



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

**ALIMENTACIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES CON
SOBREPESO U OBESIDAD EN EL HGZ/MF NO. 8 “DR.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

Y

DIAGNÓSTICO DE SALUD 2020

PRESENTA:

DELGADO MONTES YERENIA AYLIN

Médico Pasante del Servicio Social

Matrícula: 2152033319

DRA. GÓMEZ LANDEROS OFELIA

ASESORA

Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco

No. Económico: 22310

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2021

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INVESTIGACIÓN	5
TÍTULO	5
INTRODUCCIÓN	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.2 JUSTIFICACIÓN	7
1.3 MARCO TEÓRICO	8
1.4 OBJETIVO GENERAL	18
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.6 HIPÓTESIS	18
1.7 METODOLOGÍA	19
1.7.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.7.2 POBLACIÓN, UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	21
1.7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, DE EXCLUSIÓN	21
1.7.4 MUESTRA	21
1.7.5 VARIABLES	22
1.7.6 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	23
1.7.7 MATERIAL Y MÉTODOS	25
1.8 RESULTADOS: CUADROS Y GRÁFICAS	29
1.9 ANÁLISIS DE RESULTADOS	35
1.10 CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	36
1.11 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	38
1.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
1.13 REFERENCIAS	40
1.14 ANEXOS	43

CAPÍTULO 2. DESCRIPCIÓN DE LA ALCALDÍA DONDE SE HIZO EL SERVICIO SOCIAL: ÁLVARO OBREGÓN	46
2.1 TOPONIMIA	46
2.2 HISTORIA	47
2.3 LOCALIZACIÓN	48
2.4 EXTENSIÓN	49
2.5 OROGRAFÍA	49
2.6 HIDROGRAFÍA	51
2.7 CLIMA	52
2.8 POBLACIÓN	53
2.9 PRINCIPALES LOCALIDADES	53
2.10 SITIOS DE INTERÉS CULTURAL	53
2.11 SERVICIOS DE SALUD	58
2.12 REFERENCIAS	61
CAPITULO 3. DESCRIPCIÓN DEL HGZ/UMF DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL	62
3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS	62
3.2 MISIÓN	64
3.3 VISIÓN	64
3.4 CUERPO DIRECTIVO	64
3.5 ENTORNO DE LA UNIDAD	65
3.6 INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS	66
3.7 INDICADORES DE SALUD	69
3.7.1 POBLACIÓN ADSCRITA A LA UMF	69
3.7.2 PIRAMIDE DE POBLACIÓN	70
3.7.3 POBLACIÓN POR GRUPO PREVEINMSS	71
3.7.4 ESPERANZA DE VIDA 2020	71

3.7.5 PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE PRIMERA VEZ	72
3.7.6 PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE CONSULTA SUBSECUENTE	72
3.7.7 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN <1 AÑO	73
3.7.8 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN DE 1-9 AÑOS	74
3.7.9 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN DE 10-19 AÑOS	74
3.7.10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN DE 20-59 AÑOS FEMENINA	75
3.7.11 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA EN POBLACIÓN DE 20-59AÑOS MASCULINA	76
3.7.12 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN DE 60 Y MAS	76
3.7.13 MORBILIDAD DE PADECIMIENTOS SELECCIONADOS	77
3.7.14 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD	78
3.7.15 PRINCIPALES TUMORES MALIGNOS	79
3.7.16 MOTIVOS DE INCAPACIDAD	80
3.7.17 PLANIFICACION FAMILIAR	81
3.7.18 EMBARAZO EN ADOLESCENTES	82
3.8 REFERENCIAS	83
CAPÍTULO 4. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL	84
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL	120
5.1 EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN COMO PERSONA	120
5.2 EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN PROFESIONAL	121
5.3 EN RELACIÓN A SU APORTACIÓN A LA COMUNIDAD	122
5.4 EN RELACIÓN CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA	123

CAPÍTULO 1. INVESTIGACIÓN.

ALIMENTACIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES CON SOBREPESO U OBESIDAD EN EL HGZ/MF NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

INTRODUCCIÓN

En México el 75.2% de los adultos presentan sobrepeso u obesidad, aunque dichos padecimientos son resultado de la interacción entre varios factores (genéticos, socioeconómicos, hábitos), diversos estudios sugieren que la Alimentación Emocional (comer en respuesta a emociones negativas) afecta a una parte de estos pacientes, influyendo la ganancia de peso y la imposibilidad de la pérdida del mismo. Debido a la morbimortalidad asociada, es necesario tener en cuenta todos los mecanismos implicados en el exceso de peso, incluyendo a las emociones, por lo que dichos hallazgos al ser medibles, tienen implicaciones para el tratamiento integral de la obesidad y el sobrepeso, siendo una necesidad abordar la regulación de las emociones, más allá de centrarse en las dietas restringidas en calorías como clásicamente se maneja.

Existen diversas escalas desarrolladas para clasificar los comportamientos alimenticios, en el caso del presente trabajo se utilizó el “Cuestionario del comedor emocional de Garaulet” validado para uso en pacientes con sobrepeso y obesidad. Se realizó un estudio prospectivo, transversal, no comparativo, descriptivo, observacional y prolectivo en 116 participantes, con el objetivo fue determinar la presencia de alimentación emocional en pacientes con sobrepeso u obesidad en el HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Así como determinar el grado en que se presenta y describir su relación con el IMC y el sexo de los pacientes.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad y el sobrepeso en el mundo han ido en aumento, particularmente en México uno de cada tres niños en edad escolar, alrededor de 35% de los adolescentes y más de tres cuartas partes de los adultos padecen dichas enfermedades. Esto impacta directamente en la salud y calidad de vida de los pacientes por las comorbilidades cardiovasculares, metabólicas y psicosociales que conllevan a corto y largo plazo; pero también tienen consecuencias económicas deletéreas para el sistema de salud, debido a la pérdida de años laborales y el costo de las enfermedades y complicaciones crónicas que acarrearán. Desde hace años se han tomado distintas medidas para su prevención y disminución, pero no han sido suficientes, por lo que dilucidar los mecanismos, tanto fisiopatológicos como psicosociales, es primordial con el objetivo de tomar nuevas pautas en manejo multidisciplinario. La alimentación emocional (comer en respuesta a emociones negativas) se ha descrito como una causa emergente de la obesidad, además de ser un obstáculo en el tratamiento de la misma, por lo que conocer si está presente y su grado de impacto en las decisiones alimentarias diarias de los pacientes sería de sumo beneficio al momento de orientarlos en la adquisición de un estilo de vida más sano con la consecuente pérdida de peso, sin poner en riesgo su salud física y mental con las dietas restrictivas que son tan frecuentes y que han demostrado muy baja eficacia a largo plazo; debido a esto se concluye la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de alimentación emocional de los pacientes con sobrepeso u obesidad en el HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La alimentación emocional se ha descrito como un tipo de comportamiento alimentario, que se ve ligado a distintas patologías, como el trastorno por atracón (presente no solo en pacientes obesos, también en pacientes con bulimia), depresión y ansiedad. A pesar de que una parte importante de las investigaciones sobre la alimentación emocional se centran en dichos trastornos, también se ha identificado en los últimos años como un componente, antes ignorado, en el origen, mantenimiento e inconveniente en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Se sabe que las causas de la obesidad son multifactoriales, desde factores genéticos, ambientales, de hábitos y estilo de vida, pero no se debe dejar de lado el factor psicológico, pues todos se encuentran interconectados. Por esa razón los esfuerzos en el manejo de los pacientes con sobrepeso y obesidad no deben solo enfocarse en los cambios en el estilo de vida clásicamente descritos.

La importancia de la realización del presente estudio radica en el conocimiento del grado de alimentación emocional con el que cursan los pacientes que tratamos día con día, con diversas patologías consecuentes o concomitantes de la obesidad que predomina en nuestra población, con la intención de ofrecer otras alternativas en su manejo, que sean más amables y sostenibles que las dietas restrictivas y programas de ejercicio, es decir, que saber si nuestros pacientes son comedores emocionales nos orienta a enviarlos a servicios especializados de nutrición y psicología para un manejo integral, que les permita perder peso de manera gradual, pero eficaz, sin ponerlos en un estado de mayor ansiedad o incluso desinterés. Lo que se vería reflejado a mediano y largo plazo en la disminución de las comorbilidades y, por ende, carga económica para el sistema de salud.

En el IMSS 77.5% de los derechohabientes de 20 años en adelante presentan sobrepeso y obesidad (38.7%), es decir que casi 4 de cada 10 derecho habientes padecen obesidad. Por ello es factible utilizar un instrumento autoaplicable, para tamizar en una sesión de consulta de primer nivel el grado de alimentación emocional de los pacientes y tomar las riendas de su tratamiento multidisciplinario.

1.3 MARCO TEÓRICO

Definiciones

La Organización Mundial de la salud define la obesidad como una acumulación excesiva de grasa corporal que se asocia con claros riesgos para la salud. En 2013 la Asociación Médica Americana (AMA) votó para que fuese reconocida como una enfermedad, defendiendo que dicha acción le confiere mayor legitimidad y permite mejor atención y tratamiento de la misma. Si es una condición que lleva a la enfermedad o una enfermedad en sí, existe un fuerte consenso mundial de que la obesidad es una pandemia que necesita ser tratada y, más importante, prevenida debido a sus comorbilidades, mortalidad y costo. ⁽¹⁾

La cuantificación confiable de la masa grasa requiere herramientas sofisticadas que no están ampliamente disponibles (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética o absorciometría dual de rayos X), y esto ha obstaculizados los esfuerzos para llegar a una definición más específica. El Índice de Masa Corporal (IMC) es el método de medida utilizado con mayor frecuencia por su simplicidad; se calcula dividiendo el peso corporal en kilogramos entre el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2). En consecuencia, un IMC elevado representa una medida sustituta de la grasa corporal. Los estudios en la población colocan el IMC normal en 18.5 a 24.9 kg/m^2 , valores más bajos del límite inferior se clasifican como bajo peso ($<18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$), se le llama sobrepeso cuando va de 25 a 29.9 kg/m^2 y se considera obesidad cuando es mayor o igual a 30 kg/m^2 . El grado de obesidad se puede subdividir en grado I (IMC 30 a 34.9 kg/m^2), grado II (IMC 35 a 39.9 kg/m^2) y grado III, también llamado obesidad mórbida, (IMC $\geq 40 \text{ kg}/\text{m}^2$). Todo ello en adultos, en los niños la evaluación del IMC requiere un ajuste por edad y sexo.⁽²⁾

A pesar de ser una herramienta clínica accesible para el tamizaje del sobrepeso y la obesidad, el IMC tiene limitaciones a considerar en la práctica diaria, pues no es confiable para evaluar la grasa corporal individual. Las variaciones en el músculo esquelético y otros componentes de masa magra crean variaciones importantes en la masa corporal total. Por ejemplo, un individuo musculoso tendrá un peso corporal aumentado en relación a la altura que puede colocarlo erróneamente en la categoría de sobrepeso u obesidad. Además, deben considerarse diferencias raciales y étnicas significativas. Existen otras medidas como la circunferencia de la cintura, como marcador de la adiposidad abdominal, pues se postula que esta es principalmente grasa visceral, metabólicamente activa que rodea los órganos y se asocia con una alteración metabólica, predisponiendo a los individuos a enfermedades cardiovasculares y otras afecciones relacionadas (3). En México, se considera que una circunferencia de cintura $\geq 90 \text{ cm}$ en hombres y $\geq 80 \text{ cm}$ en mujeres aumenta los riesgos mencionados existen diferentes puntos de corte recomendados en otras razas y etnias. ⁽⁴⁾

Causas

La causa fundamental de la obesidad se ha descrito de manera simple como un desequilibrio energético a largo plazo entre demasiadas calorías consumidas y muy pocas calorías gastadas. Basándose en este concepto, se ha percibido la obesidad históricamente como el resultado de rasgos personales negativos como la gula, la pereza, la autocomplacencia y la falta de fuerza de voluntad. Los seres humanos tienen una fisiología evolutiva que está predispuesta a conservar la grasa corporal como factor de supervivencia, dicha fisiología en el clima actual de fácil acceso a calorías, ha creado un gran segmento de la humanidad que parece estar predispuesto al exceso de peso. Sin embargo, la evidencia reciente indica que la patogénesis de la obesidad involucra procesos mucho más complejos, que responden a una interacción compleja entre factores ambientales, socioeconómicos y genéticos, lo que subyace en el por qué es tan difícil tratarla. A continuación, se analizan los factores de riesgo asociados a la patogénesis; es de importancia señalar que, a excepción de la genética, todos ellos son modificables ⁽⁵⁾.

Ambiente obesogénico

Hace 10 años el concepto de ambiente obesogénico era relativamente nuevo y vinculaba los entornos construidos y alimentarios de formas novedosas. El **entorno construido** se refiere a las características físicas del entorno urbano que reducen la necesidad de actividad física, como ascensores, escaleras mecánicas, automóviles y la variedad de transportes disponibles, además de otros dispositivos que ahorran trabajo, influye en si se prefiere o se evita la actividad física. El **entorno agroalimentario** apunta a la disponibilidad constante de alimentos baratos, altamente procesados y cargados de azúcar que juega un papel predominante en el aumento de la prevalencia de la obesidad. En cuanto al **entorno sociocultural** se ha visto que los bajos ingresos y el bajo nivel educativo contribuyen a aumentar la prevalencia de la obesidad, pues se asocian a otros factores obesogénicos como la baja educación, pocas instalaciones para la práctica de deportes, la dependencia de calorías baratas con poco valor nutricional, entre otros ⁽⁶⁾.

Aunque ha aumentado la investigación sobre el ambiente obesogénico, los resultados no han sido concluyentes, pero si han brindado herramientas para actuar. El gobierno mexicano a través de la Alianza de Salud Alimentaria volvió obligatorio a partir de 2020 el etiquetado claro de alimentos, es decir, cuando los productos superen los límites establecidos para calorías, azúcares, grasas saturadas y sodio deberán ser rotulados con los sellos de advertencia en la parte frontal del producto. Además, la Norma Oficial Mexicana-051 estipula que en la publicidad de los alimentos chatarra no se puede contar con la aparición de deportistas, personajes y celebridades; se espera que con dicha estrategia se reduzcan los índices de obesidad y se prevenga la diabetes en la población mexicana. ⁽⁷⁾

Hábitos

A lo largo de los años muchos estudios sobre obesidad han destacado la dieta y la actividad física como los factores de riesgo principales modificables implicados tanto en el desarrollo de la enfermedad, como en el tratamiento de la misma. Más allá de la ingesta calórica general, la evidencia sugiere que el simple hecho de adherirse a una dieta tiene un impacto en la pérdida de peso, sobre todo aquellas que conducen a mantener el peso a largo plazo. El aumento de peso en la mediana edad está fuertemente asociado con el aumento en la ingesta de papas fritas, bebidas endulzadas con azúcar y carnes rojas, esto ha sido un impulso para las intervenciones y políticas de salud pública, como limitar la publicidad y los tamaños de las bebidas, creación de impuestos y eliminación de venta de la comida chatarra en las escuelas. ⁽⁸⁾

Los hábitos personales fuera de la dieta, como son la actividad física, el sueño, el sedentarismo, el tiempo frente a pantalla y el estrés, también se han visto asociados con el cambio y el mantenimiento del peso en la edad adulta. Se ha demostrado que de 150 a 250 minutos por semana de actividad física moderada a intensa es suficiente para mantener el peso y más de 250 minutos por semana se asocia a la pérdida de peso y mantenimiento del peso después de la pérdida. ⁽⁹⁾

Causas genéticas

Hasta ahora, cerca de 60 marcadores genéticos se han visto implicados en la elevada susceptibilidad a la obesidad, de los cuales 32 variables genéticas representan <1.5% de la variación global entre individuos en el IMC. Cuando estos 32 resultados genéticos se combinan en un puntaje de riesgo genético de obesidad, aquellos con el riesgo más alto (portadores de más de 38 alelos), tienen un IMC solo 2.7 kg/m² más alto en promedio que aquellos con bajo riesgo genético. Es decir, una diferencia de peso aproximada de 7 kg (3). Aunque la genética indudablemente juega un rol, esta diferencia relativamente pequeña en el IMC junto con el dramático aumento de la obesidad en el último medio siglo en países tanto desarrollados como en desarrollo, apunta a factores de riesgo más allá de la genética. Los aspectos genéticos de la obesidad apuntan a mutaciones en varios genes responsables de controlar el apetito y el metabolismo. Se han utilizado estrategias para identificar los determinantes genéticos de la obesidad, como son los genome-wide linkage studies (GWLSs, estudios de ligamiento de todo el genoma) y los genome-wide association studies (GWAS, estudios de asociación de genoma completo), que han informado alrededor de 127 sitios en el genoma relacionados con el desarrollo de obesidad. El primer locus susceptible a la obesidad identificado fue el gen FTO (fat mass obesity associated o masa grasa asociada a la obesidad), y es el que tiene mayor efecto sobre fenotipos de obesidad, tanto en adultos como en niños hasta la fecha, pues se demostró que cada alelo de riesgo en FTO estaba asociado a un aumento de 1-1.5 kg del peso corporal y un aumento de 20-30% en el riesgo de

obesidad. La variante genética rs1421085 (T-C) del FTO, puede interrumpir la unión del represor ARID5B, que da como resultado la depresión de IRX3 e IRX5 durante la diferenciación temprana de los adipocitos, este proceso conduce a un cambio autónomo del pardeamiento y termogénesis de los adipocitos blancos al almacenamiento de lípidos y aumento de peso ⁽¹⁰⁾.

Los GWAS han proporcionados nuevos conocimientos sobre la biología de la obesidad, sin embargo, aún no son clínicamente útiles como herramientas para predecir quién podrá desarrollar la enfermedad. Se requieren extensas investigaciones para identificar los genes responsables en cada locus y esclarecer la fisiopatología de la obesidad y así permitir el desarrollo de nuevos tratamientos, que en última instancia podrían ser el principal beneficio de estos descubrimientos genéticos ⁽¹¹⁾.

Gut microbiota

El cuerpo humano se compone de billones de células individuales, de las cuales aproximadamente 30 millones no tienen relación genética con su huésped humano en forma de bacterias, virus y otros organismos, la mayoría de los cuales residen en el intestino, a esto se le denomina microbioma o flora intestinal. Estos microorganismos están relacionados con la función inmune y metabólica que juegan un papel en los desórdenes inflamatorios, incluyendo a la obesidad ⁽¹²⁾.

De acuerdo a una revisión exhaustiva de Boulangé (2016), una dieta alta en grasas aumenta la permeabilidad intestinal, lo que resulta en un aumento de los niveles de lipopolisacáridos en la circulación sistémica; estas endotoxinas están asociadas con procesos inflamatorios, como la obesidad y la resistencia a la insulina. Al influir en el epitelio intestinal y la motilidad, ciertas especies de bacterias extraen más calorías de los alimentos, lo que aumenta la absorción de calorías y el almacenamiento de grasas. Se plantea que la microbiota intestinal inhibe el factor adiposo inducido por el ayuno, lo que resulta en una mayor deposición de triglicéridos en los adipocitos. El microbiota intestinal también afecta la oxidación de ácidos grasos, cetogénesis, captación de glucosa, sensibilidad y secreción de insulina, aumento de la lipogénesis y síntesis de colesterol y triglicéridos, todo ello contribuye a la obesidad y el síndrome metabólico. ⁽¹³⁾

Epidemiología

A nivel mundial, se estimó que en 2015 un total de 1.9 mil millones de adultos tenían sobrepeso y 609 millones tenían obesidad, lo que representa aproximadamente el 39% de la población mundial. La prevalencia es generalmente mayor en las mujeres que en los hombres en todos los grupos de edad, y las tasas aumentan a partir de los 20 años, alcanzando su

punto máximo entre los 50 y los 65 años. En 1980 la prevalencia de sobrepeso era de 26.5%, mientras que en 2015 aumentó a 39%, lo que representa un incremento de casi 50% en los últimos 35 años. La obesidad creció de 7% en 1980 a 12.5% en 2015, incrementando aproximadamente 80%. América y Europa son las regiones con la mayor prevalencia y el mayor aumento de sobrepeso y obesidad, siendo Estados Unidos y México los que encabezan la lista de los países con tasas más altas ⁽¹⁴⁾.

