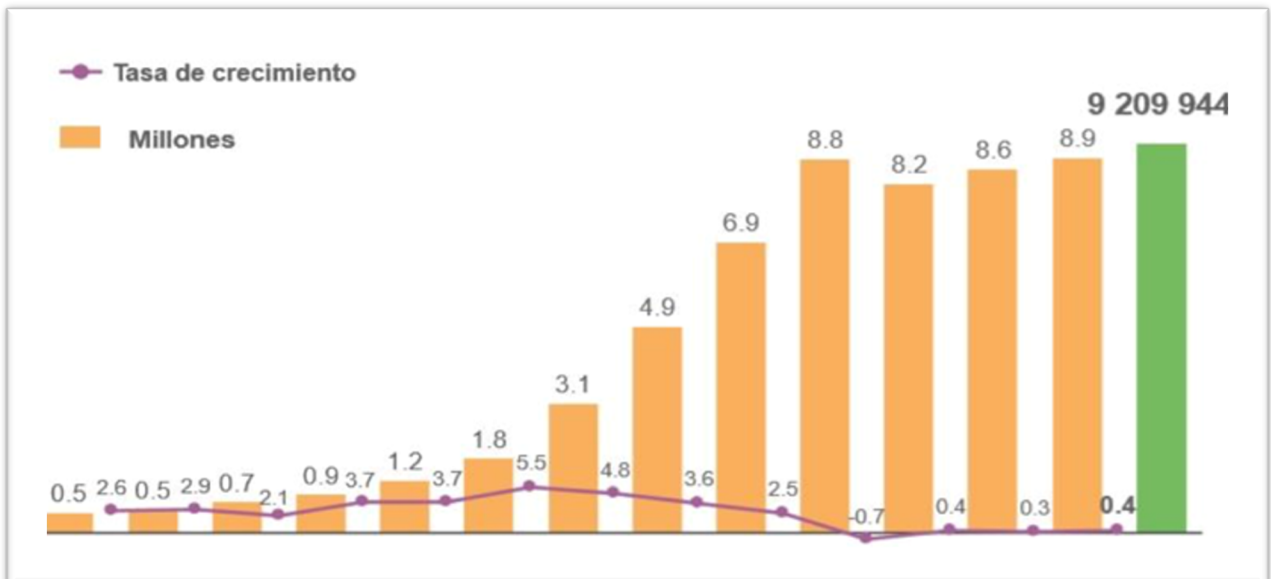


Fuente: Censo de población y vivienda, 2020. Consultado el 15/febrero/2021.

De las 9 209 944 personas que residen en la Ciudad de México, 52.2% son Mujeres y 47.8% Hombres. La edad mediana en la entidad es de 35 años.³

CRECIMIENTO

IMAGEN 3: GRÁFICA DE TASA DE CRECIMIENTO ANUAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO.



Fuente: Censo de población y vivienda, 2020. Consultado el 15/febrero/2021.

La tasa de crecimiento ha ido disminuyendo en la ciudad de México, el número de habitantes en 2010 era e 8.9 millones en 2020 ascendió a 9 209 944 millones.

DELEGACIÓN LA MAGDALENA CONTRERAS

La Magdalena Contreras es una de las 16 delegaciones que comprenden el Distrito Federal en México. La creación de la Municipalidad de La Magdalena se debió al crecimiento desmesurado de la población y con la finalidad de ejercer un control y distribuir mejor los servicios. Sin embargo, esta división jurídica no tardó en desaparecer y en suprimir el Municipio.⁴

TOPONIMIA

El nombre de la delegación proviene de la llegada evangelizadora en el siglo XVII de los franciscanos y los dominicos en la que se erigió una ermita bajo la advocación de Santa María Magdalena, en donde congregaron por entonces a los naturales de la zona.⁴

ESCUDO

IMAGEN 4: ESCUDO DE LA ALCALDÍA.



Fuente: Enciclopedia de los Municipios y delegaciones de México, 2020. Consultado el 17/febrero/2021.

El señor Contreras es una escultura de madera de tamaño natural. Se encuentra en la actualidad en el Convento de El Carmen en San Ángel. A la imagen se le atribuyen poderes milagrosos y fue propiedad de Tomás de Contreras.⁴

HISTORIA

RESEÑA HISTORICA.



La presencia del hombre en el territorio de la hoy Delegación La Magdalena Contreras se remonta al periodo que abarca del año 500 al 200 antes de nuestra era. A esta época se le conoce como Preclásico Superior, caracterizado por una sobrepoblación extendida territorialmente en el área de Contreras y Anzaldo. Los asentamientos allí localizados dependían del Centro Ceremonial Cuicuilco, de origen tolteca.⁴

El desarrollo de esta cultura se interrumpió debido a la erupción del Xitle. Los habitantes huyeron a las partes más altas de la Sierra de las Cruces, buscando salir de la zona afectada, que se cubrió de lava hace aproximadamente 2,400 años.⁴

Otomíes y Nahuatlacas

Las partes boscosas y más altas de la jurisdicción fueron habitadas por otomíes o chichimecas. Estos grupos coexistieron con los *nahuatlacas*.⁴

Los *otomíes* o *chichimecas* habitaban en los riscos y lugares más ásperos de las montañas, eran recolectores-cazadores y vivían en sociedad sin Estado.⁴

Los Tepanecas

Los tepanecas cohabitaron con los chichimecas. El actual territorio de La Magdalena Contreras perteneció a la nación tepaneca, formando parte del Señorío de Coyoacán.⁴

Los tepanecas eran una de las siete tribus nahuatlacas que se establecieron en la Cuenca de México, su centro rector era Azcapotzalco y sus dominios territoriales comprendían Tenayuca, Tlalnepantla, Tacuba, Tacubaya y Coyoacán, colindando con la cordillera que corre hasta los confines de los otomíes.⁴

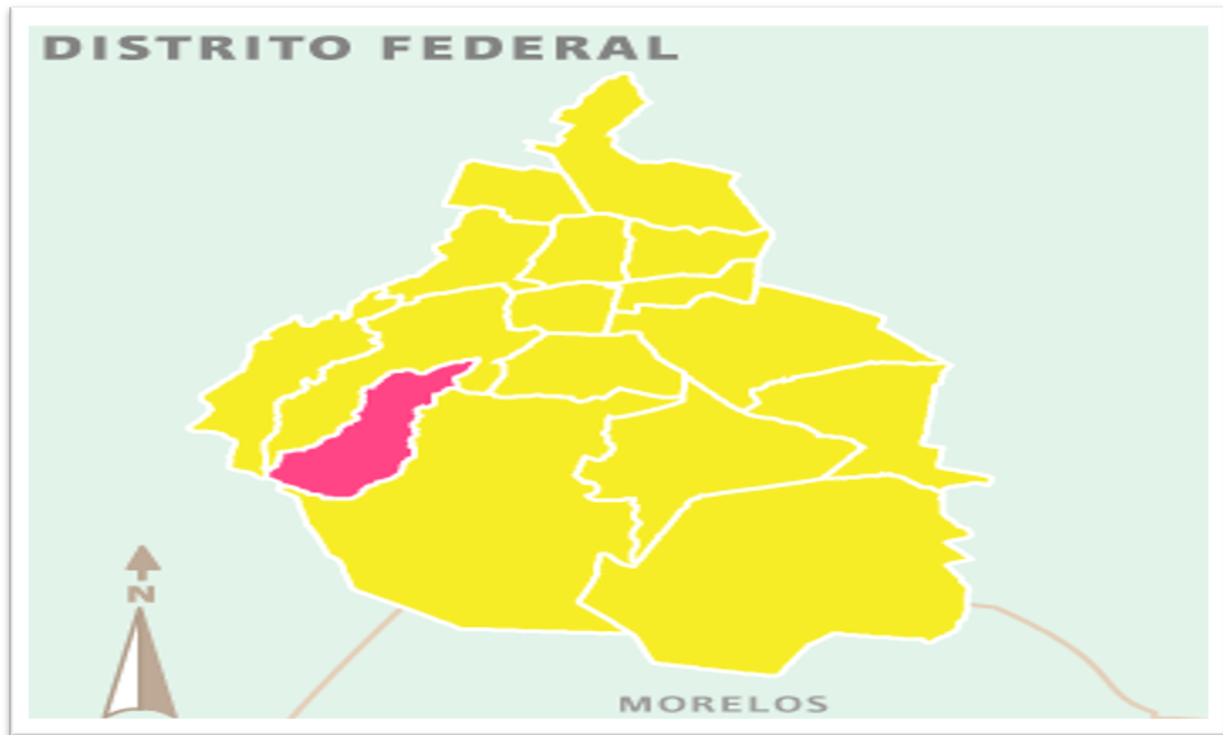
La mayoría de los habitantes en la región de Contreras eran indígenas, campesinos, jornaleros, comuneros y un sector pequeño de trabajadores textiles que vivían en pésimas condiciones.⁴

El fin de la dictadura de Porfirio Díaz, acarrió una lucha interna por el poder político. El pueblo y sus dirigentes aparecen como actores sociales para hacer valer sus derechos, organizándose a través del "Club Democrático Antireeleccionista Vicente Guerrero", que formalmente quedó instalado el día 23 de julio de 1911, siendo elegida como su primera presidenta Socorro E. Ramírez.⁴

El 31 de diciembre de 1928, por Decreto Presidencial se suprimieron las 17 Municipalidades existentes y el Distrito Federal se dividió en un Departamento Central y trece Delegaciones Políticas: General Anaya, Azcapotzalco, Guadalupe Hidalgo, Iztacalco, Coyoacán, San Ángel, La Magdalena Contreras, Cuajmalpa, Tlalpan, Ixtapalapa, Xochimilco, Milpa Alta y Tláhuac.⁴

LOCALIZACIÓN

IMAGEN 5: LOCALIZACIÓN DE LA ALCALDÍA.



Fuente: Enciclopedia de los Municipios y delegaciones de México, 2020. Consultado el 17/febrero/2021.

La delegación de La Magdalena Contreras se encuentra ubicada al sur del área de la ciudad de México.

EXTENSIÓN

De las 16 delegaciones, La Magdalena Contreras ocupa el noveno lugar en extensión, con una superficie territorial de 7,458.43 hectáreas, lo que representa el 5.1% del total territorial del Distrito Federal. De esta superficie, el 82.05% (6,119.46 has.) es área de conservación ecológica y el 17.95% restante (1,338.97 has .) es área urbana.⁴

La Delegación La Magdalena Contreras, colinda al norte con la Delegación Álvaro Obregón; al este con las delegaciones Álvaro Obregón y Tlalpan; al sur con la Delegación Tlalpan y al oeste con el Estado de México y la Delegación Álvaro obregón.⁴

La delegación de La Magdalena Contreras cuenta con una extensión territorial de 63.51 kilómetros cuadrados, los cuales representan el 4.1% del total del territorio del Distrito Federal.⁴



OROGRAFÍA

La Delegación está ubicada en el surponiente de la Cuenca de México, en el margen inferior de la Sierra de las Cruces, formada por un conjunto de estructuras volcánicas. En la Delegación existen elevaciones importantes por su altitud como son el Cerro Panza 3,600 msnm, Nezehuiloya 3,760, Pico Acoconetla 3,400, Cerro Palmitas 3,700, Cerro Palmas 3,789, Piedras Encimadas 3,200, El Aguajito 2,350, Tarumba 3,470, Cerro del Judío 2,770, Cerro Sasacapa 3,250, Cerro San Miguel 3,630 msnm.⁴

La altitud de las principales localidades es la siguiente: La Magdalena 2,550 msnm, San Bernabé Ocoatepec 2,610, Cerro del Judío 2,530, San Jerónimo Lídice 2,420, San Nicolás Totolapan 2,550, Santa Teresa 2,400, Primer Dinamo 2,850, Xalancocotla (Cuarto Dinamo) 3,040, y el edificio sede delegacional 2,510 msnm.⁴

Entre las cañadas más importantes se encuentran: Tlalpuente, Cainotitas, Atzoma y Tejocote, ubicadas en la parte central de la Delegación.⁴

Existen además numerosas barrancas en las cuales, la presencia de manantiales es frecuente, un ejemplo es Barranca Chica.⁴

Se localizan también gran número de escurrimientos, siendo los dos principales el río Magdalena (el único río vivo que queda en la Ciudad de México) y el río Eslava.⁴

HIDROGRAFÍA

El río Magdalena nace en las faldas del Cerro La Palma, ubicado al oeste sobre el territorio de la Delegación Cuajimalpa, siendo alimentado por numerosos manantiales y afluentes, entre los que destacan el río Eslava, El Tepapatlapa y El Potrero.⁴

El río Magdalena cuenta con un escurrimiento perenne debido a los manantiales que lo surten, una porción de esta agua es captada por la planta de tratamiento localizada en el Primer Dinamo, y otra parte continúa hasta unirse al río Mixcoac y formar el río Churubusco, el cual desemboca en el Lago de Texcoco. Su longitud es de aproximadamente 22 kms. Sobre el río se construyó la Presa de Anzaldo y su cauce forma el lindero con la Delegación Tlalpan.⁴

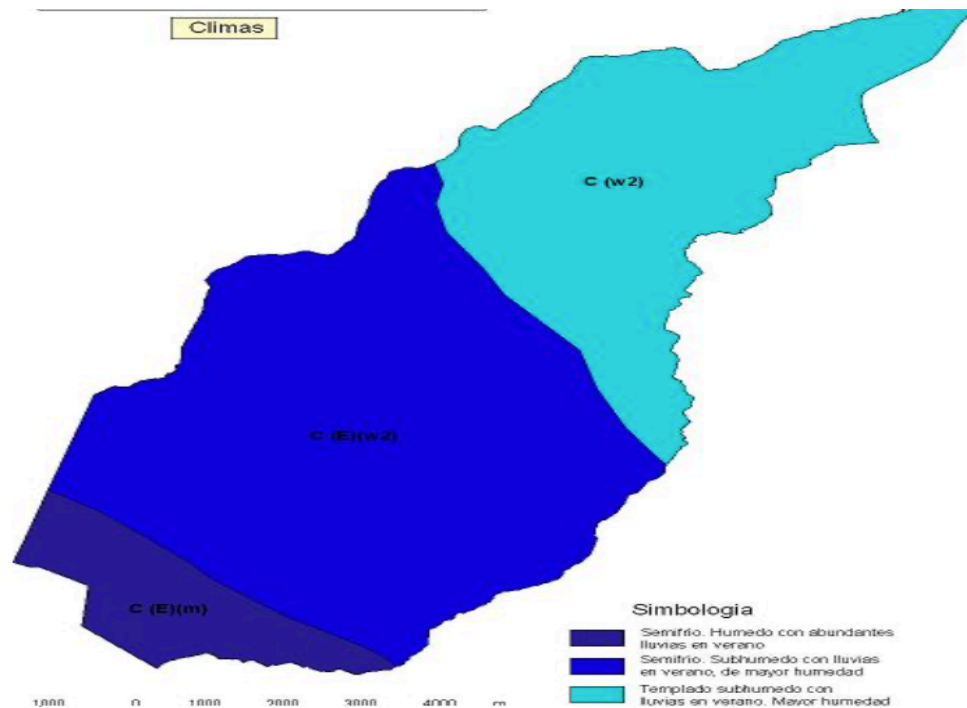
Los manantiales que existen en el territorio delegacional se alojan a lo largo de la zona de Monte Alegre; entre los más importantes están los de Pericos, Mal Paso, Apaxtla, Las Ventanas, Cieneguillas, Los Cuervos y San Miguel.⁴

CLIMA

Los tipos y subtipos de climas en La Magdalena Contreras son tres: en la parte urbana y hasta el Primer Dinamo se presenta templado subhúmedo con lluvias en

verano; desde el Cuarto Dinamo, a una altitud de 2,900 msnm y hasta los 3,500 aproximadamente, es semifrío subhúmedo con lluvias en verano; y alrededor de los 3,700 msnm el clima es semifrío húmedo con abundantes lluvias en verano.⁴

IMAGEN 6: CLIMA DE LA ALCALDÍA.



Fuente: Enciclopedia de los Municipios y delegaciones de México, 2020. Consultado el 17/febrero/2021.

Los tres tipos que existen de clima en la Magdalena Contreras son: semifrío húmedo y subhúmedo y templado.

Destaca que los aguaceros más intensos del Valle de México se han registrado en La Magdalena Contreras por el mes de julio. Las precipitaciones en forma de granizo tienen lugar con mayor frecuencia en la temporada de lluvia, su promedio anual es de 4.3 días. La niebla se presenta también en esta temporada y comprende además los meses de noviembre y diciembre. Las nevadas son escasas, su promedio es de 0.5 días por año; si se llegan a presentar es en los meses de noviembre, diciembre, enero y febrero. El rocío alcanza su máxima frecuencia de septiembre a diciembre.⁴

PRINCIPALES ECOSISTEMAS

FAUNA

La fauna de la Delegación La Magdalena Contreras data de tiempos prehistóricos. En la región de la Unidad Independencia, San Jerónimo, Avenida San Bernabé y a lo largo de la Cañada de Contreras se localizaron restos fósiles de mamut archidiskidon imperator leidy, pertenecientes al Pleistoceno Superior, es decir, con una antigüedad de 8 mil a 10 mil años antes de Cristo.⁴

IMAGEN 7: FAUNA DE LA ALCALDÍA.

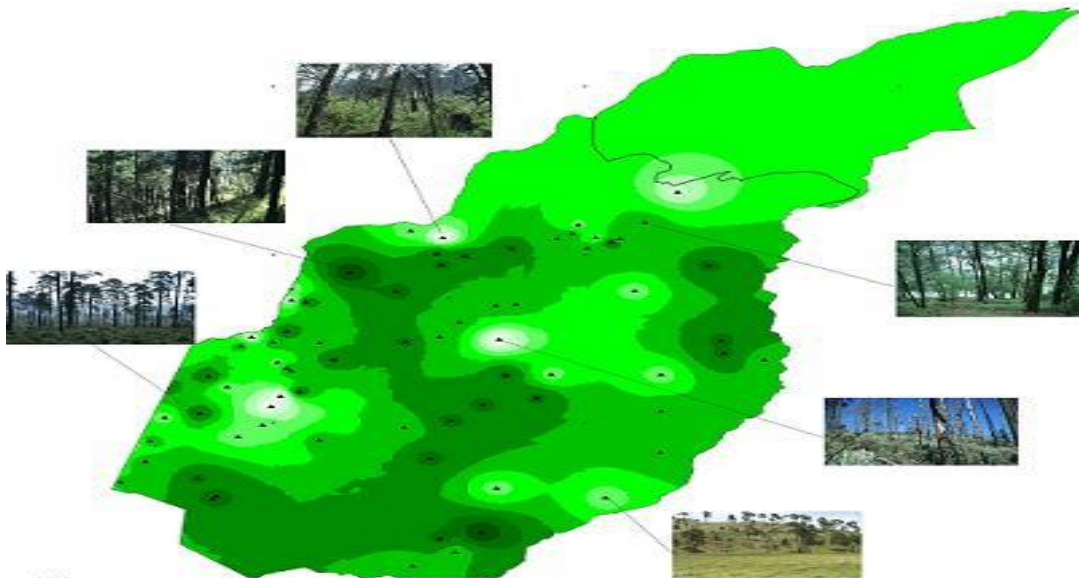


Fuente: Enciclopedia de los Municipios y delegaciones de México, 2020. Consultado el 17/febrero/2021.

Las principales especies en la alcaldía era muy variada en la época prehispánica, sin embargo muchas de ellas ya están extinguidas. Actualmente pudo rescatarse un cacomixtle, especie en peligro de extinción.

FLORA

IMAGEN 8: FLORA DE LA ALCALDÍA.



Fuente: Enciclopedia de los Municipios y delegaciones de México, 2020. Consultado el 17/febrero/2021.



Los principales lomeríos de la delegación son: arbustivos, quercus,arborescentes, leguminosas y cactáceas.

El territorio de la Delegación La Magdalena Contreras conforma parte de la Sierra de las Cruces, presentando una serie de pisos altitudinales de vegetación, que se inicia en la llamada zona de lomeríos, en las estribaciones de las grandes montañas formadas por un gran número de pequeñas elevaciones separadas por barrancas, en altitudes que varían de 2,300 a 2,500 metros aproximadamente.⁴

En las barrancas de los lomeríos y en ocasiones en altitudes mayores, existe un tipo de vegetación riparia y de sitios muy húmedos, constituidos por *Alnus jorullensis* (aile), *Salix bonpladiana* (sauce), *Fraxinus uhdei* (fresno), *Buddlei cordata* (tepozán), *Pronus capuli* (capulín) y *Taxodium mucronatum* (ahuehuete).⁴

POLÍTICA

TABLA 1: DEPENDENCIAS DE LA ALCALDÍA.

Área delegacional	Dependencias
Dirección de gobierno	Secretaría de seguridad pública
Subdirección de gobierno	Secretaría de Desarrollo Económico (SEDECO) Dirección de Programas Delegacionales. Secretaría de Transporte y Vialidad (SETRAVI) Secretaría de la defensa Nacional (SEDENA)
Subdirección de Protección Civil	Secretaría de Protección Civil del Distrito Federal Sistemas de Agua de la Ciudad de México
Unidad Departamental de Transporte	Secretaría de Transporte y Vialidad (SETRAVI)
Unidad Departamental de Mercados y Tianguis	Secretaría de Desarrollo Económico (SEDECO).
Unidad Departamental de vía pública	Dirección de Programas Delegacionales.
Unidad Departamental de Servicios al Público	Secretaría de Transporte y Vialidad (SETRAVI)
Unidad Departamental de Gobierno	Secretaría de la defensa Nacional (SEDENA)

Fuente: Enciclopedia de los Municipios y delegaciones de México, 2020. Consultado el 22/febrero/2021.

La delegación se mantiene en constante comunicación con otras dependencias para trámites legales.

TABLA 2: LEYES, REGLAMENTOS Y CÓDIGOS DE LA ALCALDÍA.

Dependencias		
Constitución Política de los Estados Unidos Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	Ley del Servicio Nacional Militar	Reglamento de la Ley para la Celebración de Espectáculos Públicos
Estatuto de Gobierno del Distrito Federal	Ley General de Salud	Reglamento Interno de Protección Civil



Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal	Gaceta Oficial del Distrito Federal de fecha 16 de febrero de 1998	Reglamento de Mercados del Distrito Federal
Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal	Lineamientos del Programa de Reordenamiento del Comercio en la Vía Pública	Reglamento de Transporte del Distrito Federal
Ley de Cultura Cívica	Código Financiero	Reglamento de Transporte del Distrito Federal
Ley Federal de Juegos y Sorteos	Reglamento Interno de la Administración Pública del Distrito Federal	Reglamento de Estacionamientos Públicos del Distrito Federal
Ley de Protección Civil	Reglamento de la Ley de Juegos y Sorteos	Reglamento de Cementerios del Distrito Federal
Ley para la Celebración de Espectáculos Públicos	Reglamento de la Ley de Protección Civil	Manual Administrativo para el Distrito Federal

Fuente: Enciclopedia de los Municipios y delegaciones de México, 2020. Consultado el 22/febrero/2021.

Como toda Dependencia, la Delegación la Magdalena Contreras se rige por diversas leyes, reglamentos, códigos, entre otros, la Dirección de Gobierno, para emitir sus respuestas a los ciudadanos y autoridades que realizan una solicitud, tiene como fundamentos jurídicos en orden de jerarquía.⁴

COLONIAS, FRACCIONAMIENTOS Y BARRIOS.

La Magdalena Contreras esta constituida por 47 colonias, donde se encuentran pueblos y barrios de condiciones económicas y sociales diversas, su extensión territorial es de 64 Km, es decir el 4.3 por ciento de la extensión territorial del Distrito Federal, de esta superficie el 58.3 %, es catalogada como área de conservación ecológica y el 41.7 % restante es área urbana.⁴

De acuerdo a los datos estadísticos de la Dirección General de Ecología y Medio Ambiente de esta Desconcentrada, arroja que el 73% es suelo de conservación (montañas, bosques y barrancas), 18% es suelo urbano y el 3.5% son asentamientos irregulares.⁴

Sus pueblos y/o colonias más importantes son:

- San Jerónimo Lídice
- El Pueblo de San Nicolás Totolapan
- San Bernabé Ocoatepec, La Magdalena Atlitlic
- Ampliación Lomas de San Bernabé
- El Tanque
- La Malinche.⁴

La población contemplada hasta el año 2005 en esta Demarcación, fue de 228. 927 habitantes, de los cuales 109.648 son hombres, lo que representa el 47.9% y 119.278 son mujeres, lo que representa el 52.1%.⁴



Dentro de la Delegación Magdalena Contreras, se tienen contemplados cuatro pueblos de origen prehispánico que son:⁴

San Bernabé Ocotepec, que significa “lugar de los ocotes” cuyo origen es Tepaneca, Otomí y Chichimeca.⁴

San Nicolás Totolapan, que significa “en agua de los guajolotes”.⁴

La Magdalena Atlitic , que significa “piedra del agua” cuyo origen es Tepaneca.⁴

San Jerónimo Aculco, que significa “donde da vuelta el agua”.⁴

TRANSPORTE

La movilidad en La Magdalena Contreras presenta distintos problemas que impactan en la capacidad de sus habitantes para desplazarse a sus destinos cotidianos.