Para explicar esta transición epidemiológica de la obesidad, Jaacks en 2019 describió un modelo conceptual donde se utilizaron ejemplos ilustrativos de los treinta países más poblados (77% de la población mundial) destacando 4 etapas. La etapa 1, se caracteriza por una mayor prevalencia de obesidad en mujeres comparada con hombres, en aquellos con estatus socioeconómico más alto y en adultos más que en niños (países del sur de Asia y África sub sahariana). En la etapa 2, hay un gran aumento de la prevalencia entre adultos y un pequeño aumento en niños, además de una reducción de la brecha de género y las diferencias socioeconómicas entre mujeres (países Latinoamericanos y del Medio Oriente). La etapa 3 ocurre cuando la prevalencia de obesidad entre aquellos con estatus socioeconómico más bajo sobrepasa la prevalencia de los que tienen un nivel socioeconómico más alto y se puede observar un estancamiento de la obesidad entre mujeres y niños (países de Europa). La etapa 4 o final, se refiere a la disminución de la prevalencia de obesidad, pero hay muy pocos indicios de que algunos países estén entrando en este nivel. ⁽¹⁵⁾

Los datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-2019, en México uno de cada tres niños en edad escolar, alrededor de 35% de los adolescentes y más de tres cuartas partes de los adultos presentan sobrepeso u obesidad. El porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad reportada por la ENSANUT en 2012 fue de 71.3%, mientras que en 2018 aumentó hasta 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), dicho aumento repercute directamente en la morbilidad asociada, con un incremento en la Diabetes Mellitus del 9.2% en 2012 al 10.3% en 2018; la Hipertensión Arterial Sistémica incrementó de 16.6% en 2012 a 18.4% en 2018 y el reporte de colesterol y triglicéridos altos fue de 13% en 2012 hasta 19.5% en 2018. La mayor prevalencia de sobrepeso se observó en la región Ciudad de México (40.6%) y la región Centro (40.5%); mientras que la mayor prevalencia de obesidad se observó en la región Norte (41.6%) ⁽¹⁶⁾. Todo ello conlleva efectos negativos tanto en la salud de la población como en el presupuesto designado para la atención de estas enfermedades y sus complicaciones, pues se estima que el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades representa un 25% del gasto público en salud en México ⁽¹⁷⁾.

Comorbilidades asociadas

Es ampliamente conocida y estudiada la asociación entre obesidad y múltiples comorbilidades (Anexo 1). La obesidad medida se asocia fuertemente a un mayor riesgo de eventos

cardiovasculares, siendo los más relevantes: Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria y enfermedad arterial periférica ⁽¹⁸⁾.

En cuanto a las enfermedades mentales, la obesidad se ha asociado con una serie de trastornos psiquiátricos que incluyen: trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno de la personalidad, trastorno por déficit de la atención con hiperactividad, trastorno por atracón y esquizofrenia; también la obesidad es un efecto adverso de algunos fármacos utilizados para tratar trastornos mentales ⁽¹⁹⁾.

La obesidad y su desregulación metabólica son factores de riesgo establecidos para muchos cánceres, el microambiente inflamatorio causa una relación entre el tejido adiposo y las células propensas al cáncer, por medio de hormonas, citocinas y otros mediadores (Factor de crecimiento endotelial vascular VEGF, IL6, TNF α). Los reportes de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer y la Fundación Mundial de la Investigación del Cáncer, indican que hay una fuerte evidencia de asociación entre la obesidad y los siguientes tipos de cáncer: endometrial, adenocarcinoma esofágico, colorrectal, postmenopáusico de mama, hepático, endometrial, renal, ovárico suprarrenal y prostático. Mientras que las neoplasias menos asociadas son: leucemia, linfoma no Hodgkin, mieloma múltiple, melanoma maligno y tumores tiroideos. ⁽²⁰⁾

El sobrepeso y la obesidad están estrechamente relacionados con la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2). La obesidad es la causa principal de la resistencia a la insulina que se presenta de manera temprana y es compensada con hiperinsulinemia. La aparición de DM 2 ocurre principalmente en la edad adulta; entre los niños y adultos jóvenes ocurre en la segunda década de la vida y la pubertad tardía ⁽²¹⁾. En un metaanálisis de los Estados Unidos y Europa comparando a las personas obesas con las que tienen un peso normal, los hombres obesos tenían un riesgo 7 veces mayor y las mujeres obesas una probabilidad 12 veces mayor de desarrollar DM 2. También se ha visto que el depósito ectópico de grasa en el hígado de pacientes obesos es un importante marcador para la resistencia a la insulina y la alteración en la regulación de la glucosa ⁽²²⁾.

Alimentación emocional

La alimentación emocional se ha definido como “comer en respuesta a una serie de emociones negativas, como ansiedad, depresión, ira y soledad”. No obstante, en un estudio donde se manipuló el estado de ánimo negativo, el estado de ánimo positivo y se realizó una prueba de sabor falsa, después de la cual se midió la ingesta de alimentos, las personas que mostraron una mayor ingesta de alimentos cuando están en un estado emocional negativo también comen en exceso cuando experimentan otras señales ⁽²³⁾.

La búsqueda de alimento y el equilibrio energético metabólico representaban un desafío para la evolución humana, pero en la actualidad se asegura el suministro de alimentos ricos en energía, sabrosos y asequibles, por lo que comer ya no es solo una respuesta fisiológica al hambre que asegura la supervivencia, también asume roles más allá de la homeostasis: sirve para disfrutar, aliviar el aburrimiento, reducir el estrés y regular las emociones. Esto se ve involucrado en la dificultad para perder peso y se ha identificado como factor de riesgo para desarrollar atracones. Desde un punto de vista fisiológico y evolutivo, se espera que el estrés intenso y las emociones negativas desencadenen una respuesta de lucha o huida que involucre al sistema nervioso simpático, lo que resultará en un mayor estado de alerta y suministro de energía de las reservas corporales y una disminución del apetito y la ingesta de alimentos. Sin embargo, también se pueden observar los antojos de alimentos con la posterior ingesta excesiva en respuesta al estrés. Si bien los factores estresantes físicos se han vuelto poco frecuentes en los últimos siglos, los estresantes emocionales crónicos están más presentes en la vida diaria y se han relacionado con la activación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HPA), con la consecuente liberación excesiva de glucosa del hígado, que contribuye al desarrollo de hábitos alimentarios poco saludables y a la obesidad debido al estrés ambiental crónico. ⁽²⁴⁾

Las teorías del aprendizaje sugieren que la alimentación en exceso emocional tiene principalmente una función de regulación emocional, es decir, que los individuos comen en exceso para regular las emociones negativas; por otro lado, las teorías cognitivas sugieren que no tiene necesariamente una función reguladora emocional, sino que es el resultado de la desinhibición en los consumidores restringidos. ⁽²⁵⁾

Durante la última década la investigación se ha centrado en qué habilidades emocionales específicas están realmente comprometidas, en un metaanálisis se analizaron 31 estudios que compararon las competencias de procesamiento emocional en personas con obesidad, con o sin trastorno por atracón y grupos de control, demostrando que los individuos con obesidad tenían puntuaciones más altas de alexitimia, dificultad para identificar sentimientos y estilo de pensamiento orientado hacia el exterior, en comparación con los grupos de control. Además, en los pacientes con obesidad se informaron niveles más bajos de conciencia emocional y dificultad para usar estrategias de regulación de las emociones, es decir, una reducción de la aceptación cognitiva y una mayor supresión de la expresión. ⁽²⁶⁾

Se han descrito algunos mecanismos que llevan a la alimentación emocional. **1) Desinhibición de la restricción dietética:** Se refiere a que el estrés o las emociones negativas pueden desinhibir el autocontrol de las personas que hacen dieta con respecto a su restricción autoimpuesta de la ingesta de alimentos, el resultado es que desarrollan sentimientos intensos de privación, que los hacen muy vulnerables a abandonar su dieta, lo que en la mayoría de los casos resulta en la ganancia del peso perdido. Cuando se someten a estrés o después de la inducción de emociones negativas, las personas que hicieron dieta mostraron en varios experimentos una mayor ingesta de alimentos en comparación con las

personas que no lo hicieron. Por lo tanto, la dieta se considera un factor de riesgo para una mayor tendencia a la alimentación emocional; una consecuencia adicional de la lucha continua de las personas que hacen dieta contra sus sensaciones de hambre es que pierdan por completo el contacto con sus sentimientos de hambre y saciedad, que es un factor de riesgo adicional para el desarrollo de la alimentación emocional. **2) Pobre conciencia interoceptiva:** Sugiere que la alimentación emocional ocurre como resultado de prácticas parentales que socavan el desarrollo psicológico y emocional del niño; cuando la respuesta del cuidador es negligente, excesivamente protectora o incluso manipuladora u hostil, el resultado puede ser que el niño desarrolle una conciencia interoceptiva deficiente (conciencia deficiente de la sensación de hambre y saciedad), altos grados de alexitimia (dificultad para identificar sentimientos y describirlos a otras personas) y dificultades para regular adecuadamente sus emociones. **3) Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal invertido:** Se ha estudiado en los casos de estrés postraumático que tanto la depresión como la desregulación emocional actúan como mediadores entre el trauma infantil o el abuso emocional y la alimentación emocional. En lugar de responder al estrés con hiperactivación y el síntoma neurovegetativo típico como la pérdida de apetito, el eje HHA puede responder al estrés con una hipoactivación y los síntomas neurovegetativos (atípicos) de aumento del apetito y por ende, de peso.⁽²⁷⁾

Sentirse deprimido normalmente se asocia con la pérdida de apetito y la consiguiente pérdida de peso. Sin embargo, existe un subtipo de depresión que se caracteriza por las características atípicas de aumento del apetito y posterior aumento de peso ⁽²⁸⁾. La alimentación emocional se ha considerado un marcador de este subtipo de depresión porque comparte con este subtipo la característica típica de aumento del apetito en respuesta a la angustia, como los sentimientos de depresión. En un estudio prospectivo de Van Strien et al., a los padres de los adolescentes, se observó que la alimentación emocional actuó como un mediador entre la depresión materna y el aumento de peso después de 5 años. Los síntomas depresivos se relacionaron con una mayor alimentación emocional; la alimentación emocional también predijo mayores aumentos en el IMC independientemente de la depresión. ⁽²⁹⁾

Como se dijo anteriormente, existen varios estudios que apoya la idea de que hay relación entre comer, las emociones y el aumento de ingesta energética, esta relación debe ser medible para entender mejor cómo se utiliza la comida para lidiar con ciertos estados de ánimo y cómo estas emociones afectan la eficacia de los programas de pérdida de peso. Se han desarrollado diversos cuestionarios para estudiar el comportamiento alimenticio, siendo los más comunes el Cuestionario de alimentación de tres factores (TFEQ, Three Factor Eating Questionnaire), el Cuestionario de alimentación consciente (MEQ, Mindful Eating Questionnaire), el Cuestionario sobre la alimentación y evaluación debido a las emociones y el estrés (EADES, Eating and Appraisal Due to Emotions and Stress Questionnaire), la Escala de alimentación emocional (EES, Emotional Eating Scale) o el Cuestionario Holandés del comportamiento alimentario (DEBQ, Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)). ⁽³⁰⁾

Sin embargo, dichos cuestionarios cuentan con la desventaja de ser demasiado largos, están hechos para evaluar trastornos alimentarios y no son específicos para pacientes con obesidad. Atendiendo dicha problemática, Garulet et al., desarrolló un instrumento de diez ítems llamado Cuestionario del Comedor Emocional, que ha sido validado para su uso específico en pacientes con obesidad, lo que lo vuelve un instrumento de escrutinio útil para clasificar a los individuos en función de la relación entre la ingesta de alimentos y las emociones, por lo que será utilizado en el presente estudio ⁽³¹⁾.

Intervenciones en el estilo de vida para perder peso

Los objetivos en las intervenciones para perder peso deben ser realistas para lograr una reducción de los riesgos para la salud, y deben incluir la promoción de la pérdida de peso, su mantenimiento y la prevención de la recuperación de los kilos perdidos. Un equipo multidisciplinario debe ser utilizado para el control del sobrepeso y la obesidad como una enfermedad crónica a largo plazo; no puede enfocarse solo en la reducción de peso, se debe incluir el manejo de las comorbilidades, la mejora en la calidad de vida y el bienestar de los pacientes obesos. Esto implica el control de la dislipidemia, la optimización del control glucémico, la normalización de la presión arterial, el manejo del síndrome de apnea del sueño, el control del dolor, manejo de alteraciones psicosociales que incluyen trastornos afectivos, trastornos alimentarios, baja autoestima y alteraciones en la imagen corporal. Se considera realista y benéfica una pérdida de peso de 0.25 a 1 kg por semana y una reducción corporal de 5-10% en un periodo de seis meses. Se puede considerar una pérdida mayor (20% o más) para aquellos con IMC mayor de 35 kg/m².⁽³²⁾

Nutrición y dieta

Se recomienda el uso de un diario de alimentos para la evaluación cualitativa de la dieta e identificar la frecuencia de las comidas. Los consejos dietéticos deben fomentar una alimentación saludable y enfatizar la necesidad de incrementar el consumo de verduras, frijoles, legumbres, lentejas, granos, cereales sin azúcar y fibra, alentar a una mayor ingesta de mariscos, evitar los alimentos que contienen azúcares añadidos y grasas, así como el consumo de bebidas azucaradas y bebidas que contienen alcohol. El factor más importante para bajar de peso es reducir la ingesta diaria de calorías; las dietas bajas en grasas o bajas en carbohidratos se han sugerido como la primera estrategia dietética. Se ha demostrado que las dietas como la Mediterránea, donde se aumenta el consumo de frutas y verduras y la ingesta de grasas saludables puede ser una estrategia saludable para bajar de peso. Además, el aumento de la ingesta de proteínas puede ayudar con el mantenimiento de la pérdida de peso ⁽³³⁾.

Algunos consejos generales son: Disminuir la densidad energética de alimentos y bebidas, disminuir el tamaño de las porciones, evitar picar entre comidas, no saltarse el desayuno y evitar comer por las noches, y reducir los episodios de atracones. La mejor dieta para el control de peso es aquella que el individuo pueda mantener a largo plazo, por lo tanto, se debe consultar con los pacientes antes de elegir la estrategia de dieta óptima, porque la pérdida de peso exitosa y su mantenimiento dependen de las opciones, preferencias y adherencia a largo plazo del paciente al plan de dieta. ⁽³⁴⁾

La restricción calórica debe individualizarse y tomar en cuenta los hábitos nutricionales, la actividad física y las comorbilidades. Prescribir una dieta requiere del apoyo de un nutriólogo, pero en general se recomienda que en los pacientes obesos se induzca un déficit de 500-700 kcal/día para llevarlos a una pérdida de 0.5-1.0 kg por semana. En consecuencia, las mujeres suelen tener una dieta de 1200-1500 kcal/día y los hombres de 1500-1800 kcal/día. ⁽³⁵⁾

Actividad física

La actividad física por si sola contribuye muy poco a la pérdida de peso, es por eso que se considera importante que se combine con dieta. El entrenamiento aeróbico es el modo óptimo de ejercicio para reducir la masa grasa, pero se necesita un programa que incluya entrenamiento de resistencia para aumentar la masa muscular. Por esta razón, todas las guías recomiendan de 150-180 minutos/semana de ejercicio aeróbico moderado (como caminata a paso ligero), combinado con 3 sesiones de ejercicios de resistencia. ⁽³⁶⁾

En cuanto al Entrenamiento en Intervalos de Alta Intensidad y el Entrenamiento Continuo de Intensidad Moderada, ambos parecen ser igualmente eficaces en la reducción de IMC y circunferencia de cintura. Los beneficios de la actividad física son: reducción de la grasa intraabdominal, aumento de la masa magra, disminución de la presión arterial, aumento de la tolerancia a la glucosa y sensibilidad a la insulina, mejora el perfil de lípidos, mejora el cumplimiento del régimen dietético, tiene una influencia positiva en el mantenimiento de peso a largo plazo, mejora la autoestima y reduce la ansiedad y depresión. Las intervenciones conductuales para a pérdida de peso resultan en mejoría en cuanto a depresión, calidad de vida, percepción de la imagen corporal, y autoeficacia en el ejercicio. ⁽³⁷⁾

1.4 OBJETIVO GENERAL

Determinar la presencia de alimentación emocional en pacientes con sobrepeso u obesidad en el HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el grado más frecuente de alimentación emocional en los pacientes con sobrepeso u obesidad en el HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo
- Describir en qué sexo es más frecuente la alimentación emocional en los pacientes con sobrepeso u obesidad en el HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo
- Describir el grupo de edad en que se presenta mayormente la alimentación emocional en los pacientes con sobrepeso u obesidad en el HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo

1.6 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA

La alimentación emocional está presente en los pacientes con sobrepeso u obesidad en el HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

HIPÓTESIS NULA

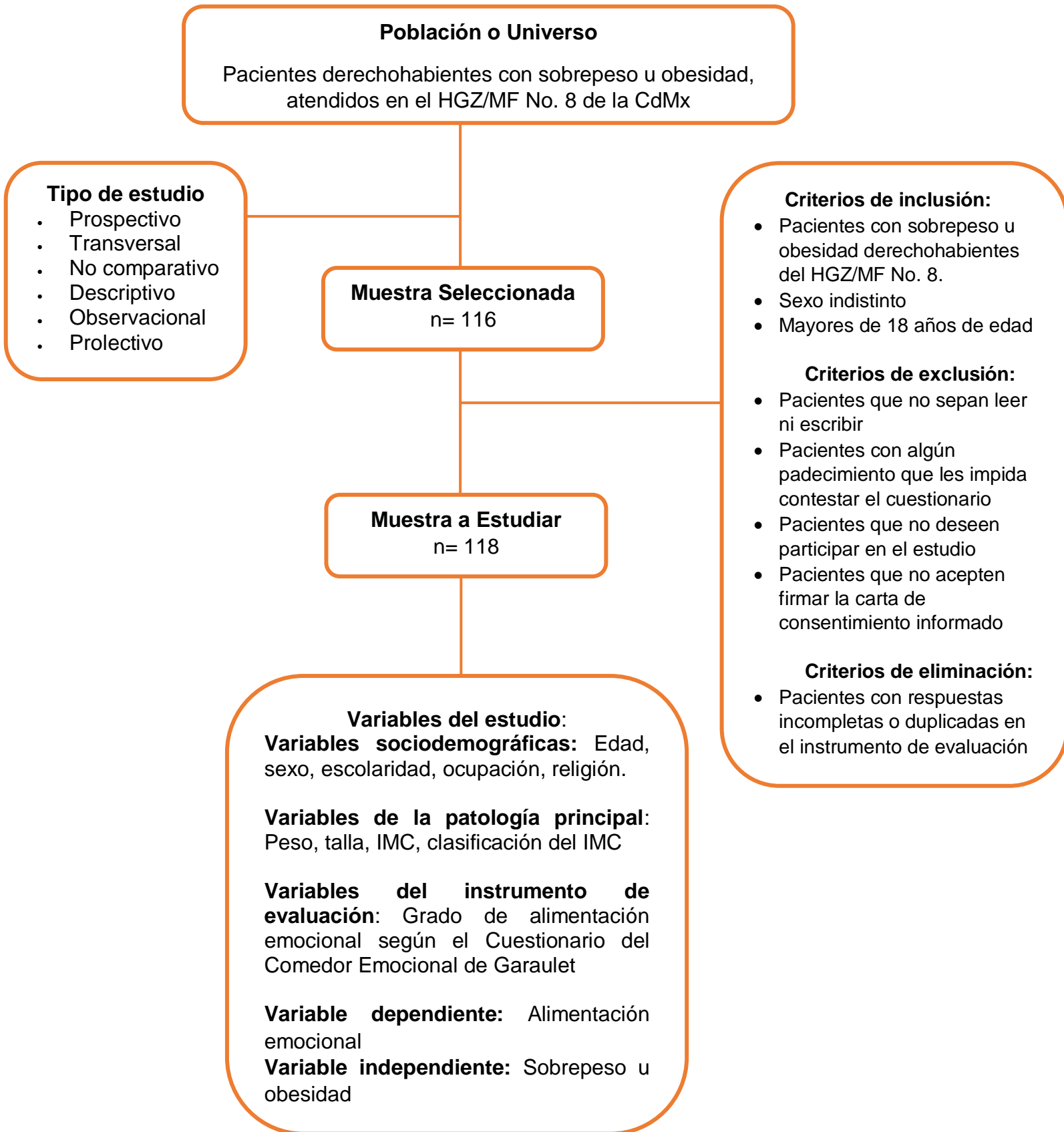
La alimentación emocional no está presente en los pacientes con sobrepeso u obesidad en el HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

1.7 METODOLOGÍA

1.7.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- Según el proceso de causalidad o tipo de ocurrencia de los hechos y registro de la información: PROSPECTIVO
- Según el número de una misma variable o el período y secuencia del estudio: TRANSVERSAL
- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO
- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO
- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL
- Según el método de recolección de variables y datos: PROLECTIVO

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



1.7.2 POBLACIÓN, UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL

Población o Universo: Pacientes derechohabientes con sobrepeso u obesidad, atendidas en el HGZ/MF No. 8 de la CdMx.

Lugar: La investigación se realizara en el HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, ubicado en Avenida Río Magdalena No. 289. Colonia Tizapán San Ángel, Ciudad de México. C.P. 01090. Delegación Álvaro Obregón.

Tiempo: Agosto 2020 a Julio 2021

1.7.3 CRITERIOS DEL ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con sobrepeso u obesidad derechohabientes del HGZ/MF No. 8.
- Sexo indistinto
- Mayores de 18 años de edad

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes que no sepan leer ni escribir
- Pacientes con algún padecimiento que les impida contestar el cuestionario
- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes con respuestas incompletas o duplicadas en el instrumento de evaluación

1.7.4 MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria será de 116 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.40. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.15.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- N = Número total de individuos requeridos
- Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral
- P = Proporción esperada
- (1 – P) = Nivel de confianza del 90%
- W = Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z^2 P (1 - P)}{W^2}$$

1.7.5 VARIABLES DEL ESTUDIO

Variables sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Religión

Variables de la patología principal

- Peso
- Talla
- IMC
- Clasificación del IMC (Sobrepeso, Obesidad grado 1, grado 2 y grado 3)

Variables del instrumento de evaluación

- Grado de alimentación emocional según el Cuestionario del Comedor Emocional de Garaulet

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente

- Alimentación emocional

Variable independiente

- Sobrepeso u obesidad

1.7.6 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Variables sociodemográficas

Variable	Definición conceptual
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta.
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto.
Religión	Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.
Escolaridad	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.

Variables de la patología principal

Variable	Definición conceptual
Peso	Masa de un individuo, se expresa en unidades de kilogramos o libras
Talla	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza. Se expresa en metros o centímetros
Índice de Masa Corporal (IMC)	Índice sobre la relación entre el peso y la altura de los individuos, se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2).
Clasificación de IMC	Bajo peso $<18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$ Normal de 18.5 a 24.9 kg/m^2 Sobrepeso de 25 a 29.9 kg/m^2 Obesidad grado I de 30 a 34.9 kg/m^2 Obesidad grado II de 35 a 39.9 kg/m^2 Obesidad grado III $\geq 40 \text{ kg}/\text{m}^2$

Variables del instrumento de evaluación

Variable	Definición conceptual
Grado de alimentación emocional según cuestionario del comedor emocional de Garaulet	<p>De acuerdo a la puntuación obtenida en el instrumento se clasifica en:</p> <p>0-5 pt Comedor No Emocional. Las emociones influyen poco o nada en el comportamiento. Persona con gran estabilidad en lo que se refiere al comportamiento alimentario, y que seguramente come cuando fisiológicamente siente apetito, sin tener en cuenta los factores externos ni las emociones.</p> <p>6-10 pt Comedor Poco Emocional. Sigue siendo una persona poco emotiva respecto a la alimentación. Sin embargo, ya siente que ciertos alimentos influyen sobre su voluntad.</p> <p>11-20 pt Comedor Emocional. En cierta medida sus emociones influyen la alimentación. Los sentimientos y el estado de ánimo en algunos momentos determinan cuánto y cómo come. Aún así, todavía la comida no controla sus acciones.</p> <p>21-30 pt Comedor Muy Emocional. Los sentimientos y emociones giran constantemente alrededor de la alimentación, la comida podría llegar a controlar su vida.</p>

Variable independiente

Variable	Definición conceptual
Sobrepeso	Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, se considera cuando el IMC va de 25 a 29.9 kg/m ² .
Obesidad	Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, se considera cuando el IMC es mayor o igual a 30 kg/m ² .

Variable dependiente

Variable	Definición conceptual
Alimentación emocional	Comer en respuesta a una serie de emociones negativas, como ansiedad, depresión, ira y soledad.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores
Edad	Cuantitativa	Discontinua	Años
Sexo	Cualitativa	Nominal	1= Masculino 2= Femenino
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1= Empleado 2= Desempleado
Religión	Cualitativa	Nominal	1= Con religión 2= Sin religión
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1= Primaria 2= Secundaria 3= Bachillerato 4= Licenciatura 5= Posgrado
Peso	Cuantitativa	Continua	Kilogramos
Talla	Cuantitativa	Continua	Metros
IMC	Cuantitativa	Continua	Kg/m ²
Clasificación de IMC	Cualitativa	Nominal	1= Sobrepeso 2= Obesidad grado I 3= Obesidad grado II 4= Obesidad grado III
Grado de alimentación emocional	Cualitativa	Nominal	1= Comedor no emocional 2= Comedor poco emocional 3= Comedor emocional 4= Comedor muy emocional

1.7.7 MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevará a cabo a través del programa IBM SPSS Statistics 21. Para el análisis descriptivo de los resultados se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias, rangos, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, se calculará distribución de las frecuencias y porcentajes.

Las comparaciones de medidas entre 2 grupos se realizarán por medio de la *t* de student o la prueba de *U* de Mann-Whitney de acuerdo a la distribución de los datos (normal y no normal, respectivamente) determinado por la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En comparaciones de 3

grupos o más se usará la prueba de Anova de un factor en variables paramétricas, y Kruskal-Wallis para no paramétricas.

Se utilizará la prueba de X cuadrada o la prueba exacta de Fisher para evaluar la significancia de asociación entre las variables categóricas.

La prueba de Pearson se utilizará para la correlación entre variables cuantitativas de razón paramétricas, y la prueba de Rho de Spearman para correlacionar variables cuantitativas de razón no paramétricas o en correlaciones entre variables de razón y ordinales.

Con base a la fórmula utilizada para un estudio con variable dicotómica y tomando como valor de la proporción esperada (p) 0.10 de sujetos que presentan la variable de interés, con un nivel de confianza del 90%. La muestra a estudiar será de 116 pacientes.

INSTRUMENTO DE EVALUACION

Cuestionario del Comedor Emocional de Garaulet (CCE), desarrollado en 2012. (Anexo 2)

El paciente seleccionará, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su percepción. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3, tienen como posible respuesta 1) Nunca, 2) A veces, 3) Generalmente y 4) Siempre; entre más bajo el puntaje más saludable el comportamiento. Su objetivo es clasificar a los participantes, según el puntaje obtenido para la práctica clínica:

Puntuación entre 0-5: *Comedor No Emocional.*

Puntuación entre 6-10: *Comedor Poco Emocional*

Puntuación entre 11-20: *Comedor Emocional.*

Puntuación entre 21-30: *Comedor Muy Emocional.*

El análisis de componentes principales del cuestionario encontró tres dimensiones diferentes: desinhibición, tipo de alimento y culpa.

La consistencia interna mostró que el alfa de Cronbach fue de 0.773 para la subescala “Desinhibición”, 0.656 para “Tipo de alimentos” y 0.612 para “culpa”. La estabilidad test-retest fue de $r = 0.70$.

El cuestionario será autoaplicado.

Se aplicará una encuesta para la obtención de las variables sociodemográficas:

1. Edad
2. Sexo
3. Escolaridad
4. Ocupación
5. Religión
6. Peso
7. Estatura
8. IMC

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

La recolección de muestras se llevará a cabo por la investigadora del protocolo, MPSS. Yerenia Aylín Delgado Montes, el cual se aplicará en las instalaciones del HGZ/UMF8. Previo acuerdo con las autoridades del HGZ/UMF 8 del IMSS y con la aprobación del proyecto de investigación, se procederá a la selección de los participantes que cumplan con los criterios de inclusión, cuya sede de adscripción sea el HGZ/UMF 8, sin importar el nivel de atención. Se aplicará el Cuestionario del Comedor Emocional de Garaulet previa información del tipo de estudio y la importancia del mismo, solicitando inicialmente la firma de consentimiento informado (Anexo 3). Asentando las respuestas del cuestionario en una hoja de recolección de datos.

Posteriormente se realizará la recolección de las encuestas, y el concentrado de la información en el programa IBM SPSS Statistics 21, y se realizará su análisis y aplicación de una prueba estadística.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Control de sesgos de información:

- Revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable, con un tiempo desde su publicación de 5 años previos a la realización del estudio

Control de sesgos de medición:

- Cuestionario del Comedor Emocional de Garaulet
- Validado con un alfa de Cronbach de 0.773

Control de sesgos de selección:

- Se utilizará los mismos criterios de inclusión cuando se seleccionan los sujetos de estudio.

- Se obtendrá una muestra representativa de la población.

Control de sesgos de análisis:

- Se evitarán errores de redacción.
- El paciente no puede ser ayudado por terceras personas.
- Las dudas respecto al significado de algunas palabras de la encuesta serán consultadas mediante un diccionario de la real academia de la lengua española.
- El cuestionario es autoaplicable, por lo que el examinador no tendrá interacción con el sujeto de estudio durante la aplicación.
- Se registrará y analizará los datos obtenidos de los cuestionarios, y se eliminarán los cuestionarios que se encuentren sin concluir.
- Los resultados serán analizados mediante el programa IBM SPSS Statistics 21, que servirá para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtendrán medidas de tendencia central (media, mediana, moda), de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, frecuencias y porcentajes.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos físicos:

- Instalaciones del área de consulta externa y consultorio del HGZ/MF no. 8, IMSS.

Recursos materiales:

- Se cuenta con equipo de cómputo, impresora, cartucho de tinta, dispositivo USB.
- Lápices, bolígrafos de tinta negra y hojas de papel blanco,
- Copias legibles del instrumento de evaluación y consentimiento informado.

Recursos humanos:

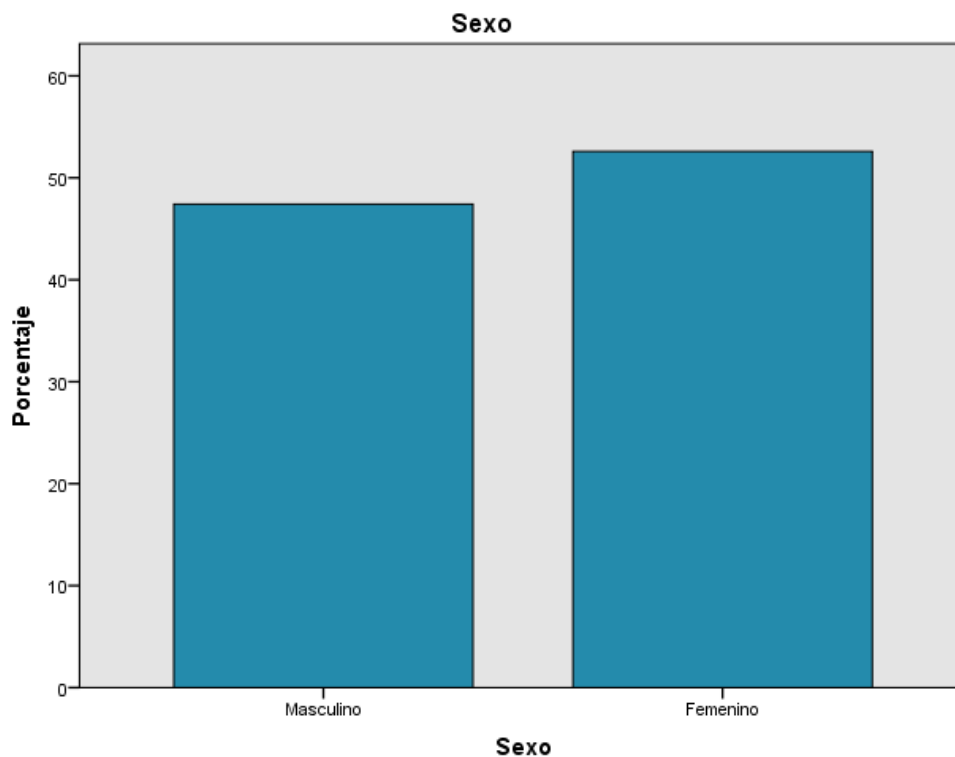
- Entrevistador: Médico Pasante de Servicio Social
- Director, asesor metodológico y clínico del protocolo de investigación
- Sujetos de estudio: Pacientes con sobrepeso y obesidad del HGZ/UMF no. 8.

Financiamiento:

- Todos los gastos que se generen durante la realización del este estudio serán financiados por la MPSS. Yerenia Aylín Delgado Montes.

1.8 RESULTADOS: CUADROS Y GRÁFICAS

Gráfico 1. Sexo de los participantes



Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 1. Edad de los participantes

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje %
18-29 años	15	12.9
30-39 años	23	19.8
40-49 años	25	21.5
50-59 años	28	24.1
60-69 años	20	17.2
70 años en adelante	5	4.3
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 2. Escolaridad de los participantes

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje %
Primaria	11	9.5
Secundaria	27	23.3
Bachillerato	40	34.5
Licenciatura	34	29.3
Posgrado	4	3.4
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 3. Ocupación de los participantes

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje %
Empleado	77	66.4
Desempleado	39	33.6
Total	116	100

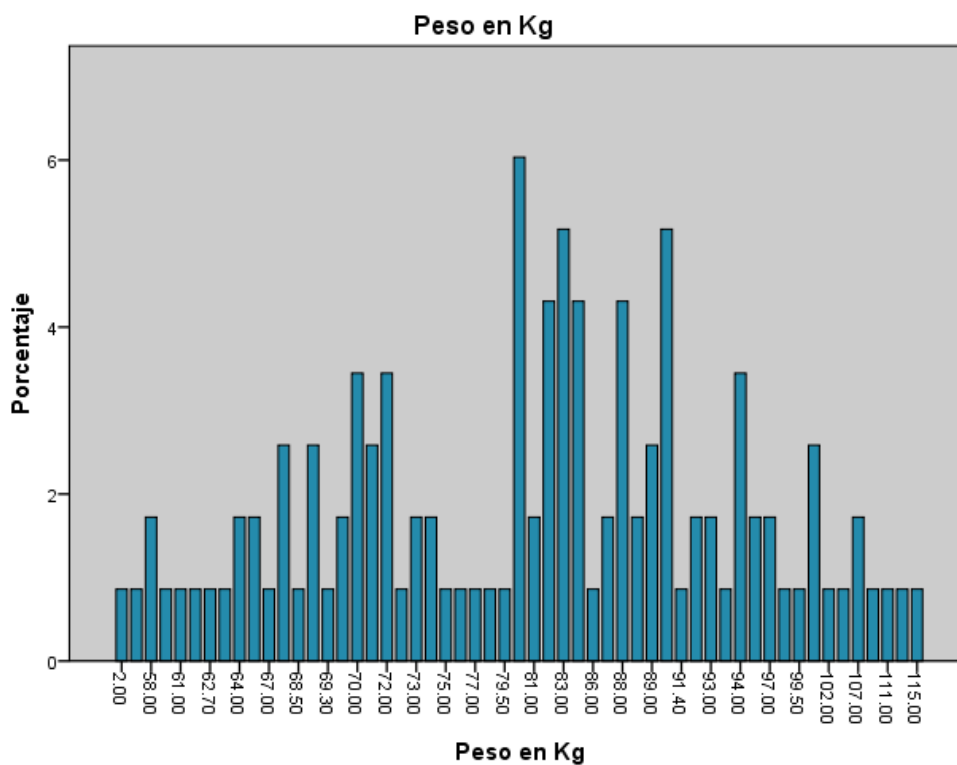
Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 4. Religión de los participantes

Religión	Frecuencia	Porcentaje %
Con religión	93	80.2
Sin religión	23	19.8
Total	116	100

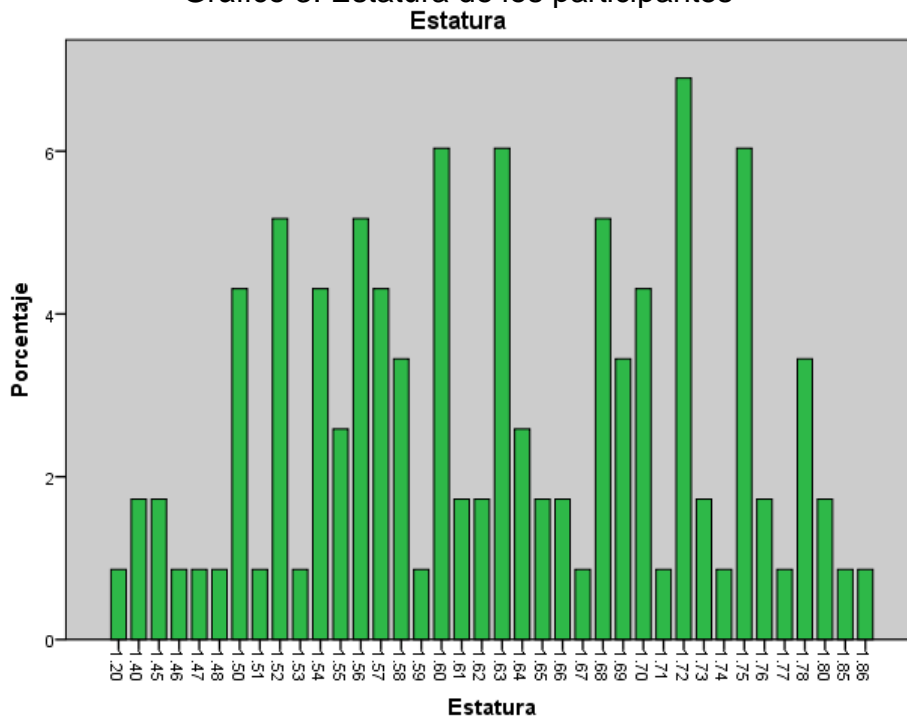
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Peso de los participantes