De acuerdo con el PDDU, la demarcación cuenta con al menos diecinueve rutas de transporte colectivo: la mayoría de concesión privada, las cuales operan a través de camiones de grandes dimensiones y algunas combis; y algunas rutas que opera y administra el gobierno de la Ciudad de México, como el RTP, M1 y el Ecobús. Además, dentro del territorio circula una cantidad considerable de taxis regulados, pero sobre todo clandestinos. De acuerdo con la Encuesta Origen- Destino, mediante estos medios se llevan a cabo alrededor del 67.8 por ciento de los viajes totales de La Magdalena Contreras.⁵

El grueso de la flota vehicular de prácticamente todas las rutas que circulan dentro del territorio contrerense, se compone de camiones con dimensiones aproximadas de 12 metros de largo por 2.5 de ancho. Esto, aunado con el ancho promedio de las avenidas principales de la demarcación (4 metros por carril) y que todas, salvo Av. Luis Cabrera, son de un carril, contribuye al congestionamiento vehicular que se da en gran parte del territorio delegacional. En las partes más altas del territorio, casi desde su base de salida hasta la parte media del territorio, prácticamente todos los camiones exceden por mucho el tiempo promedio de circulación marcado por las mismas rutas, además de que suelen hacer “base” sobre su mismo trayecto en zonas de alto flujo vehicular, lo que detiene y paraliza el tránsito del resto de automóviles.⁵

Adicionalmente, en la demarcación se han instalado bases irregulares de taxis irregulares que no cumplen con la normatividad del gobierno de la Ciudad de México para la prestación del servicio de transporte. La composición de dichas bases es mediante automóviles particulares que por su estado físico y carencia de regulación no ofrecen garantías mínimas de seguridad a la población, pero en particular a las mujeres usuarias. Cabe mencionar que los lugares donde se han instalado como base de taxi son sobre las avenidas principales, lo cual contribuye aún más al bloqueo del flujo vehicular por la condición de “tapón” que hacen sobre dichas avenidas. Por mencionar algunos ejemplos: Av. San Bernabé en el cruce con calle



cruces, Av. San Jerónimo en el cruce con “Rancho Pachita”, Av. San Jerónimo en el cruce con calle Coconetla, entre otros.⁵

En suma, gran parte de la problemática en cuanto el sistema de transporte público que opera dentro del territorio, obedece a la falta de autoridad de tránsito que supervise, agilice y sancione la mala conducta de quienes lo operan.⁵

VIALIDADES

INFRAESTRUCTURA

La demarcación cuenta con cinco avenidas principales con las cuales se desahoga el tránsito de más de 151,000 viajes diarios: Av. México, Av. San Francisco, Av. San Jerónimo, Av. Luis Cabrera y Av. San Bernabé. Debido a la problemática vial que se genera en horas pico, las avenidas México y San Jerónimo funcionan con esquemas reversibles de las 6:00 a las 9:30 horas. Además de estas avenidas, a partir del año 2012 funciona la supervía poniente que conecta a través de un túnel y un tramo elevado por Av. Luis Cabrera, a vehículos que circulan entre Santa Fe y la autopista urbana o periférico.⁵

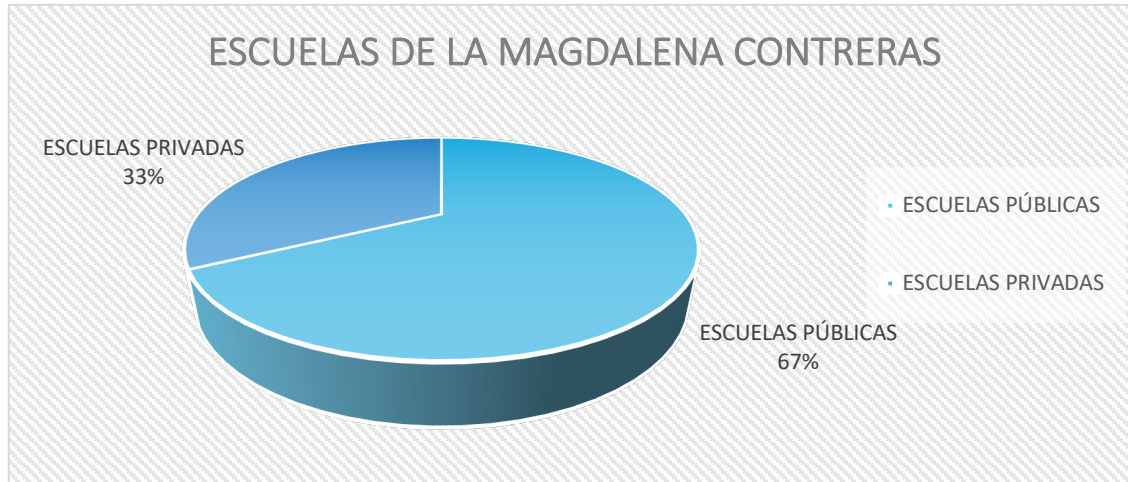
EDUCACIÓN

En general, la población de La Magdalena Contreras cuenta con 10.36 años de escolaridad total, lo cual equivale a no más de un año de educación media superior, es decir, el grueso de la población contrerense sólo cuenta con educación básica completa a nivel secundaria.⁵

De acuerdo con el Anuario Estadístico y Geográfico de la Ciudad de México 2017 del INEGI, durante el ciclo escolar 2016-2017, La Magdalena Contreras contó con una matrícula de 49,722 del alumnado inscritos: 8,036 a nivel preescolar; 22,066 a nivel primaria; 12,370 a nivel secundaria; 4,094 a nivel Bachillerato; y 3,156 en Bachillerato tecnológico y equivalentes. A nivel superior, durante el ciclo escolar 2015-2016, habían 447 del alumnado inscritos en el nivel licenciatura y 747 en el nivel maestría (a nivel doctorado no hubo alumnado inscrito). En el campo de la educación para el trabajo sólo hubo 21 personas del alumnado inscritos en el mismo ciclo escolar.⁵

En términos de infraestructura educativa, el territorio contrerense cuenta con una base muy sólida para el caso de educación básica, ya que el 44% de las escuelas son de nivel preescolar y el 35.7% son de nivel primaria. Sin embargo, para el caso de nivel superior la oferta educativa es prácticamente nula, situación desfavorable para la juventud que quiera realizar estudios de licenciatura, ya que el estudiar en otros lugares implica desplazamientos que pueden superar las 2 horas de traslado y la erogación de recursos económicos familiares para pasajes y alimentos y material educativo.⁵

GRÁFICA 1: ESCUELAS PÚBLICAS Y PRIVADAS DE LA DELEGACIÓN.



Fuente: programa provisional de gobierno, 2020. Consultado el 10/Marzo/2021.

Se muestra el total de escuelas públicas y privadas de la delegación, siendo 67% y 33%, respectivamente.

Esta carencia de escuelas de nivel superior afecta principalmente a la juventud, ya que el 8.2% de la población contrerense, es decir, poco más de 20 mil habitantes se encuentran entre los 18 y 24 años de edad (en la que en promedio podrían estudiar el nivel licenciatura); sin embargo, solo 447 de ellos estuvieron matriculados en alguna carrera universitaria durante el periodo escolar 2015- 2016. Estos datos apuntan a que sólo 1 de cada 50 de la comunidad contrerense en edad de estudiar el nivel superior, se encuentran matriculados en alguna carrera.⁵

En cuanto al grupo de 15 a 17 años de edad, la Encuesta Intercensal 2015 indica que 8 de cada 10 asisten a la escuela; mientras que del grupo de edad de 18 a 29 sólo tres de cada diez miembros de la comunidad contrerense lo hacen. Como resultado, independientemente de cuál nivel estén cursando, la demarcación cuenta con 23 mil jóvenes con edades de entre 15 y 29 años que asisten a la escuela, los cuales representan sólo el 40% de todo el universo de personas en ese rango de edad.⁵

ECONOMÍA

La economía de La Magdalena contreras se caracteriza por ser fundamentalmente terciaria, en donde predominan el comercio al por menor y los servicios, y en donde el sector primario ha ido cediendo terreno y protagonismo a otros sectores económicos a pesar de ser una Alcaldía de suelo con vocación productiva.⁵



De acuerdo con el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE), la demarcación cuenta con alrededor de 7 mil 64 unidades económicas, de las cuales el 50% (3,531 unidades) se dedica a actividades comerciales, el 44%

(3,085 unidades) a servicios y el 6% restante (446 unidades) a la industria. El campo tiene tan sólo dos unidades económicas formalmente reconocidas. Las unidades económicas están distribuidas espacialmente a razón de 362 unidades por km² de extensión territorial.⁵

De acuerdo con el Censo Económico 2014, las actividades económicas establecidas al interior del territorio contrerense dan empleo a 23 mil personas, otorgando en general las mismas oportunidades a hombres (11 mil hombres respecto a 12 mil mujeres). Por sector económico, hay espacios en donde prevalece la preferencia del empleo de hombres que mujeres; sin embargo, cada vez más mujeres se incorporan a actividades formales en donde incluso se han llegado a marcar una diferencia importante respecto al empleo masculino y que también son en donde más mujeres reciben remuneraciones por su trabajo. Por ejemplo, los servicios de apoyo a negocios y manejo de desechos y servicios de remediación emplean a un hombre por cada dos mujeres, mientras que los servicios educativos y servicios de salud emplean un hombre por cada tres mujeres.⁵

De las 23 mil personas empleadas dentro del territorio, sólo 9 mil reciben remuneración, es decir, 14 mil personas ocupadas no reciben ingresos por el trabajo (regularmente son personas con vínculo familiar de quien sí percibe ingresos y que juegan el papel de ayudantes en los propios negocios familiares). Las remuneraciones mensuales que en promedio reciben las personas ocupadas dentro de la demarcación ascienden a \$9 mil pesos.⁵

Los sectores económicos que otorgan mayores remuneraciones mensuales son: información en medios masivos y apoyo a negocios y manejo de desechos remuneran el trabajo con \$17 mil pesos, servicios financieros y de seguros con \$11 mil pesos, servicios educativos \$10 mil pesos, construcción \$8 mil pesos, servicios profesionales y científicos \$7 mil pesos, y comercio \$5 mil pesos.⁵

SITIOS DE INTERÉS CULTURAL Monumentos Históricos

IMAGEN 9: BUSTO A JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN.



Fuente: Mi alcaldía, Esculturales 2020. Consultado el 10/Marzo/2021.

Se encuentra en Avenida Luis Cabrera No. 85 Cuautémoc. La Magdalena Contreras.
16

IMAGEN 10: BUSTO CURA MIGUEL HIDALGO.



Fuente: Mi alcaldía, Esculturales 2020. Consultado el 10/Marzo/2021.

Se encuentra ubicado en la plaza cívica frente a la iglesia de San Jerónimo.¹⁶

IMAGÉN 11: BUSTO ESCULTURA A LA MADRE



Fuente: Mi alcaldía, Esculturales 2020. Consultado el 10/Marzo/2021.

Se encuentra en los jardines del Foro Cultural, en Camino Real a Contreras No.27 colonia La Concepción.¹⁶

IMAGEN 12: OBELISCO A LOS HÉROES DE PADIERNA.



Fuente: Mi alcaldía, Esculturales 2020. Consultado el 10/Marzo/2021.

Se encuentra en la calle Oaxaca No.18, en la colonia Héroes de Padierna.¹⁶

CENTROS CULTURALES.

La Delegación cuenta con Centros Culturales como:
IMAGEN 13. FORO CULTURAL



Fuente: Mi alcaldía, Centros culturales, 2020. Consultado el 10/Marzo/2021.

Se encuentra ubicado en Camino real a Contreras No. 27, colonia La Concepción o antigua fábrica textil. El Águila donde se puede disfrutar de exposiciones, conciertos y conferencias. Inaugurado el 3 de mayo de 1979. en lo que fue la antigua fábrica textil. El Águila, que data del siglo XIX.⁴

IMAGEN 14. LA CASA DE LAS BELLAS ARTES



Fuente: Mi alcaldía, Centros culturales, 2020. Consultado el 10/Marzo/2021

Se ubica en Camino real a Contreras No. 32, en la colonia La Concepción. En este centro se imparten cursos de danza, pintura, pirograbado, piano, guitarra, serigrafía, etc. Está ubicada en la antigua casa de los dueños de la fábrica textil El Águila. Inaugurada el 3 de mayo de 1979. Ubicada donde fuera la Casa Patronal del Obraje de Contreras que data del Siglo XVII.⁴

ECOTURISMO

La actividad ecoturística tiene una gran relevancia en nuestra delegación ya que los núcleos agrarios, que son poseedores de la mayor parte del suelo de conservación, han desarrollado esta actividad productiva que genera ingresos económicos a sus miembros y que además representa una alternativa para conservar y aprovechar los recursos naturales con los que cuentan. Las condiciones geográficas de esta delegación han hecho posible que el clima, el suelo, la topografía y la vegetación se relacionen creando espectaculares paisajes como montañas cubiertas de extensos bosques de pinos, encinos y oyameles; ríos y arroyos que son alimentados por manantiales de limpias y cristalinas aguas, llanos de dorados pastizales, afloramientos rocosos de paredes verticales, vistosas cascadas y demás bellezas naturales en donde se puede practicar la escalada en roca, el rapel, el campismo, paseos a caballo, ciclismo de montaña, alquilar cuatrimotos, caminatas y otros deportes bajo un cielo azul y la frescura del aire puro de nuestros bosques, pero sobre todo se puede conocer la importancia que representa conservar y proteger la naturaleza en este rincón maravilloso de la Ciudad de México donde se localiza el único río vivo de la ciudad, el Río Magdalena.⁴

FIESTAS Y TRADICIONES

Las fiestas tradicionales son de carácter religiosas y culturales. El catolicismo constituye una de las manifestaciones de cultura transmitida por generaciones. Actualmente el 94.5% de la población en la Magdalena Contreras es católica.⁴

Durante todo el año en la Magdalena Contreras se celebran alrededor de 64 festividades siendo las principales las siguientes.⁴

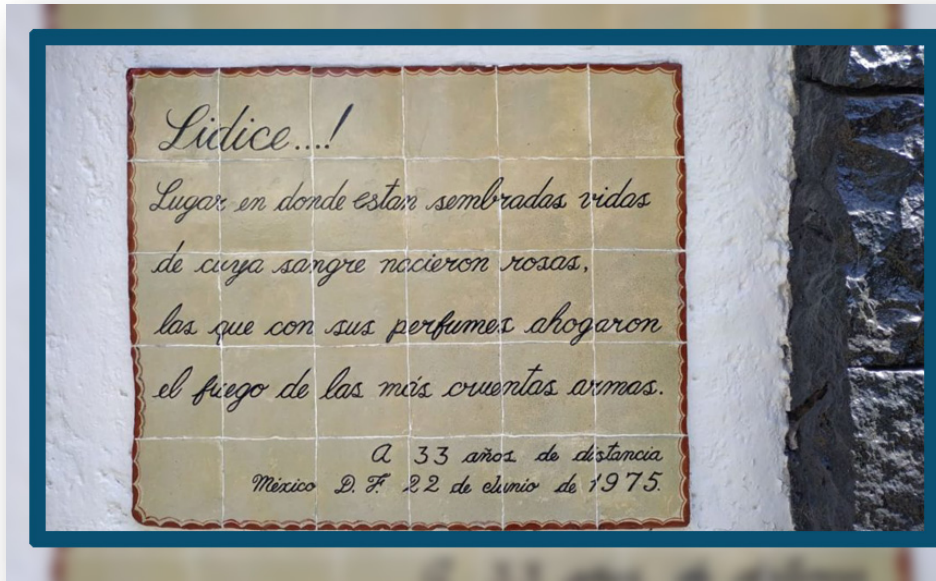
IMAGEN 15. ANIVERSARIO DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1917



Fuente: Mi alcaldía, festividades anuales, 2020. Consultado el 08/Agosto/2021.

En la explanada del edificio delegacional se rinde homenaje a la Constitución.

IMAGEN 16. CONMEMORACIÓN DE LA TRAGEDIA DE LÍDICE



Fuente: Mi alcaldía, festividades anuales, 2020. Consultado el 08/Agosto/2021.

Se conmemora la tragedia de Lidice en el Rosedal de la Paz, ubicado en la Col. San Jerónimo Lidice.

IMAGEN 17. NATALICIO DE JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN



Fuente: Mi alcaldía, festividades anuales, 2020. Consultado el 08/Agosto/2021

Aniversario del natalicio del Caudillo de la Independencia Don José María Morelos y Pavón.

Las fiestas tradicionales son eminentemente religiosas. El catolicismo constituye una de las manifestaciones de cultura transmitida por generaciones. Actualmente el 94.5% de la población es católica.⁴

Las manifestaciones religiosas pueden agruparse bajo dos encabezados principales: el culto básico (bautismo, confirmación, primera comunión, matrimonio, etc.) y los cultos especiales de Cristo, María y los Santos, que dan lugar al ciclo anual de días festivos: las fiestas de los Santos Patronos, así como a las representaciones dramáticas populares, las leyendas pías, las historias milagrosas y el conjunto de creencias menores.⁴

DEPORTES

El deporte, además de prevenir enfermedades crónicas degenerativas como diabetes mellitus, cardiovasculares y obesidad, también ofrece beneficios físicos, psicológicos y sociales. Una población que practica deporte suele tener bajos niveles de grasa corporal y estrés, una buena actividad física, una mejora significativa de las funciones cognitivas y de memoria, buena autoestima, y un importante fortalecimiento de la integración familiar y social.⁵

Diversos estudios argumentan que la activación física y deporte juegan un rol importante en la prevención y tratamiento de problemas de salud, principalmente en enfermedades como la obesidad, sobrepeso y diabetes. De acuerdo el Instituto Nacional de Salud Pública, estos padecimientos se colocan dentro de los principales problemas de salud en nuestro país.⁵

IMAGEN 18. CENTRO DEPORTIVO “LA OLLA”.



Fuente: <https://mcontreras.gob.mx/2020/02/12/la-magdalena-contreras-apuesta-por-la-recuperacion-de-espacios-publicos-para-llevar-cultura-y-deporte/>. Consultado el 08/Agosto/2021.

El centro deportivo es un esfuerzo por acelerar el deporte a las zonas altas de la delegación.¹⁸



SERVICIOS DE SALUD

En cuanto al rubro de salud, La Magdalena Contreras presenta las siguientes características: el 79.4% de la población cuenta con afiliación a los servicios de salud, de los cuales la mayoría se encuentran cubiertos por el IMSS y el Seguro Popular con 46.9% y 29.5%, respectivamente. Esta realidad permite observar que aun cuando hay una parte de la población que no cuenta con IMSS o ISSSTE, también una parte importante de la población está cubierta por el seguro popular; sin embargo, todavía existe un porcentaje considerable que no cuenta con ningún tipo.⁵

Al igual que en el caso del deporte, la demarcación tiene un reducido número de unidades médicas. En total cuenta con solo 18 unidades médicas públicas, de las cuales 17 son de consulta externa y una de hospitalización especializada. A esta cifra se debe sumar un hospital general y de alta especialización del sector privado.⁵

Resalta que La Magdalena Contreras es la penúltima alcaldía con menor cantidad de médicos totales y por cada 10 mil habitantes; la antepenúltima con menos unidades médicas; la última con menor cantidad de consultas externas ofrecidas a la población en toda la Ciudad de México.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La concepción de salud mental implica bienestar personal, independencia, competencia, dependencia intergeneracional y aceptación de la capacidad del crecimiento y realización a nivel emocional e intelectual. La buena salud mental permite a las personas reconocer sus habilidades, superar el estrés cotidiano de la vida, trabajar de forma productiva y hacer aportaciones a su comunidad.⁵

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental, el 18% de la población urbana en edad laboral (15-64 años de edad) sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia. A su vez, el 17% de las personas en México presenta al menos un trastorno mental y 1 de cada 4 lo padecerá como mínimo una vez en su vida. Actualmente, de las personas afectadas, sólo 1 de cada 5 recibe tratamiento. Asimismo, los trastornos mentales afectan el sistema nervioso y se manifiestan en el comportamiento, las emociones y en procesos cognitivos como la memoria y la percepción.⁵

CAPITULO 2: DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL.

INTRODUCCIÓN

La unidad de Medicina Familiar No.22 , es una de las unidades familiares del Instituto Mexicano Del Seguro Social (IMSS).

La entrada a la unidad está a 200 metros aproximadamente caminando desde San Ramón 8 hasta la calle de Río Chico y a 20 metros de la esquina que forman esas calles.

IMAGEN 19. ENTRADA PRINCIPAL A LA CLÍNICA.

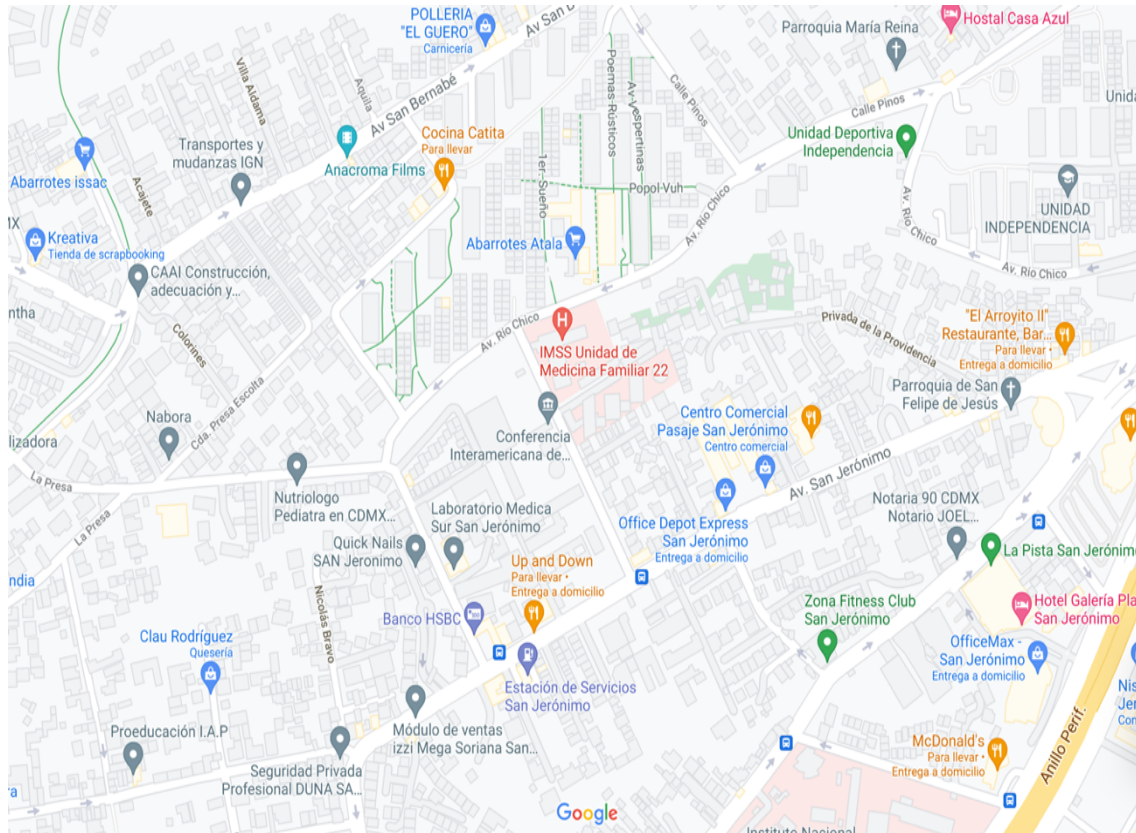


Fuente: Google Maps, La Magdalena Contreras. Consultado el 10/Marzo/2021.

Se localiza en la Ciudad de México en la Delegación La Magdalena Contreras en la calle Río Chico esquina San Ramón S/N Magdalena Contreras, Col. San Jerónimo Lidice, Magdalena Contreras, C.P. 10100.⁶

La estación de metro más cercana es el metro “Copilco” de la línea 3, o la estación “Dr. Gálvez” del metrobús. De cualquiera de ellas se debe tomar en eje 10 (Río Magdalena) otro transporte (Camión de la RTP o microbús a OYAMEL-ESCUELA) con dirección al Cerro del Judío y bajarse 5 cuadras después de haber cruzado el Anillo periférico Boulevard Adolfo Ruiz Cortinez, en la Calle de San Ramón 8 y de ahí caminando hasta Río Chico.⁸

IMAGEN 20. MAPA DE LA DELEGACIÓN.



Fuente: Google Maps, La Magdalena Contreras. Consultado el 10/Marzo/2021.

El horario de atención es de Lunes a viernes (08:00 Hrs- 20:00 Hrs) para consulta familiar, servicio de prevenimss, estomatología y trámites administrativos. Urgencias médicas tiene servicio los 365 días del año las 24 horas al día y se labora fines de semana sólo para consulta familiar. Dicha unidad está afiliada al HGZ 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” con localización en la localidad Álvaro Obregón en la calle Av. Río Magdalena no. 289 entre Altamirano e Hidalgo, col. Tizapán san Ángel, Álvaro Obregón C.P. 01090.⁶

IMAGEN 21. DIRECCIÓN CLÍNICA IMSS 22.

Localidad: Magdalena Contreras.	Clase de Unidad: Unidad de consulta externa.	Ubicación: Independencia
Tipo de unidad: UMF	Clínica IMSS No.: 22	Domicilio de Unidad: Av. de los pinos S/N entre San Ramón y Río chico, Col. San Jerónimo Lídice C.P. 10100, CDMX.
Teléfono clínica IMSS: 55 95 16 87 55951611		

Fuente: Seguro Social, clínicas IMSS. Consultado el 10/Marzo/2021.

ANTECEDENTES HISTORICOS

En la década de los sesenta se lleva a cabo la construcción de la unidad de habitación y servicios sociales que recibió el nombre de “Independencia”, con motivo de la conmemoración del 150 aniversario del movimiento libertador con la ornamentación de esculturas de piedra en el clásico estilo de esa década.¹¹

IMAGEN 22. UNIDAD INDEPENDENCIA EN 1970.



Fuente: El Universal. Consultado el 06/Abril/2021.

Fue inaugurada el 20 de septiembre del 1960, contando con 2,237 viviendas, un supermercado, tres centros comerciales de primera necesidad, una zona comercial especializada, un centro deportivo, oficinas administrativas, de correos y telégrafos, clubes juveniles, biblioteca, salón de reuniones sociales, un teatro cubierto y otro al aire libre, un cine con 2,200 localidades, una guardería infantil, dos escuelas primarias, un centro de seguridad social para bienestar familiar y una clínica con camas para hospitalización, que daría servicio a 20,000 personas la cual fue inaugurada el 16 de mayo de 1961 por el entonces presidente de la república Adolfo López Mateos y el director general del IMSS el Lic Benito Loget Lagunés, como clínica T2 otorgando consulta de medicina familiar, y el servicio de hospitalización que contaba con 14 camas; esta unidad estaba destinada para otorgar atención integral a los habitantes de la unidad Independencia, que en ese entonces se estimaba en 6000 habitantes aproximadamente.¹¹

La primera remodelación fue efectuada en 1979, cuando dejó de ser hospital quedando únicamente al servicio de medicina familiar posteriormente en 1986 sufrió otra remodelación para dar lugar al servicio de salud mental, en 1991 que da apertura a cuatro consultorios de medicina familiar en la parte baja.¹¹

Actualmente la unidad cuenta con una población adscrita de 122, 683 pacientes, con una población adscrita a consultorio de 97,017, quienes reciben atención de 272 trabajadores de base y confianza. La productividad promedio de medicina familiar es de 17 177 consultas mensuales.¹¹

IMAGÉN 23: MODULO DE ATENCIÓN A PACIENTES SIN CITA.



Fuente: Google Maps, La Magdalena Contreras. Consultado el 06/Abril/2021.

IMAGÉN 24. CONSULTORIO MÉDICO.



Fuente: Google Maps, La Magdalena Contreras. Consultado el 06/Abril/2021.

Contamos con un total de 16 consultorios de medicina familiar y un consultorio de DiabetIMSS que operan en ambos turnos, dos consultorios de Estomatología, un consultorio de Planificación Familiar, un consultorio de Epidemiología y el Modulo de Salud Mental que comprende los servicios de Psiquiatría y Psicología. La unidad también cuenta con consulta externa de Ginecología y obstetricia, los servicios de

SPPSTIMSS, Estomatología Preventiva, Laboratorio, Radiología, Ultrasonido, Mastografía, C.E.Y.E. Curaciones, Trabajo Social, Farmacia, Control De Prestaciones, y El Modulo De Atención Y Orientación Al Derechohabiente, Además Del Servicio De Atención Medica Continua que atiende las 24 horas del día los 365 días del año.¹¹

IMAGEN 125. ÁREA DE URGENCIAS.



Fuente: Google Maps, La Magdalena Contreras. Consultado el 06/Abril/2021.

IMAGEN 26. PRIMER PISO DE LA CLÍNICA.



Fuente: Google Maps, La Magdalena Contreras. Consultado el 06/Abril/2021.

IMAGEN 27. ÁREA DE CHOQUE.



Fuente: Google Maps, La Magdalena Contreras. Consultado el 06/Abril/2021.

MISION

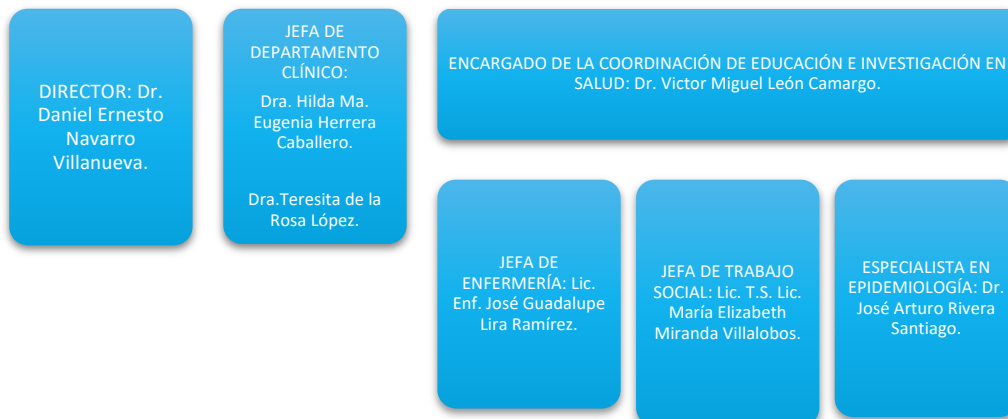
Proporcionar atención médica integral, con calidad, equidad, trato digno al usuario, fomentando la cultura de prevención y auto cuidado, mediante el uso racional de los recursos.¹¹

VISION

Ser en el 2018 una unidad de medicina familiar modelo y vanguardista comprometida con la atención integral, con el uso y optimización de los recursos, mediante el trabajo del personal capacitado.¹¹

CUERPO DIRECTIVO

IMAGEN 28: CUERPO DIRECTIVO DE LA UNIDAD MÉDICA.



Fuente: Programa Interno de Protección Civil. UMF 22 2019. Consultado el 06/Abril/2021.

ENTORNO DE LA UNIDAD

La unidad de Medicina Familiar número 22 del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encuentra ubicado en avenida de los Pinos S/N entre San Ramón y Río Chico, Colonia San Jerónimo Lídice C.P. 10100, La Magdalena Contreras, CDMX.¹⁴

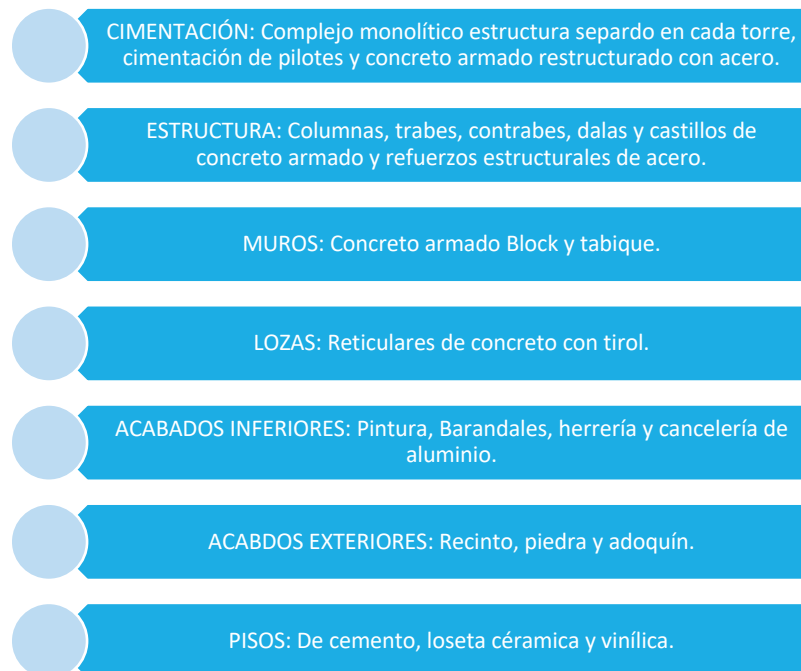
La clínica esta ubicada en una superficie de 5,434.00 m², con una superficie de construcción de 2,448.00 m². Cuenta con dos niveles, 317 trabajadores y 768 derechohabientes.¹⁴

Entre los edificios colindantes tenemos al norte; Plaza Americana de la Seguridad, al sur. Deportivo Independencia. al oriente; Unidad Habitacional Independencia. Poniente; Centro de artesanías.¹⁴

INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS

ESTRUCTURA DE LA CLÍNICA

IMAGEN 29: DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA CONSTRUCTIVO:



Fuente: Programa Interno de Protección Civil. UMF 22 2019. Consultado el 06/Abril/2021.

CAPACIDAD DE LA UNIDAD

Población: Cerrada, solo atiende a derechohabientes con previa vigencia (en caso de urgencia atiende a todos los usuarios que soliciten el servicio).
Población total atendida: 768 derechohabientes.¹⁴

IMAGÉN 30: REFERENCIAS A HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL:



Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

Son los principales hospitales de segundo y tercer nivel a dónde se refieren a los derechohabientes de la clínica.

POR SU CAPACIDAD

TABLA 3: NÚMERO DE CAMARAS DE LA UNIDAD MÉDICA:

SERVICIO	Nº DE CAMAS
ATENCIÓN MÉDICA CONTINUA TOTAL	4
CAMAS AMC ADULTOS	3
CAMAS AMC MENORES	1

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

Se cuenta en la clínica con 0 camas censables y 4 camas no censables.

PLANTA BAJA

Entrada principal, farmacia, control de prestaciones, control de orientación y atención del derechohabiente.

Consultorio de Epidemiología.

-Vigilancia

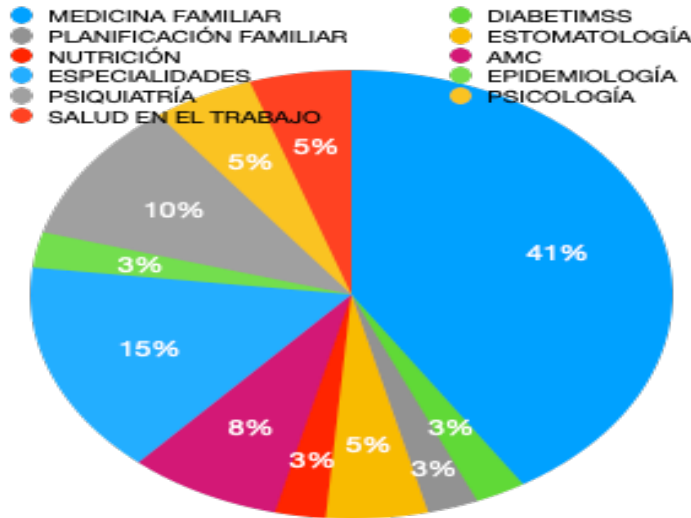
-Almacén

-Modulo de UNIFILA

-Consultorios del 1-7.

-Prevención

GRÁFICA 2: TOTAL DE CONSULTORIOS DE LA UNIDAD MÉDICA.



Fuente: Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

En la clínica el servicio con más consultorios es medicina familiar, seguido por consultorios de especialidades.

PRIMER PISO

- Cuerpo de Gobierno
- Administración
- Coordinación médica
- Departamento clínico
- USG
- Medicina del trabajo consultorios 1 y 2
- Nutrición y diética
- Consultorios de Medicina Familiar del 8 al 16.
- Radiografía
- Jefatura de enfermería
- Atención Médica Continua
- Salud Mental

INDICADORES DE SALUD

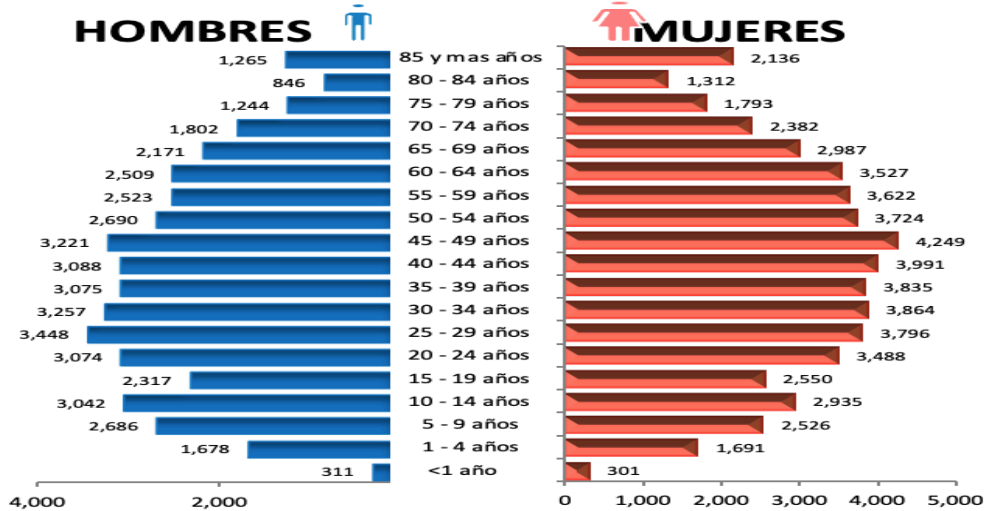
POBLACIÓN ADSCRITA A LA UMF No22.

IMAGEN 31. POBLACIÓN ADSCRITA A LA UMF NO.22.

2020 %	
98,995	3.37

Fuente: Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

PIRAMIDE DE POBLACIÓN GRÁFICA 3. PIRAMIDE POBLACIONAL UMF No.22.

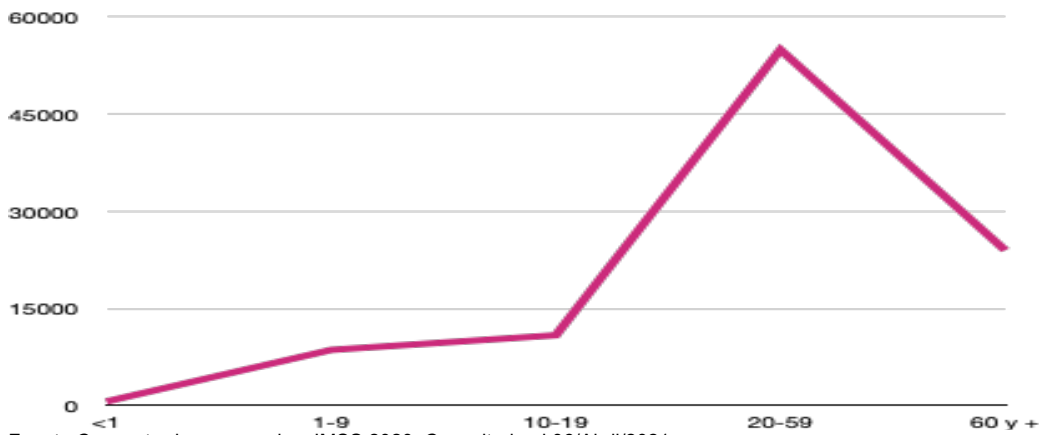


Fuente: Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La población adscrita a la Unidad de medicina Familiar durante el año 2020 fue de 98,995 pacientes.

POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD (PREVENIMSS).

GRÁFICA 4. POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD (PREVENIMSS).

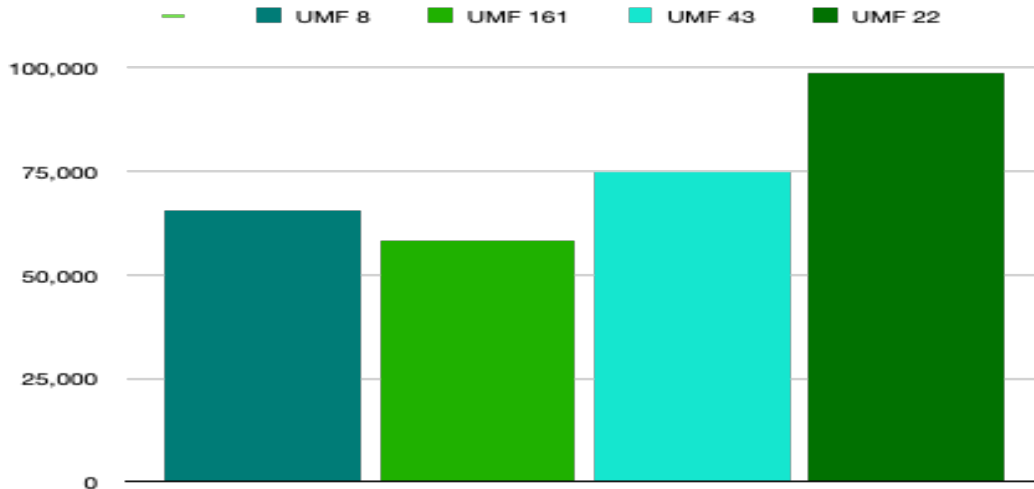


Fuente: Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

Se muestra el grupo de edad que más acude a la clínica, el cual es entre 45-49 años para mujeres y 25-29 años para hombres.

POBLACIÓN ADSCRITA A UMF No.22.

GRÁFICA 5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADSCRITA A LA UMF No.22.

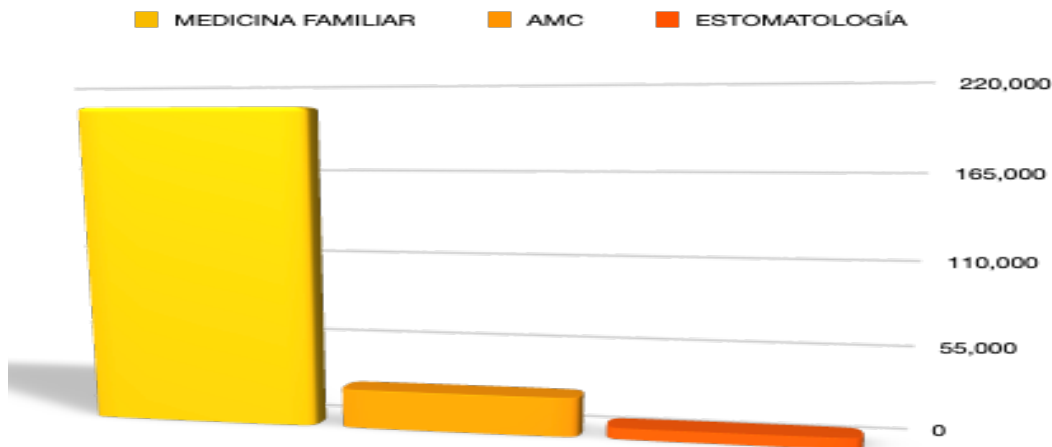


Fuente: Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

En la siguiente gráfica se comparan población de diferentes unidades de medicina familiar con respecto a la 22. Observado que la UMF 22 atiende a más derechohabientes.

ÍNDICE DE CONSULTA POR SERVICIO.

GRÁFICA 6: ÍNDICE DE CONSULTAS POR SERVICIO.



Fuente: Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

En la siguiente gráfica se muestra que la mayoría de consultas en la clínica son para el servicio de medicina familiar.

TABLA 4. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN <1AÑO.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	230
2	Rinofaringitis-Faringitis aguda-Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	104
3	Dermatitis del pañal	16
4	Conjuntivitis	13
5	Otros trastornos intestinales funcionales	13
6	Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas	12
7	Exámenes y contactos con fines administrativos	8
8	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	8
9	Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte.	8
10	Otros hipotiroidismos	6

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

Los resultados nos indican cómo primer diagnóstico el examen general e investigación sin quejas o sin diagnóstico informado, el cual no nos proporciona ningún dato relevante para este diagnóstico, por lo que se toma como primera causa de morbilidad de primera vez en este grupo de edad infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.

TABLA 5. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SUBSECUENTES EN POBLACIÓN <1 AÑO.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	447
2	Rinofaringitis-Faringitis aguda-Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	25
3	Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	17
4	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	16
5	Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte.	12
6	Falla del desarrollo fisiológico normal esperado	9
7	Deformidades congénitas de la cadera	9
8	Otros trastornos funcionales del intestino	7
9	Intolerancia a la lactosa	7
10	Hipospadias	7

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

Los resultados nos indican cómo primer diagnóstico el examen general e investigación sin quejas o sin diagnóstico informado, el cual no nos proporciona

ningun dato relevante para este diagnóstico, por lo que se toma como primera causa de mortalidad infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.

TABLA 6. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN DE 1-9 AÑOS.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Rinofaringitis-Faringitis aguda-Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	825
2	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	70
3	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	51
4	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas	50
5	Infección de vías urinarias	47
6	Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos	36
7	Rinitis alérgica y vasomotora	35
8	Conjuntivitis	32
9	Exámenes y contactos con fines administrativos	22
10	Falta de desarrollo fisiológico normal esperado	17

Fuente: Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de morbilidad de primera vez en este grupo de edad fueron infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con 825 pacientes atendidos.

TABLA 7. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SUBSECUENTES EN POBLACIÓN DE 1-9 AÑOS.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Rinitis alérgica y vasomotora	237
2	Trastornos hipercinéticos	217
3	Rinofaringitis-Faringitis aguda-Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	198
4	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	179
5	Epilepsia	66
6	Asma	50
7	Exámenes y contactos con fines administrativos	34
8	Otros trastornos de ansiedad	21
9	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas	18
10	Infección de vías urinarias	17

Fuente: Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de morbilidad subsecuente en este grupo de edad fueron rinitis alérgica y vasomotora con un total de 237 pacientes atendidos.

TABLA 8. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN DE 10-19 AÑOS.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Rinofaringitis-Faringitis aguda-Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	553
2	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	45
3	Ctros trastornos de ansiedad	42
4	COVID 19 (confirmados y sospechosos)	38
5	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas	37
6	Rinitis alérgica y vasomotora	36
7	Exámenes y contactos cn fines administrativos	36
8	Síndrome de colon irritable	36
9	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	32
10	Gastritis y duodeitis	32

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de morbilidad de primera vez en este grupo de edad fueron infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con un total de 553 pacientes atendidos.

TABLA 9 .PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SUBSECUENTES EN POBLACIÓN DE 10-19AÑOS.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Trastornos hipercinéticos	440
2	Epilepsia	274
3	Rinitis alérgica y vasomotora	221
4	Ctros trastornos de ansiedad	195
5	Supervisión de embarazo nromal	142
6	Rinofaringitis-Faringitis aguda-Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	87
7	Asma	85
8	Obesidad	84
9	COVID 19 (confirmados y sospechosos)	63
10	Exámenes y contactos con fines administrativos	60

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de morbilidad subsecuente en este grupo de edad fueron trastornos hipercinéticos con un total de 440 pacientes atendidos.

TABLA 10 . PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN FEMENINA DE 20-59 AÑOS.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Rinofaringitis-Faringitis aguda-Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	2,561
2	COVID 19 (confirmados y sospechosos)	671
3	Infecciones de vías urinarias	403
4	Exámenes y contactos con fines administrativos	336
5	Dorsalgia	290
6	Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	272
7	Supervisión de embarazo normal	259
8	Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastorno	231
9	Síndrome de colon irritable	226
10	Otros trastornos de la mama y de la lactancia asociados con el parto	205

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de morbilidad de primera vez en este grupo de edad fueron infecciones agudas de las vías respiratorias con un total de 2,561 pacientes atendidos.

TABLA 11. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SUBSECUENTES EN POBLACIÓN FEMENINA DE 20-59 AÑOS.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Hipertensión esencial (primaria)	5,347
2	Diabetes mellitus no insulino dependiente	5,130
3	Supervisión de embarazo normal	2,019
4	COVID 19 (confirmados y sospechosos)	1,910
5	Otros trastornos de ansiedad	1,091
6	Obesidad	959
7	Otras artritis reumatoides	921
8	Síndrome de colon irritable	755
9	Rinofaringitis-Faringitis aguda-Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	727
10	Dorsalgia	606

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de morbilidad de subsecuente en este grupo de edad fue hipertensión esencial (primaria) con un total de 5,347 pacientes atendidos.

TABLA 12. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN MASCULINA DE 20-59 AÑOS.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Rinofaringitis-Faringitis aguda-Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1,735
2	COVID 19 (confirmados y sospechosos)	273
3	Exámenes y contactos con fines administrativos	222
4	Dorsalgia	200
5	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas	139
6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	135
7	Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos	114
8	Infecciones de vías urinarias	108
9	Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias	80
10	Síndrome de colon irritable	78

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de morbilidad de primera vez en este grupo de edad fueron infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con un total de 1,735 pacientes atendidos.

TABLA 13. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SUBSECUENTES EN POBLACIÓN MASCULINA DE 20-59 AÑOS.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Diabetes mellitus no insulino dependiente	3,405
2	Hipertensión esencial (primaria)	2,903
3	COVID 19 (confirmados y sospechosos)	1,548
4	Epilepsia	463
5	Trastornos del sueño	454
6	Rinofaringitis-Faringitis aguda-Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	451
7	Otros trastornos de ansiedad	437
8	Obesidad	409
9	Dorsalgia	383
10	Diabetes mellitus insulino dependiente	362

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de morbilidad de subsecuente en este grupo de edad fué diabetes mellitus no insulino dependiente con un total de 3,405 pacientes atendidos.

TABLA 14. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN >60 AÑOS.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Rinofaringitis-Faringitis aguda-Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	586
2	Infecciones de vías urinarias	161
3	Hipertensión esencial (primaria)	76
4	COVID 19 (confirmados y sospechosos)	67
5	Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos	66
6	Dorsalgia	64
7	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas	43
8	Conjuntivitis	43
9	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	42
10	Síndrome de colon irritable	42

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de morbilidad de primera vez en este grupo de edad fueron infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con un total de 586 pacientes atendidos.

TABLA 15. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD SUBSECUENTES EN POBLACIÓN >60 AÑOS.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Hipertensión esencial (primaria)	20,586
2	Diabetes mellitus no insulino dependiente	14,927
3	Contras artrosis	1,429
4	Exámenes y contactos con fines administrativos	1,321
5	Hiperplasia de la próstata	1,244
6	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1,058
7	Diabetes mellitus insulino dependiente	914
8	Otros trastornos de ansiedad	772
9	Otros artritis reumatoides	764
10	Trastornos del sueño	690

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de morbilidad de subsecuente en este grupo de edad fue hipertensión esencial (primaria) con un total de 20,586 pacientes atendidos.



PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA CLÍNICA 22

TABLA 16. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Insuficiencia respiratoria aguda	2625
2	Choque septico	1040
3	Siindrome de distres respiratorio	533

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de mortalidad en los pacientes de la clínica 22 fue insuficiencia respiratoria aguda con 2625 pacientes.

TABLA 17. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACIÓN <1 AÑO.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Choque hipovolémico	2
2	Acidosis metabólica	1
3	Choque cardiogénico	1

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de mortalidad en este grupo de edad fué el choque hipovolémico.

TABLA 18. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACION DE 1-9 AÑOS.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Choque hipovolémico	2
2	Insuficiencia respiratoria	1
3	Neumonía atípica	1

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de mortalidad en este grupo de edad fué el choque hipovolémico.



TABLA 19. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACION DE 10-19 AÑOS.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Insuficiencia respiratoria	2
2	Infarto agudo al miocardio	1
2	Otros trastornos respiratorios	1

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de mortalidad en este grupo de edad fue Insuficiencia respiratoria.