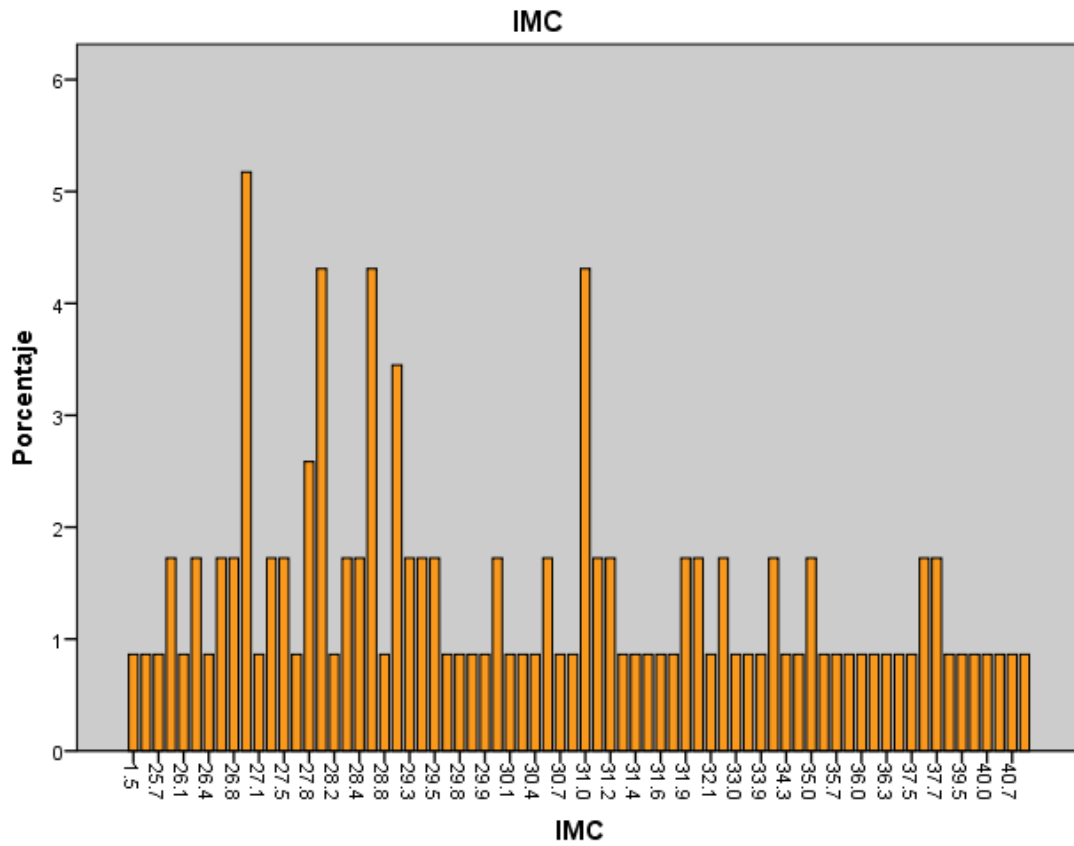
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3. Estatura de los participantes



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 4. IMC de los participantes



Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 5. Grado de IMC de los participantes

Grado de IMC	Frecuencia	Porcentaje %
Sobrepeso	58	50
Obesidad grado I	37	31.9
Obesidad grado II	17	14.7
Obesidad grado III	4	3.4
Total	116	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 6. Clasificación de los participantes en el cuestionario de Garaulet

Clasificación en el cuestionario de Garaulet	Frecuencia	Porcentaje %
0-5 comedor no emocional	40	34.5
6-10 comedor poco emocional	48	41.4
11-20 comedor emocional	21	18.1
21-30 comedor muy emocional	7	6.0
Total	116	100

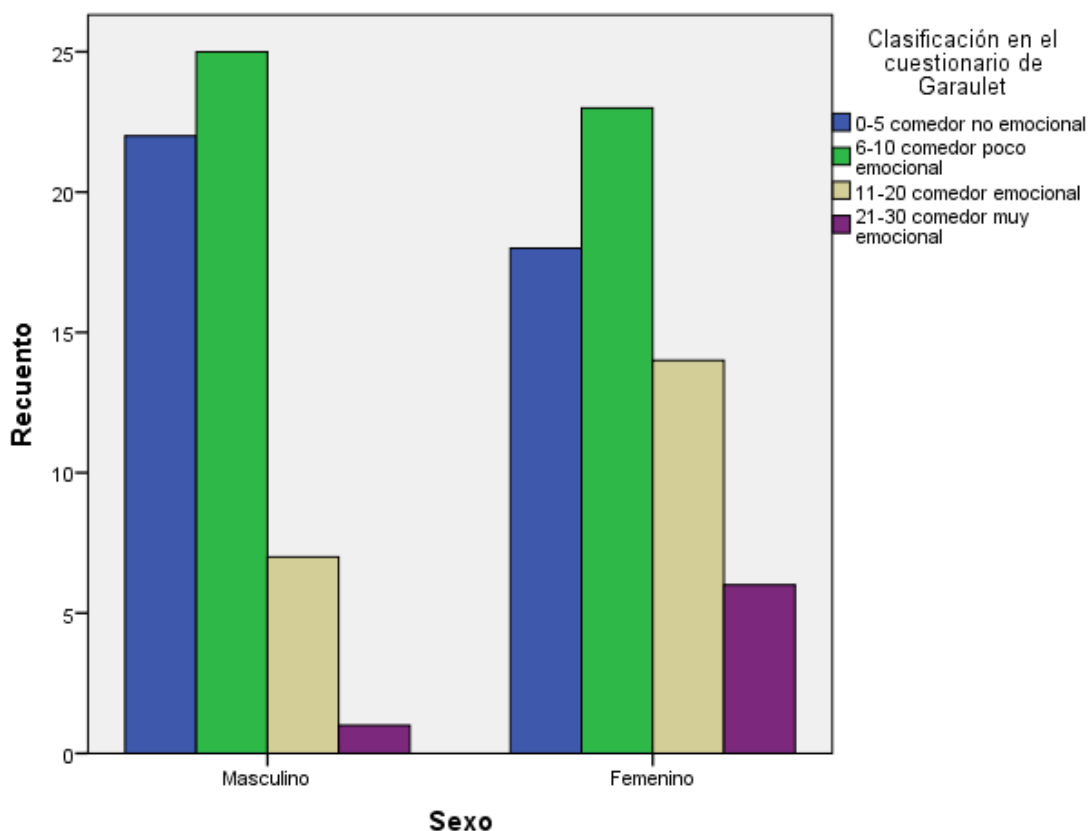
Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 7. Tabla de contingencia Sexo-Clasificación en el cuestionario de Garaulet

Sexo	Clasificación en el cuestionario de Garaulet				Total
	0-5 comedor no emocional	6-10 comedor poco emocional	11-20 comedor emocional	21-30 comedor muy emocional	
Masculino	22	25	7	1	55
Femenino	18	23	14	6	61
Total	40	48	21	7	116

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 5. Asociación entre sexo y clasificación en cuestionario de Garaulet



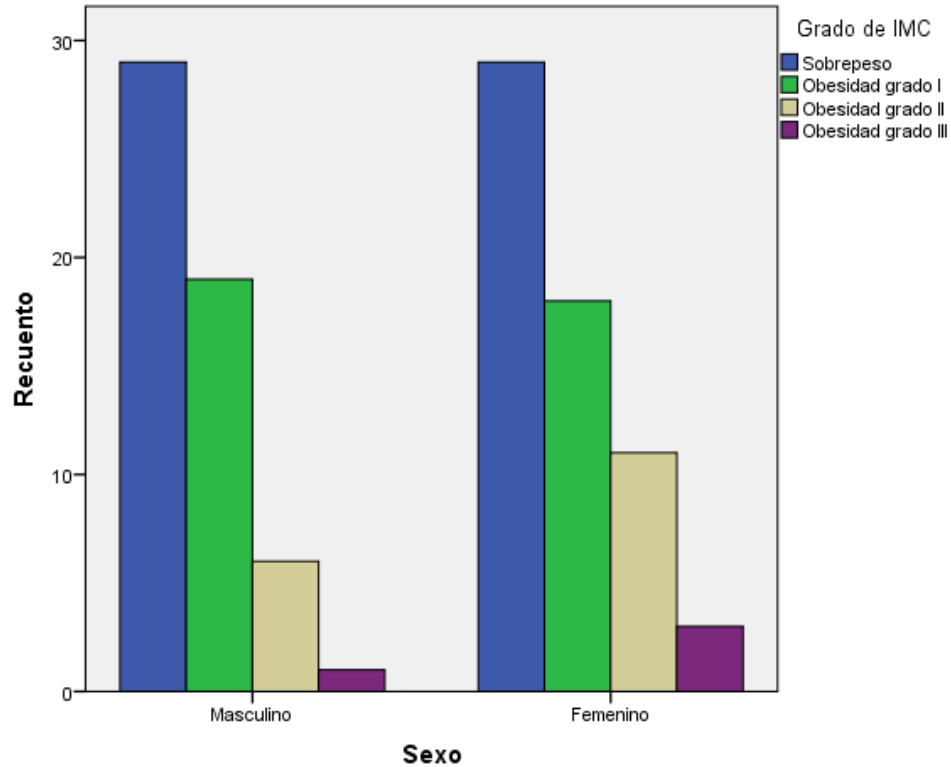
Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 8. Tabla de contingencia Sexo-Grado de IMC

Sexo	Grado de IMC				Total
	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III	
Masculino	29	19	6	1	55
Femenino	29	18	11	3	61
Total	58	37	17	4	116

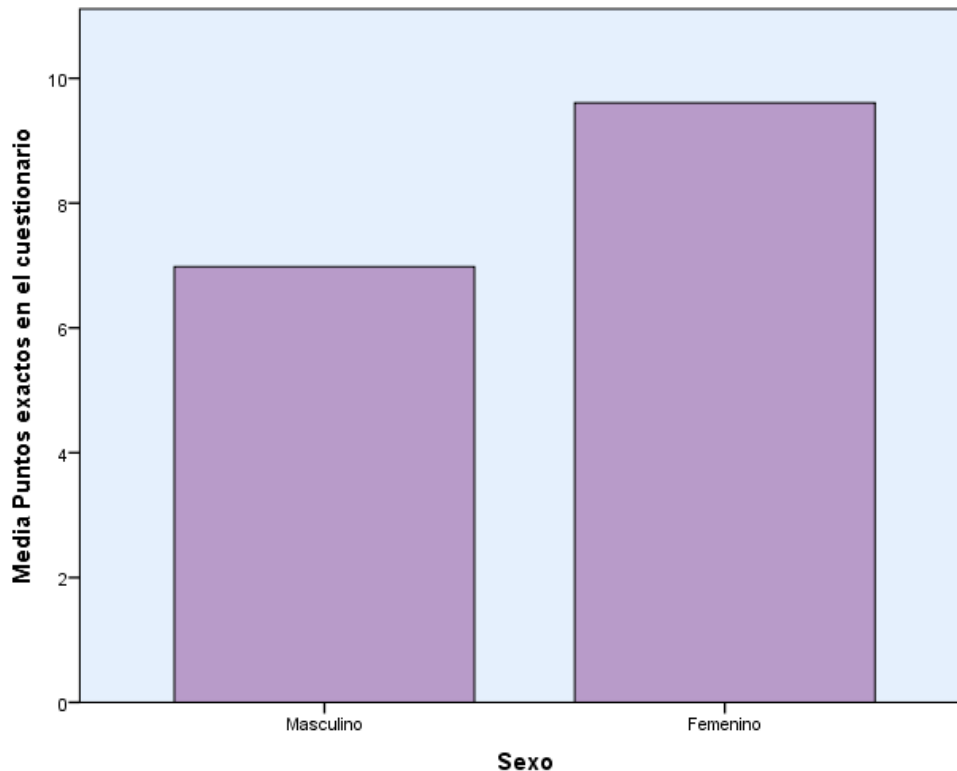
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 6. Asociación entre sexo y grado de IMC



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 7. Puntos obtenidos en la escala de Garaulet con respecto al sexo



Fuente: Elaboración propia.

1.9 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 116 pacientes de los cuales el 47.4% fueron hombres y 52.6% mujeres (Gráfico 1), con una edad media de 47.2 años (± 13.9 años) (Cuadro 1). El 34.5% de los pacientes tuvieron escolaridad bachillerato, seguido de licenciatura y secundaria con 29.3% y 23.3%, respectivamente (Cuadro 2). El 66.4% de los beneficiarios fueron empleados (Cuadro 3) y el 80.2% reportaron tener religión (Cuadro 4).

Tras la evaluación antropométrica se observó un peso medio de 81.4 kg (± 14.9 kg), estatura de 1.62 m (± 0.10 m), observándose un IMC medio de 30.6 kg/m² (± 4.72 kg/m²) (Gráficos 2, 3 y 4). El 50% de la población se encontró en sobrepeso, seguido de obesidad grado I con 31.9% (Cuadro 5).

El puntaje obtenido en el cuestionario de Garaulet fue en promedio 8.3 puntos (± 5.8 puntos), donde el 41.4% de la muestra fue clasificada como “comedor poco emocional” (Cuadro 6).

Al evaluar la asociación entre el sexo y la clasificación de Garaulet se observa una tendencia de mayor alimentación emocional en mujeres, sin embargo, al aplicar la prueba estadística χ^2 no se observó significancia estadística ($p=0.10$) (Cuadro 7, Gráfico 5)). Tampoco se observaron diferencias estadísticas entre el grado de IMC con respecto al sexo (Cuadro 8, Gráfico 6).

Al comparar los puntos obtenidos en la escala de Garaulet con respecto al sexo se observó un mayor puntaje en el sexo femenino **estadísticamente significativo** mediante prueba de *t de student* ($p=0.014$) (Gráfico 7).

Además, se observó una **correlación estadísticamente significativa** entre el peso de los pacientes y el número de puntos obtenidos en el cuestionario de Garaulet, (Pearson valor $p=0.05$), lo que deja ver que la alimentación emocional se relaciona con un incremento de peso.

De igual manera se obtuvo una correlación estadísticamente significativa (Rho Spearman $p=0.041$) entre el IMC y el grado de escolaridad entre los beneficiarios. Se observó una ligera correlación entre el puntaje del cuestionario de Garaulet y la edad, lo cual si bien no fue significativo ($p=0.09$) permite sospechar que el envejecimiento puede traer consigo una tendencia a la alimentación emocional.

1.10 CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se destaca que más de la mitad de los pacientes con obesidad o sobrepeso presentan en mayor o menor medida, algún grado de alimentación emocional. Lo cual es importante tener en cuenta dentro de las evaluaciones iniciales de estos pacientes en consulta; identificar en el primer contacto algún grado de alimentación emocional podría orientar al clínico para sugerir un manejo integral, en conjunto con intervenciones psicoterapéuticas diseñadas para reducir el desorden emocional que sean útiles para los pacientes con obesidad, más allá de solo sugerir dietas restrictivas.

La alimentación emocional tanto en relación con la obesidad como en los trastornos alimentarios como el trastorno por atracón, la anorexia y la bulimia, se ha descrito con mayor frecuencia en mujeres, por ello resulta clara su tendencia similar en el estudio. Esto cobra relevancia pues el grupo en que debieran centrarse las acciones psicoterapéuticas y en el cual se podrán obtener resultados más favorables en la pérdida y mantenimiento de peso, así como la adquisición de hábitos más saludables.

El mayor peso tuvo una relación significativa con el puntaje en el cuestionario de Garaulet, esto se ha descrito en otros estudios, donde los mayores grados de Alimentación emocional se relacionaron con la Obesidad Mórbida más que con el sobrepeso u otros grados de obesidad. Esto es importante dado que la reducción en la disregulación emocional pudiera reducir el riesgo de ganancia y mantenimiento del exceso de peso en esta población.

Una limitación muy importante dentro de la investigación fue el tamaño de la muestra, pues aunque arroja resultados significativos, no permite afirmar que los mismos sean reproducibles y deben tomarse con cautela.

Para establecer sugerencias clínicas más precisas sería importante aplicar el Cuestionario de Alimentación Emocional de Garaulet también a un grupo de pacientes con normopeso, y analizar los resultados separando los grados de obesidad, de esta manera se podrían establecer con claridad las diferencias y correlaciones entre los puntajes obtenidos y peso, enriqueciendo las líneas de manejo para estos pacientes.



1.11 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MÉXICO
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN EN SALUD



Título de la investigación: Alimentación emocional en pacientes con sobrepeso u obesidad en el HGZ/MF no. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

AGOSTO 2020-JULIO 2021												
Actividad	2020					2021						
	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.
Elección del título de la investigación	X											
Antecedentes	X											
Planeación	X											
Marco teórico		X										
Justificación			X									
Planteamiento del problema			X									
Objetivo general y específicos			X									
Hipótesis			X									
Descripción de la investigación				X								
Diseño de la investigación				X								
Diseño del estudio				X								
Diseño estadístico				X								
Descripción del instrumento de la investigación				X								
Descripción del método de recolección				X								
Consideraciones éticas					X							
Referencias bibliográficas		X										
Anexos		X		X								
Aprobación del protocolo					X							
Recolección de datos	X	X	X	X	X	X	X	X				
Almacenamiento de datos					X	X	X	X				
Análisis de los datos					X	X	X	X				
Descripción de los datos					X			X				
Discusión de la investigación					X			X				
Conclusión de la investigación					X			X				
Integración y aprobación final					X			X				
Reporte final					X			X				
Autorizaciones					X			X				
Impresión de la investigación									X			
Publicación de la investigación											X	

1.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo de investigación con el título: Alimentación emocional en pacientes con sobrepeso u obesidad en el HGZ/MF no. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, definido como un estudio prospectivo, transversal, no comparativo, descriptivo y observacional, se encuentra dentro de las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Así mismo está apegado a los términos que prescribe la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Declaración de Helsinki

Promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMM) propone los principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación se mencionan a continuación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Este estudio garantizará la confidencialidad de la información, se explica la importancia de la aplicación de los instrumentos de evaluación y se solicita firma de la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación.

1.13 REFERENCIAS

1. Meldrum DR, Morris MA, Gambone JC. Obesity pandemic: causes, consequences, and solutions—but do we have the will? *Fertil Steril* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2020 Oct 6];107(4):833–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.02.104>
2. Schwartz M, Seeley RJ, Zeltser LM, Drewnowski A, Ravussin E, Redman LM, et al. Obesity Pathogenesis: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocr Rev*. 2017;34(4):267–96.
3. Hruby A, Hu FB. The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics*. 2015;33(7):673–89.
4. CENETEC. Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. IMSS [Internet]. 2018;1–56. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/046GER.pdf>
5. Blüher M. Obesity : global epidemiology. *Nat Rev Endocrinol*. 2019;15(5):288–98.
6. Townshend T, Lake A. Obesogenic environments: Current evidence of the built and food environments. *Perspect Public Health*. 2017 Jan 1;137(1):38–44.
7. Secretaría de Economía. MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados- Información comercial y sanitaria, publicada el 5 de abril de 2010 [Internet]. Ciudad de México; 2020 Mar [cited 2020 Oct 11]. Available from: https://www.dof.gob.mx/2020/SEECO/NOM_051.pdf
8. Grimes CA, Bolton KA, Booth AB, Khokhar D, Service C, He FH, et al. The association between dietary sodium intake, adiposity and sugar-sweetened beverages in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *Br J Nutr*. 2020;1(3):1–19.
9. Samdal GB, Eide GE, Barth T, Williams G, Meland E. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2017 Mar 28 [cited 2021 Apr 5];14(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28351367/>
10. Singh RK, Kumar P, Mahalingam K. Molecular genetics of human obesity : A comprehensive review. *Comptes rendus - Biol* [Internet]. 2017;340(2):87–108. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.crv.2016.11.007>
11. Goodarzi MO. Genetics of obesity : what genetic association studies have taught us about the biology of obesity and its complications. *LANCET Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2017;8587(17):1–14. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30200-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30200-0)
12. Stanislawski MA, Dabelea D, Lange LA, Wagner BD, Lozupone CA. Gut microbiota phenotypes of obesity. *npj Biofilms Microbiomes* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2021 Apr 5];5(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31285833/>
13. Boulangé CL, Neves AL, Chilloux J, Nicholson JK, Dumas ME. Impact of the gut microbiota on inflammation, obesity, and metabolic disease [Internet]. Vol. 8, *Genome Medicine*. BioMed Central Ltd.; 2016 [cited 2020 Oct 11]. p. 42. Available from: <http://genomemedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13073-016-0303-2>
14. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism* [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 9];92:6–10. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.09.005>

15. Jaacks LM, Vandevijvere S, Pan A, McGowan CJ, Wallace C, Imamura F, et al. The Obesity Transition: Stages of the global epidemic Europe PMC Funders Group. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019;7(3):231–40.
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.* 2018.
17. Herman SM, Iris AP, Amílcar AA, Juan Pablo DM, Mariel PC, Cecilia F del VL, et al. Carga económica de la obesidad y sus comorbilidades en pacientes adultos en México. *Pharmacoeconomics - Spanish Res Artic [Internet].* 2015 Sep 17 [cited 2020 Nov 9];12(4):115–22. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40277-015-0045-3>
18. Dwivedi AK, Dubey P, Cistola DP, Reddy SY. Association Between Obesity and Cardiovascular Outcomes: Updated Evidence from Meta-analysis Studies. *Curr Cardiol Rep [Internet].* 2020 Apr 1 [cited 2021 Apr 5];22(4):1–19. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11886-020-1273-y>
19. Jones RA, Lawlor ER, Birch JM, Patel MI, Werneck AO, Hoare E, et al. The impact of adult behavioural weight management interventions on mental health: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews.* 2021 Apr 1;22(4):2–18.
20. Himbert C, Delphan M, Scherer D, Bowers LW, Hursting S, Ulrich CM. Signals from the Adipose Microenvironment and the Obesity-Cancer Link-A Systematic Review. *Cancer Prev Rersearch [Internet].* 2017;10(9):494–506. Available from: www.aacrjournals.org
21. Chobot A, Górowska-Kowolik K, Sokołowska M, Jarosz-Chobot P. Obesity and diabetes-Not only a simple link between two epidemics. *Diabetes Metab Res Rev [Internet].* 2018;34(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1002/dmrr.3042>
22. Abbasi A, Juszczak D, Van Jaarsveld CHM, Gulliford MC. Body Mass Index and Incident Type 1 and Type 2 Diabetes in Children and Young Adults: A Retrospective Cohort Study. *J Endocr Soc [Internet].* 2017;1(5):524–37. Available from: <https://academic.oup.com/jes/article/1/5/524/3754347>
23. Bongers P, de Graaff A, Jansen A. “Emotional” does not even start to cover it: Generalization of overeating in emotional eaters. *Appetite [Internet].* 2016 Jan 1 [cited 2021 May 4];96:611–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26559754/>
24. Schnepfer R, Georgii C, Eichin K, Wilhelm FH, Vögele C, Apc L, et al. Fight, Flight, – or Grab a Bite! Trait Emotional and Restrained Eating Style Predicts Food Cue Responding Under Negative Emotions. *Front Behav Neurosci [Internet].* 2020;14(91):1–13. Available from: www.frontiersin.org
25. Evers C, Dingemans A, Junghans AF, Boevé A. Feeling bad or feeling good, does emotion affect your consumption of food? A meta-analysis of the experimental evidence. *Neurosci Biobehav Rev [Internet].* 2018 Sep 1 [cited 2021 May 4];92:195–208. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29860103/>
26. Fernandes J, Ferreira-Santos F, Miller K, Torres S. Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obes Rev [Internet].* 2018 Jan 1 [cited 2021 May 4];19(1):111–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29024361/>
27. Van Strien T. Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Curr Diab Rep [Internet].* 2018 Jun 1 [cited 2021 May 4];18(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29696418/>

28. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5°. Editorial Medica Panamericana, editor. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2014.
29. van Strien T, Konttinen H, Homberg JR, Engels RCME, Winkens LHH. Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2021 May 4];100(1):216–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26911261/>
30. Bernabéu E, Marchena C, Iglesias MT. Factor structure and psychometric properties of emotional eater questionnaire (EEQ) in Spanish colleges. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 May 4];17(23):1–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33291442/>
31. Garaulet M, Canteras M, Morales E, López-Guimera G, Sánchez-Carracedo D, Corbalán-Tutau MD. Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity: the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutr Hosp* [Internet]. 2012 [cited 2021 May 4];27(2):645–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22732995>
32. Semlitsch T, Stigler FL, Jeitler K, Horvath K, Siebenhofer A. Management of overweight and obesity in primary care—A systematic overview of international evidence-based guidelines. *Obes Rev*. 2019;20(9):1218–30.
33. Kim JY. Optimal Diet Strategies for Weight Loss and Weight Loss Maintenance. *J Obes Metab Syndr* [Internet]. 2020 Mar 30 [cited 2021 Apr 6];30(1):20–31. Available from: <https://www.jomes.org/journal/view.html?doi=10.7570/jomes20065>
34. Van Baak MA, Mariman ECM. Dietary Strategies for Weight Loss Maintenance. *Nutrients* [Internet]. 2019;11(8):1916–29. Available from: www.mdpi.com/journal/nutrients
35. Webb VL, Wadden TA. Intensive Lifestyle Intervention for Obesity: Principles, Practices, and Results. *Gastroenterology* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2020 Nov 11];152(7):1752–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28192109/>
36. Salas-Salvadó J, Díaz-L A, Ruiz-Canela M, Basora J, FitóFit M, Corella D, et al. Effect of a Lifestyle Intervention Program With Energy-Restricted Mediterranean Diet and Exercise on Weight Loss and Cardiovascular Risk Factors: One-Year Results of the PREDIMED-Plus Trial. *Diabetes Care* [Internet]. 2019;42:777–88. Available from: <https://doi.org/10.2337/dc18-0836>
37. Wewege M, van den Berg R, Ward RE, Keech A. The effects of high-intensity interval training vs. moderate-intensity continuous training on body composition in overweight and obese adults: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2021 Apr 6];18(6):635–46. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/obr.12532>

1.14 ANEXOS

Anexo 1. Efectos adversos de la obesidad

A. Aumento de la resistencia a la insulina

1. Intolerancia a la glucosa
2. Síndrome metabólico
3. Diabetes mellitus tipo 2

B. Hipertensión arterial sistémica

C. Dislipidemia

1. Colesterol total elevado
2. Triglicéridos elevados
3. Colesterol LDL elevado
4. Colesterol HDL bajo
5. Apolipoproteína B elevada y A-1 baja
6. Partículas de LDL pequeñas y densas elevadas

D. Geometría ventricular izquierda anormal

1. Remodelación concéntrica
2. Hipertrofia ventricular izquierda

E. Disfunción endotelial

F. Aumento de la inflamación sistémica y estado protrombótico

G. Disfunción sistólica y diastólica

H. Insuficiencia cardíaca

I. Enfermedad coronaria

J. Fibrilación auricular

K. Apnea obstructiva del sueño/ trastornos respiratorios del sueño



L. Albuminuria

M. Osteoartritis

N. Cáncer

O. Enfermedades mentales

Anexo 2. Instrumento de Evaluación “Cuestionario del comedor emocional de Garaulet”

 <p>Casa abierta al tiempo UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA Unidad Xochimilco</p>	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”	 <p>IMSS</p>	
Título: Alimentación emocional en pacientes con sobrepeso u obesidad en el HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”			
El presente cuestionario es anónimo y con fines académicos, por lo que no es necesario escribir su nombre. En cada pregunta marque la respuesta que más corresponde con usted.			
Sexo: (1) M (2) F Edad: _____ Escolaridad: (1)Primaria (2)Secundaria (3)Bachillerato (4)Licenciatura (5)Posgrado			
Ocupación: (1)Empleado (2)Desempleado Religión: (1)Con religión (2)Sin religión Peso: _____ Estatura: _____ IMC			
Cuestionario del Comedor Emocional Garaulet (CCE)			
1. ¿La báscula tiene un gran poder sobre ti? ¿Es capaz de cambiar tu estado de humor?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
2. ¿Tienes antojos por ciertos alimentos específicos			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
3. ¿Te cuesta parar de comer alimentos dulces, especialmente chocolate?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
4. ¿Tienes problemas para controlar las cantidades de ciertos alimentos?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
5. ¿Comes cuando estás estresado, enfadado o aburrido?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
6. ¿Comes más de tus alimentos favoritos, y con más descontrol, cuando estás solo?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
7. ¿Te sientes culpable cuando tomas alimentos "prohibidos", es decir, aquellos que crees que no deberías, como los dulces o snacks?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
8. Por la noche, cuando llegas cansado de trabajar, ¿es cuando más descontrol sientes en tu alimentación?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
9. Estás a dieta y por alguna razón comes más de la cuenta, entonces piensas que no vale la pena y ¿comes de manera más descontrolada aquellos alimentos que piensas que más te van a engordar?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
10. ¿Cuántas veces sientes que la comida te controla a ti en vez de tú a ella?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	A veces	Generalmente	Siempre
Nunca (0): A veces (1): Generalmente (2): Siempre (3)			

Anexo 3. Carta de consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	ALIMENTACIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES CON SOBREPESO U OBESIDAD EN EL HGZ/MF NO. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, de Agosto del 2020 a Julio de 2021.
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	El motivo por el que se presenta este trabajo es para determinar el grado de alimentación emocional en los pacientes con sobrepeso u obesidad, mediante un instrumento debidamente validado para la población mexicana, con la intención de ofrecer otras alternativas en su manejo, que sean más amables y sostenibles que las dietas restrictivas y programas de ejercicio.
Procedimientos:	Se aplicará el "Cuestionario del Comedor Emocional de Garaulet" de forma individual a los pacientes adscritos al HGZ/MF 8, sin importar el nivel de atención, que acepten participar en la investigación de forma voluntaria, <u>previa firma de consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas.</u>
Posibles riesgos y molestias:	No existen
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ofrecer alternativas terapéuticas para la pérdida de peso que tomen en cuenta el factor emocional.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto, solo se informará en caso de datos relevantes.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica, ya que al ser un estudio de tipo descriptivo, no se pone en riesgo la salud del paciente

Beneficios al término del estudio: Tamizará a los pacientes con sobrepeso y obesidad que podrían cursar con algún grado de alimentación emocional, para ofrecer un manejo integral con cambios en hábitos, conductas, estilos de vida, así como apoyo psicológico.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Delgado Montes Yerenia Aylín. Médico Pasante del Servicio Social en HGZ/MF N 8. Matricula 97378643 Correo: med.yereniadel@gmail.com Teléfono: 5537432392 Fax: No Fax.

Colaboradores: Espinoza Anrubio, Gilberto. Director de Protocolo de Investigación. Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF N.8 Matricula:99374232 Teléfono: 55506422 ext 28235 Fax: No Fax Email: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx

Colaboradores: Domínguez Sánchez Juana Elsa. Asesor Metodológico. Subjefe de Educación en Enfermería y Áreas Técnicas de la Salud HGZ/ UMF 8 Matricula: 99372427 Tel: 5514001804 ext: 28235 Fax: no Fax. Email: juana.dominguezs@imss.com.mx

Colaboradores: Alarcón Landa María Gerarda. Asesor Clínico. Médico Internista a cargo de Clínica de SIDA HGZ/ UMF 8 Matricula: 8616035 Tel: 5536413871 Fax: No Fax Email: geraalanda@yahoo.com.m

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Nombre y firma del sujeto	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Delgado Montes Yerenia Aylín Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

CAPÍTULO. 2 DESCRIPCIÓN DE LA ALCALDÍA DONDE SE HIZO EL SERVICIO SOCIAL: ÁLVARO OBREGÓN

2.1 TOPONIMIA

La alcaldía donde se llevó a cabo la investigación debe su nombre a Álvaro Obregón, quien nació el 19 de febrero de 1880 en la ciudad de Huatabampo en el estado de Sonora, México. Álvaro es sumamente reconocido por haber establecido el gobierno de Carranza. Durante su vida, Obregón se levantó en su Estado natal y fue ganando sus grados en los campos de batalla, hasta llegar al máximo de divisionario. ⁽¹⁾

Su gobierno se podría definir como reestructurador: disminuyó el ejército a no más de 60, 000 efectivos; reanudó las relaciones diplomáticas con Estados Unidos; celebró el centenario de la consumación de la independencia y con ese motivo mandó acunar monedas para sustituir los billetes de Carranza. ⁽¹⁾

Después de la Constitución de 1927, Obregón fue llamado para reelección. Desafortunadamente, muchos líderes católicos lo opusieron. En su fin, él fue asesinado en 1928 por un fanático religioso. Obregón fue asesinado en el restaurante "La Bombilla" por José León de Toral en San Ángel, D.F. el 17 de Julio de 1928. ⁽¹⁾

Figura 1. General Álvaro Obregón.



Fuente: https://www.biografiasyvidas.com/biografia/o/obregon_alvaro.htm consultado el 05 de julio de 2021

2.2 HISTORIA

La delegación lleva como nombre del político revolucionario que fuera presidente de la república de 1920 a 1924. **Tenanitla** (hoy San Ángel) era el nombre primitivo del área, este nombre proviene del náhuatl tenámitl “muralla” y tlan “lugar donde abunda” o sea lugar amurallado, tiene barreras naturales de rocas provenientes de la erupción del volcán Ixtle, hace 2,000 años. ⁽²⁾

Están documentada la existencia de diversos asentamientos y comunidades en la zona que hoy ocupa Álvaro Obregón (particularmente Tenanitla, en lo que hoy es San Ángel; Tizapán, Tetelpan, Ameyalco y Xochiac, así como el pueblo de Axotla, pero no fue sino hasta la configuración del nuevo orden político administrativo que trajeron consigo los españoles que comenzó a tomar forma la actual Alcaldía. ⁽²⁾

Coyoacán fue en ese período uno de los centros de control político más importantes de la Nueva España (conferida su administración a Hernán Cortés y donde edificaron casa los capitanes y lugartenientes más cercanos a éste), la actual región de San Ángel, así como la de Tizapán, dependían administrativamente de Coyoacán. Un grupo de frailes dominicos, que tenían sede ahí y que habían edificado el templo a San Juan Bautista, se trasladó al entonces Tenanitla (hoy San Ángel) para establecer una pequeña ermita dedicada a San Jacinto. Al hacerlo, comenzaron a incorporar a los habitantes originarios de una parte de Tenanitla y Tizapán. No obstante, el grueso de la orden centró sus actividades en Coyoacán, y San Jacinto permaneció relativamente al margen del desarrollo de la región. ⁽²⁾

Hacia 1530 llegaron a la Nueva España religiosos pertenecientes a la orden de los Carmelitas descalzos. Buscando dónde establecerse, los dominicos les cedieron terrenos y les otorgaron permiso para edificar un pequeño templo junto al pueblo de Chimalistac. Entre 1535 y 1585, los carmelitas administraron el templo y la comunidad, avocándose sobre todo a establecer huertos y jardines, dedicados al cultivo de frutas, hortalizas, flores y plantas. En poco tiempo, lograron un desarrollo notable, que caracterizó su posterior desempeño donde quiera que se establecieran. Unidos por el trabajo artesanal y por el cultivo de hortalizas y frutas y sin la intromisión de encomenderos o latifundistas, esta comunidad pronto se caracterizó por su laboriosidad, así como por su productividad agrícola, sus jardines y huertos. ⁽³⁾

La influencia de Vasco de Quiroga

Vasco de Quiroga llegó a la Nueva España como miembro de la Segunda Audiencia Real. Si bien la mayor parte de la obra de Vasco de Quiroga en México está ligada a su labor en el estado de Michoacán, la pequeña comunidad que fundó en la alcaldía llegaría a tener un papel muy importante en la configuración de ésta, al tiempo que da testimonio de una visión humanística y social poco común en aquella época. Vasco de Quiroga fundó “a dos leguas” de

la ciudad de México un modelo de comunidad utópica, conocida como hospital-pueblo de Santa Fe. Se trató de un complejo social compuesto por un templo, un hospital, un orfanato, una casa cuna y una escuela. Considerando el trabajo independiente como un verdadero medio de liberación del individuo, Vasco de Quiroga formó escuelas-taller para la enseñanza de diversos oficios en la comunidad de Santa Fe. Asimismo, se avocó a que la comunidad aprendiera a comercializar sus productos y, aprovechando las estructuras tradicionales de redistribución comunitaria de la riqueza, logró que se estableciera un fondo común de aportaciones con parte del producto del trabajo de cada familia o individuo. ⁽³⁾

Las comunidades de Chimalistac, Tenanitla, Tizapán y la de Santa Fe, tuvieron un papel significativo durante el período colonial y aun durante las primeras décadas del México independiente, como centros productores y abastecedores de textiles, bienes comestibles y artesanales para la ciudad de México. Santa Fe no formó parte de la ciudad de México sino hasta mediados del siglo XIX. Hoy, sin embargo, constituye uno de referentes delegacional significativo ya que, además del pueblo original, en la misma zona se ha establecido un moderno centro comercial y un conjunto de oficinas corporativas, con vialidades modernas y eficientes, de gran proyección económica. ⁽³⁾

Luego de 38 años de ser denominada villa Álvaro Obregón, en 1970 se forma un nuevo decreto para reorganizar la Ciudad de México. Se establecen 16 Delegaciones Políticas y a partir de entonces nuestra demarcación es formalmente denominada Delegación (ahora alcaldía) Álvaro Obregón. ⁽³⁾

2.3 LOCALIZACIÓN

La alcaldía Álvaro Obregón se encuentra ubicada al Poniente de la Ciudad de México y Geográficamente está situada entre los paralelos 19° 14' N y 19° 25' S, y los meridianos 99° 10' E y 99° 20' O (Fig. 1), ubicada al Suroeste de la cuenca de México, su territorio está conformado por un conjunto de estructuras volcánicas que alcanzan una altitud máxima de 3,820 metros sobre el nivel del mar en el cerro del triángulo; la mínima se localiza a los 2,260 metros. ⁽⁴⁾

Figura 2. Ubicación geográfica de la alcaldía Álvaro Obregón



Fuente: <https://blog.uplace.mx> consultado el 05 de julio de 2021

2.4 EXTENSIÓN

La alcaldía Álvaro Obregón tiene una extensión de 97 Km², ocupa el 6° lugar de las alcaldías de la CdMx en cuanto a su superficie territorial. ⁽⁴⁾

Los límites geográficos de esta demarcación limitan al Norte con la alcaldía Miguel Hidalgo; al Este con las alcaldías Benito Juárez, Coyoacán y Tlalpan; al Sur con las Magdalena Contreras, Tlalpan y Estado de México y al Oeste con Cuajimalpa de Morelos. ⁽⁴⁾

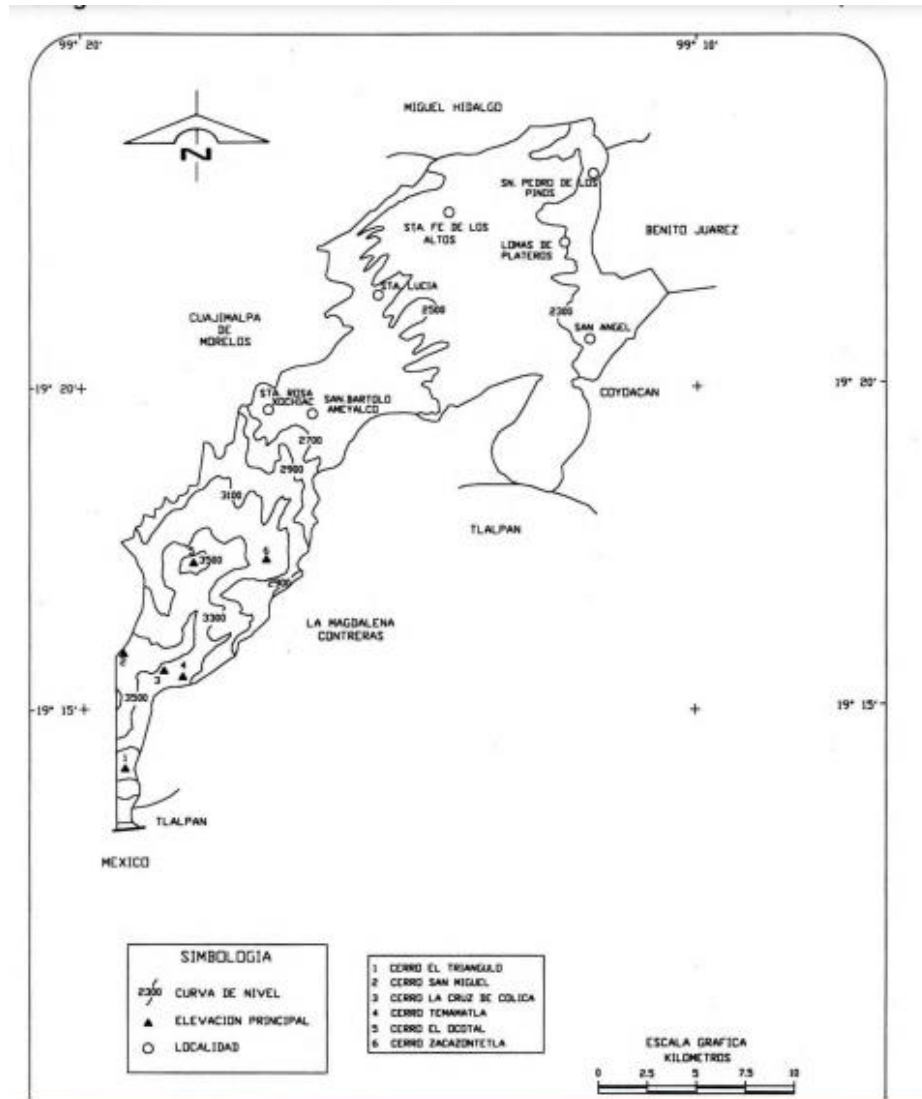
En cuanto al uso de suelo de la demarcación se localizan 5,052 hectáreas, en suelo urbano y 2,668 en suelo de conservación, que representan el 66.1 % y el 33.8 % respectivamente. ⁽⁴⁾