TABLA 20. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE 20-59 AÑOS SEXO FEMENINO.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Insuficiencia respiratoria aguda	449
2	Choque séptico	127
3	Síndrome de distres respiratorio	88

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de mortalidad en este grupo de edad fue insuficiencia respiratoria aguda.



TABLA 21. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACION DE 20-59 AÑOS SEXO MASCULINO.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Insuficiencia respiratoria aguda	500
2	Choque séptico	159
3	Síndrome de distres respiratorio	116

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de mortalidad en este grupo de edad fue insuficiencia respiratoria aguda.

TABLA 22. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACIÓN >60 AÑOS.

No.	DIAGNÓSTICO	No.
1	Insuficiencia respiratoria aguda	1673
2	Choque séptico	754
3	Síndrome de distrés respiratorio	329

Fuente:Concentrados mensuales, IMSS 2020. Consultado el 06/Abril/2021.

La principal causa de mortalidad en este grupo de edad fué insuficiencia respiratoria aguda.



CAPITULO 3: ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.

REPORTE DE ACTIVIDADES.

AGOSTO 2020.

Servicio: Servicio de Protección y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS (SPTIMSS).³³

Son servicios médicos preventivos creados para mejorar la calidad de vida de las y los trabajadores IMSS. Sus actividades se basan en cinco líneas de acción:³³

- Preventiva: Evaluación Anual Preventivo. Un diagnóstico de salud integral y del ambiente laboral en que trabajas, realizados el mismo día y en el mismo lugar de trabajo.³³
- Vigilancia de la salud: Examen médico periódico. Un estudio médico integral de acuerdo con tu categoría y factores de riesgo laboral.³³
- Intervención en incapacidad temporal para el trabajo: Se promueve que la atención sea oportuna en caso de accidente, enfermedad e incapacidad. Además, se ofrece asesoría personalizada en estos temas.³³

Vigilancia del ambiente de trabajo: Se realiza diagnósticos y programas preventivos de salud y seguridad en los centros de trabajo.³³

Durante la rotación de este servicio evaluamos a los trabajadores de la unidad, aplicándoles historia clínica, evaluando su condición física al hacer sentadillas y abdominales durante un minuto. Posteriormente a la evaluación se les entregaba sus solicitudes para estudios de laboratorio, entre los cuáles se realizaban eran: biometría hématica, química sanguínea, examen general de orina y electrocardiograma. Se les citaba al otro día a las 07 de la mañana para la toma de estudios y después de entregarles los resultados qué aproximadamente era en un mes, se les evaluaba nuevamente en SPTIMSS para interpretar los estudios con el fin de referenciarlos a consulta médica si así lo ameritaban.

Se observaron a trabajadores iniciando con el personal del área de limpieza e higiene con un total de dos pacientes evaluados, los cuáles se diagnosticaron con un índice de masa corporal (IMC) >30 kg , lo cual nos indica obesidad grado 1 por lo qué fueron referenciados al servicio de nutrición y dietética. En la unidad se cuenta con un nutriólogo para la atención de derechohabientes.

Se observaron a trabajadores del área de medicina preventiva con un total de dos pacientes evaluados, los cuáles ambos salieron con un IMC entre 25 y 29 kg diagnósticando sobrepeso por lo que fueron referenciados al servicio de nutrición y dietética.

Se observaron a trabajadores del área de Radiología con un total de dos pacientes evaluados, los cuáles ambos salieron con un IMC entre 25 y 29 kg diagnósticando sobrepeso por lo que fueron referenciados al servicio de nutrición y dietética.

En la siguiente imagen se muestra a personal de Higiene y limpieza siendo evaluado en la prueba de condición física durante un minuto.



Se realizó la aplicación de la vacuna anti tetanica a todo el personal de la guardería VI, incluyendo asistentes preescolares, asistentes del hogar, cuidador en horas no escolares, cuidador de niños (niñera o niño), profesor de educación preescolar, médicos, limpieza e higiene, cocineras y trabajador de cuidado familiar de día.

Se les aplicaba a todo el qué refirera no tener la vacuna actualmente o no acordarse si la recibieron hace menos de 10 años.

Se observaron a trabajadores del área de salud en el trabajo (médicos) con un total de un paciente evaluado, diagnósticando sin ninguna alteración en la historia clínica, exploración física y laboratorios, por lo que no se tuvo la necesidad de referir a otro servicio médico.

Se observaron a trabajadores del área de planificación familiar con un total de un paciente evaluado, diagnósticando con un IMC > 30 kg (obesidad grado 1) y alteraciones en química sanguínea (glucosa > 200 mg/dL) por lo que fue necesario referenciarlo a consulta externa de medicina familiar y nutrición y dietética, además de solicitar nuevos laboratorios en tres meses y cita en SPTIMSS cada mes para continuación de paciente.

En la siguiente imagen se muestra un convivio por parte de los médicos pasantes motivo de cumpleaños de una compañera.



Se realizó la aplicación de la vacuna anti Hepatitis B a todo el personal de la guardería VI, incluyendo asistentes preescolar, asistentes del hogar, cuidador en horas no escolares, cuidador de niños (niñera o niño), profesor de educación preescolar, médicos, limpieza e higiene, cocineras y trabajador de cuidado familiar.



Se les citó a cada uno de ellos al mes siguiente para la aplicación del refuerzo de la misma.

Se evaluaron y revisaron expedientes clínicos del personal de la clínica 22, con el fin de identificar aquellos trabajadores de salud quiénes hacían falta para la revisión médica anual, los clasificamos por grupo y posteriormente se procedió a contactar a cada uno de ellos para la valoración en los siguientes días. Para la contactación la enfermera y yo nos dirigíamos a cada servicio para informarles personalmente a los trabajadores qué se tenían que presentar al servicio de SPTIMSS.

Se observaron a trabajadores del área de control de prestaciones con un total de un paciente evaluado, diagnosticando con un IMC > 35 kg (obesidad grado 2) por lo que fue referido de medicina familiar y nutrición y diétetica.

Se observaron a médicos familiares con un total de 13 médicos evaluados, de los cuales 7 fueron referidos a nutrición y diétetica por IMC entre 25 a 30 kg, 4 enviados a laboratorio clínico para toma de sus estudios anuales y 2 sin ninguna alteración por lo cual no hubo la necesidad de referirlos a otro servicio.

Se realizó sanitización de la unidad por lo que evacuaron a todo el personal de la clínica y derechohabientes, realizada desde las 08 de la mañana hasta las 10 de la mañana, posteriormente procedimos a entrar a la unidad, iniciando con los trabajadores y después los derechohabientes.

Se observaron a trabajadores del área de farmacia con un total de 3 pacientes evaluados, diagnosticando sin ninguna alteración médica en la historia clínica, exploración física y laboratorios, por lo que no se tuvo la necesidad de referir a otro servicio.

Durante este servicio se me asignó al área de filtro, se me proporcionó equipo de protección, careta y bata quirúrgica, me encontraba en la entrada principal de 08:00 horas a 14:00 horas, en donde se procedía a la toma de temperatura de los derechohabientes, se les proporcionaba gel antibacterial y se les interrogaba datos clínicos sugestivos de covid 19, los cuales eran escurrimiento nasal, fiebre, cefalea, gastroenteritis, mialgias, artralgias, contactos con pacientes sospechosos o confirmados.

Si los derechohabientes negaban las preguntas y se les encontraba afebriles podían ingresar a la clínica siempre y cuando fuese 15 minutos antes de su cita. A los que se les encontraba febriles y mencionaban positivos a las preguntas se les refería al servicio de urgencias respiratorias.

Se observaron a los pasantes médicos con un total de 5 pacientes evaluados, de los cuáles los 5 fueron referidos a nutrición y diética por IMC entre 25 a 30 kg, diagnosticando sobrepeso y obesidad y se les citó para la toma de estudios de laboratorio.



Durante el servicio se me asignó al área de consulta externa de medicina familiar, en el cual estaba con el médico familiar encargado del consultorio, ayudando en la toma de signos vitales, atendiendo la consulta cuando el médico así me indicaba siempre con supervisión de el mismo, realizando las notas médicas en el Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) y explorando e interrogando a los pacientes.



Durante el servicio entregamos al personal de la unidad, folletos en el cuál se indicaban algunas recetas para nutrición médica o de información, de los cuáles contabamos con algunos de la importancia de lactancia materna o las indicaciones para vasectomía, se entregaron además cepillos dentales y 3 tiras con 10 preservativos masculinos.

Se realizó campaña médica para la interrogación de pacientes que no se encontraban desparasitados, por lo qué se procedió a consultar a todo el persona de salud y posteriormente entregarles fracos de albendazol de 400 mg cómo dosis única y se les otorgó un envase por cada integrante de familia que mencionaban.

En el servicio no se contaba con médico familiar para las evaluaciones por lo qué el pasante médico junto con la enfermera encargada de SPTIMSS realizabamos las referencias y evaluaciones de todo el personal de la clínica.

SEPTIEMBRE 2020.

Servicio: Planificación familiar.

La planificación familiar engloba a todo el conjunto de prácticas utilizadas por una pareja, mujer u hombre que tienen como objetivo controlar la reproducción y la descendencia de estos mismos.³⁴

Gracias a la planificación familiar, las personas pueden decidir cuál es el momento adecuado para ser padres, así como el número de hijos que desean tener. De este modo, las relaciones sexuales se han desvinculado del puro hecho de tener descendencia, es decir, las parejas pueden tener sexo sin que eso implique conseguir un embarazo.³⁴

Durante el servicio de planificación familiar realicé la aplicación de métodos anticonceptivos, así cómo el retiro de los mismos y consejería médica a pacientes de nueva ves, embarazadas para aplicación de método en puerperio y derechohabientes que desearan cambio de método.

Cabe resaltar qué el servicio de planificación familiar también era gratuito para pacientes no derechohabientes qué acudiesen.

Acudieron un total de 105 pacientes no gestantes, entre las cuales 73 eran derechohabientes y 32 no derechohabientes. Además de 20 pacientes gestantes para consejería de método anticonceptivo posterior al parto.



En la consejería médica, se les explicaba a los paciente los métodos con los que contaba la clínica, se evaluaba cada una de las características de las derechohabientes para seleccionar el método que mejor acordara a ellas. La consejería la realizabamos entre la enfermera, la ginecóloga y la pasante médico.

Las mujeres gestantes tenían que pasar primeramente con su médico familiar y posteriormente eran referidas por el médico al servicio de planificación familiar para consejería, se proseguía a realizar grupos de pacientes gestantes para pasarlas al servicio y proporcionarles la plática, si acudían con sus respectivas parejas también se les dejaba pasar para escucharla.

Cada una de ellas elegía el método y se les entregaba un consentimiento informado que debían firmar para autorizar el método incluyendo el nombre y firma de la ginecóloga y de dos testigos de la paciente.

Para la elección del método debían contar con la documentación correspondiente, se les pedía copia de la caratula principal de la cartilla de vacunación, copia de comprobante de domicilio no mayor a tres meses e identificación oficial. En caso de no contar con eso se les citaba para otro día para la aplicación del método o se les procedía a la inserción con copia de identificación oficial y el compromiso de traer posteriormente su documentación faltante.

Realicé un total de 20 recetas médicas para método trimestral de acetato de medroxiprogesterona (AM45). Las pacientes se dirigían al área de farmacia para que se les proporcionara el método y posteriormente regresaban al servicio de planificación familiar para la aplicación del mismo.

Realicé 30 recetas médicas de implante subdérmico. El cuál es una varilla flexible que contiene una hormona derivada de la progesterona que evita la evolución y hace más espeso el moco del cuello uterino, impidiendo el paso de los espermatozoides al interior del útero.¹⁷

Para el procedimiento se realizaba asepsia y antisepsia de la extremidad izquierda y posteriormente aplicación del implante. Se les colocaba una gasa en la lesión y vendaje, se les explicaba dejarla por un máximo de 24 horas y después retiro de la misma.

Se indicó a 5 pacientes parches como método anticonceptivo, con anterioridad se les impartió la consejería médica y fué el método adoptado por las derechohabientes.

En la siguiente imagen se muestra el retiro de implante subdérmico, se procedía a sepsia y antisepsia, posteriormente se realizaba la insición y el retiro del implante.



Evalué a 7 pacientes para retiro de implante subdérmico por término de cumplimiento del mismo, lo cual es de 5 años desde su implantación. Explicando la importancia de no contar con método anticonceptivo y realizando método de convencimiento para irse protegidas cada una de las pacientes.

Si no presentarón ningún efecto adverso durante los 5 años con el implante, se les podía aplicar el mismo, siempre y cuándo fuese la segunda vez que se les colocaba. En caso de mencionar tener el mismo método por más de 10 años, se valoraba la aplicación de otro.

Realicé 20 recetas médicas de Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre, utilizando el recetario de la ginecóloga encargada siempre con la supervisión de la doctora. Posteriormente se realizó la aplicación del mismo.



El DIU de Cobre cuál es un método anticonceptivo seguro y eficaz que sirve para evitar temporalmente un embarazo. Está elaborado de plástico flexible, tiene una rama vertical y una horizontal a manera de T. La rama vertical está rodeada de un alambre de cobre, que impide el paso de espermatozoides. Se coloca en la matriz, mediante un tubo especial diseñado para ello.¹⁷

Posteriormente se evaluaron a las pacientes al mes al mes de la inserción del DIU con el fin de verificar que el método estuviese dentro del útero y los hilos de este fuesen visibles al espectador. En los casos en los que no se podía observar los hilos, se les otorgaba una solicitud de radiografía pélvica para la visualización del mismo, la cuál se realizaba en ese mismo momento. Si en la radiografía se encontraba el dispositivo dentro de la cavidad uterina, se dejaba el DIU y se evaluaba a los 6 meses. En caso de encontrar el DIU traslocado se referían al Hospital de Gineco-Obstetricia No.4 para evaluación y retiro del mismo.

Realicé 30 recetas médicas de Dispositivo Intrauterino Mirena. Posteriormente se procedió a la aplicación del mismo. Cabe resaltar que fue el el método más elegido durante el mes.

Es un método anticonceptivo que se pone dentro del útero. Un DIU hormonal es una pieza de plástico flexible en forma de T. El DIU hormonal libera una pequeña cantidad de la hormona progestina dentro del cuerpo durante varios años. La progestina es muy similar a la hormona progesterona que produce nuestro cuerpo.³⁵

Los DIU hormonales hacen que el moco que produce el cuello uterino se vuelva más espeso. Este moco bloquea el espermatozoide para que no pueda llegar al óvulo.³⁵

En las personas que referían efectos adversos como manchado, periodos irregulares después de la aplicación del método, se les daba tratamiento para el control de los efectos pero no retiro del mismo y se les evaluaba cada mes.

OCTUBRE 2020.

Servicio: Epidemiología.

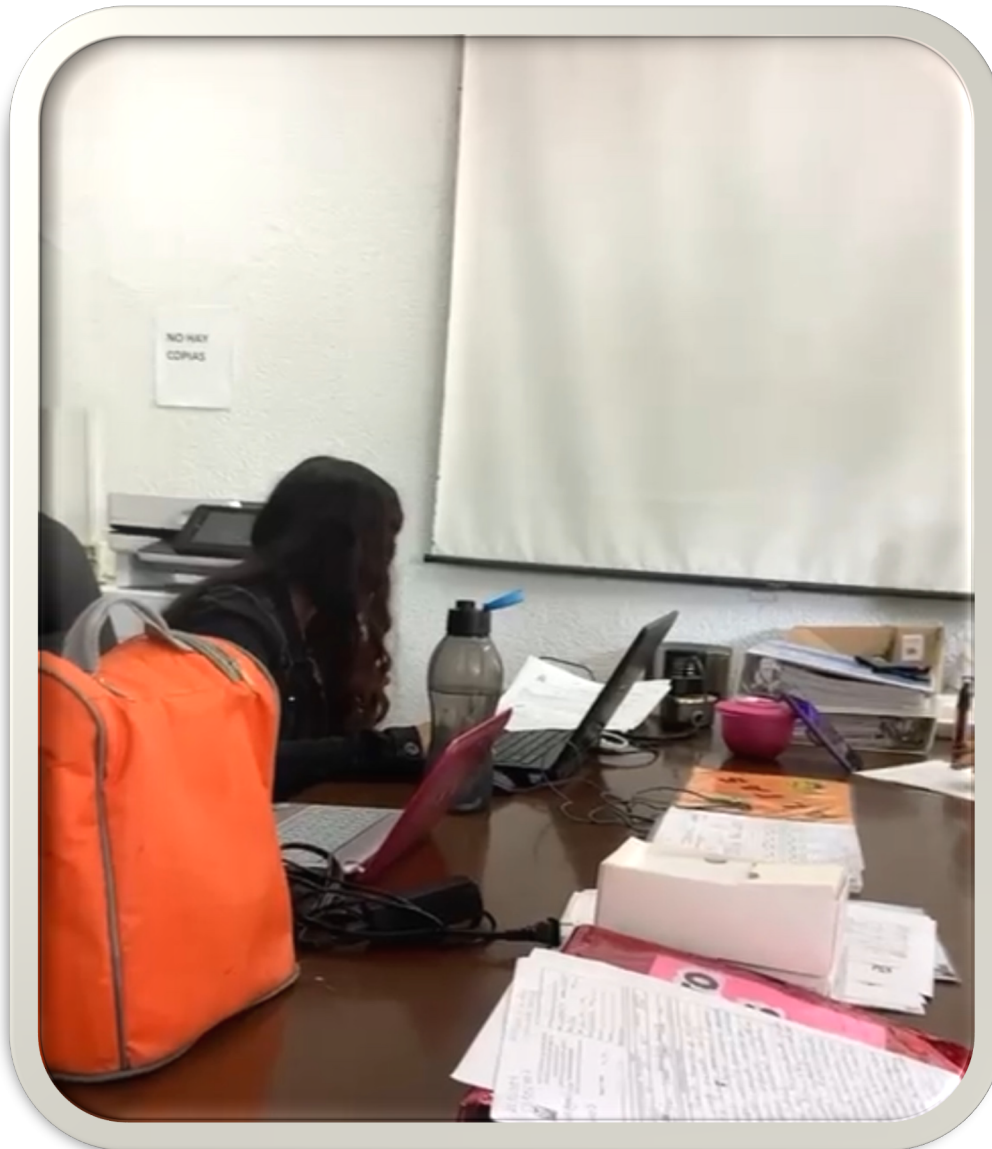
Epidemiología según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.³⁶

Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.³⁶

En el servicio de epidemiología al inicio realizabamos consulta médica a pacientes de mordedura de mascota o referidos de la consulta médica para cribado de enfermedades de transmisión sexual o enfermedades exantématicas.

Derivado de la contingencia epidemiológica, se me asignó junto con otros 3 pasantes a la realización de llamadas telefónicas a pacientes consultados en urgencias respiratorias y siendo diagnosticados con SARS COV2 19 mediante prueba rápida o PCR, el seguimiento se realizaba al siguiente día de la consulta por un lapso de 15 días periodo en el cuál se cumplía el aislamiento de los pacientes. Las llamadas se realizaban cada día a excepción de los fines de semana, los pacientes nos indicaban sus signos vitales y síntomas, para registrarlos en una nota médica. Al termino del aislamiento los pacientes acudían al servicio de gobierno por la nota, la cuál mencionaba el alta médica y servía para presentarla en sus respectivos trabajos.

En la siguiente imagen se muestra el seguimiento de llamadas telefónicas por parte de los pasantes médicos. Se nos proporcionaba una computadora para la realización de la notas.



En el mes de octubre se realizó una campaña médica por el día mundial del cáncer de mama. En la siguiente imagen se intenta desmostrar el símbolo mundial del día, el cuál es representativo por un moño rosa.



A todo el personal de la clínica se le otorgó un pañuelo rosa representativo del día.





NOVIEMBRE 2020.

Servicio: Coordinación médica.

Coordinación médica es un servicio administrativo que se encarga de resolver problemas de la unidad, de los pacientes y de sus trabajadores, en este servicio se autorizan las 4-30-8, formato especializado para la referencia a especialidades, se autoriza días de incapacidad, toma de electrocardiogramas, etc.

Derivado a la contingencia covid 19, se autorizó dotación de medicamentos a pacientes con factores de riesgo, diabéticos, hipertensos o alguna otra enfermedad crónica degenerativa para lo cual los derechohabientes asignaban a un familiar y a ellos se les entregaba la receta médica.

En el mes de noviembre se nos impartió una clase por el médico psiquiatra Dr. Luis Manuel Quintero Mendez con el tema titulado “Cómo dar malas noticias a los pacientes y familiares”.



Convivio con el personal de enfermería motivo de última checada del jefe de enfermería, Enfermero Lira.



DICIEMBRE 2020.

Servicio: Medicina del trabajo.

En el servicio de Medicina del Trabajo , estudiamos y valoramos las enfermedades y accidentes que se producen por causa o consecuencia de la actividad laboral.

Realicé el curso en línea, de atención integral a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio con un total de duración de 9 horas.



GOBIERNO DE
MÉXICO



GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
DIVISIÓN DE INNOVACIÓN EDUCATIVA

Se otorga la presente

Constancia

A: Karla Fabiola Quintero Gutiérrez

Por haber finalizado satisfactoriamente el curso:

Atención integral a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio

Modalidad: En línea

Duración: 9 horas

Del 16 de noviembre de 2020 al 30 de junio de 2021

Ciudad de México, 30 de junio de 2021

Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco
Titular de la Coordinación de Educación en Salud

Dra. Ana Laura Cajigas Magaña
Titular de la División de Innovación Educativa



IMSS-CES-2510-MP-AIMEPP-15-20-00405

ENERO 2021.

Servicio: Seguimiento médico a pacientes con diagnóstico de sars cov 2.

Se continuó realizando seguimiento a los pacientes diagnosticados con SARS COV2. Para este momento todos los médicos pasantes fuimos llamados a este servicio por aumento de los casos, realizando llamadas telefónicas diarias de aproximadamente 200 pacientes, a los de nueva consulta se les realizaba un cuestionario médico preguntando, datos de información personal como domicilio, trabajo y contactos frecuentes. Todo esto con el fin de dar seguimiento no solo a los casos positivos sino a los familiares.

Se nos impartió además una clase para la realización del diagnóstico de salud en el aula médica, realizada por el director y el médico epidemiólogo de dicha unidad.

Realizamos una comida en festejo de las médico pasantes que terminaban su servicio social junto con las jefas de coordinación clínica, el coordinador de enseñanza y el médico epidemiólogo.



FEBRERO 2021.

Servicio: Atención médica continua.

El servicio de atención médica continua actualmente se encuentra dividido por urgencias respiratorias y no respiratorias debido a la pandemia por Sars-COV2.

Los médicos pasantes nos concentrábamos en el área de urgencias no respiratorias. En este servicio realizábamos toma de electrocardiogramas iniciando a partir de las 08 de la mañana hasta las 10 de la mañana, posteriormente realizábamos procedimientos que llegaran al servicio, como cambio de sondas, férulas y suturas, apoyados por el servicio de enfermería.

En la siguiente imagen se muestra una férula de miembro inferior izquierdo por fractura de tibia. Realizada por el médico pasante.



El día 15 de febrero se dió inicio con la vacunación a adultos mayores siendo la clínica cede para el mismo. Se adjunta foto del primer paciente a quién se le aplicó la vacuna contra SARS COV2.





MARZO 2021 Y ABRIL 2021

Servicio: Consulta externa de medicina familiar.

En este servicio los pasantes médicos ayudábamos en la toma de signos y exploración física, además de realizar las notas y en ocasiones dar la consulta médica, supervisado por el médico encargado del consultorio.

En la consulta médica evaluábamos a derechohabientes, aproximadamente 20 paciente por turno, en los cuáles hacíamos las notas médicas. Se atendían en un horario de 08:00 a 14:00





GOBIERNO DE
MÉXICO



Realicé el siguiente curso en línea de hipertensión arterial sistémica y crisis hipertensiva con un total de duración de 6 horas.

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
DIVISIÓN DE INNOVACIÓN EDUCATIVA

Se otorga la presente

Constancia

A: Karla Fabiola Quintero Gutiérrez

Por haber finalizado satisfactoriamente el curso:
Hipertensión Arterial Sistémica y Crisis Hipertensiva

Modalidad: En línea Duración: 6 horas

Del 16 de noviembre de 2020 al 30 de junio de 2021
Ciudad de México, 30 de junio de 2021


Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco
Titular de la Coordinación de Educación en Salud


Dra. Ana Laura Cajigas Magaña
Titular de la División de Innovación Educativa



IMSS-CES-2510-MP-HASCH-15-20-00407

MAYO 2021.

Servicio: Seguimiento médico a pacientes con diagnóstico de sars cov 2.

Derivado al aumento de contingencia Sars cov2 y falta de personal médico, se nos asigna nuevamente a los pasantes a realizar un seguimiento de los derechohabientes que acuden a consulta de urgencias respiratorias con diagnóstico por prueba positivos, llamándolos diariamente para saber su evolución preguntando síntomas y signos.



En el mes de mayo tuvimos una plática sobre métodos anticonceptivos, impartido por el personal de trabajo social.



Realicé el siguiente curso en línea de diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus con un total de duración de 6 horas.


GOBIERNO DE MÉXICO | 

EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
 COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
 DIVISIÓN DE INNOVACIÓN EDUCATIVA
 Se otorga la presente

Constancia
A: Karla Fabiola Quintero Gutiérrez
 Por haber finalizado satisfactoriamente el curso:
Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus
 Modalidad: En línea Duración: 6 horas
 Del 16 de noviembre de 2020 al 30 de junio de 2021
 Ciudad de México, 30 de junio de 2021


 Dra. Carolina de Carmen Ortega Franco
 Titular de la Coordinación de Educación en Salud


 Dra. Ana Laura Cajigas Magaña
 Titular de la División de Innovación Educativa



IMSS-CES-2510-MP-DTDM-15-20-00063

En la siguiente imagen se muestra un convivio por parte de los médicos pasantes.



JULIO 2021.