2.5 OROGRAFIA

El Relieve de la alcaldía se encuentra conformado por dos regiones: las de llanuras y lomeríos; la de montañas y pedregales. Las llanuras y lomeríos se encuentran ubicadas al oriente de la alcaldía, en los límites de Benito Juárez y Coyoacán, y al poniente hasta la base de la Sierra de las Cruces. La región de las montañas constituyen esta zona comprende desde los 2400 y 2750 msnm, presentan un relieve de planicie inclinada de 4° a 8°, cortado

por barrancas de hasta 100 m de profundidad; se localizan 11 barrancas de oriente-poniente, siendo éstas: Tacubaya, Jalalpa, Golondrinas, Mixcoac, Tarango, Del Muerto, Guadalupe, El Moral, La Malinche, Atzoyapan y Hueyatla, las cuales se formaron por la presencia de los ríos Tacubaya, Becerra, Mixcoac, Tarango, Guadalupe, Tetelpan, Texcalatlaco y Magdalena; conforman las laderas superiores de los abanicos volcánicos de la Sierra de las Cruces. ⁽⁵⁾

Figura 3. Orografía de la alcaldía Álvaro Obregón



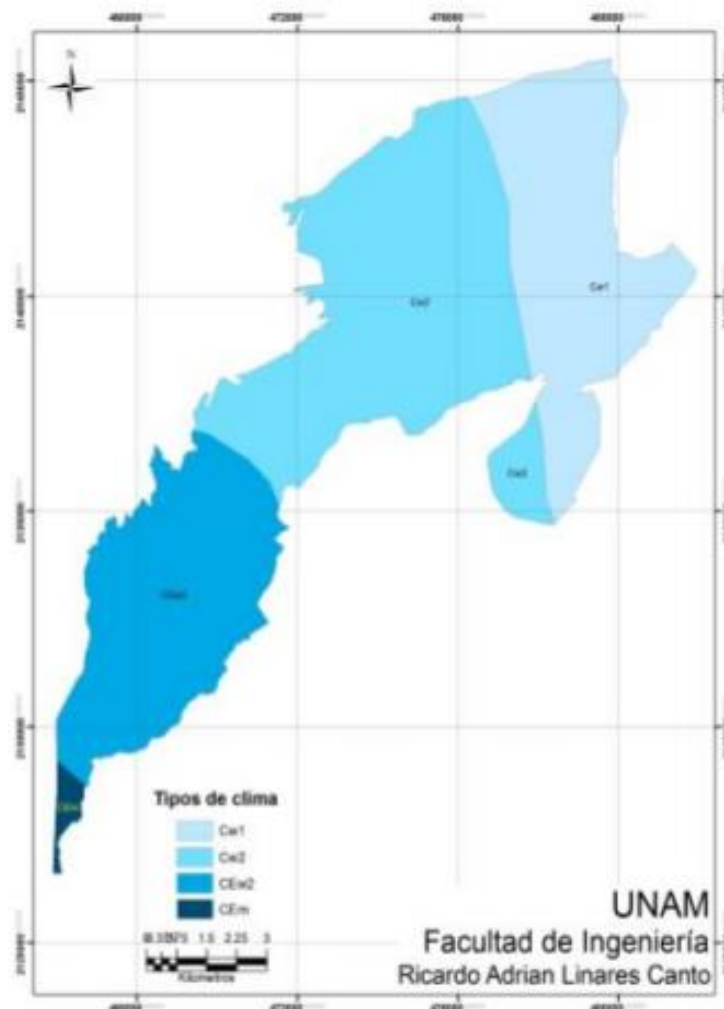
Fuente: Cuaderno estadístico delegacional. Álvaro Obregón. INEGI. Disponible en http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/1334/702825926946/702825926946_1.pdf consultado el 05 de julio de 2021

2.7 CLIMA

En la región delegacional el clima es templado, con variaciones notables debido a los cambios bruscos de altura, en la parte baja (2,410 m.s.n.m.), la temperatura media anual varía de 14.9° C a 17.1° C durante los meses de abril a junio; la temperatura mínima se da en los meses de diciembre a febrero y alcanza los 10° C. ⁽⁴⁾

En el área intermedia delegacional hasta los 3,100 m.s.n.m, la temperatura media anual es de 15.5° C y la máxima de 17° C para los meses de abril a junio; las temperaturas mínimas se presentan de diciembre a febrero y alcanzan los 13.2° C. ⁽⁴⁾

Figura 5. Tipos de clima de la alcaldía Álvaro Obregón



Fuente:

http://www.data.sedema.cdmx.gob.mx/cambioclimaticocdmx/images/biblioteca_cc/PacDel_AlvaroObregon.pdf
consultado el 05 de julio de 2021

2.8 POBLACIÓN

Tabla 1. Descripción de la población en la Alcaldía Álvaro Obregón. ⁽⁶⁾

DESCRIPCIÓN	DATO
Población total de la Ciudad de México 2020	9, 209, 944 personas
Población total de la alcaldía Álvaro Obregón 2020	759, 137 personas
Total de viviendas particulares habitadas en Álvaro Obregón 2020	219, 354 viviendas
Grado Promedio de escolaridad de la población de >15 años en Álvaro Obregón 2020	10.8 años de escolaridad
Habitante de lengua indígena en Álvaro Obregón	8, 456 personas

Fuente: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=09#tabMCcollapse-Indicadores>
consultado el 03 de julio de 2021

2.9 PRINCIPALES LOCALIDADES

La Alcaldía Álvaro Obregón está formada por 257 colonias, fraccionamientos y barrios, siendo los más importantes: San Ángel, San Ángel Inn, Tlacopac, Ermita, Chimalistac, Florida, Pedregal de San Ángel. Además, esta Jurisdicción cuenta con poblados de características rurales como San Bartolo Ameyalco y Santa Rosa Xochiac. ⁽⁴⁾

2.10 SITIOS DE INTERÉS CULTURAL

Ex hacienda de Goicoechea

Este bonito edificio fue construido en el Año de 1692 por la orden de los carmelitas descalzos. En el año de 1776 el edificio fue adquirido por Don Ramón Goicoechea quien junto con otros terrenos establece la “Hacienda Goicoechea”. Ya para el año de 1948 el lugar fue comprado por Carlos Prieto y Cecil. Tiempo después y aun en manos de Carlos Prieto decide prestarle el casco antiguo a la Universidad Iberoamericana en donde se impartieron las carreras de arquitectura, artes plásticas, diseño e Historia del arte. El restaurante que conocemos hoy fue fundado en el año de 1963 que, aunque paso por muchas transformaciones consiguió mantener la mayoría de su arquitectura colonial y hoy en día es un buen lugar para ir a pasar el tiempo y disfrutar de su bello diseño. ⁽³⁾

Figura 6. Ex hacienda de Goicoechea



Fuente: http://www.aao.cdmx.gob.mx/Alcaldia/rincones/Ex-hacienda_de_Goicoechea consultado el 05 de julio de 2021

Iglesia y ex convento Dominico

Esta Iglesia es una de las construcciones más antiguas de la Ciudad de México, su construcción inicio a mediados del siglo XVI por los Dominicos que hicieron una ermita donde comenzaron a evangelizar a los lugareños de Tenatitla (ahora San Ángel). En 1580 después de realizar algunos cambios esta pequeña ermita se consideró ahora como una Iglesia pero no fue sino hasta el año 1596 que se empezó a llamar templo de San Jacinto. El lugar tiene unos jardines hermosos que otras Iglesias de México no tienen, lo que la hace un lugar perfecto no solo para ir a tomar misa sino también para ir a reflexionar, leer un libro o solo ir a disfrutar de la calma del lugar. ⁽³⁾

Figura 7. Iglesia y ex convento Dominico



Fuente: http://www.aao.cdmx.gob.mx/Alcaldia/rincones/Iglesia_y_Ex-Convento_Dominico_de_San_Jacinto consultado el 05 de julio de 2021

Museo el Carmen

El colegio de San Angelo Mártir fue construido por Fray Andrés de San Miguel, comenzando su construcción con la colocación de la primera piedra el 29 de junio de 1615 en Tenanitla, pueblo que más tarde cambió su nombre a San Ángel debido al impacto que tuvo el colegio en su consolidación económica y social. Actualmente el colegio de San Angelo Mártir fue construido por Fray Andrés de San Miguel, comenzando su construcción con la colocación de la primera piedra el 29 de junio de 1615 en Tenanitla, pueblo que más tarde cambió su nombre a San Ángel debido al impacto que tuvo el colegio en su consolidación económica y social. ⁽³⁾

Figura 8. Museo del Carmen



Fuente: <https://www.defin.mx/fin-de-semana-en-el-museo-de-el-carmen-en-san-angel/> consultado el 05 de julio de 2021

Museo Carrillo Gil

Este museo existe gracias al médico pediatra Álvaro Carrillo Gil y a su grande amistad con 3 de los pintores mexicanos más importantes del siglo XX que son Diego Rivera, José Clemente Orozco y David Alfaro Siqueiros. Después de tener una buena cantidad de obras de arte se le ocurre realizar la creación de un museo que albergaría toda su colección y fue así como le encargó a Fernando Gamboa la creación de este proyecto. Fue finalmente en agosto de 1974 que Carrillo Gil acompañado de su esposa Carmen Tejero y el museógrafo Fernando Gamboa inauguraron el museo con una colección inicial de 1417 piezas. Mas tarde se añadieron otras 358 piezas y actualmente es una de las colecciones más importantes de México y América latina que busca actualizarse día a día para ofrecer al público las obras más recientes dentro del arte contemporáneo. ⁽³⁾

Figura 9. Museo Carrillo Gil



Fuente: http://www.aao.cdmx.gob.mx/Alcaldia/rincones/Museo_Carrillo_Gil consultado el 05 de julio de 2021

Monumento a Álvaro Obregón

Este monumento fue erigido en el año 1935 para conmemorar el asesinato del presidente Álvaro Obregón el 17 de julio de 1928. Se encuentra dentro del parque de la Bombilla, lugar donde se llevó a cabo el homicidio a manos de León Toral y la Madre Conchita, presunta autora intelectual del crimen. El proyecto es obra del arquitecto Enrique Aragón Echeagaray. ⁽³⁾

Figura 10. Monumento a Álvaro Obregón



Fuente: http://www.aao.cdmx.gob.mx/Alcaldia/rincones/Monumento_a_Alvaro_Obregon consultado el 05 de julio de 2021

2.11 SERVICIOS DE SALUD

ISSSTE

El Hospital «Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez» del ISSSTE se encuentra ubicado en calle Canario esquina Felipe Ángeles s/n. Es un hospital general, cuenta con los servicios de urgencias adultos, urgencias pediatría, consulta externa, hospitalización Norte, hospitalización Sur, labor, cuneros, terapia intensiva, quirófanos, cafetería, comedor, oficinas de gobierno. También se encuentra en el hospital la Sección Sindical XLVII. ⁽⁷⁾

Figura 11. Hospital “Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez”



Fuente: <https://www.facebook.com/pg/Hospital-General-DrFernando-Quiroz-Gutierrez-818812448269454/posts/> consultado el 05 de julio de 2021

SEDENA

El Hospital General “Dr. Enrique Cabrera” de la Secretaría de Salud se encuentra en el cruce de la Prolongación Av. 5 de Mayo y Av. Centenario n.º 3170. Cuenta con varias especialidades y servicios, además de un área de urgencias. ⁽⁷⁾

Figura 12. Hospital General “Dr. Enrique Cabrera”



Fuente: <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/unidades-medicas/por-delegacion/alvaro-obregon> consultado el 05 de julio de 2021

IMSS

El hospital «Dr. Gilberto Flores Izquierdo» del IMSS es el hospital General de Zona con Medicina Familiar y cuenta con la unidad de Urgencias Médicas, ubicado en Av. Río Magdalena No. 289 Colonia Tizapán San Ángel. El Hospital de Gineco-Obstetricia Luis Castelazo Ayala con UMF n.º 4 del IMSS, ubicado en Av. Río Magdalena sin número. Colonia Tizapán San Ángel.⁽⁷⁾

Figura 13. Hospital “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”



Fuente: <https://mapio.net/pic/p-61874554/> consultado el 05 de julio de 2021

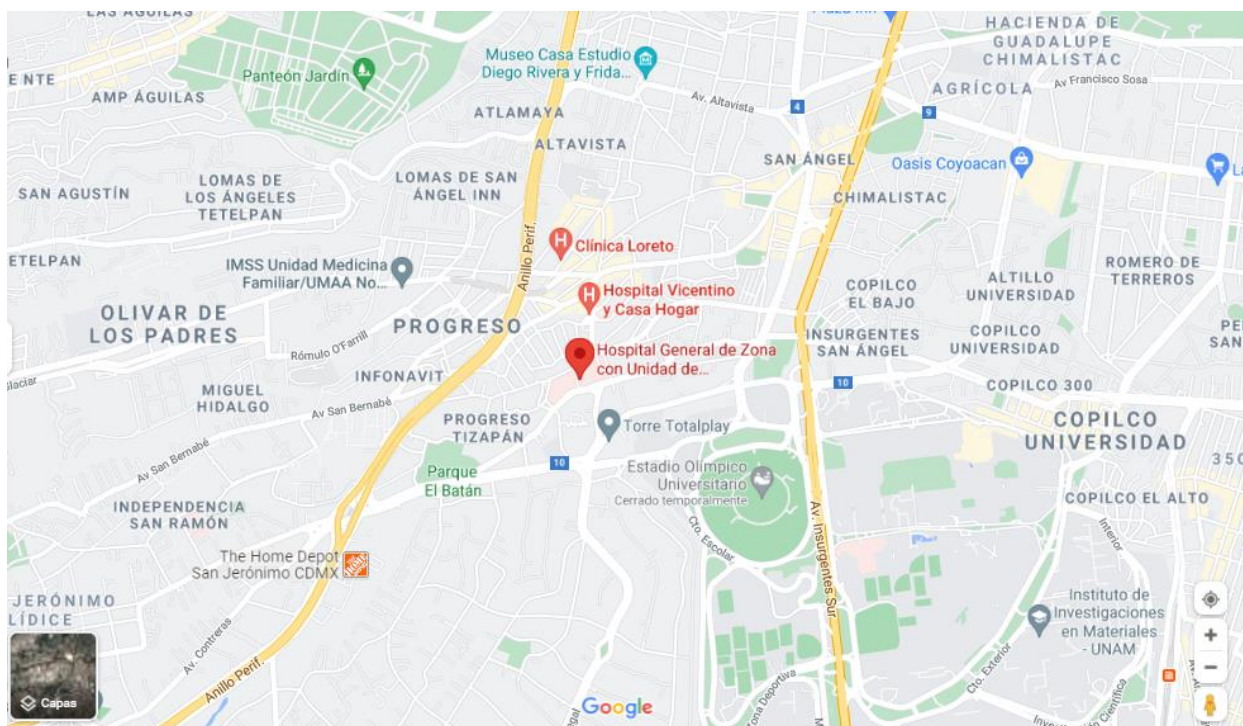
2.12 REFERENCIAS

1. Ruiza M, Fernández T, Tamaro E. (2004). Biografía de Álvaro Obregón. En Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica. Disponible en https://www.biografiasyvidas.com/biografia/o/obregon_alvaro.htm. Consultado el 01 de julio de 2021.
2. <https://heraldicamesoamericana.wordpress.com/2015/09/24/toponimias-de-las-delegaciones-del-distrito-federal/> Consultado el 01 de julio de 2021.
3. <http://www.aao.cdmx.gob.mx/> Consultado el 01 de julio de 2021.
4. <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM09DF/delegaciones/09010a.html> Consultado el 01 de julio de 2021.
5. GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 15 de Agosto de 2018. http://www.data.sedema.cdmx.gob.mx/cambioclimaticocdmx/images/biblioteca_cc/Pac_Del_AlvaroObregon.pdf Consultado el 01 de julio de 2021.
6. <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=09#tabMCcollapse-Indicadores> Consultado el 01 de julio de 2021.
7. [https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%81lvaro_Obreg%C3%B3n_\(Ciudad_de_M%C3%A9xico\)#Servicios_de_salud](https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%81lvaro_Obreg%C3%B3n_(Ciudad_de_M%C3%A9xico)#Servicios_de_salud) Consultado el 01 de julio de 2021.

CAPITULO 3. DESCRIPCION DEL HGZ/UMF DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL: HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

El HGZ/UMF No.8 se localiza en la Ciudad de México en la alcaldía Álvaro Obregón en la Av. Río Magdalena no. 289 entre Altamirano e Hidalgo, col. Tizapán san Ángel, C.P. 01090 (Figura 1), teléfono 55 55 50 64 22. El horario de atención es de la UMF de lunes a viernes 07:30-20:30. ⁽¹⁾

Figura 1. Ubicación del HGZ/MF no 8



Fuente: Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 IMSS - Google Maps consultado el 20 de junio de 2021

3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

En 1974 se inicia la construcción del Hospital General de Zona #8 “La Hormiga”. En 1976 Durante la presidencia del Lic. Luis Echeverría Álvarez se inaugura el Hospital General de Zona #8 “La Hormiga”, en principio como un hospital general. ⁽²⁾

Desde la fundación de este hospital, ha ocupado tres diferentes sedes; el primero en la Plaza del Carmen posteriormente en la Plaza de San Jacinto, para finalmente ser trasladado Rio Magdalena N° 28 entre Altamirano e Hidalgo Col. Tizapán San Ángel C.P. 01090 D.F., con el nombre de Clínica-Hospital T1 “La Hormiga”, la cual fue reinaugurada por el presidente de la republica Lic. José López Portillo, siendo director del IMSS el Lic. Arsenio Farell Cubillas. ⁽²⁾

En 1980 se le otorga el nombre de Hospital General de Zona #8, contando con los servicios de urgencias las 24 horas del día y consulta de medicina familiar ofreciendo servicios de especialidades. ⁽²⁾

El HGZ/UMF # 8, es rectora de la zona medica San Ángel, la cual está constituida por las Unidades Médicas Familiares 12,18,19,22,39 y 140, así como a Hospitales de Segundo y Tercer nivel; Hospital de Psiquiatría “San Fernando” y UMAE Gineco Obstetricia # 4 “Luis Castelazo Ayala”. ⁽²⁾

- En 1985 Se desarrollan los servicios de Diálisis Peritoneal, Psiquiatría, Inhaloterapia, Ultrasonido y Planificación Familiar.
- En 1986 Se inaugura el servicio de Tomografía Axial Computarizada, Endoscopia y la Unidad de Cuidados Intensivos.
- En 1993 Se realiza la primera Cirugía Laparoscópica en toda Latinoamérica.
- El 10 de septiembre de 1996 Inauguración del Área de Quirófanos.
- El 7 de octubre de 1996 XX Jornadas médicas conmemorativas de la unidad.
- En junio de 1997 inicia la remodelación del Servicio de Urgencias.
- En 1997 se remodela el Área de Quirófanos quedando (5 salas quirúrgicas y 1 sala de cirugía Laparoscópica.
- El 25 de agosto de 1997 Inicia el programa de Atención Domiciliaria al Enfermo. ⁽²⁾

En 2007 como prueba de gratitud por su desempeño profesional e institucional, el H. Consejo Técnico acordó asignar al HGZ/UMF #8 con el nombre de Dr. Gilberto Flores Izquierdo. Médico Cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), realizó trascendentes aportaciones a la institución; durante más de 50 años de servicio fue pionero del trasplante renal en América Latina. Dentro de las investigaciones del doctor Flores Izquierdo, fueron una gran aportación para el Seguro Social, ya que profundizaron las prácticas quirúrgicas. ⁽²⁾

Figura 2. Monumento a la Madre y entrada principal HGZ/UMF no. 8.