Servicio: Epidemiología.

En este mes realizamos una campaña médica dónde dimos una plática a los derechohabientes sobre el diagnóstico y prevención de hipertensión arterial sistémica.



Se tomaba la asistencia a los pacientes que escuchaban la plática y se resolvían sus dudas.



Despedida de los médicos pasantes en casa del académico.



Foto de despedida con el urgenciólogo Dr. Lopez Lara y con las jefas de coordinación médica, Dra. Teresita de Jesus de la Rosa y Dra. Ana Gabriela Jurado Ibara.





CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL.

EN RELACIÓN A LA FORMACIÓN COMO PERSONA.

El largo camino de preparación para llegar a ser profesionista es complejo, desde mi situación personal, el hecho de tener que abandonar mi lugar de origen y llegar a una ciudad nueva fué difícil, el conocer personas con ideologías distintas, nuevas costumbres, estar lejos de casa, de mi familia y amigos, empezar con los desvelos, para estar horas y horas dedicadas al estudio y en ocasiones frustración por situaciones personales y académicas a las que tenía que enfrentarme al mismo tiempo, todo esto con una sola finalidad, adquirir competencias y aprendizaje y el término de mi carrera profesional.

Cada parte de la preparación de un médico es importante, sin embargo en pocas ocasiones se habla de la parte de la maduración personal como individuo, esa parte no académica por la que todos atravesamos, definitivamente no tenemos las mismas características que nos identificaban al inicio de la carrera y sin lugar a duda el servicio social es el proceso final en el que se sellan todas esas partes que forman a un médico, se consolidan los conocimientos académicos, personalmente te hace enfrentarte a tu nueva realidad.

Después de eso lo que sigue es convertirte en “el médico”, esa palabra que hace algunos años solo sonaba como una ilusión, está a punto de consolidarse, y para ser honesta, al principio sientes tanta emoción que pasan desapercibidas todas las responsabilidades que conlleva, pero, justamente, es un compromiso y responsabilidad el que se está a punto de adquirir, siendo realista, llega a dar miedo, ya que no es lo mismo realizar ciertas actividades, algunas participaciones con los pacientes a ese momento en el que me convertiría en el responsable, puesto que, son personas y vidas las que tendremos en las manos.

Una de las partes más importantes que aprendí es que siempre debes ponerte en los “zapatos” del paciente y entender su postura como tal. Muchas veces no sabemos lo que estén padeciendo respecto a su ámbito social, económico y emocional lo cual también desfavorece que los pacientes lleven un buen control de sus padecimientos consecuencia de un mal apego al tratamiento y por ende su salud se deteriore, como médicos debemos prestar importancia a todo lo que nos comenta el paciente, porque además de ser médicos también somos humanos.

Crecer como persona, también te hace crecer como profesionista, antes de ser un buen médico hay que ser una buena persona, siempre dignificando nuestra profesión, y haciendo que cada palabra que decimos tenga un sustento, para que el paciente sienta la confianza de saber que está siendo atendido por un buen médico, pero sobre todo por una buena persona.



EN RELACIÓN COMO PROFESIONAL.

En este año de servicio social en el cuál concluyo mi formación, me permitió conocer, aprender y enriquecerme de mucho conocimiento. Reforcé situaciones, patologías y procedimientos que serán fundamentales para mi vida laboral con el fin de poder brindarles a mis pacientes lo mejor, siendo médico general considero que es importante conocer hasta dónde podemos atender al paciente y reconocer en que momento debemos enviarlos o referirlos a hospitales de segundo y tercer nivel.

El servicio social me brindó la oportunidad de desarrollar distintas habilidades, aprendí el método de tamizaje de muchas patologías y la importancia de la prevención de estas. La forma de administrar el tiempo, el saber cómo tratar a distintos tipos de pacientes para poder tener una mejor atención, es importante para una buena relación médico paciente. Además me enseñó la experiencia de convivir en un ambiente laboral y poder desarrollarme de forma profesional.

Considero es importante el trato respetuoso a los pacientes, mis palabras y acciones me definen cómo persona y posteriormente mis conocimientos cómo médico que ocasiona que el paciente tenga un mejor apego a su tratamiento, muchas veces el no tener buena comunicación repercute y ocasiona un descontrol de sus padecimientos. Debemos ser empáticos cómo médicos, respetar a nuestros pacientes y ellos respetarnos a nosotros, esto genera un ambiente de paz que nos lleva a dar una buena atención y un buen control de las patologías de nuestros pacientes.

Es sabido que la profesión médica, como todas nunca termina, esto haciendo referencia a que cada día hay nuevas situaciones que cambian, por lo que es importante estar al pendiente de actualizaciones sobre temas determinados, cómo médicos, tenemos la responsabilidad de brindar al paciente la mejor opción de manejo y tratamiento.

El desarrollar aptitudes y competencias me hará mejor profesionista para poder ejercer, demostrando, capacidad de responsabilidad y acciones para ser un buen médico.

En este año nos tocó vivir una pandemia con un virus desconocido para la humanidad en el cuál vi familiares, pacientes y compañeros del gremio médico fallecer. Pude darme cuenta que en lo que respecta al personal de salud, los médicos fallecieron en el cumplimiento de su deber, los pasantes estuvimos siempre acompañados del médico encargado, sin embargo, actualmente seremos quienes brindemos la consulta médica a la población, aprendí que los médicos son vitales para que la población crezca sana, feliz y completa.



EN RELACIÓN A LA APORTACIÓN A LA COMUNIDAD.

Nuestra población derechohabiente se encuentra en transición epidemiológica importante con incremento de la población en los adultos mayores, los problemas de salud que atendemos son enfermedades crónico degenerativas principalmente en este grupo de edad.

Cobra suma relevancia mencionar que al estar en pandemia por SARS-CoV-2 toda la estadística se vio afectada, ya que predominaron en todos los grupos etarios los padecimientos relacionas a las enfermedades de vías respiratorias superiores.

La detección temprana de las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población derechohabiente de la U.M.F. 22, es sin lugar a duda el eje principal para poder iniciar un camino dirigido hacia la mejora en el estado de salud de la población mencionada, esto con el fin de poder evitar las complicaciones de cada patología.

La prevención, protección y promoción no solo de las acciones propias de salud pública, sino también de las intervenciones que cambien el actuar de las personas en su responsabilidad, en sus estilos de vida, actividad física, alimentación, consumo de tabaco y alcohol y en todas las situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental de nuestros derechohabientes.

La clínica cuenta con métodos de tamizaje abiertos a toda la comunidad derechohabientes, es importante como médico hacer incapié en la realización de cada una de ellas.

El médico por ende debe tener respeto, responsabilidad y empatía, el derechohabiente por su parte debe hacer valer sus derechos y obligaciones, con esto podremos disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas.

En el caso de la clínica 22 las principales causas de atención subsecuente fueron, hipertensión esencial, diabetes melitus tipo 2, artrosis, hiperplasia de la próstata, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, otros trastornos de ansiedad, artritis reumática, y trastornos del sueño, con base en el diagnóstico de salud 2020.

Es importante hacer del conocimiento de los pacientes qué una vez diagnosticado el padecimiento, se deben seguir ciertas recomendaciones respecto al tratamiento indicado por el médico. Muchas veces se ha demostrado que el fracaso o el descontrol de la patología está asociada al mal apego al medicamento. Esto nos indica que los pacientes deben comprometerse con su enfermedad, esto, es una cuestión que como médicos debemos hacer hincapié a cada paciente para lograr hacer un equipo de éxito, ese vínculo en el que como médico indicaré un tratamiento adecuado, pero los pacientes se comprometen a seguir las indicaciones para poder tener una mejoría tangible.



EN RELACIÓN A LA INSTITUCION EDUCATIVA.

La Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), unidad Xochimilco, tiene como objetivo formar profesionistas que estén comprometidos con la profesión que desempeñarán, que se involucren en el ámbito social, y se cumpla con los estándares de empatía. La UAM, se encuentra entre las primeras mejores instituciones a nivel nacional, por ende, su nivel educativo es excelente, preparando buenos profesionistas.

Su método de enseñanza se basa en un sistema modular el cual es diferente al tradicional, en el cual se nos enseña a poder ser autodidactas y enfrentar problemas trabajando en conjunto con nuestros compañeros intercambiando ideas. Se divide y evalúa por módulos trimestrales, en el que el primer año, se realizan grupos con alumnos de diferente carrera, esto con el fin de poder discutir ideas y desarrollarnos en todos los ámbitos. Contamos con un docente, el cual nos lleva de la mano durante cada trimestre, nos coordina y guía, no se limita solo a impartir clases, nos enseña a como no depender de solo un libro o un autor, sino buscar la enseñanza y el aprendizaje integral.

Realizamos investigación trimestral, guiado por el profesor, esto con la finalidad de contribuir al desarrollo de la población y la sociedad. Se aplica un método científico para poder verificar y obtener un resultado que sea claro y preciso para la solución de problemas, nos permite establecer contacto con la realidad a fin de que la conozcamos mejor, generando temas de interés social.

Al iniciar el segundo año de la carrera de medicina se nos envía al campo clínico, iniciando en unidades de primer nivel y posteriormente a unidades de segundo y tercer nivel. Considero este método de gran importancia, ya que ayuda a nuestra formación médica, el saber cómo realizar una buena anamnesis, en las múltiples historias clínicas que nos enseñan hacer y todas las habilidades médicas básicas que como profesionistas debemos dominar.

Nos forman cómo médicos bien instrumentados, bien preparados para dar atención con respecto a la salud, sin distinción de clases, porque cómo aprendí a lo largo de mi carrera, “no somos jueces ni verdugos”. En poco tiempo los estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana ya estamos haciendo procedimientos y diagnosticando al paciente, esto gracias a lo que mencionaba anteriormente, las prácticas clínicas.

Sólo me resta agradecer a mi universidad por todo lo que me ha regalado, por las formas en que me enseñó a ser un buen médico, siempre apoyada por cada uno de mis docentes y por el método impartido, teniendo la capacidad de desarrollar un método científico como médico y la destreza para poder visualizar la medicina desde todos los aspectos del ámbito en que se puede encontrar un paciente, enseñanzas que aplicare en mis pacientes y en mi andar como profesionista.



ANEXOS

ANEXO I: MONOGRAFÍAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.

Durante el servicio social realicé cuatro monografías, cada una de ellas supervisadas por el médico adscrito de la rotación que me correspondía en ese mes, las cuáles se exponen a continuación.

MONOGRAFÍA 1: INFERTILIDAD Y SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

REALIZADA EN EL MES DE SEPTIEMBRE, 2020 Y SUPERVISADO POR LA GINECOLÓGA OBSTETRA, DRA. TERESA SOLÍS FUENTES.

INTRODUCCIÓN.

El síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), es un trastorno hormonal frecuente en las mujeres en edad reproductiva. Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico pueden tener períodos menstruales con poca frecuencia o prolongados, o niveles excesivos de hormona masculina (andrógeno).¹⁸

Se pueden formar varias acumulaciones pequeñas de líquido (folículos) en los ovarios y estos podrían no liberar óvulos de forma regular. Por este motivo y dada la frecuencia del síndrome, me parece de vital importancia conocer del tema para orientar y tratar a la mujeres que deseen embarazarse y no les sea posible por el síndrome.¹⁸

JUSTIFICACIÓN.

Existe una proporción de mujeres con síndrome de ovario poliquístico que pueden lograr un embarazo sin intervención médica, sin embargo, la gran mayoría muestra infertilidad anovulatoria por lo que en este estudio evaluaremos los tratamientos que se tienen en la actualidad para el control de la fertilidad en mujeres con síndrome de ovario poliquístico.

Con la finalidad de poder aportar a las parejas que planeen embarazarse de primera vez y no lo puedan concretar por el síndrome. Con los resultados obtenidos en esta revisión se instruirá al personal de salud sobre los diferentes tipos de tratamiento de la fertilidad en este caso en particular.



OBJETIVO GENERAL :

Orientar a las mujeres con síndrome de ovario poliquístico que deseen embarazarse.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar cada uno de los tratamientos de fertilidad, Comparar los tratamientos entre sí y sugerir al personal de salud sobre cada uno de los tratamientos estudiados.

CASO CLÍNICO

Padecimiento actual: femenino de 23 años de edad, acude con su pareja al servicio de planificación familiar, por alteraciones de ciclos menstruales y por deseo de embarazarse. Refiere alteraciones menstruales. Posterior a Menarca inicia con ciclos menstruales irregulares (opsomenorrea) que en ocasiones alterna con ciclos de amenorrea de hasta 3 a 6 meses, lográndose regularizar ciclos con la administración de clormadinoma únicamente; se agrega a lo anterior desde hace 9 meses la presencia de vello en mentón, línea infraumbilical y tórax posterior, así como aumento progresivo de peso en los últimos 9 meses.¹⁹

A la exploración física:

Peso 86 kg, talla: 1.59, IMC: 34, percentila de IMC >95, TA 130/95, FC 72 lpm, FR 22 rpm, perímetro de cintura: 110 cm, perímetro de cadera: 115cm.¹⁹ Presencia de acné en cara, acantosis nigricans en cuello y pliegues, con hirsutismo (ferriman de 9 puntos: cara 2, tórax anterior 0, tórax posterior 2, abdomen línea media 2, antebrazo 2, cara interna de ambos muslos 2, tiroides de tamaño y consistencia normal, cardiopulmonar sin compromiso, glándulas mamarias simétricas, sin zonas de retracción, no galactorrea, sin nodulaciones, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, sin visceromegalias, genitales externos sin clitoromegalia.¹⁹

Estudios de laboratorio y gabinete: 07/11/2020

Glucosa 108 mg/dl, Creatinina 0.9, Ácido úrico 7.4, Na 134.8, K 4.03, Cl 107, Colesterol total 195, TG 255, HDL-col 27, LDL-col 105, VLDL 59, PIE negativa, FSH 7.25, LH 17.88, Estradiol 64, Prolactina 8.3, Testosterona 2, Cortisol serico 18, 17-OH-progesterona 2, Androstenediona 2.08, T4 libre 1.2, TSH 3.5, DHEA-S 185, Insulina 36.¹⁹

USG pélvico:

Útero en posición neutra, con tendencia a retrogresión, orden regulares y bien definidos; ecotextura sin evidencia de lesiones focales o difusas, medidas de 45 x 91 x 46 mm.



Ovario izquierdo de situación normal, sus medidas son 20 x 32 mm, ecotextura con presencia de imágenes anecoicas que miden aproximadamente 14 x 14 mm. Ovario derecho de forma y situación normal, medidas de 20 x 26 mm ecotextura con imágenes que miden 9 mm aproximadamente. ¹⁹

Diagnóstico(s) Inicial(es):

Síndrome de ovario poliquístico, Hiperplasia congénita tardía.

Diagnóstico(s) Final(es):

Obesidad, Síndrome de ovario poliquístico e Hipertrigliceridemia.

Tratamiento Empleado:

- Cambios en el estilo de vida relacionados con la actividad física (30-40 minutos de ejercicio aeróbico fr 4-5 días. A la semana).
- Dieta
- Tratamiento farmacológico de elección: metformina / 1.0-1.5 g en dos tomas).

Evolución:

Paciente de la segunda década de la vida con mejoría en sintomatología clínica, ciclos menstruales regulado al pego a tratamiento farmacológico y pérdida de peso de 5 kg en un mes. Actualmente se le indica que debe continuar con el manejo para posteriormente empezar con los tratamientos de fertilidad. ¹⁹

Análisis del caso clínico:

En el anterior caso clínico, nos menciona paciente femenina de 23 años de edad que acude a planificación familiar para consejería por deseo de embarazarse y alteraciones menstruales.

Refiere ciclos menstruales irregulares (opsomenorrea) con ciclos cortos de amenorrea de 3 a 6 meses, que evidencian que hay una alteración por el cuál no se ha podido embarazar.

Se le realiza exploración clínica dónde se encuentra presencia de velo en mentón, línea infraumbilical y tórax posterior, calculando un Ferriman Gallwey de 9 puntos. Además peso de 86 kg y talla de 1.59, con un IMC de 34, perímetro de cintura de 110 cm y perímetro de cadera de 115cm.

Se toma USG que reporta imágenes anecoicas de 14 x 14 mm en ovario izquierdo.



Integrando todos los estudios y la clínica se hace un diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico. Iniciamos con tratamiento, especialmente cambio de estilo de vida, dieta y ejercicio. Se manda tratamiento farmacológico a razón de metformina.

DISCUSIÓN

DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA:

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es una enfermedad heterogénea caracterizada por hiperandrogenismo, disfunción ovárica y morfología de ovario poliquístico (PCOM). El SOP es más que un trastorno reproductivo, y actualmente se considera un síndrome con consecuencias metabólicas que podrían afectar la salud de las mujeres durante las diferentes etapas de la vida reproductiva y posreproductiva (Dunaif y Fauser, 2013; Orio y Palomba, 2014).²⁰

HISTORIAL NATURAL DE LA ENFERMEDAD (DETERMINANTES DE PRONÓSTICO):

Las dos principales anormalidades encontradas en las pacientes con SOP incluyen elevación de los niveles de hormona luteinizante e insulina. La hipótesis más aceptable sugiere un sinergismo entre ambas, lo cual termina por provocar en el ovario, atresia folicular e incapacidad para la formación de estrógenos. La hiperestimulación ovárica por la insulina, provocaría hiperandrogenismo. Se han identificado en el ovario humano receptores para la insulina y los factores de crecimiento similares a la insulina tipo 1, los cuales son homólogos de los receptores de la insulina en un 40% y aunque, con menor afinidad, se unen a ella en presencia de ciertas patologías que cursan con estados de resistencia a la insulina e hiperinsulinemia compensatoria.²⁰

La hiperinsulinemia incrementa la formación de receptores IGF-1. La hipófisis también contiene receptores para la insulina y bajo estímulo incrementa la secreción de LH. Las hormonas sexuales son transportadas en su forma inactiva unidas a proteínas específicas. La hiperinsulinemia inhibe la producción de la proteína transportadora de hormonas sexuales (SHBG) lo cual aumenta la proporción de testosterona libre que a su vez representa la forma activa de la hormona. Adicionalmente, la conversión periférica de andrógenos a estrona inhibe la secreción de FSH llevando a ciclos anovulatorios. La fisiopatología del SOP es compleja, la resistencia a la insulina tiene un papel central en más del 50% de los casos, generalmente asociada a obesidad, en el resto de los casos las teorías involucran directamente al hipotálamo, a través de cambios en la frecuencia y magnitud de los picos de la hormona liberadora de gonadotropinas, lo cual aumentaría los niveles circulantes de LH.²⁰

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico del síndrome de ovario poliquístico se basa en la combinación de sus características clínicas, bioquímicas y ultrasonográficas.²⁰

TABLA 23. CRITERIOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (NIH).

TABLA 1			
Criterios diagnósticos para SOP			
Signos y síntomas ^a	NIH (1990)	Rotterdam (2003)	AES (2006)
Hiperandrogenismo ⁺	R	NR	R
Oligo or anovulación	R	NR	NR
Ovarios poliquísticos		NR	NR

R: Requerido.
NR: No Requerido.
^a Excluir otra patología.
⁺ Hirsutismo o hiperandrogenemia bioquímica.

Fuente: [http://www.revistafertilidad.org/rif/ckfinder/userfiles/images/tabla-1-web\(5\).jpg](http://www.revistafertilidad.org/rif/ckfinder/userfiles/images/tabla-1-web(5).jpg). Fecha de Consulta: 10/septiembre/2020.

En la anterior tabla se muestran los criterios diagnosticos para el síndrome de ovario poliquístico.

ESTUDIOS PARACLÍNICOS (“GOLD STANDARD”):

La ultrasonografía especialmente transvaginal es un procedimiento útil para detectar morfología de ovarios poliquísticos. Se debe tener en cuenta que la vía abdominal tiene limitaciones sobretodo en niñas obesas. Frente a un diagnóstico diferencial ominoso, se recomienda actualmente realizar una resonancia nuclear magnética de abdomen. En las mujeres sexualmente maduras el ovario alcanza un volumen aprox de 6cc y no excede los 8cc cuando contiene un cuerpo lúteo o un folículo maduro. En pacientes portadoras de SOP el volumen es significativamente mayor, superiores a 10cc. No obstante, un 30% de las pacientes pueden presentar volúmenes ováricos normales.²¹

Los criterios actualmente utilizados para definir ovarios poliquísticos son: Presencia de 12 o más folículos en cada ovario (barrido completo), Medición entre 2-9mm de diámetro y volumen ovárico aumentado (> 10ml) en fase folicular temprana.²¹

Esta definición no se aplica a mujeres que toman anticonceptivos orales. Sólo un ovario afectado es suficiente para definir el síndrome. Si hay evidencia de un folículo dominante (>10mm) o un cuerpo lúteo, el examen debe repetirse durante el próximo ciclo.²¹



Testosterona total: Puede ser normal o estar moderadamente elevada en SOP. Si el nivel es elevado, se realiza una prueba de 17 hidroxiprogesterona. En las mujeres jóvenes la concentración de testosterona total de 60 ng/dL (normales entre $<0 = 150$ ng/dL usualmente entre 25-50 ng/dL). El hallazgo superior de testosterona superior a 60 ng/dL es consistencia con SOP.²⁰

GLOBULINA FIJADORA DE HORMONAS SEXUALES: Es normal o tiende a la baja en las mujeres con SOP (<3.4 nmol/L).²⁰

ÍNDICE DE ANDRÓGENOS LIBRES: Este es normal o elevado e mujeres con SOP (el rango normal es generalmente inferior a 5, pero este depende de los laboratorios locales).²⁰

Las siguientes pruebas permiten descartar otras causas de de oligomenorrea y amenorrea.

Niveles de Hormona Estimulante del Tiroides. Rango normal 0.4-4.5 mU/L.²⁰

Medición de Prolactina: Normal <30 ng/mL y puede estar ligeramente elevada en las mujeres con SOP.²⁰

Medición de 17 Hidroxiprogesterona: Para descartar hiperplasia adrenal congénita n o clásica por deficiencia de 21 hidroxilasa).²⁰

Cortisol Libre Urinario 24 horas o Prueba de Supresión a la Dexametasona: 3-4 veces superior a lo normal.²⁰

Medición de FSH y LH: Hasta un 75% de las pacientes con SOP pueden presentar alteración en sus niveles de gonadotropinas.²⁰

MANEJO INICIAL (ENFOCAR EN ABORDAJE EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN): Se debe de considerar el diagnóstico oportuno de SOP en la adolescencia, ante los datos clínicos de elevación anormal de andrógenos. (Pubertad precoz, hirsutismo), oligo o anovulación, sospecha de resistencia a la insulina, acantomas nigricans y zonas hiperpigmentadas en la nuca u otras áreas tales como las axilas o la ingle son indicativas de resistencia a la insulina.²⁰

Se deben efectuar la determinación de la presión arterial, índice de masa corporal (IMC), y circunferencia de la cintura, así como del grado de hirsutismo, acné y alopecia. La historia clínica debe incluir un interrogatorio detallado sobre el crecimiento y desarrollo sexual, la menarca y patrón menstrual. Los hallazgos físicos.²⁰

PÉRDIDA PONDERAL: Constituye la primera opción terapéutica en pacientes obesas. La pérdida de peso puede reducir el hiperinsulinismo e hiperandrogenismo, reducir el riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular, regularizar la menstruación y mejorar las posibilidades de gestación.²⁰



MANEJO INTEGRAL (ABORDAJE EN SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: CRITERIOS PARA SU REFERENCIA).