Fuente: propia.

3.2 MISIÓN

Los trabajadores del HGZ/UMF No. 8 contribuimos al bienestar de los derechos usuarios su familia y de nosotros mismos mediante un trato digno y uso racional de los recursos con actitud innovadora y responsabilidad social. ⁽²⁾

3.3 VISIÓN

Somos la Unidad Médica de la delegación Sur en el Distrito Federal, que ha logrado una cobertura en programas preventivos por arriba 95% de nuestra población y cumplimos con el 100% de consultas en menos de 20 días, intervenimos al 100% de pacientes en menos de 20 días, alcanzamos estándares por arriba del 90% en limpieza, logrando más del 90 % de satisfacción de nuestro usuarios; siendo una unidad exitosa habiendo alcanzado estándares internacionales de calidad en la atención de nuestros usuarios. Porque hemos integrado un equipo de alto rendimiento con liderazgo promotor del conocimiento e innovador de los procesos de trabajo, con los que obtenemos el reconocimiento social. ⁽²⁾

3.4 CUERPO DIRECTIVO

- Dr. Guillermo Bravo Mateos – Director Medico
- Dra. María del Carmen Yáñez – Subdirector Médico
- CP. José Rafael Balderas Pérez – Subdirector Administrativo
- Dr. Thalyna Polaco de la Vega – Jefe de Enseñanza
- L.E. Ángel Ávila – Jefe de Enfermería

- Dr. Román Vizcarra – Jefe Consulta Externa de Especialidades
- Dr. Fernando Cruz Castillo – Jefe de Urgencias
- Dra. Verónica Escobar Velázquez – Jefe de Anestesiología
- Dra. Lourdes Guadalupe González – Jefe de Cirugía
- Dra. María de la Cruz Zambrano – Nefrología
- QFB Gabriel Samano Márquez – Jefe de Laboratorio
- Dra. Laura Zúñiga Carruzo – Jefe Fomento a la Salud
- Dr. José Luis Millán – Salud en el Trabajo
- LN Rosa Isela Huerta Gallegos – Jefe de Nutrición
- C.P. Pamela Pineda Hernández – Jefe de Finanzas
- Lic. Leonardo David Hernández Meza – Jefe de Personal
- Arq. Alfonso Gómez Martínez – Jefe de Conservación
- Ing. Josué Chávez Salinas – Servicios Generales
- C.P. José Rafael Balderas Pérez – Jefe de Abastos
- Dr. Enrique Rojano Lastra – Epidemiólogo ⁽²⁾

3.5 ENTORNO DE LA UNIDAD

El Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encuentra ubicado en la zona sur del Distrito Federal, en la delegación política Álvaro Obregón, en la avenida Río de la Magdalena número 289, Colonia Tizapán San Ángel, C.P. 01090, teniendo como límites al Sur la Avenida Río de la Magdalena y al este la U.M.A.E Hospital de Ginecología y Obstetricia Número 4 “Dr. Luis Castelazo Ayala”. ⁽²⁾

Dentro de su distribución geográfica por delegaciones políticas, cubre las delegaciones Álvaro Obregón y Magdalena Contreras en su totalidad, y las delegaciones Coyoacán y Tlalpan, en forma parcial, formando un trazo sectorial a partir de la esquina que forman Río Churubusco y la Avenida División del Norte, dirigiéndose al sur hasta llegar a la calzada de Tlalpan.; posteriormente se dirige por la carretera al Ajusco, hasta la antigua vía del tren de Cuernavaca y hacia los Dinamos de Contreras, abarcando en su totalidad la zona montañosa de Xalacotla y los Dinamos. Continúa al norte hacia Santa Lucía, San Bartolo Ameyalco y Santa Rosa Xochiaca hasta la carretera libre a Toluca, colindando con la delegación Cuajimalpa y se dirige posteriormente hacia la avenida Observatorio y la avenida Constituyentes hasta Periférico, hacia Río Mixcoac y su continuación a Río Churubusco. ⁽²⁾

El hospital está ubicado en una superficie de 11,630 mts., con una superficie de construcción de 12,637 mts., forma un complejo arquitectónico junto con la Unidad de Medicina Familiar, lo cual permite una mayor accesibilidad y disponibilidad de los servicios de primero y segundo

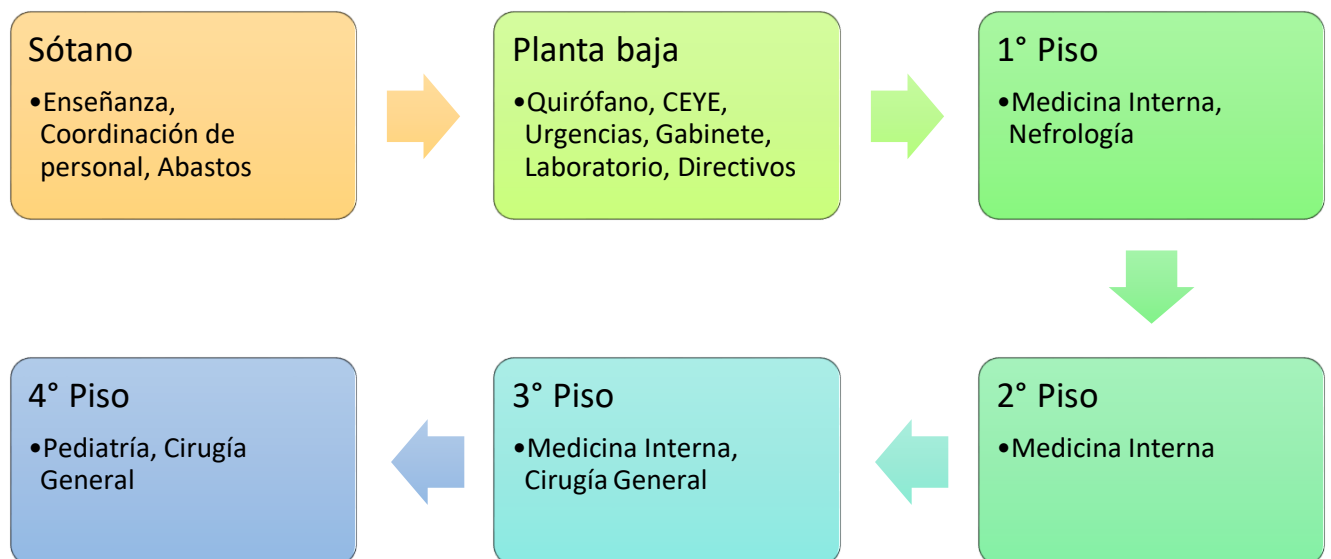
nivel de atención, a los usuarios del área de influencia. Por su construcción la unidad es de tipo mixto, ya que está constituida por un área horizontal y una vertical. ⁽²⁾

3.6 INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS.

ESTRUCTURA DEL HOSPITAL

- Diseño arquitectónico: Mixto
- Horizontal: Unidad de Medicina Familiar Consulta externa, medicina preventiva y Vigilancia epidemiológica
- Vertical: Hospital General de Zona Hospitalización, Quirófano y Urgencias
- Atención que otorga: Hospital de segundo nivel de atención, el cual proporciona los servicios de consulta externa, hospitalización, urgencias y cirugía.

Figura 3. Distribución del hospital.



Fuente: Elaboración propia

Figura 4. Consulta externa de especialidades HGZ/UMF No. 8.



Fuente: propia.

Figura 5. Consultorios de la Unidad de Medicina Familiar No. 8.



Fuente: propia.

Figura 6. Sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 8.



Fuente: propia.

Figura 7. Radiología y Laboratorio de HGZ/UMF No. 8.



Fuente: Propia.

CAPACIDAD DE LA UNIDAD

- Población: Cerrada, solo atiende derechohabientes previa vigencia (en caso de urgencia atiende a todos los usuarios que soliciten el servicio)
- Población total atendida: 409, 429 derechohabientes.
- Unidades de medicina familiar adscritas al HGZ No. 8 son: 8, 18, 22, 39, 140, 161 de las cuales la UMF No. 8 tiene 65, 326 derechohabientes.
- Por su capacidad: 136 camas censables y 76 no censables. ⁽²⁾

3.7 INDICADORES DE SALUD

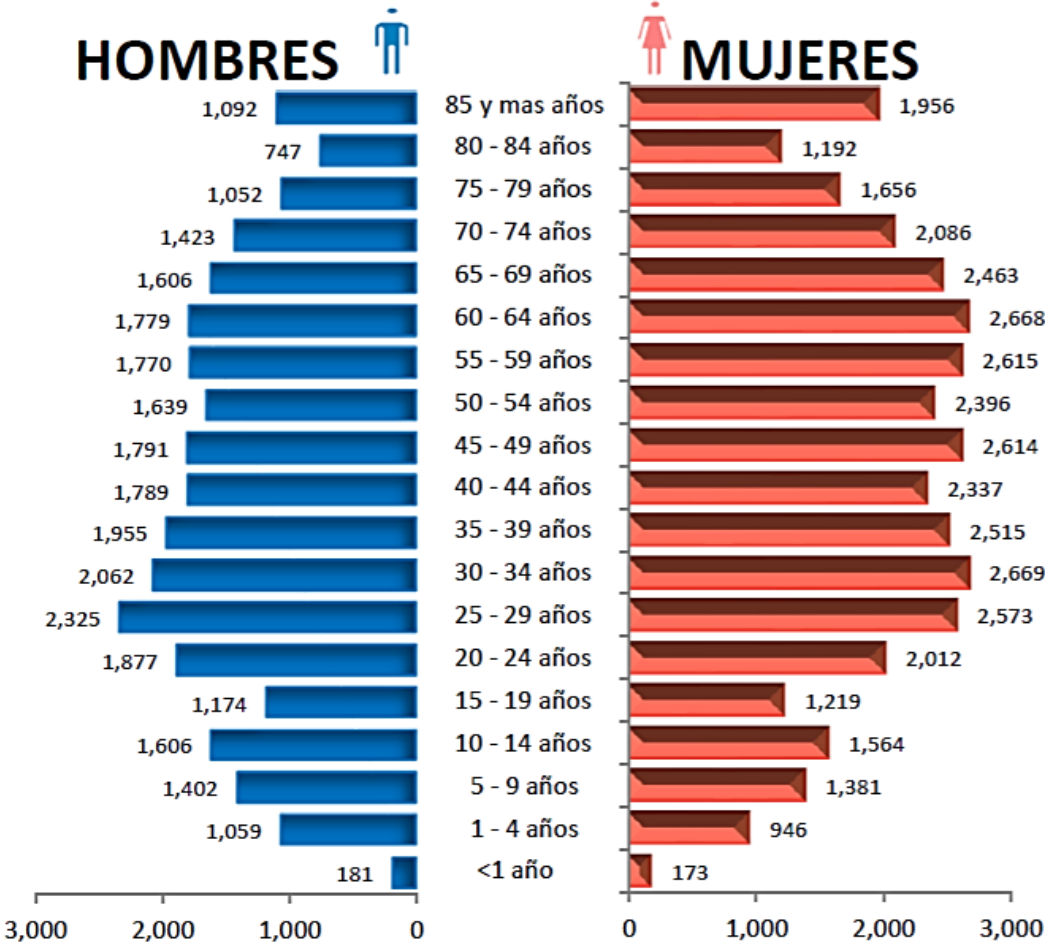
3.7.1 POBLACIÓN ADSCRITA A LA UMF No. 8 POR GRUPO DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 1	181	0.28	173	0.26	354	0.54
1-4	1,059	1.62	946	1.45	2,005	3.07
5-9	1,402	2.14	1, 361	2.11	2,783	4.26
10-14	1,606	2.46	1,564	2.39	3,170	4.85
15-19	1,174	1.80	1,219	1.86	2,393	3.66
20-24	1,877	2.87	2,012	3.08	3,889	5.95
25-29	2,325	3.56	2,573	3.93	4,898	7.49
30-34	2,062	3.15	2,669	4.08	4,731	7.23
35-39	1,955	2.99	2,515	3.85	4,470	6.84
40-44	1,789	2.74	2,337	3.57	4,126	6.31
45-49	1,791	2.74	2,614	4.00	4,405	6.74
50-54	1,639	2.51	2,396	3.66	4,035	6.17
55-59	1,770	2.71	2,615	4.00	4,385	6.71
60-64	1,779	2.72	2,668	4.08	4,447	6.80
65-69	1,606	2.46	2,463	3.77	4,069	6.22
70-74	1,423	2.18	2,086	3.19	3,509	5.37
75-79	1,052	1.61	1,656	2.53	2,708	4.14
80-84	747	1.14	1,192	1.82	1,939	2.97
85 y más	1,092	1.67	1,956	2.99	3,048	4.66
No especificados	12	0.02	18	0.03	30	0.05
Total	28,341	43.34	37,053	56.66	65,394	100.00

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

Se destaca que la UMF tiene adscritos 65,394 pacientes, en su mayoría mujeres, siendo el grupo de edad mayoritario de 25 a 34 años.

3.7.2 PIRÁMIDE DE POBLACIÓN



Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

La pirámide poblacional de la unidad es muy similar para ambos sexos, la población pediátrica es la menos representada. Los adultos de entre 25 y 65 años ocupan el grueso de la población, con un pico más en mayores de 85 años.

3.7.3 POBLACIÓN POR GRUPO PREVENIMSS

POR GRUPO PREVENIMSS	2020
Niños de 0 a 9 años	5,142
Adolescentes de 10 a 19 años	5,563
Mujer de 20 a 59 años	19,731
Hombre de 20 a 59 años	15,208
Adulto mayor de 60 y más	19,720
TOTAL	65,364

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

De acuerdo a la población etaria dividida por grupo PREVENIMSS, de nuevo se observa que a población pediátrica es la que menor cantidad de pacientes tiene, se atienden a más mujeres de entre 20 a 59 años y a adultos mayores de 60 años.

3.7.4 ESPERANZA DE VIDA 2020

INDICADOR DEMOGRÁFICO	2020
Población a mitad del año	8,738,914
Hombres	4,163,345
Mujeres	4,575,569
Nacimientos	118,809
Defunciones	63,460
Crecimiento natural	55,349
Crecimiento social total	-80,816
Crecimiento total	-25,467
(Nacimientos por cada 1000 habitantes)	13.6
(Defunciones por cada 1000 habitantes)	7.3
(Por cada 100 habitantes)	0.6
(Hijos nacidos vivos por mujer)	1.79
Esperanza de vida (años)	
Total	76.66
Hombres	74.40
Mujeres	79.03

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

La esperanza de vida calculada para el año 2020 es de 76.66 años, siendo mayor en mujeres con hasta 79.03 años.

3.7.5 PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE PRIMERA VEZ

No.	CAUSA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO	2020	
		No.	TASA*
1.	Rinofaringitis, faringitis aguda, infecciones agudas de las vías respiratorias altas	3,214	4,915
2.	COVID-19	872	1,333
3.	Trastornos del sistema urinario	683	1,044
4.	Dorsalgia	335	512
5.	Colitis y gastroenteritis no infecciosas	317	485
6.	Supervisión del embarazo normal	212	324
7.	Gastritis y duodenitis	208	318
8.	Síndrome de colon irritable	194	297
9.	Rinitis alérgica y vasomotora	193	295
10.	Dislipidemias	185	283

*Por 100,000 D.H

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

Las infecciones respiratorias altas y la COVID-19 se destacan como las principales causas de consulta de primera vez, probablemente COVID-19 ocupó el lugar más alto pero la problemática en el número de pruebas realizadas y la falta de reporte de la enfermedad incurrieron en el subdiagnóstico de la misma.

3.7.6 PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE CONSULTA SUBSECUENTE

No.	CAUSA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO	2020	
		No.	TASA*
1.	Hipertensión esencial (primaria)	17,528	26,804
2.	Diabetes mellitus no insulino dependientes	9,390	14,359
3.	Artrosis	2,920	4,465
4.	Obesidad	2,889	4,418
5.	Dislipidemias	2,825	4,320
6.	Trastorno de ansiedad	2,386	3,649
7.	Dorsalgia	1,898	2,902
8.	Hipotiroidismo	1,829	2,797
9.	Gastritis y duodenitis	1,583	2,421
10.	Hiperplasia de la próstata	1,525	2,332
11.	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,465	2,240

12.	Trastornos del sueño	1,377	2,106
13.	COVID-19	1,263	1,931
14.	Síndrome de colon irritable	1,260	1,927
15.	Enfermedad isquémica crónica del corazón	1,184	1,811
*Por 100,000 D.H			

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

La consulta de seguimiento en el primer nivel está liderada por los padecimientos crónicos esperados: Hipertensión arterial esencial y Diabetes Mellitus. Probablemente el diagnóstico de obesidad ocupe el primer lugar, pero se ha observado un subdiagnóstico y falta de reporte del mismo. Ello es importante pues estas enfermedades complican y desencadenan el curso de otros padecimientos, y es en ellas donde se debe centrar la promoción y prevención de la salud.

3.7.7 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN <1 AÑO

No.	CAUSA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO	2020	
		No.	TASA*
1.	Examen general	134	205
2.	Rinofaringitis, faringitis aguda, infecciones agudas de las vías respiratorias altas	51	205
3.	Examen de pesquisa especial para enfermedades y trastornos	7	11
4.	Conjuntivitis	5	8
5.	Colitis y gastroenteritis no infecciosas	5	8
6.	Enfermedad del reflujo gastroesofágico	3	5
7.	COVID-19	2	3
8.	Diarrea y gastroenteritis infecciosa	1	2
9.	Rinitis alérgica y vasomotora	1	2
10.	Obesidad	1	2
*Por 100,000 D.H			

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

En el año 2020 la principal causa de consulta en menores un año fue la consulta de seguimiento del niño sano o examen general, en segundo lugar se encuentran las infecciones de vías respiratorias altas.

3.7.8 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN DE 1-9 AÑOS

No.	CAUSA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO	2020	
		No.	TASA*
1.	Rinofaringitis, faringitis aguda, infecciones agudas de las vías respiratorias altas	337	515
2.	Examen general	38	58
3.	Rinitis alérgica y vasomotora	29	44
4.	Trastornos del sistema urinario	16	24
5.	Colitis y gastroenteritis no infecciosas	15	23
6.	Diarrea y gastroenteritis infecciosa	8	12
7.	Examen de pesquisa especial para enfermedades y trastornos	8	12
8.	COVID-19	5	8
9.	Asma	4	6
10.	Epilepsia	3	5

*Por 100,000 D.H

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

Entre la población de 1 a 9 años el motivo de consulta principal fue la infección de vías respiratorias altas, rinofaringitis y faringitis aguda, seguida del examen general o revisión del niño sano. Estos indicadores nos hablan del éxito en la promoción a la salud al menos en los pacientes pediátricos.

3.7.9 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN DE 10-19 AÑOS

No.	CAUSA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO	2020	
		No.	TASA*
1.	Rinofaringitis, faringitis aguda, infecciones agudas de las vías respiratorias altas	235	359
2.	COVID-19	40	61
3.	Rinitis alérgica y vasomotora	26	40
4.	Trastornos del sistema urinario	26	40
5.	Colitis y gastroenteritis no infecciosas	20	31
6.	Supervisión del embarazo normal	18	28
7.	Examen general	18	28s
8.	Síndrome de colon irritable	17	26

9.	Gastritis y duodenitis	15	23
10.	Dorsalgia	12	18
*Por 100,000 D.H			

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

En el año 2020 las infecciones agudas de vías respiratorias también ocuparon el primer lugar en la consulta de 10 a 19 años. En este grupo de edad ya se observa la COVID-19 como una de las principales causas de visitas al médico, ocupando el segundo lugar. El embarazo adolescente se sitúa en el tercer sitio, lo cual es un indicador importante pues se debe promover más la planificación familiar y la educación sexual en este grupo.