Está orientado a corregir el hiperandrogenismo, los trastornos menstruales, las alteraciones metabólicas asociadas (obesidad y RI) y la ovulación, en los casos en que la mujer desee embarazo.²⁰

Por ser el síndrome de ovario poliquístico una disfunción endocrinometabólica crónica, con un fuerte componente genético, su curación espontánea es dudosa, por lo que los tratamientos deben iniciarse precozmente y ser prolongados.²¹

El tratamiento oportuno permite prevenir las graves consecuencias que puede tener el SOP para la salud de las mujeres, tales como: enfermedad cardiovascular e hipertensión, resistencia insulínica, diabetes, diabetes gestacional, cáncer endometrial, mayor tasa de abortos y pre-eclampsia.²¹

Tratamiento del hiperandrogenismo

En la mujer que no desea embarazo, el tratamiento está orientado a corregir la hiperandrogenemia, las manifestaciones cutáneas del hiperandrogenismo (hirsutismo, acné y alopecia androgénica), los trastornos menstruales y las alteraciones metabólicas asociadas a la resistencia insulínica y al hiperinsulinismo.²¹

Los métodos que se pueden utilizar para un adecuado manejo del hiperandrogenismo están dirigidos a: inhibir la esteroidogénesis ovárica, suprarrenal o ambas, aumentar la concentración de SHbG, evitar la acción de andrógenos en tejidos blancos, bloqueando la unión a sus receptores e inhibir la conversión periférica (5- α reductasa) de testosterona a dihidrotestosterona (hormona 3 veces más potente) y por último, actuar directamente sobre los tegumentos, utilizando recursos cosméticos.²¹

A) Los anticonceptivos orales :

Son considerados la primera alternativa terapéutica para mujeres en edad reproductiva, estos fármacos suprimen la secreción de LH y, por lo tanto disminuyen la biosíntesis de andrógenos ováricos, aumentan la concentración plasmática de

SHBG disminuyendo los andrógenos libres y además permite una descamación regular del endometrio, con lo que se evita el riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio.²¹

El inconveniente de los anticonceptivos orales es que pueden deteriorar la resistencia insulínica y aumentar la síntesis hepática de triglicéridos, lo que dependerá del tipo de progestina que contenga.²¹



Las progestinas más recomendables son, la drospirinona, al ser un derivado de la espironolactona, tendría un efecto beneficioso sobre la resistencia insulínica y el dienogest y acetato de clormadinona tendrían la capacidad de reducir la actividad de la 5 alfa reductasa a nivel de la piel . Las pacientes que más se benefician con los anticonceptivos orales son aquellas con anovulación crónica y niveles elevados de andrógenos y de LH.²¹

Antiandrógenos

Son compuestos de tipo esteroidal, como el acetato de ciproterona y la espironolactona, o no esteroidal, como la flutamida y el finasteride, que antagonizan al receptor de andrógenos en el folículo piloso y la glándula sebácea.²¹

La elección del antiandrógeno depende de cada caso en particular, tomando en cuenta el mecanismo de acción y los efectos adversos de cada droga. Los dos primeros son muy efectivos en suprimir la hiperandrogenemia, mientras que la flutamida y el finasteride son efectivos como bloqueadores periféricos de la acción androgénica, pero no modifican el nivel de andrógenos.²¹

Los antiandrógenos, sin excepción, están contraindicados en el embarazo, ya que pueden provocar feminización de un feto masculino. Por lo tanto, deben usarse en combinación con un anticonceptivo en aquellas pacientes que tienen actividad sexual.²¹

La asociación de un antiandrógeno con un anticonceptivo oral potencia el efecto antiandrogénico. Los antiandrógenos también pueden asociarse entre sí, como por ejemplo el acetato de ciproterona con finasteride o la espironolactona con flutamida. Sin embargo, la asociación de acetato de ciproterona con flutamida no es recomendada por el aumento en el riesgo de compromiso hepático.²¹

Los glucocorticoides no están indicados en el tratamiento del hiperandrogenismo. Manejo de la oligo-ovulación crónica.²¹

Se ha descrito que las pacientes con SOP tienen hasta 3 veces más riesgo que la población general de desarrollar hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio, lo que se debe a: hiperestrogenismo relativo por ausencia de ovulación, presencia de factores de crecimiento e inflamatorios por obesidad, RI y diabetes; y nuliparidad.²¹

TRATAMIENTO FERTILIDAD EN MUJERES CON SOP

ANTIESTRÓGENOS: El tratamiento tradicional de inducción de la ovulación de primera elección en mujeres con SOP e infertilidad anovulatoria es el citrato de clomifeno antiestrógeno. Se observó una incidencia baja pero significativamente mayor de embarazos múltiples en pacientes con SOP tratadas con citrato de clomifeno en comparación con pacientes que recibieron tratamiento con metformina (Legro et al., 2007) o letrozol (Legro et al., 2014b).²¹



Recientemente, se ha detectado un 60% más de riesgo de PEG en mujeres que concibieron después de la inducción de la ovulación con citrato de clomifeno seguida de inseminación intrauterina (IIU) en comparación con las mujeres que concibieron después de IIU en ciclos naturales (OR 1,6; IC del 95%: 1,2-2,4; Malchau et al., 2014). Tanto el citrato de clomifeno como el letrozol son considerados teratogénicos por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) y se ha sugerido que su uso como inductores de la ovulación está asociado con defectos de nacimiento.²¹

SENSIBILIZADORES DE LA INSULINA:

Se han realizado una gran cantidad de estudios para investigar el efecto de los sensibilizadores de insulina sobre la inducción de la ovulación, en particular la biguanida metformina. Actualmente, no se recomienda el uso de metformina como fármaco para la infertilidad, debido a los resultados negativos del mayor ECA que compara la metformina con el citrato de clomifeno. Sin embargo, su uso sigue siendo común en la práctica clínica. La tasa de aborto espontáneo de mujeres con SOP que recibieron metformina fue estadísticamente similar a la observada después de la administración de citrato de clomifeno (Tang et al., 2012).²¹

La adición de metformina a los fármacos habituales para la fertilidad no mejoró la tasa de abortos espontáneos (Palomba et al., 2009c; Tang et al., 2012) y no se demostró ningún beneficio clínicamente significativo sobre los resultados reproductivos en pacientes con SOP cuando se coadministró metformina con gonadotropina en la FIV. y ciclos sin FIV o durante el embarazo (Lautatzis et al., 2013; Palomba et al., 2013b, 2014d).²¹

Por último, un metanálisis reciente (Cassina et al., 2014) no demostró ningún efecto sobre las malformaciones importantes (OR 0,86; IC del 95%: 0,18–4,08) ni ningún efecto sobre el crecimiento fetal y el resultado perinatal en mujeres con SOP que interrumpieron el tratamiento en el momento de diagnosticar un embarazo en comparación con las mujeres que fueron tratadas con metformina durante el primer trimestre del embarazo.²¹

En conclusión, la metformina debe considerarse segura, pero los datos científicos aún son escasos para recomendar su uso para mejorar los resultados reproductivos / del embarazo en mujeres con SOP en la práctica clínica.²¹

GONADOTROPINAS:

La inducción de la ovulación con gonadotropinas está indicada cuando se ha producido resistencia o falla al citrato de clomifeno.²¹

Se han reportado tasas de aborto espontáneo del 12,5% y las tasas de embarazos múltiples variaron entre 4 y 18%.²¹



Los datos de seguridad de la administración de gonadotropinas sobre el bienestar materno y neonatal no fueron específicos para las poblaciones de SOP y se consideraron todos los estudios anteriores a la comercialización.²¹

PERFORACIÓN OVÁRICA LAPAROSCÓPICA:

Es la tercera opción de tratamiento, después del citrato de clomifeno y las gonadotropinas, para las mujeres con SOP anovulatorio; la tasa de abortos espontáneos fue baja (~4–9%), como el número de mujeres que tuvieron un embarazo múltiple (<10%; Farquhar et al., 2012).²¹

FIV o ICSI:

Son los últimos procedimientos sugeridos para tratar la infertilidad en pacientes con SOP. Los resultados reproductivos de la FIV en pacientes con SOP no fueron diferentes de los controles sin SOP.²¹

No se asoció un aumento significativo en el riesgo de defectos congénitos con la FIV después del ajuste por factores parentales. Además, se observó un mayor riesgo de defectos congénitos asociados con ICSI, probablemente debido al procedimiento de reproducción asistida en sí o al aumento de la incidencia del factor masculino.²¹

En conclusión, debido a que la infertilidad anovulatoria está asociada con el síndrome de ovario poliquístico, el uso de inductores de la ovulación y el TAR podrían aumentar el riesgo absoluto de complicaciones del embarazo en las poblaciones con síndrome de ovario poliquístico. Además, los datos específicos sobre el efecto de las intervenciones para pacientes infértiles con SOP sobre el riesgo obstétrico y neonatal son limitados.²¹

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN EN MUJERES CON SOP:

Las embarazadas obesas, independientemente del SOP, deben ser informadas sobre los efectos beneficiosos de la actividad física y / o dietética durante el embarazo sobre el aumento de peso gestacional, los riesgos de EP, distocia de hombros, tendencia hacia la reducción del riesgo de DMG, parto prematuro, muerte intrauterina y nacimiento.²¹

Una intervención dietética y / o de actividad física en mujeres con SOP podría evitar el aumento excesivo de peso observado durante el embarazo.²¹

Teniendo en cuenta los datos disponibles que sugieren que el 2,9% de las mujeres en edad reproductiva se ven afectadas por la diabetes pregestebería ser crucial realizar pruebas de detección a todas las mujeres que están planeando un embarazo, con especial atención a las mujeres con SOP.²¹

El riesgo de desarrollar DMG también se puede predecir en mujeres con SOP con gran precisión antes de la concepción basándose en las siguientes características:



Familiares de primer grado con diabetes tipo 2 -Concentraciones de glucosa, insulina, androstenediona y SHBG en ayunas.²¹

Este enfoque, seguido de la atención previa a la concepción destinada a garantizar un control glucémico adecuado, podría reducir el costo y la carga de salud asociados con la DMG, especialmente en mujeres con factores de riesgo no relacionados con el SOP, como la obesidad, la edad avanzada y una etnia particular.²¹

Ciertamente, en las mujeres infértiles con SOP se debe hacer el máximo esfuerzo para reducir el tiempo hasta el embarazo y evitar embarazos múltiples, utilizando estrategias y / o fármacos que induzcan la monoovulación. y siempre utilizando la transferencia electiva de un solo embrión en los ciclos de ART.²¹

A lo largo de la gestación, se debe prestar especial atención a los cambios tempranos en las proteínas de fase aguda, a la dislipidemia y a los niveles de hemoglobina y hematocrito anormalmente bajos porque todos estos marcadores bioquímicos están relacionados con un mayor riesgo de complicaciones del embarazo en mujeres con SOP.²¹

Las mujeres con SOP comúnmente mostraron índices Doppler de la arteria uterina más anormales durante las primeras fases del embarazo, lo que sugiere un papel potencial de la ecografía en la selección de pacientes con SOP con alto riesgo de embarazo adverso y resultados perinatales.²¹

Se han propuesto diferentes medidas farmacológicas en mujeres con SOP durante el embarazo con el fin de reducir los riesgos obstétricos y neonatales aunque los fármacos probados en esa población sean pocos.²¹

La metformina es eficaz y segura para el tratamiento de la diabetes gestacional, particularmente para mujeres con sobrepeso y obesidad.²¹

Se sugirieron ventajas potenciales del uso de metformina sobre la insulina en la DMG con respecto al aumento de peso materno durante el embarazo, los resultados neonatales (incluida menos grasa visceral) y el cumplimiento de la paciente.²¹

La administración de metformina durante el embarazo redujo la impedancia de la arteria uterina entre las 12 y 19 semanas de gestación. Por tanto, su administración en las primeras fases del embarazo podría influir en la invasión trofoblástica de la decidua materna permitiendo una placentación satisfactoria con la consecuente mejora de los resultados del embarazo.²¹

Los estudios que han evaluado otras clases de fármacos, como la heparina de bajo peso molecular (HBPM) y el ácido acetilsalicílico (AAS), fueron pocos y en muestras pequeñas. AAS y HBPM, como monoterapia o un esquema combinado, previnieron el aborto espontáneo y la pérdida recurrente del embarazo en 336 pacientes con SOP con hiperhomocisteinemia y la HBPM, sola o combinada con metformina, redujo la pérdida de embarazo.²¹



COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO EN MUJERES CON SOP CON TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

Embarazo múltiple:

Los embarazos múltiples son la causa más importante del aumento de la morbilidad perinatal observada después de los tratamientos de fertilidad, con especial atención a las mujeres con síndrome de ovario poliquístico afectado por infertilidad anovulatoria. La mayor parte del riesgo de complicaciones del embarazo se debe a las tasas de partos prematuros de partos múltiples. Sin embargo, los embarazos múltiples también están relacionados con muchas otras complicaciones obstétricas y neonatales.²¹

Aborto espontáneo:

Todavía se debate si las mujeres con SOP tienen un mayor riesgo de aborto espontáneo en comparación con las mujeres sin un trastorno de la fertilidad. De acuerdo con el consenso de SOP de 2012, se sugiere que las tasas de aborto espontáneo sean comparables, aunque los datos disponibles muestran resultados contradictorios.²¹

Hipertensión y preeclampsia inducidas por el embarazo:

La hipertensión inducida por el embarazo, es una complicación común del embarazo, cuya patogénesis se mantiene incierta. Muchas manifestaciones del síndrome de ovarios

poliquísticos (SOP) se han asociado con estas patologías. Más aún, el identificar que estas manifestaciones puede persistir muchos años después de la gestación.²²

Diabetes mellitus gestacional:

La diabetes mellitus gestacional (DMG) es la complicación del embarazo descrita con más frecuencia en mujeres con SOP. Su diagnóstico temprano es fundamental y su tratamiento cuidadoso reduce significativamente la incidencia de complicaciones maternas y neonatales relacionadas. El riesgo de DMG es aproximadamente tres veces mayor en mujeres con SOP.²²

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El síndrome de Ovario poliquístico es una patología con un alta prevalencia en mujeres. En Aquellas pacientes que no deseen embarazarse con SOP, el tratamiento está enfocado en reducir los niveles de androgenismo y posteriormente la clínica, consecuencia del hiperandrogenismo.

En mujeres obesas o con sobrepeso con síndrome de ovario poliquístico, una intervención no farmacológica que consiste en una combinación de dieta hipocalórica, aumento de la actividad física y un plan individualizado de modificación



del comportamiento puede ser eficaz para perder peso y mantener la pérdida de peso. Podría mejorar los resultados reproductivos naturales y / o artificiales, reduciendo las complicaciones del embarazo relacionadas con el exceso de peso corporal.

En mujeres que si deseen embarazarse y que no lo logren concebir por la anovulación como principal consecuencia del síndrome, es recomendable el manejo con inducción de la ovulación, tratamiento de primera elección en pacientes sin obesidad o en pacientes en los que ha fracasado un abordaje no farmacológico.

El nacimiento vivo se logra en aproximadamente el 80% de las mujeres con SOP que se someten a tratamiento dentro de los 2 años.

La tendencia actual para el tratamiento de la esterilidad en el SOP es usar, como primera opción, citrato de clomifeno y metformin, Si hay falla, se emplean gonadotropinas como segunda opción y, si nuevamente fracasa, destrucción parcial del ovario por vía laparoscópica.

Las mujeres embarazadas con SOP deben ser informadas de los riesgos adicionales de su embarazo para facilitar una vigilancia materno-fetal más estrecha y, por lo tanto, realizar intervenciones preventivas y terapéuticas de manera temprana, en particular para los fenotipos más graves de SOP. Aunque se sugiere un seguimiento estrecho durante el embarazo en mujeres con SOP, por el momento no se dispone de una guía específica para prevenir y tratar las complicaciones del embarazo en pacientes con SOP, y las sugerencias clínicas solo pueden extrapolarse de poblaciones con características similares.

Si bien hay una falta de datos basados en evidencia en esta área, los tratamientos de infertilidad se consideran posibles factores de confusión en la evaluación de las complicaciones del embarazo en el SOP, tanto por sus posibles efectos directos en los embarazos múltiples relacionados con el tratamiento y embarazo .

MONOGRAFÍA 2: SÍNDROME DE MARFÁN, ESTUDIO DE CASO.

**REALIZADA EN EL MES DE FEBRERO, 2021 Y SUPERVISADO POR EL
MÉDICO FAMILIAR, DR. OSWALDO OCAMPO HERNÁNDEZ.**

INTRODUCCIÓN.

El síndrome de Marfán fue informado por primera vez alrededor de unos 100 años atrás por el médico pediatra Antoine-Bernard de Marfán en 1896, quien se percató de la asociación de dígitos largos y delgados y otras anomalías esqueléticas en una paciente de 5 años.²³



Es un trastorno genético autonómico dominante y basta heredar una sola copia del gen con la mutación para que el síndrome se manifieste. Actualmente se tiene una prevalencia de 1 de cada 5000-10000 recién nacidos, por lo que se clasifica como una enfermedad rara. por anomalías del tejido conectivo que provocan alteraciones oculares, esqueléticas y cardiovasculares.²³

Su diagnóstico no siempre es simple, sobre todo en niños y adolescentes. Han sido definidos varios criterios de diagnóstico: Berlín (1986), Ghent (1996) y Ghent revisados (2010) con el objetivo de facilitar el diagnóstico clínico.²³

El manejo y seguimiento se realiza por un equipo multidisciplinario. En la prevención primaria se debe realizar consejo genético y se considera la planificación familiar.²³

JUSTIFICACIÓN.

La finalidad este trabajo es dar a conocer a propósito de un caso clínico este síndrome para así mejorar su reconocimiento y por lo tanto su manejo.

OBJETIVO GENERAL.

Analizar el síndrome de Marfan cómo padecimiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Describir la enfermedad de Marfan, motivar a los médicos de atención primaria detectar el síndrome así como tratar la disección aórtica y conocer las principales complicaciones.

CASO CLÍNICO.

Padecimiento actual:

Femenino de 43 años de edad ya conocida en esta unidad con los siguientes antecedentes.²⁴

Se recibe en salud en el trabajo dictamen ST4 autorizado en físico con fecha de inicio de mención 05/02/2018 con carácter definitivo.²⁴

Actualmente se refiere estable, asintomática, niega disnea, ortopnea, tolera el decúbito, niega angina, con adecuada respuesta a medicamentos.²⁴

Antecedentes personales patológicos:

Enfermedad de Marfan desde los 6 años de edad, antecedente de aneurisma aórtico y disección aórtica hasta iliacas en 2016 con colocación de tubo de Dacron sin válvula.²⁴

Valoración por cardiología 12/04/16:



Diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva con tratamiento a base de losartan 1-0-1, metoprolol 1-0-1.²⁴

Valoración por Medicina Interna:

Reportando estable y manejo sin cambios al anterior.²⁴

Valoración por Oftalmología:

Catarata congénita con luxación congénita de cristalino a los 7 años de ojo derecho y a los 10 años luxación congénita de cristalino izquierdo, colocación de lente intraocular de ambos ojos a los 16 años de edad. Desprendimiento de retina a los 26 años en ojo derecho con pérdida de la agudeza visual, colocación de prótesis ocular en mismo ojo estético a los 14 año. Actualmente con prótesis ocular en ojo derecho y lente intraocular en ojo izquierdo.²⁴

Valoración psiquiatría:

Trastorno depresivo moderado en tratamiento con citalopram 1-0-0.²⁴

Valoración por angiología:

En protocolo de estudio.²⁴

Valoración pro Trauma y Ortopedia:

Diagnóstico de gonartrosis y lumbalgia mecanopostural, con envío a rehabilitación y en tratamiento con dclornaco 1-0-1 x 2 semanas.²⁴

A la exploración física:

Talla 1.78 cm, Peso de 79.8 kg, IMC 23.04, Temperatura 36.5 °C, TA 120/70 mmHg.²⁴

Consciente, orientada, con adecuada hidratación y coloración de tegumentos y mucosas, ojos simétricos con reflejos oculares presentes y normales, retina aplicada, Lente intraocular in situ y transparente, cambios en epitelio pigmentario. Cavidad oral y faringe sin alteraciones. Sin datos de ingurgitación yugular, sin soplos carotídeos, cardiorrespiratorio con murmullo vesicular sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono e intensidad sin fenómenos agregados, no soplos o frotos sin tercer o cuarto ruido. Abdomen sin alteraciones, blando, depresible, sin regalías... Extremidades íntegras, asimetría de hombros, sin edema, asimetría de miembros inferiores con abducción de rodilla con tendencia de llevar el tobillo derecho hacia adentro y hacia abajo. Resto negado.²⁴

Estudios de laboratorio y gabinete:

No se cuentan en este momentos con estudios recientes.²⁴

Diagnóstico(s) Inicial(es):

Enfermedad de Marfan, Gonartrosis, Lumbalgia mecanopostural y Depresión leve.²⁴



Diagnóstico(s) Final(es):

Enfermedad de Marfan, Insuficiencia cardiaca congestiva, Gonartrosis, Lumbalgia mecanopostural y Depresión leve. ²⁴

Evolución:

Pronóstico reservado a evolución. ²⁴

Análisis del caso clínico

Paciente femenina de 43 años de edad, derechohabiente. Acude a consulta familiar para seguimiento y dotación de medicamento. Como antecedentes personales patológicos, Enfermedad de Marfán diagnosticada a los 6 años de edad. ²⁴

Insuficiencia cardiaca congestiva, catarata Congénita con luxación congénita del cristalino a los 07 años de edad en ojo derecho y a los 10 años en ojo izquierdo. Prótesis ocular en ojo derecho y lente intraocular en ojo izquierdo. Trastorno depresivo moderado, gonartrosis y lumbalgia mecanopostural. Refiere en Mayo del 2016 colocación de tubo de dacrón sin válvula por antecedente de aneurisma pórtico y disección aórtica hasta ilíacas. ²⁴

Actualmente se encuentra estable con nota de salud en el trabajo de dictamen st4 autorizado en físico con fecha de inicio de mención el 05.02.2021 con carácter definitivo. ²⁴

Presenta seguimiento en especialidades (Cardiología, Medicina interna, Oftalmología, Psiquiatría, Angiología, Trauma y ortopedia, Medicina familiar y rehabilitación). ²⁴

Se toman signos vitales y se realiza exploración física en consultorio, cuenta con talla de 1.78 cm, peso de 79.8, IMC de 23.04, tensión arterial de 120/70 mmhg. En tratamiento con losartan a razón de una tableta cada 12 horas, metoprolol 1 tableta cada 12 horas, citalopram 1 tableta cada 24 horas, diclofenaco 1 tableta cada 12 horas por 2 semanas. ²⁴

DISCUSIÓN

DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA:

El síndrome de marfan se caracteriza por anomalías del tejido conectivo que provocan alteraciones oculares, esqueléticas y cardiovasculares. ²⁵

Algunos estudios señalan que este síndrome es un trastorno genético autosómico dominante y que basta heredar una sola copia del gen con mutación para que el síndrome se manifieste. Aparece descrito dentro de algunos síndromes de talla disarmónica, por la presencia de signos dismórficos o de asimetrías entre los segmentos corporales asociados a macrosomía. ²³

En 1991 se descubrió que el defecto básico en el síndrome se ha atribuido a un gen de fibrina-1 alterado (FBN1) en el cromosoma 15q21.1. Constituyendo la fibrilina, una proteína esencial para la formación de fibras elásticas del tejido conectivo.²³

HISTORIAL NATURAL DE LA ENFERMEDAD (DETERMINANTES DE PRONÓSTICO).

La prevalencia es de 1 en 5000- 10000 recién nacida, afecta por igual en ambos sexos.²³

Se trata de una enfermedad multisistémica, cuyas principales manifestaciones clínicas ocurren a nivel esquelético, ocular y cardíaco.²⁴

Sistema musculoesquelético:

Es el primer signo de la enfermedad y puede incluir una dolicoostenomelia (longitud excesiva de las extremidades), talla grande, aracnodactilia, hiper movilidad articular, escoliosis, protrusión del acetábulo, deformidad torácica con pectuscarinatum o excavatum, dolicocefalia, hiperlaxitud articular o hipoplasia malar.²⁴

IMAGEN 32. PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFAN.



Fuente: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/793>
Consultado:07/Febrero/2021.



En la anterior imagen se muestra un paciente con síndrome de Marfan más alto que sus familiares y dónde la longitud de su brazo excede su estatura.

Afectación ocular:

Ectopia o luxación del cristalino y/o una miopía axial.²³

Aparato respiratorio:

Enfermedad pulmonar quística y neumotórax espontáneo recurrente.²³

Sistema Nervioso Central:

La ectasia dural (ensanchamiento del saco dural que rodea a la médula espinal) es un hallazgo frecuente y la mayoría de las veces se localiza en la columna lumbosacra. La ectasia dural puede causar cefalea, lumbalgia o déficits neurológicos manifestados por disfunción intestinal o vesical.²³

Sistema Cardiovascular:

La alteración cardiovascular constituye la de mayor causa morbimortalidad de esta patología. Y se presenta en el 25% de los pacientes durante la edad pediátrica, e incluye dilatación de la raíz aórtica con riesgo de disección aórtica, poco frecuente en la infancia pero de gran importancia en la adolescencia.²³

La disección aguda de la aorta torácica descendente (DAAoTD) se caracteriza por la creación de una falsa luz en la capa media de la pared aórtica.²⁵

Las clasificaciones más usadas son las de DeBakey y la de Stanford. El grupo de Stanford habla de tipos A y B según la aorta ascendente esté afectada o no por la disección, respectivamente. DeBakey diferencia entre el tipo I cuando la aorta ascendente y descendente están afectadas, tipo II cuando sólo interesa la aorta ascendente y tipo III cuando sólo se afecta la aorta descendente.²⁵

La edad de presentación de esta enfermedad oscila entre 50 a 70 años y la hipertensión arterial está involucrada en 0 a 80% de los casos y la relación es de 5 a 1, más frecuente en el género masculino.²⁵

El síntoma habitual de presentación es dolor severo de inicio súbito. Éste se puede localizar en tórax, espalda, y/o abdomen.²⁵

Finalmente, la incidencia real es difícil de establecer debido sobre todo a dos razones. A primera es que la DAAoTD es rápidamente fatal y los pacientes fallecen antes de tener la oportunidad de atenderse en un hospital. La segunda razón es que no se sospecha el diagnóstico al principio ya que se consideran otras fuentes productoras de dolor antes que considerar la aorta.²⁵



DIAGNÓSTICO:

Su diagnóstico no siempre es simple, sobre todo en niños y adolescentes.²³

Han sido definidos varios criterios de diagnóstico: Berlín (1986). Ghent (1996) y Ghent revisados.²³

ESTUDIOS PARACLÍNICOS (“GOLD STANDARD”).

Es importante el diagnóstico precoz y el asesoramiento genético, por lo que deben atenderles equipos multidisciplinares específicos.²³

Se realizan estudios por la imagen poco convencionales del sistema esquelético, el aparato cardiovascular y los ojos para detectar alguna anomalía estructural clínicamente relevante y aportar información que contribuya a los criterios diagnósticos.²⁴

1. Ecocardiografía/RM (medición de la raíz aórtica, detección de prolapso valvular).²⁴
2. Examen con lámpara de hendidura (anomalías del cristalino).²⁴
3. Radiografías del sistema esquelético.²⁴
4. Resonancia magnética de la columna lumbosacra (ectasia dural).²⁴

MANEJO INICIAL (ENFOCAR EN ABORDAJE EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN) y MANEJO INTEGRAL (ABORDAJE EN SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: CRITERIOS PARA SU REFERENCIA).

El manejo y seguimiento se realiza por un equipo multidisciplinario. En la prevención primaria se debe realizar consejo genético y se considera la planificación familiar. Para la prevención de complicaciones: el genetista debe realizar un seguimiento por larga data, mientras que el pediatra analizará continuamente los criterios de desarrollo y crecimiento, se debe tener en cuenta la educación en la actividad física de acuerdo al grado de compromiso cardíaco.²³

Se deberá realizar valoración anual en el campo ortopédico, oftalmológico y. Sobre todo cardiovascular para detectar a tiempo nuevas lesiones. Se debe considerar además el apoyo psicológico para el niño y su familia, la educación en síntomas de pesquiza de complicaciones como neumotórax, disección aórtica y el tratamiento de complicaciones cardiovasculares.²³

Todos los pacientes deben recibir sistemáticamente beta-bloqueantes (p.ej. atenolol, propanolol) para ayudar a prevenir las complicaciones cardiovasculares. Estos fármacos reducen la contractilidad miocárdica y la presión



del pulso y disminuyen la progresión de la dilatación aórtica y el riesgo de disección.
23

También pueden administrar bloqueares del receptor de angiotensina II. Se propone cirugía profiláctica si el diámetro aórtico es >5 cm (menor en los niños).²³

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El síndrome de Marfan es una patología muy frecuente, que se caracteriza por anomalías del tejido conectivo, esto es derivado de un trastorno genético autónomo dominante. Sin embargo, aún derivado de las complicaciones características del propio síndrome, el paciente se puede mantener funcional.

Observamos a un paciente de la clínica 22, su seguimiento y su tratamiento, en el cuál aún siendo funcional característicamente por las complicaciones de la patología, se les otorga incapacidad laboral de por vida.

En las manifestaciones clínicas más frecuentes son talla grande, alteraciones orgánicas (cardiovascular, ocular, esquelética, etc).

La cardiopatía más frecuente en síndrome de marfán es coartación aórtica, en el cuál el paciente se diagnostica después de algunos años y se le realizan una serie de procedimientos para una mejor calidad de vida.

Entre los signos más frecuentes que podemos encontrar son: signo del pulgar, el cuál al abrazar la muñeca con la otra extremidad observamos cómo sobresale el dedo pulgar. De igual forma los dedos largos sobresalen y lo más característico son los pacientes con talla alta. Es importante y se requiere de un manejo multidisciplinario, médicos generales, médicos especialistas, enfermeros, personal de salud y familiares con el fin de entender la patología y tratar a los pacientes con síndrome de marfán desde qué se diagnostica, se debe realizar una vigilancia periódica con el fin de encontrar las complicaciones y poder tratarlas.

Por todo esto recomendamos a los médicos y población general poner énfasis en el mapeo genético preconcepcional, el conocer los genes de los progenitores nos dará con exactitud los factores de riesgo que para desarrollar ciertas malformaciones o síndromes. Posteriormente el médico deberá observar detalladamente el crecimiento y desarrollo del pequeño para hacer el diagnóstico precozmente y poder dar tratamiento lo más pronto posible.



MONOGRAFÍA 3: LESIÓN DE DIEULAFOY, ESTUDIO DE CASO.

REALIZADA EN EL MES DE ABRIL, 2021 Y SUPERVISADO POR EL MÉDICO FAMILIAR, DR. OSWALDO OCAMPO HERNÁNDEZ.

INTRODUCCIÓN.

La lesión de Dieulafoy (LD), conocida también como exulceratio simplex o arteria de calibre persistente, es una causa de sangrado digestivo, frecuentemente no reconocida, que potencialmente pone en peligro la vida.²⁶

Esta lesión fue descrita por Gallard en 1884 y caracterizada por Georges Dieulafoy en 1898; en 1953, Rider describió la ectasia vascular del antro gástrico y Jabari en 1984. En 1991, Franko informó la lesión de Dieulafoy en recto. El 75% de estas lesiones se localiza en el estómago próxima y el restante 25% son extragástricas, destacan por orden de frecuencia las duodenales, las colónicas y las rectales.²⁶

Ante esta afección excepcional, se comunica un caso clínico de lesión de Dieulafoy visto en la consulta familiar de la Unidad de Medicina Familiar "22" La Magdalena contreras.

JUSTIFICACIÓN:

La finalidad este trabajo es dar a conocer a propósito de un caso clínico esta lesión para así mejorar su reconocimiento y por lo tanto su manejo.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar La lesión de Dieulafoy por medio me un caso clínico

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Describir la Lesión de Dieulafoy, Conocer las principales complicaciones Y Conocer la detección primaria y el abordaje precoz

CASO CLÍNICO.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Masculino de 54 años de edad acude a consulta familiar por presentar una nota de Urgencias del día 08-03-2021, Lo cual refiere los diagnósticos Sx. Doloroso abdominal y síndrome de intestino irritable.



Le toman estudios que reportan: BH; Hb. 19.9 g/L, Plaquetas 229 mm³, Leucocitos 9.6% , Glucosa 107.1 mg/dL, creatinina 0.9 mg/dL, BT 0.39, BD 0.13, BI 0.26, ALT 386 U/l, AST 25.9 U/l, Potasio:

3.8 meq/l, Na 137 meq/l , DHL 174 U/l , Amilasa 222 . Por lo que lo dan de alta con los diagnósticos ya comentados y tratamiento a base de butilhioscina 10 mg 2 tabletas cada 8 horas por 3 días , Omeprazol 20 mg 2 tabletas cada 24 horas por 14 días, Metamizol sódico tabletas 500 mg 1 cada 8 horas por 3 días.²⁷

El paciente refiere dolor abdominal desde hace 3 días tipo cólico en epigastrio sin irradiaciones, no nauseas, no vómito. A la exploración cuello cilíndrico , sin adenopatías, sin datos de ingurgitación yugular. Precordio rítmico, sin soplos ni fenómenos agregados. Pulmonar con. Buena inspiración y espiración , sin sibilancias. abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio, Murphy negativo, no datos de irritación peritoneal, peristalsis aumentada. Extremidades íntegras, completas, con buen tono e intensidad, pulsos presentes.²⁷

Estudios de laboratorio y gabinete:

Biometría Hemática:

Leucos 6.60 % , Hb 16.3 g/dL, Hto 49.2 % , Plaquetas 234 mm³, Neutros 55.3 % , Linfos 34.1 % .²⁷

Química Sanguínea:

Glucosa 107 mg/dL, Urea 39 mg/dL, Creatinina 1.21 mg/dL, Colesterol 257 U, c-LDL 183 U, Triglicéridos 195 U, Amilasa 120, Lipasa 112, BT 0.87, BD 0.25, BI 0.62, AST 26 U/l, ALT 57 U/l, GGT 128 U/l. EGO no patológico.²⁷

Placa de abdomen 08.03.2021:

Radiografía de abdomen AP con aumento de volumen en marco cólico.²⁷

Endoscopia 18.03.2021:

- Descartar esófago de Barrette (Lenguetas).
- Probable lesión de Dieulafoy (se sugiere ligadura a la brevedad).
- Hernia hiatal de 3cm aproximadamente. Con hiato abierto.
- Pangastritis aguda erosiva, probable asociada a infección por HP. + y datos de cronicidad.
- Duodenitis aguda no erosiva.²⁷

Diagnósticos iniciales: síndrome doloroso abdominal, síndrome de intestino irritable, enfermedad de reflujo gastroesofágico.²⁷

Diagnósticos finales: enfermedad de reflujo gastroesofágico, probable lesión de dieulafoy por endoscopia, hernia hiatal, pangastritis no erosiva, duodenitis aguda no erosiva y probable esófago de barrete.²⁷



ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 54 años de edad, derechohabiente. Acude a consulta familiar para valoración clínica.

Actualmente refiere dolor abdominal de 3 días de evolución de tipo cólico en región de epigastrio, sin irradiaciones, no náuseas no vómitos. Cuenta con laboratorios del Chopo.

Presenta endoscopia del 18-03-2021 reporta, lesión de Dieulafoy, esófago de barrette, hernia hiatal de 3cm aproximadamente con hiato abierto, pangastritis aguda no erosiva asociada a helicobater pylori y duodenitis aguda no erosiva. De acuerdo a hallazgo por endoscopia de lesión de dieulafoy, se sugiere ligadura a la brevedad posible, ya que al no realizarlo cuenta con riesgo alto para desarrollar sangrado de tubo digestivo.

Cuenta con los siguientes factores de riesgo para desencadenarla, por ejemplo, género femenino aumenta el doble en frecuencia de presentar lesión de deulafoy. El pronóstico ha mejorado con la aparición de la endoscopia y el hallazgo temprano.

DISCUSIÓN

DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA.

La lesión de Dieulafoy consiste en un vaso arterial histológicamente normal, de gran tamaño, que de manera anómala mantiene su calibre (1-3m) a lo largo de un recorrido sinuoso desde la submucosa hasta la mucosa, donde penetra por un defecto mínimo.²⁸

Su localización más común es en el estómago proximal (75%), en los 6 cm pístales a la unión gastroesofágica, debido a que el aporte de flujo arterial en esta área emerge directamente de la arteria gástrica izquierda, el restante 25% es de localización extragástrica, destacan por orden de frecuencia las lesiones duodenales, colonias y rectales.²⁸

HISTORIAL NATURAL DE LA ENFERMEDAD (DETERMINANTES DE PRONÓSTICO).

Los factores de riesgo más significativos para una lesión de dieulafoy son. El uso de agentes antiplaquetarios ($p= 0.022$) y el alcohol ($p= 0.001$). Sin embargo, se ha descrito que la enfermedad renal crónica, hipertensión y quemaduras mayores podrían verse relacionadas.²⁸

Varios estudios han puesto de manifiesto otro tipo de comorbilidades asociadas, como: enfermedad de von Willebrand, padecimientos cardiacos (estenosis aórtica, enfermedad vascular y cardiomiopatía isquemia congestiva), enfermedades



respiratorias, poliposas intestinal, colestasis intrahepática, trastornos autoinmunitarios, páncreas ectópico, dm2, tirotoxicosis y atrofia gástrica.²⁸

La patogénesis de la Lesión de Dieulafoy es oscura: sin embargo, se ha descrito que la ectasia vascular en el antro está asociada en su génesis a los siguientes trastornos:²⁸

- Trastornos de la motilidad antral (hiperplasia muscular).
- Disminución del flujo sanguíneo del antro en comparación con el fondo.
- Presencia de Células neuro-endócrinas.
- Trombosis espontánea y ruptura de la arteria.¹

También se ha querido explicar la lesión de Dieulafoy a través de la teoría de Scott-Boyle (obstrucción del drenaje venoso).²⁸

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

El cuadro clínico se distingue por una hemorragia digestiva que puede llevar a pérdidas de volumen que van desde la clase II hasta la clase IV del Colegio Americano de Cirujanos; otra forma de presentación es el inicio súbito o con episodios intermitentes e indoloros de sangrado.²⁸

Por lo general, los pacientes tienen antecedente de dispepsia o enfermedad ulcerosa péptica. Las presentaciones clásicas incluyen hematemesis sola (28%), hematemesis con melena (51%) y melena sola (18%). El sangrado de la lesión de dieulafoy con frecuencia es de alivio esponjoso, pero el sangrado arterial que pone en peligro la vida ocurre en 10% de los casos, aproximadamente.²⁸

Característicamente, las lesiones son arterias prominentes de la submucosa, con un calibre de 1 a 5 mm, lo cual corresponde a 10 veces el tamaño de una arteria normal a ese nivel. La erosión de la capa mucosa y la pared arterial son las responsables del sangrado; éste suele ser intenso, pulsátil y lleva al paciente a presentar estado de choque. Esta lesión se distingue de las úlceras pépticas, ya que la fibrosis subintimal y la mucosa carecen de infiltrado inflamatorio.²⁹

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de la enfermedad de Dieulafoy no siempre es fácil. Debido al pequeño tamaño de las lesiones, el diagnóstico certero sólo se puede realizar con base en el sangrado activo. El método dependerá de la ubicación de la lesión; si está en el estómago o el duodeno puede lograrse con endoscopio alta (de elección); si se encuentra en el Solon el método sería la colonoscopia: sin embargo, estos procedimientos pueden dificultarse debido al sangrado masivo concomitante.²⁸

Cuando la lesión está en el yeyuno proximal podría detectarse con estereoscopia, siempre y cuando esté disponible. ²⁸

La cápsula endoscópica es otra técnica que se aplica en caso de que no sea posible localizar la lesión. ²⁸

ESTUDIOS PARACLÍNICOS (“GOLD STANDARD”).

Mientras que el diagnóstico definitivo, se realiza a través del estudio anatomopatológico, con la endoscopia se puede llegar a él con bastante exactitud, tomando en cuenta los siguientes criterios: a) salida a chorro o flujo micropulsátil de sangre arterial activamente a partir de un defecto mucoso menor de 3 mm o a través de una mucosa microscópicamente normal; b) la visualización de un vaso con o sin signos de sangrado reciente, que protruye a través de un defecto mucoso mínimo o de la mucosa normal, y c) un coágulo fresco fuertemente adherido a través de un punto estrecho de inserción sobre un defecto mínimo o mucosa aparentemente normal. ²⁸

IMAGEN 33. LESIÓN DE DIEULAFOY LOCALIZADA EN LA UNIÓN ESÓFAGO GÁSTRICA.



Fuente: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am2020/am203l.pdf>.
Consultado: 23/Abril/2021.

En la anterior imagen se muestra la lesión de Dieulafoy por endoscopia.

Si la lesión se corrobora por endoscopia, se debe intentar la hemostasia a través de este método, aun que existe controversia sobre cuál es la mejor forma de hacerlo.
28

MANEJO INICIAL (ENFOCAR EN ABORDAJE EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN) y MANEJO INTEGRAL (ABORDAJE EN SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: CRITERIOS PARA SU REFERENCIA).

Si la lesión se corrobora por endoscopia, se debe intentar la hemostasia a través de este método, aunque existe controversia sobre cuál es la mejor forma. Actualmente se cuenta con diversas modalidades, entre ellas las terapias de inyección (epinefrina, cianoacrilato, polidocanol o etanolamina). El valor de hemostasia inicial de ese tipo de terapia puede ser, incluso, de 95%; sin embargo, la tasa de sangrado recurrente después de la inyección como monoterapia es de más de 55%. Este fenómeno de recurrencia se ha explicado por falla en la trombosis definitiva del vaso arterial de gran calibre; otra complicación es la perforación gástrica.²⁸

El tratamiento con clips hemostáticos ha desmotado en algunos artículos dar mejores resultados que la inyección endoscópica de epinefrina. Sin embargo, jeon y colaboradores, reportaron que la combinación de dos métodos terapéuticos endoscópicos es muy superior a la monoterapia, ya que tiene una menor tasa de resangrado. Suele utilizarse un método mecánico (clips hemostáticos o ligaduras con banda) y la inyección de epinefrina en la submucosa.²⁸

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La lesión de Dieulafoy es una entidad que no se percibe con tanta frecuencia por la población general y potencialmente pone en peligro la vida, debe ser sospechada en pacientes con inicio súbito de sangrado digestivo o episodios recurrentes del mismo.

Comó antecedentes es importante mencionar que son pacientes que en alguna vez de su vida presentaron reflujo gastroesofagico, gastritis, duodenitis.

Los síntomas son inespecificos desde dolor abdominal, estreñimiento, reflujo gastroesofágico hasta hemorragia digestiva alta. Por lo que es importante un diagnóstico precoz de la enfermedad, realizando al menos una endoscopiá a pacientes con antecedentes de síntomas gástricos. Lo cuál en cierto momento debería ser un prueba de cribado para lesiones patológicas cómo estas para no llegar hasta el momento de la complicación y acudir a urgencias de una forma inestable.

Es importante un diagnóstico precoz, muchas veces como el caso presentado anteriormente, el paciente no se conocía con esta lesión, fue un hallazgo relativamente espontáneo por lo que se le explicó al paciente la urgencia de tratar la lesión con el fin de evitar el sangrado de tubo digestivo.



El tratamiento se hace por ligadura en base a endoscopia por lo que es importante que dé inmediato en que se hace el diagnóstico se deberá realizar el tratamiento.

MONOGRAFÍA 4: SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO, ESTUDIO DE CASO.

REALIZADA EN EL MES DE MAYO, 2021 Y SUPERVISADO POR EL MÉDICO FAMILIAR, DR. ROMÁN HERNANDEZ LÓPEZ.

INTRODUCCIÓN:

La angina estable es la manifestación principal de la enfermedad coronaria aterosclerótica que es la principal causa de muerte en el mundo y es ocasionada por un desequilibrio entre la oferta y la demanda en la suplencia miocárdica de oxígeno. La presentación clínica es altamente variable, con predominio del malestar torácico; sin embargo, otras de las manifestaciones pueden ser falla cardíaca, arritmias, muerte súbita o isquemia silente (asintomática).²⁹

Si afirmamos que es la forma de presentación más frecuente, la primera pregunta que uno debe hacerse es si se tiene hoy el reconocimiento y la jerarquización diagnósticos y terapéuticos en nuestra organización médica, la respuesta es no; por lo que es de vital importancia el abordaje del síndrome en esta monografía.²⁹

JUSTIFICACIÓN:

Si afirmamos que es la forma de presentación más frecuente, la primera pregunta que uno debe hacerse es si se tiene hoy el reconocimiento y la jerarquización diagnósticos y terapéuticos en nuestra organización médica, la respuesta es no; por lo que es de principal importancia el abordaje del síndrome en esta monografía. Por ende la finalidad este trabajo es dar a conocer la importancia del abordaje del síndrome para así mejorar su reconocimiento y por lo tanto su manejo.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar el síndrome coronario crónico por medio de un caso clínico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Describir el Síndrome Coronario Crónico, conocer las principales complicaciones abordaje y tratamiento del síndrome.

CASO CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

Masculino de 71 años de edad con síndrome coronario crónico ya conocido en esta unidad con deterioro de clase funcional con angina y disnea.³⁰



Reporta estudio nuclear del día 07.11.2020 el cuál indica:

- Infarto anteroapical
- Inferolateral con isquemia residual moderada
- Isquemia leve septal
- FEVI estrés/reposo 32/42%

Se solicita cateterismo cardiaco izquierdo, ingresando a sala hemodinámica el día 07.11.2020 con los siguientes resultados del estudio:

- Enfermedad Arterial Coronaria significativa de múltiples vasos
 - DA: segmento medio con oclusión total J. CTO 0 puntos, (progress complication 3 pts 0.2% Risk Mace)
 - Cirugía de segmento con oclusión total crónica J. CTO 0 puntos, (progress complication 3 pts 0.2% risk mace) y
 - CD: unión de segmento medio con distal oclusión crónica J.CTO 1 punto, (progress complication 3 pts 0.2% risk mace).
 - FEVI 30% con VI dilatado.
- Evolución: Paciente a piso hemodinamicamente estable y asintomático.³⁰

AHF:

Padre con antecedente de cardiopatía isquémica.³⁰

APNP:

Habita en casa propia, de materiales perdurables, en hacinamiento vive con 10 personas pero posee propio cuarto, cuenta con todos los servicios básicos de urbanización, zoonosis negada, refiere sedentario, biomasas negado, combe y covid 19 negados, piercings y tatuajes negados. Alimentación mala en cantidad y calidad aterogénica no balanceada, refiere tomar entre 1.5 litros de agua por día, cambio de ropa cada 4to día con baño cada 4to día y lavado de dientes ocasional, refiere esquema de vacunación completa sin presentar cartilla al interrogatorio. Niega herbolaria.³⁰

APP:

Enfermedades crónico-degenerativas: hipertensión arterial sistémica con diagnóstico en 1980 a los 41 años de edad, actualmente en tratamiento con enalapril 10 mg cada 12 horas.³⁰

Alergias: Negadas.³⁰

Transfusionales: Negados.³⁰

Quirúrgicos: hernioplastía inguinal en 1990, a los 40 años de edad.³⁰

Traumatismos/Fracturas: Negados.³⁰

Tabaquismo: positivo por 40 años, actualmente activo a razón de 15 cigarrillos por día, con IT de 30.³⁰



Etilismo: Negado.³⁰

Toxicomanías: Negadas.³⁰

Historia cardiovascular:

Síndrome Coronario Crónico con Infarto al Miocardio en 2003 en tratamiento médico (se desconocen mas detalles).

Infarto al Miocardio en 2011 con realización de cateterismo cardiaco y por hallazgos angiográficos con tratamiento médico, se protocoliza con estudio nuclear por deterioro de clase funcional y se realiza cateterismo cardiaco en enero 2020, presentándose en sesión médico quirúrgica siendo aceptado para ICP a DA programados para el día 27.06.2020.³⁰

Factores de Riesgo Cardiovascular: Edad, Género, sedentario, sobrepeso, dieta aterogénica.³⁰

Medicamentos:

Ácido acetilsalicílico 150mg cada 24 horas,Atorvastatina 20 mg cada 24 horas,Metroprolol 100 mg cada 12 horas,Metformina 850 mg cada 24 horas e Isosorbide 10mg cada 24 horas.³⁰

Exploración física:

Signos vitales TA: 110/70 mmHg, FC 70 lpm, FR 16 rpm, TEMP. 36.5 °C.³⁰

Paciente de edad aparente a la cronológica, consciente, orientado en las tres esferas, adecuada coloración de tegumentos y mucosas, pupilas isocóricas normoreflécticas, cuello cilíndrico, con ingurgitación yugular grado I, tórax con movimientos de amplexión y ampliación adecuados, adecuada transmisión de la voz, claro pulmonar a la percusión, a la auscultación adecuada entrada y salida de aire, no estertores ni sibilancias, no integra síndrome pleuropulmonar, ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad, no se auscultan S3 y S4. Abdomen depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin datos de irritación peritoneal. Extremidades eutróficas, simétricas sin edema, pulsos simétricos.³⁰

Medicina nuclear SPECT MBCF 07.10.2019:

Infarto antero apical e infarto inferolateral con isquemia residual moderada, isquemia leve en pared septal y Levi estrés y reposo 32/42%.³⁰

CTT 07.01.2020:

Conclusiones:

1. Enfermedad Arterial Coronaria de múltiples vasos
 - DA: segmento medio con oclusión total J-CTO 0 puntos, progress complication 3 puntos (0.2% RISK MACE).
 - CX segmento distal con oclusión crónica J-CTO 0 punto, progress complication 3 puntos (0.2% RISK MACE)



- CD: union de segmento medio con distal oclusión crónica J-CTO 1 punto, progress complication 3 puntos (o.2% RISK MACE) PCI SYNTAX SCORE II: 43.3 PCI 4 YEAR MORTALITY: 19.6% CABG SYNTAX SCORE II:33.5 CABG 4 YEAR MORTALITY: 9.0%.³⁰

2. Ventrículo izquierdo dilatado, acinesia posterobasal, inferior, hipocinesia severa anterobasal, anterolateral, discinesia apical, FEVI 30%, D2V1 18 mmhg. ADD: se envía a sesión médico quirúrgica.³⁰

Electrocardiograma 27.06.2020:

EKG 12 derivaciones, calibración estándar, ritmo sinusal, RR regular, FC 70 lpm, Eje -60 grados, onda p 60 ms, intervalo PR 180 ms, onda QRS 122ms, con presencia de QS en cara inferior y anteroseptal, sin datos de hipertrofia de cavidades.³⁰

TC SIMPLE DE TORÁX 27.06.2020:

Interpretación diagnóstica: hallazgos tomográficos que en relación a zonas de vidrio deslustrado basales, no se descarta afectación pulmonar con presencia de un proceso inflamatorio agudo. Datos en relación a hipertensión pulmonar, hernia hiatal tipo I. Aortoesclerosis. Cambios osteodegenerativos.³⁰

CATETERISMO CARDIACO 28.06.2020:

Conclusión

1. ICP electiva a la arteria descendente anterior con colocación de STENT RESOLUTE ONYX 2.5 X 38 MM en segmento distal empalmado proximal con STENT RESOLUTE ONYX 3.0 X 38 MM en segmento medio, exitosa, flujo final TIMI 3, TMP.³⁰
2. Complicaciones: Ninguna³⁰

ECOTT 29.01.2020:

AI 50x71, DDF 61, DSF 50, SIV 10, Pared posterior 12, AD 48X55, VD 35X3X33X94, PSAP 30, Anillo aórtico 22, Raiz aórtica 40, Onda E 67, Onda A 100, REL E/A 0.67, Desale mitral 265, Relaj isovolumetrica 109, Insuficiencia mitral y tricúspidea ligera, sin insuficiencia aórtica y pulmonar, FEVI 47%, VSF 80, Onda s tricu 11.³⁰

Estudios de laboratorio y gabinete 30.06.2020:

Glucosa 113 mg/dL, Urea 27 mg/dL, BUN 12 mg/dL, Creatinina 0.9 mg/dL, Na 138 meq/l, ALT 34 U/l, AST 38 U/l, FA 47 U/l, DHL 556 U/l, Hb 15 g/dL, HTO 46%, Plaquetas 266 mm³, Leucocitos 4.7 %, Linfos 17%, Dímero D 297 U/l, TP 10 segundos, TTP 28 segundos.³⁰

Diagnóstico(s) Inicial(es):

Síndrome coronario crónico CCS II NYHA II, Enfermedad arterial crónica significativa de múltiples vasos (CX, DA y CD) e Hipertensión arterial sistémica.³⁰



Diagnóstico(s) Final(es):

Neumonía adquirida en la comunidad (sospechoso COVID 19), Síndrome Coronario Crónico CCS II, Enfermedad Arterial Crónica significativa de múltiples vasos (CX, DA y CD) e Hipertensión Arterial Sistémica.³⁰

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 71 años de edad, derechohabiente. Acude a consulta familiar para seguimiento y dotación de medicamento. Refiere presentar en enero del 2020, infarto anteroapical e inferolateral con isquemia moderada.

El 07-01-2020 se ingresa a sala de hemodinámica para realización de cateterismo cardiaco, con resultado del estudio de Enfermedad Arterial Coronaria Significativa de Múltiples Vasos., con un FEVI de 50% y ventrículo izquierdo dilatado.

Cuenta con los siguientes factores de riesgo para desarrollar síndrome coronario agudo y posteriormente crónico: edad, género, hipertensión arterial sistémica de 30 años de evolución en tratamiento con enalapril 10 mg cada 12 horas, tabaquismo positivo por 40 años a razón de 15 cigarrillos por día con un índice tabaquero de 30, sedentarismo positivo, sobrepeso y dieta aterogénica.

Actualmente paciente se encuentra estable, ya con diagnóstico de enfermedad arterial crónica, con signos vitales normales al momento de la consulta, tensión arterial de 110/70 mmhg. Disnea a medianos esfuerzos con un mmrc de segundo grado, resto normales. Presenta bitácora con cifras tensiones controladas.

En tratamiento con ácido acetilsalicílico de 150 mg cada 24 horas, metoprolol 100 mg cada 12 horas, atorvastatina 200 mg cada 24 horas, metformina 850 mg cada 24 horas e isosorbide 10 mg cada 24 horas. Sin episodios agudos recientemente.

DISCUSIÓN

DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA:

La enfermedad de las arterias coronarias (EAC) consiste en la formación de placas ateroscleróticas de las arterias epicárdicas, lo que puede conducir a su estenosis o cierre.³¹

Se trata de una enfermedad crónica, en la mayoría de los casos progresiva, incluso en períodos aparentemente asintomáticos. Puede transcurrir con largos períodos estables, pero pueden agravarse en cualquier momento.³¹



HISTORIAL NATURAL DE LA ENFERMEDAD (DETERMINANTES DE PRONÓSTICO).

Epidemiología: Se estima que 15.5 millones de americanos tienen enfermedad arterial coronaria y de estos, más de 7 millones tienen angina crónica.³¹

La angina es la manifestación inicial de un gran porcentaje de pacientes con enfermedad coronaria (entre el 50% y el 65%) y la presencia de esta aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares mayores como muerte de origen cardiovascular, síndromes coronarios agudos (SCA), enfermedad cerebrovascular (ECV) y hospitalización por falla cardíaca (ICC) de 2 a 3 veces más que los pacientes que no la presentan.³¹

El diagnóstico temprano de la angina genera un impacto positivo en la calidad de vida del paciente, con disminución del deterioro a lo largo del tiempo. Múltiples ensayos clínicos sugieren que los pacientes con angina crónica estable tienen buen pronóstico, con una mortalidad del 1.4% al 6.5% en hombres y del 3.1% en las mujeres, dependiendo del manejo médico y de las medidas adicionales implementadas.²⁹

DIAGNÓSTICO: La guía plantea seis escenarios clínicos comunes de pacientes ambulatorios con síndrome coronario crónico (SCC).³¹

1. Sospecha de EAC y síntomas de angina estable y/o disnea.³¹
2. Nuevo inicio de insuficiencia cardíaca (IC) o disfunción del ventrículo izquierdo y sospecha de EAC.³¹
3. Síndrome coronario crónico estabilizado menor a un año luego de un síndrome coronario agudo o con revascularización reciente.³¹
4. Síntomas estabilizados mayor a un año del diagnóstico inicial o la revascularización.³¹
5. Angina y sospecha de enfermedad coronaria vasoespástica o microvascular.³¹
6. Asintomáticos con EAC en prueba de tamizaje.³¹

PRIMER ESCENARIO: SOSPECHA DE EAC Y SÍNTOMAS DE ANGINA ESTABLE Y/O DISNEA

Algoritmo de abordaje en 6 pasos:³¹

1: Evaluar los síntomas y signos (piedra angular del diagnóstico): definir angina típica, atípica o dolor de pecho no anginoso según las características del dolor. La angina típica se caracteriza por dolor opresivo en la región retroesternal, que se



irradia a cuello, mandíbula, hombros y/o brazos; precipitado por ejercicio o estrés y que cede al reposo o con nitratos en 5 minutos. Clasificar la gravedad de la angina según la escala canadiense (CCS) entre grado I a IV. Evaluar los antecedentes de la enfermedad cardiovascular (ECV) y factores de riesgo, identificar aquellos con SCA para manejo según guías.³¹

2: Evaluar el estado general del paciente y calidad de vida, valorar las comorbilidades que potencialmente podrían influir en las decisiones terapéuticas (utilidad vs futilidad); minimizando pruebas adicionales e instaurando manejo médico.³¹

ESTUDIOS PARACLÍNICOS (“GOLD STANDARD”).

3: Pruebas básicas y evaluación de la función del ventrículo izquierdo: causas de isquemia secundaria (anemia, disfunción tiroidea) (IB).³¹

Laboratorios de riesgo cardiovascular (hemoglobina glucosilada, perfil de lípidos, función renal y estimación de la filtración glomerular, ácido úrico) (IA).

Electrocardiograma (ECG) en reposo con o sin angina en búsqueda de signos indirectos de EAC (IC). Ecocardiograma para valoración funcional y anatómica, descartar otras causas de dolor torácico (valvulopatías, cardiomiopatía) (IB).³¹

4: Establecer la probabilidad clínica de la EAC (Nuevo) y la probabilidad previa a la prueba (pre-test) de EAC obstructiva (IC): (<5%) muy baja probabilidad, (<15%) baja probabilidad, (15 a 85%) probabilidad intermedia (>85%) alta probabilidad. Se incorpora la evaluación de potenciadores o reductores del riesgo; derivado de otros modelos que incorporan factores de riesgo de ECV y marcadores de ECV. Utilidad especialmente en aquellos con probabilidad intermedia (5 a 15%). Disminuye la probabilidad: tener un ECG normal en ejercicio y/o ausencia de calcio coronario (puntaje Agatston de 0). Aumenta la probabilidad: tener factores de riesgo cardiovasculares (Dislipidemia, diabetes, hipertensión, tabaquismo, historia familiar ECV). Cambios en el ECG en reposo (onda Q, cambios del segmento ST o la onda T) o inducidos por el ejercicio. Disfunción ventricular sugestiva de EAC. Calcio coronario positivo (puntaje Agatston > 0).³¹

5: Seleccionar la prueba diagnóstica de EAC. (IC).³¹

1) Si la probabilidad es alta = la indicación es la angiografía coronaria tanto con la valoración anatómica como funcional para definir la necesidad de revascularización (IB).³¹

2) Si probabilidad intermedia, se recomienda una imagen funcional de isquemia no invasivas. Ecocardiograma con estrés ejercicio o resonancia magnética cardíaca simple y con contraste.³¹

3) Perfusión por tomografía de emisión de fotón único (SPECT) utilizando

sestamibi (en reposo y post-ejercicio o farmacológica) o tomografía con emisión de positrones (PET). Imagen anatómica de angiografía coronaria por tomografía computarizada (AngioTAC coronario), puede requerir de una prueba funcional invasiva o no invasiva. No se recomienda la prueba de esfuerzo convencional con ECG sola (IIbB), ante el pobre rendimiento para confirmar o descartar EAC. Es una alternativa en aquellos que no dispongan de otra prueba o como complemento clínico para determinar pronóstico (IC).³¹

- 4) Si la probabilidad es baja, las características del paciente sugieren una buena calidad de las imágenes y no hay historia previa de enfermedad coronaria, la angiotomografía coronaria es la prueba recomendada con mayor capacidad para descartar EAC clínicamente significativa.³¹
- 5) La angiografía coronaria invasiva se recomienda en: probabilidad clínica alta y síntomas severos refractarios al tratamiento médico, angina típica a un nivel de ejercicio bajo y con una evaluación en pruebas no invasivas que indiquen alto riesgo de eventos y presencia de disfunción ventricular izquierda sugestiva de enfermedad coronaria.³¹
- 6) Se determina el riesgo de evento del paciente: estratificar el riesgo basados en la evaluación clínica y estudios diagnósticos de EAC (IB). Aquellos con alto riesgo de eventos se benefician de una revascularización coronaria más que del control de síntomas. Clasificación de riesgo según la población: bajo riesgo <1%, riesgo intermedio 1-3% y alto riesgo >3%.³¹

MANEJO INICIAL (ENFOCAR EN ABORDAJE EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN) y MANEJO INTEGRAL (ABORDAJE EN SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: CRITERIOS PARA SU REFERENCIA).

Estratificación del riesgo

La importancia de estratificar a los pacientes con diagnóstico de angina estable en subgrupos de riesgo (bajo, medio y alto) es que podemos tener una visión completa del riesgo de eventos adversos (que es uno de los parámetros más importantes la mortalidad) en un tiempo definido: por lo general, a 1 año. Datos obtenidos del estudio Framingham antes del uso de aspirina, betabloqueadores y control estricto de los factores de riesgo revelaron un promedio anual de mortalidad del 4%.³¹

El tratamiento óptimo de la angina estable ha llevado a una disminución de la mortalidad anual a un rango de 1% a 3%. La forma recomendada en la que podemos clasificar el riesgo de los pacientes con angina estable es partiendo del resultado de las pruebas no invasivas.²⁹

El manejo de la angina estable comprende múltiples intervenciones, tanto farmacológicas como no farmacológicas, que incluyen la identificación de los factores que precipitan los episodios de angina, el control de los factores de riesgo coronario que llevan a una rápida progresión de la placa aterosclerótica, el manejo farmacológico que modifique tanto la mortalidad como la sintomatología y, en última instancia, la revascularización miocárdica, percutánea o quirúrgica.²⁹



Control de los Factores de Riesgo: ²⁹

- Hipertensión: Mantenerla por debajo de 120/80 mmhg .²⁹
- Tabaco: suspenderlo. ²⁹
- Diabetes Mellitus: Mantener la meta de hemoglobina glucosilada de 6.5 a 7 mg /dL. ²⁹
- Ejercicio regular: Bajo supervisión directa, según la tolerancia. 5 sesiones por semana, con un tiempo mínimo de 30 minutos en cada sesión. ²⁹
- Obesidad. La pérdida de peso para mantener IMC 18.5 a 24.9 kg/m2 . ²⁹
- Vacunación: Se recomienda vacuna de influenza anual. ²⁹

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA ALIVIAR LA ANGINA.

Se recomienda el uso de:

1) **nitratos de acción corta**: para el alivio inmediato de la angina de esfuerzo, (la nitroglicerina en aerosol funciona más rápido que su administración por vía sublingual; el dinitrato de isosorbida tiene un inicio de acción ligeramente más lento que la nitroglicerina, y su efecto puede persistir ≤ 1 h después de la administración por vía sublingual o varias horas después de la toma del comprimido). ²⁹

2) **β -bloqueantes y/o bloqueadores de los canales de calcio (BCC)**; como tratamiento de elección para controlar la frecuencia del ritmo cardíaco y los síntomas; y si el β -bloqueante y/o BCC no proporcionan un control suficiente de la angina de pecho, debe considerarse el uso combinado de β -bloqueante y BCC derivado de la dihidropiridina (BCC DHP). ²⁹

Esta combinación debe considerarse como tratamiento de elección. La dosis de β -bloqueante debe seleccionarse de manera que la frecuencia cardíaca en reposo sea de 55-60/min. ²⁹

Debe considerarse el uso de:

1) **nitratos de acción prolongada**: como tratamiento de segunda elección si el tratamiento inicial con β -bloqueante y/o BCC no derivado de la dihidropiridina (BCC no DHP) está contraindicado, es mal tolerado o es insuficiente para controlar los síntomas . Al prescribir el nitrato de acción prolongada, debe considerarse la posibilidad de recomendar que se realicen interrupciones (10-14 h) durante las cuales el paciente tome el fármaco a una dosis baja o no lo tome, para reducir el riesgo de desarrollar tolerancia al fármaco . No se recomienda el uso de nitratos en pacientes con miocardiopatía hipertrófica con obstrucción del tracto de salida, ni en pacientes que tomen simultáneamente inhibidores de la fosfodiesterasa. ²⁹

- 2) **nicorandil, ranolazina, ivabradina o trimetazidina:** como tratamiento de segunda elección para reducir la incidencia de los síntomas anginosos y mejorar la tolerancia al esfuerzo en pacientes en los que el tratamiento con β -bloqueante, BCC y nitrato de acción prolongada está contraindicado, es mal tolerado o es insuficiente para controlar los síntomas; puede considerarse el uso de ranolazina o trimetazidina como tratamiento de elección en pacientes con una frecuencia cardíaca inicial baja y una presión arterial baja.²⁹

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA MEJORAR EL PRONÓSTICO.

Tratamiento antiplaquetario en pacientes con ritmo sinusal:

En pacientes después de un infarto de miocardio o después de una revascularización coronaria, se recomienda el uso de ácido acetilsalicílico (AAS) a una dosis de 75-100 mg/d , y en los pacientes con intolerancia al AAS, se recomienda clopidogrel a una dosis de 75 mg/d. En los pacientes sin antecedentes de infarto de miocardio ni revascularización coronaria, pero con unos resultados de las pruebas de imagen que apunten claramente hacia EAC, puede considerarse el uso de AAS a una dosis de 75-100 mg/d.²⁹

En los pacientes sintomáticos o asintomáticos con antecedentes de enfermedad arterial periférica (EAP), ACV isquémico o accidente isquémico transitorio (AIT), puede considerarse el uso de clopidogrel a una dosis de 75 mg/d en lugar de AAS.²⁹

La adición de un segundo anticoagulante (opciones: rivaroxabán 2,5 mg 2 × d, clopidogrel 75 mg/d, prasugrel 10 o 5 mg/d, ticagrelor 60 mg 2 × d) al AAS para la prevención secundaria a largo plazo en pacientes sin riesgo elevado de hemorragia (es decir, sin los siguientes factores de riesgo elevado: antecedentes de hemorragia intracraneal o ACV isquémico, antecedentes de otra enfermedad intracraneal, hemorragia gastrointestinal reciente o anemia causada por una probable hemorragia gastrointestinal, otra enfermedad gastrointestinal asociada a un mayor riesgo de hemorragia, insuficiencia hepática, diátesis hemorrágica o coagulopatía, edad muy avanzada o síndrome de fragilidad, insuficiencia renal que requiere diálisis o con eTFG <15 ml/min/1,73 m²): 1) Debe considerarse en pacientes que presenten riesgo elevado de eventos isquémicos (EAC diseminada/múltiple y ≥ 1 de los siguientes factores: diabetes que requiere tratamiento farmacológico, infarto de miocardio subsiguiente, EAP, enfermedad renal crónica [ERC] con eTFG de 15-59 ml/min/1,73 m²).²⁹

2) Puede considerarse en pacientes que presenten riesgo intermedio de eventos isquémicos (≥ 1 de los siguientes factores: EAC diseminada/múltiple, diabetes que requiera tratamiento farmacológico, infarto de miocardio subsiguiente, EAP, IC, ERC con eTFG de 15-59 ml/min/1,73 m²).²⁹



Tratamiento antiplaquetario después de intervención coronaria percutánea (ICP) en pacientes con ritmo sinusal.

Se recomienda el uso de AAS a una dosis de 75-100 mg/d después de la implantación del *stent*. El uso de clopidogrel a una dosis de 75 mg/d después de recibir la dosis de carga (p. ej. 600 mg o >5 días recibiendo la dosis de mantenimiento) adicionalmente al AAS: ²⁹

1) Se recomienda durante 6 meses después de la implantación del *stent* en la arteria coronaria, independientemente del tipo de *stent*, a menos que se indique un uso más corto (1-3 meses) debido al riesgo de hemorragia con riesgo vital o debido a la aparición de esta hemorragia. ²⁹

2) Debe considerarse durante 3 meses en los enfermos que presenten mayor riesgo de hemorragia con riesgo vital. ²⁹

3) Puede considerarse durante 1 mes en los pacientes que presenten riesgo muy elevado de hemorragia con riesgo vital. ²⁹

Tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular.

En pacientes con fibrilación auricular (FA) que reciban tratamiento anticoagulante y que cumplan con las condiciones para tomar anticoagulantes orales no antagonistas de la vitamina K (NACO; la información sobre las indicaciones para la reducción de las dosis o las contraindicaciones para cada NACO en pacientes con ERC, masa corporal <60 kg, edad >75-80 años e interacciones de fármacos, se incluye en las fichas técnicas de los productos), se recomienda preferentemente el uso de NACO en lugar de antagonistas de la vitamina K (AVK) [I/A]. El tratamiento anticoagulante oral a largo plazo (mediante NACO o AVK manteniendo el INR en el rango terapéutico durante >70 % del tiempo): 1) se recomienda en pacientes con FA y puntuación en la escala CHA2DS2 VASc ≥ 2 en hombres y ≥ 3 en mujeres. 2) debe considerarse en pacientes con FA y puntuación en la escala CHA2DS2 VASc ≥ 1 en hombres y ≥ 2 en mujeres [IIa/B]. Puede considerarse la adición de AAS a una dosis de 75-100 mg/d (o clopidogrel 75 mg/d) al tratamiento anticoagulante oral a largo plazo en pacientes con FA, antecedentes de infarto de miocardio y riesgo elevado de eventos isquémicos, que no presenten un riesgo elevado de hemorragia. ²⁹

Fármacos no anticoagulantes.

Se recomienda el uso de un inhibidor de la bomba de protones (IBP) en pacientes que reciban AAS en monoterapia, TAD o anticoagulante oral en monoterapia, que presenten un riesgo elevado de hemorragia gastrointestinal. ²⁹

Se recomienda el uso de:

1) Estatina en todos los pacientes con SCC, y —si en el enfermo no se ha logrado alcanzar el objetivo del tratamiento (reducción de la concentración inicial de C-LDL en ≥ 50 % y concentración de C-LDL <1,4 mmol/l [55 mg/dl]) mediante estatina a la



dosis máxima tolerada— se recomienda la adición de ezetimiba , sin embargo —si el objetivo todavía no se ha alcanzado a pesar del uso de estatina y ezetimiba a las dosis máximas toleradas— se recomienda la adición del inhibidor de PCSK9. ²⁹

2) Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) en pacientes con enfermedades concomitantes (p. ej., IC, hipertensión arterial o diabetes) [I/A], mientras que el uso de IECA debe considerarse en todos los pacientes con SCC que presenten riesgo muy elevado de eventos CV. ²⁹

3) β -bloqueante en pacientes con disfunción ventricular izquierda o IC sistólica; se debe considerar el uso a largo plazo de β -bloqueante en pacientes después de un infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). ²⁹

Revascularización coronaria.

El tratamiento farmacológico óptimo constituye la base de la terapia del SCC, ya que detiene la progresión de la aterosclerosis y previene los eventos trombóticos. La revascularización miocárdica también es importante, pero siempre debe ser tratada como un tratamiento complementario a la farmacoterapia adecuada. El objetivo de la revascularización es reducir la intensidad de los síntomas anginosos y/o mejorar el pronóstico. Las indicaciones de revascularización en SCC dependen de la presencia de síntomas anginosos y de isquemia en pruebas no invasivas. ²⁹

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El síndrome coronario crónico es un padecimiento que como su nombre lo describe es de evolución crónica, en el cual el paciente ya es consciente de la enfermedad por haber presentado un infarto agudo al miocardio previo.

La angina es la manifestación inicial, la cual puede tener episodios estables pero agravarse de momento, los síntomas cardinales son: dolor opresivo en región retroesternal, que se irradia a cuello, mandíbula, hombros y brazos.

En el paciente con síndrome coronario crónico la angina se puede agravar por situaciones de ejercicio o estrés, este cede al reposo o con la administración de nitratos. Se da prevención para evitar episodios nuevos.

Los principales estudios de sangre son triglicéridos, colesterol, química sanguínea y bromearía hemática. Con el fin de tener vigilancia del paciente. Los principales estudios de gabinete y de rutina son, radiografía de tórax, ecocardiograma y electrocardiograma.

El tratamiento farmacológico y no farmacológico es de por vida para el paciente con el fin de evitar episodios agudos o graves de la enfermedad.



BIBLIOGRAFÍA

1. M.C. Ferro Flores, et al,2012: Manual para la elaboración del informe final del servicio social de la carrera de médico cirujano. FES Zaragoza, páginas: 1-21.
https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/medico/info-academicoadministrativa/servicio_social/Manual%20de%20informe%20final%20de%20servicio%20social%20vigente.pdf
2. Arenas-Monreal et al, 2015: Diagnóstico de salud poblacional con enfoque de ecosalud. Rev. Saúde Pública 2015;49:78. Páginas 2-8.
http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/es_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005842.pdf
3. Censo de población y vivienda.2020, INEGI.https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodem/ResultCenso2020_CdMx.pdf
4. Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México.<http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM09DF/delegaciones/09008a.html>
5. Programa provisional de gobierno, marzo 2019-marzo 20220: Acaldia La Magdalena contreras.https://mcontreras.gob.mx/wp-content/uploads/2019/07/ProgramaProvisionalDeGobierno20019-2020_01072019_LMC_pdf.pdf
6. <http://www.imss.gob.mx/directorio/?page=1>
7. <https://www.google.com/maps/place/IMSS+Unidad+de+Medicina+Familiar+22/@19.3310266,-99.2177957,3a,75y,90t/data=!3m8!1e2!3m6!1sAF1QipPin1N0RRYQzTvMMVh-RIB6LsTLVNk3QhneS-oX!2e10!3e12!6shhttps:%2F%2Fh5.googleusercontent.com%2Fp%2FAF1QipPin1N0RRYQzTvMMVh-RIB6LsTLVNk3QhneS-oX%3Dw114-h86-k-no!7!640!8!480!4m5!3m4!1s0x85cdf897cea897f:0x7fcb018f1147529d!8m2!3d19.3310266!4d-99.2177957?hl=es-419>



8. <https://www.segurosocial.social/clinicas-imss/clinica-imss.php?NNUMLIN=22&NESTADO=9&DESUNID=%20%20INDEPENDENCIA&DCTIPUN=Unidad%20de%20Medicina%20Familiar>
9. 11. Programa de trabajo 2019. IMSS. UMF 22.
10. 12 <https://www.eluniversal.com.mx/galeria/metropoli/cdmx/la-ciudad-en-el-tiempo-la-unidad-independencia>
11. <https://hospitalesmexico.com/umf-22-independencia-3764>
12. Programa interno de protección civil. UMF 22 2019.
13. Concentrados mensuales, IMSS 2020.
14. <https://mcontreras.gob.mx/mi-alcaldia/esculturas/>
15. <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/implante-subdermico>.
16. <https://mcontreras.gob.mx/2020/02/12/la-magdalena-contreras-apuesta-por-la-recuperacion-de-espacios-publicos-para-llevar-cultura-y-deporte/>.
17. <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/diu-cobre>
18. SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO, AGOSTO 2017. MAYO CLINIC.....
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pcos/symptoms-causes/syc-20353439>.
19. Rita Angélica Gómez Díaz et al, 2006: Caso clínico. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 14. No. 1. Pp 20-24. <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2006/er061d.pdf>.
20. Stefano Palomba et al, 2015: Pregnancy complications in women with polycystic ovary syndrome. Human Reproduction Update, Volume 21, Issue 5, pages 575-592.. <https://academic.oup.com/humupd/article/21/5/575/566450>
21. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de Ovarios Poliquístico, México: Secretaría de Salud. 2010.....http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/453_GPC_Ovario_poliquistico/GER_Sx_ovario_poliquistico.pdf.
22. P. Teresa Sir, 2013: Síndrome de ovario poliquístico. Diagnóstico y manejo. Rev. ELSEVIER, páginas 818-826..... <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-sindrome-ovario-poliquistico-diagnostico-manejo-S0716864013702293>



23. Geroy-Moya E, Quiñones-Hernández M, Acosta-Hernández A. Síndrome de Marfán: a propósito de dos casos. Revista Finlay . 2020 [citado 2021 Mar 20]; 10(1):[aprox. 10 p.]. <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/793>
24. Pessler Frank, Md, PhD, Hannover, Germany. Oct. 2020. Síndrome de marfan. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-deltejido-conectivo-en-ni%C3%B1os/s%C3%ADndrome-de-marfan>.
25. Guía de Práctica clínica **Diagnóstico y tratamiento de la Disección Aguda de Aorta Torácica Descendente**. México: Secretaría de Salud, 2010. www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
26. González-Sánchez et al, 2010: Lesión de Dieulafoy, aspectos generales de diagnóstico y tratamiento. Elsevier. Vol. 22. Núm. 4. Páginas: 161-165. <https://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-articulo-lesion-dieulafoy-aspectos-generales-diagnostico-X0188989310210026>.
27. De Macro R: Atlas of Heart Diseases: Congenital Heart Disease. Edited by E Braunwald (series editor) and RM Freedom. Philadelphia, Current Medicine, 1997.
28. Hasbun Jorge et al, 2012: Disección aórtica tipo b Y EMBARAZO EN UN SÍNDROME DE marean: manejo y resultado. Rev. Chil.obstet.ginecol.vol.77 no.2. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-7526201200020001.
29. Guía de Práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la Disección Aguda de Aorta Torácica Descendente. México: Secretaría de Salud, 2010. www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
30. De Macro R: Atlas of Heart Diseases: Congenital Heart Disease. Edited by E Braunwald (series editor) and RM Freedom. Philadelphia, Current Medicine, 1997.
31. Hasbun Jorge et al, 2012: Disección aórtica tipo b Y EMBARAZO EN UN SÍNDROME DE marean: manejo y resultado. Rev. Chil.obstet.ginecol.vol.77 no.2. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-7526201200020001.
32. MD Rendón Múnica I & MD Velásquez Meisel D. 2017: GUÍAS DE MANEJO DE LA ANGINA CRÓNICA ESTABLE. Páginas 1-24. https://cardioduque.com/wp-content/uploads/2018/10/Cap_11_Gu%C3%ADas-de-manejo-de-la-angina-cr%C3%B3nica-estable.pdf.



33. <https://prezi.com/aegr3palo/introduccion-a-sppstimss/>
34. <https://www.reproduccionasistida.org/metodos-de-planificacion-familiar/>
35. <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/dispositivo-intrauterino-diu/que-es-el-dispositivo-intrauterino-diu-con-hormonas>
36. <http://saludbcs.gob.mx/programas.php?pagina=vigilancia>
37. [http://www.revistafertilidad.org/rif/ckfinder/userfiles/images/tabla-1-web\(5\).jpg](http://www.revistafertilidad.org/rif/ckfinder/userfiles/images/tabla-1-web(5).jpg)