3.7.10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN DE 20-59 AÑOS FEMENINA

No.	CAUSA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO	2020	
		No.	TASA*
1.	Rinofaringitis, faringitis aguda, infecciones agudas de las vías respiratorias altas	1,172	1,792
2.	COVID-19	594	908
3.	Supervisión del embarazo normal	235	359
4.	Trastornos del sistema urinario	200	306
5.	Dorsalgia	138	211
6.	Colitis y gastroenteritis no infecciosas	114	174
7.	Examen de pesquisa especial para enfermedades y trastornos	100	153
8.	Luxación, esguince y torcedura de tobillo y pie	82	125
9.	Síndrome de colon irritable	73	112
10.	Gastritis y duodenitis	65	99
*Por 100,000 D.H			

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

Los principales motivos de consulta entre las mujeres de 20 a 59 años son los mismos que el grupo etario anterior. Destaca la supervisión del embarazo normal que se lleva a cabo en las UMF, donde se lleva el control prenatal estrecho de las pacientes y se clasifica su riesgo obstétrico para envío al segundo nivel de ser necesario.

3.7.11 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN DE 20-59 AÑOS MASCULINA

No.	CAUSA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO	2020	
		No.	TASA*
1.	Rinofaringitis, faringitis aguda, infecciones agudas de las vías respiratorias altas	649	992
2.	COVID-19	451	690
3.	Colitis y gastroenteritis no infecciosas	116	177
4.	Dorsalgia	86	132
5.	Diarrea y gastroenteritis infecciosa	48	73
6.	Trastornos del sistema urinario	47	72
7.	Luxación, esguince y torcedura de tobillo y pie	42	64
8.	Síndrome de colon irritable	41	63
9.	Gastritis y duodenitis	31	47
10.	Obesidad	26	40
*Por 100,000 D.H			

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

Además de las infecciones respiratorias altas y la COVID-19, la colitis y gastroenteritis no infecciosas ocupan los principales motivos de consulta entre los hombres de 20-59 años.

3.7.12 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD PRIMERA VEZ EN POBLACIÓN DE 60 Y MAS

No.	CAUSA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO	2020	
		No.	TASA*
1.	Rinofaringitis, faringitis aguda, infecciones agudas de las vías respiratorias altas	301	460
2.	Trastornos del sistema urinario	89	136
3.	Examen de pesquisa especial para enfermedades y trastornos	64	98
4.	Colitis y gastroenteritis no infecciosas	48	73
5.	Dorsalgia	43	66
6.	Diabetes mellitus no insulino dependiente	30	46
7.	Síndrome de colon irritable	24	37
8.	Gonartrosis	21	32
9.	Otras artrosis	20	31
10.	Gastritis y duodenitis	17	26
*Por 100,000 D.H			

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

Entre la población de mayores de 60 años, el principal diagnóstico también lo ocupan las infecciones de vías respiratorias altas. El segundo lugar fueron los trastornos de las vías urinarias, y en tercer puesto las pesquisas especiales para enfermedades, esto último hace referencia a la detección temprana de cáncer de próstata, mama, cervicouterino y la pesquisa para enfermedades crónicas degenerativas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

3.7.13 MORBILIDAD DE PADECIMIENTOS SELECCIONADOS

No.	PADECIMIENTO	2020
1.	Infecciones respiratorias agudas	12,593
2.	Infecciones de vías urinarias	1,927
3.	COVID-19	912
4.	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	665
5.	Obesidad	583
6.	Úlceras, gastritis y duodenitis	554
7.	Conjuntivitis	539
8.	Gingivitis y enfermedad periodontal	340
9.	Hipertensión arterial	235
10.	Otitis media aguda	223
11.	Vulvovaginitis	191
12.	Insuficiencia venosa periférica	174
13.	Diabetes mellitus tipo 2	148
14.	Depresión	62
15.	Varicela	38
16.	Neumonías y bronconeumonías	34
17.	Displasia cervical leve y moderada	30
18.	Asma	22
19.	Mordeduras de perro	21
20.	Hiperplasia de la próstata	19
21.	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	18
22.	Enfermedad cerebrovascular	18
23.	Diabetes mellitus en el embarazo	9
24.	Enfermedad febril exantemática	9
25.	Herpes genital	8

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

Las enfermedades infecciosas, de vías respiratorias, urinarias, gastrointestinales y COVID, ocupan los primeros sitios de consulta en Medicina Familiar, tan solo seguidas por la obesidad. Probablemente COVID-19 tuvo más consultas que las reportadas, ya que se ha descrito como la principal causa de morbi-mortalidad del año 2020.

3.7.14 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD

No.	CAUSA BÁSICA DE MORTALIDAD	2020	
		No.	TASA*
1.	COVID-19	817	199
2.	Infarto agudo al miocardio	110	27
3.	Complicaciones de Diabetes Mellitus	108	26
4.	Neumonía de organismo no especificado	71	17
5.	Otros trastornos del sistema urinario	56	14
6.	Enfermedades cerebrovasculares	42	10
7.	Insuficiencia hepática	36	9
8.	Diabetes Mellitus no especificada	23	6
9.	Choque no especificado	23	6
10.	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	20	5
11.	Hepatitis viral	14	3
12.	Otras causas	455	111
TOTAL		1,775	
*Por 100,000 D.H			

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

En años anteriores el infarto agudo al miocardio y las complicaciones de la Diabetes Mellitus se encontraban en los primeros lugares entre las causas de mortalidad. En el 2020 la neumonía por COVID-19, también reportada como neumonía atípica o por organismos no especificados, fue la primera causa de mortalidad entre todos los grupos de edad.

3.7.15 PRINCIPALES TUMORES MALIGNOS

No.	TUMORES MALIGNOS	TOTAL DE CONSULTAS
1.	Tumor maligno del colon	8
2.	Tumor maligno de la mama	6
3.	Tumor maligno del encéfalo	6
4.	Tumor maligno de la glándula tiroides	4
5.	Tumor maligno del estómago	4
6.	Tumor maligno del páncreas	4
7.	Leucemia linfoide	4
8.	Tumor maligno del ovario	4
9.	Leucemia mieloide	4
10.	Tumor maligno de la próstata	4
11.	Tumor maligno de sitio no especificado	3
12.	Tumor maligno del riñón a excepción de pelvis renal	3
13.	Tumor maligno del testículo	2
14.	Tumor maligno del recto	2
15.	Melanoma maligno de la piel	2
16.	Tumor maligno de las glándulas salivales	2
17.	Mieloma múltiple	1
18.	Tumor maligno del cuello del útero	1
19.	Tumor maligno del hígado y las vías biliares	1
20.	Otros tumores malignos	7

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

En la UMF no. 8 en el año de 2020 los principales tumores malignos detectados por primera vez fueron de colon, de mama y de encéfalo. A pesar de que se realizan acciones tempranas de tamizaje para cáncer de mama, de próstata y cervicouterino, ante resultados de sospecha de malignidad los pacientes son enviados al segundo nivel para su correcto diagnóstico, estadificación y tratamiento, por ello el diagnóstico de primera vez es menos frecuente en la UMF.

3.7.16 MOTIVOS DE ATENCIÓN QUE GENERARON DÍAS DE INCAPACIDAD

No.	DIAGNÓSTICOS	Total de casos	%
1.	COVID-19	15,881	18.8
2.	Dorsalgia	2,316	2.7
3.	Convalecencia consecutiva a cirugía	2,254	2.7
4.	Fractura a nivel de la muñeca y la mano	2,254	2.7
5.	Esguinces y torceduras del tobillo	1,892	2.2
6.	Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y pie	1,286	1.5
7.	Fractura de la pierna	1,228	1.5
8.	Diabetes mellitus no insulino dependiente	1,107	1.3
9.	Lumbago no especificado	1,031	1.2
10.	Fractura del pie	946	1.1
11.	Todos los demás	54,756	64.7
TOTAL GENERAL		84,585	100

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

La COVID-19 se destacó como la mayor causa de incapacidad, la diferencia en comparación con las otras enfermedades es muy importante, pues se destacan las repercusiones económicas de esta enfermedad que van desde los empleos y negocios del sector privado perdidos, la alta mortalidad y los días de incapacidad de los trabajadores. La convalecencia secundaria a cirugía y los padecimientos traumatológicos como dorsalgia, esguinces o fracturas, también ocupan los primeros lugares como causas de incapacidad.

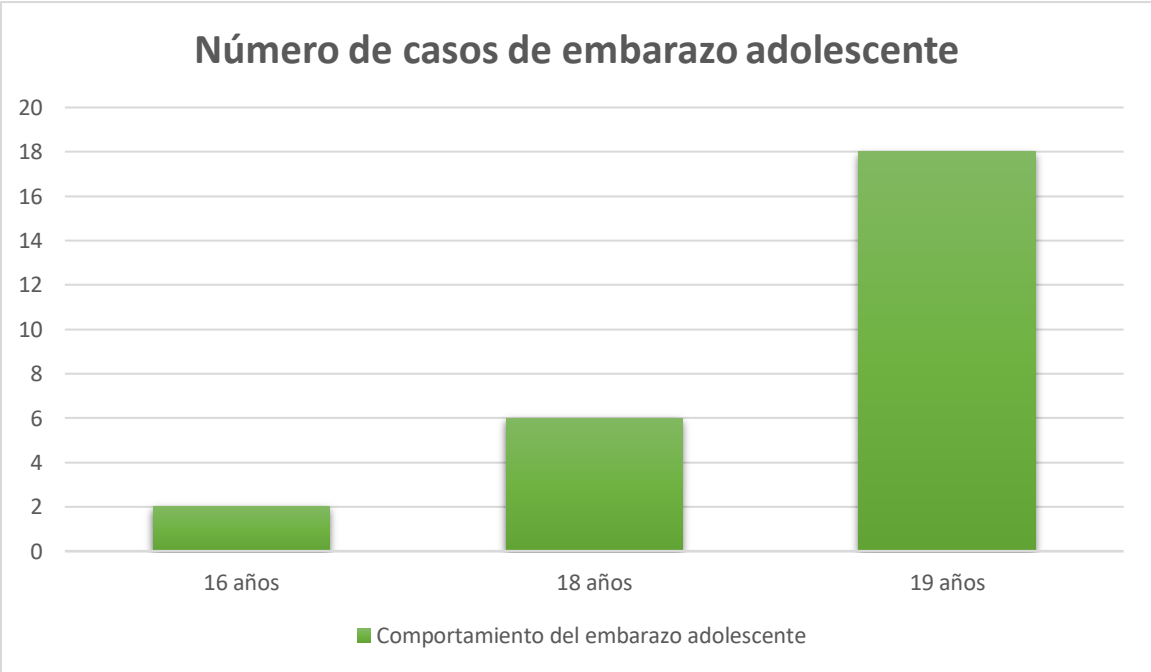
3.7.17 PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ACEPTANTES POR TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO, POBLACIÓN DE PRIMERA VEZ

	Derechohabiente		Abierta		Total Aceptantes	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL GENERAL	774	99.61	90	95.74	869	100.00
PASTILLAS	55	27.36	2	12.50	57	26.27
INYECCIONES	45	22.39	4	25.00	49	22.58
IMPLANTES	56	27.86	8	50.00	64	29.49
DIU	42	20.90	2	12.50	44	20.28
VASECTOMIA	3	1.49	0	0.00	3	1.38
TOTAL	201	25.97	16	17.78	217	24.97
PRESERVATIVOS	576	74.42	78	86.67	652	75.03
<20 AÑOS	57	100.00	8	100.00	65	100.00
PASTILLAS	3	17.65	1	20.00	4	18.18
INYECCIONES	5	29.41	0	0.00	5	22.73
IMPLANTES	5	29.41	3	60.00	8	36.36
DIU	4	23.53	1	20.00	5	22.73
VASECTOMIA	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	17	29.82	5	62.50	22	33.85
PRESERVATIVOS	40	70.18	3	37.50	43	66.15
20 A 34 AÑOS	523	100.00	50	100.00	573	100.00
PASTILLAS	45	30.20	1	11.11	46	29.11
INYECCIONES	29	19.46	3	33.33	32	20.25
IMPLANTES	45	30.20	4	44.44	49	31.01
DIU	28	18.79	1	11.11	29	18.35
VASECTOMIA	2	1.34	0	0.00	2	1.27
TOTAL	149	28.49	9	18.00	158	27.57
PRESERVATIVOS	374	71.51	41	82.00	415	72.43
35 Y MÁS AÑOS	194	100.00	37	100.00	231	100.00
PASTILLAS	7	20.00	0	0.00	7	18.92
INYECCIONES	11	31.43	1	50.00	12	32.43
IMPLANTES	6	17.14	1	50.00	7	18.92
DIU	10	28.57	0	0.00	10	27.03
VASECTOMIA	1	2.86	0	0.00	1	2.70
TOTAL	35	18.04	2	5.41	37	16.02
PRESERVATIVOS	159	81.96	35	94.59	194	83.98

Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

El preservativo masculino fue el método de planificación familiar de mayor uso entre los aceptantes, aunque no es el método más seguro para la prevención del embarazo sí se destaca su importancia como previsor de infecciones de transmisión sexual, y debe utilizarse en conjunto con otros métodos de planificación familiar. El implante subdérmico fue el método, diferente del preservativo, con mayor distribución y la vasectomía el menor, esto último se debe a la suspensión temporal de las vasectomías en la unidad debido a la pandemia, pues en otros años se realizaban cada viernes y tenían una amplia aceptación entre derechohabientes y no derechohabientes. El grupo de edad con mayor uso de métodos de planificación familiar fue de 20 a 34 años, y el grupo con menos aceptantes fue el de menos de 20 años; es relevante la necesidad de extender la educación sexual al grupo de adolescentes y promover el uso de métodos de planificación familiar aunado al preservativo.

3.7.18 COMPORTAMIENTO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES



Fuente: Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020.

Los casos de embarazos en adolescentes diagnosticados en la unidad ascienden a 26 en el año 2020, de los cuales dieciocho pertenecen al grupo de 19 años, las pacientes más jóvenes en quienes se detectó embarazo son las de dieciseis años. Si bien se realizan esfuerzos constantes para promover la planificación familiar y la educación sexual, aún es preocupante el número de embarazos en este grupo debido a las comorbilidades y la mayor mortalidad con la que cursan.

3.8 Referencias

1. <http://www.imss.gob.mx/directorio/> consultado 05 de julio de 2021
2. Fuente: ARIMAC.IMSS.2019. Consultado 20 de junio de 2021
3. Diagnóstico de Salud HGZ/MF No. 8, 2020. Consultado 15 de junio de 2021

CAPITULO 4. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

AGOSTO

- 03/08/2020. Bienvenida. Curso “6 temas de COVID para equipos de respuesta ante COVID-19”

Se nos orientó acerca de los horarios y actividades que llevaremos a cabo como MPSS.

- 05/08/2020. Curso en línea “Recomendaciones para un retorno seguro al trabajo ante COVID-19”

Dentro de la plataforma CLIMSS se encuentran cursos en línea de importancia para la situación de salud pública actual. En el mencionado, se hayan los lineamientos para reconocer un caso sospechoso o un contacto de trabajo, conocer las medidas de higiene y sana distancia, además de como retomar nuestra actividad de manera segura y como actuar em caso de resultar enfermos.

- 06/08/2020. Curso en línea “Todo sobre la prevención de COVID-19”

Se explican las generalidades sobre el SARS Cov-2, las definiciones operacionales de COVID-19 y las medidas de prevención de dicha enfermedad.

- 07/08/2020. Curso en línea “Plan de acción para el hogar ante COVID-19”

Aquí encontramos las herramientas e información necesarias para realizar acciones en casa y nuestro entorno para prevenir la dispersión de COVID-19.

- 10/08/2020. Curso en línea “Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19)”

Es un curso dirigido a profesionales de la salud donde se brindad las principales pautas en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento del COVID-19, con el objetivo de fortalecer las competencias profesionales para afrontar la situación actual y evitar el contagio dentro de las unidades de salud.

- 13/08/2020. Curso en línea “Cuidado de personas adultas mayores ante el COVID-19”

Se brinda información necesaria a la población para el cuidado y vigilancia de las personas adultas mayores durante la pandemia, con el objetivo de identificar a las personas con riesgo de complicaciones y aprender a aplicar estrategias de cuidado familiar y vecinal.

- 17/08/2020 al 31/08/2020. Consulta de Medicina Familiar, en el consultorio 3, supervisada por el Dr. Oscar Montes Osornio, especialista en Medicina Familiar.

Se brinda consulta a la población de la UMF, siendo algunos de los diagnósticos más frecuentes: obesidad, hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus, sin embargo, también se diagnostican y manejan pacientes con hiperplasia prostática benigna, infección de vías urinarias, gastroenteritis, cervicovaginitis, epilepsia, cefaleas, patología de tiroides, síndrome de intestino irritable, conjuntivitis, osteoatrosis, lumbalgia, entre otros. Además, la consulta prenatal y del niño sano son recurrentes





EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Yerenia Aylín Delgado Montes

Por haber concluido satisfactoriamente el curso:
Todo sobre la prevención del COVID-19

Duración: 3 horas

No. folio:COVID000213248

Ciudad de México a 05 de agosto de 2020



GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Yerenia Aylín Delgado Montes

Por haber concluido satisfactoriamente el curso:

Recomendaciones para un retorno seguro al trabajo ante COVID -19

Duración: 5 horas

No. folio:COVID5000213248

Ciudad de México a 05 de agosto de 2020



GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Yerenia Aylín Delgado Montes

Por haber concluido satisfactoriamente el curso:

Plan de acción para el hogar ante COVID-19

Duración: 1 horas

No. folio:COVIDH2000213248

Ciudad de México a 07 de agosto de 2020



GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Yerenia Aylín Delgado Montes

Por haber concluido satisfactoriamente el curso:

Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19)

Duración: 10 horas

No. folio:COVID6000213248

Ciudad de México a 13 de agosto de 2020



GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Yerenia Aylín Delgado Montes

Por haber concluido satisfactoriamente el curso:

Cuidado de personas adultas mayores ante el COVID-19

Duración: 2 horas

No. folio:COVIDA2000213248

Ciudad de México a 06 de agosto de 2020

SEPTIEMBRE

- 01/09/2020 al 30/09/2020. Consulta en la U.M.F, supervisada por la especialista en Medicina Familiar, Dra. Haydee en el consultorio 2.

Se brinda consulta de primer nivel, atendiendo los padecimientos recurrentes de la población. La Dra. Haydee cuenta con algunos diplomados en prevención y tratamiento de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, por lo que en su consulta se presta especial atención en el estrecho seguimiento de los pacientes con estas enfermedades, se evalúa constantemente que se encuentren controlados en apego a las metas para evitar futuras complicaciones

- 07/09/2020. Curso en línea “Cuidado de la Salud Mental en situaciones de emergencia”

Enfocado en la identificación de los factores de riesgo y las conductas que impactan la salud mental, entender y atender las emociones presentes en situaciones de estrés, llevar a cabo las medidas de autocuidado físico mental, emocional, social y espiritual, así como solicitar ayuda profesional de manera oportuna.

- 08/09/2020. Asistencia al curso “NOM 004 sobre el expediente clínico”

Se nos brindó un breve curso acerca del manejo del expediente clínico como documento médico legal, su orden correcto y la responsabilidad de todo el personal de salud al respecto. Fue impartido por la pasante del servicio social de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Ebelyn Guerrero.





GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Yerenia Aylín Delgado Montes

Por haber concluido satisfactoriamente el curso:

Cuidado de la Salud Mental en Situaciones de Emergencia

Duración: 10 horas

No. folio: SMSE000213248

Ciudad de México a 07 de septiembre de 2020

OCTUBRE

- 01/10/2020 al 16/10/2020. Rotación por el servicio de Epidemiología de la UMF.

En este servicio se realiza el seguimiento de los casos de enfermedades notificables. Debido a la situación actual se centra en el reporte de los nuevos casos de COVID-19 de la población adscrita a la unidad, así como el transporte de muestras y actualización de los casos en el SINOLAVE.

También impartí sesiones breves sobre algunas sesiones de importancia epidemiológica como: Rabia, sarampión, rubéola, varicela, enfermedad pie-mano-boca y escarlatina.

- 12/10/2020. Curso en línea “ABC de la Obesidad”

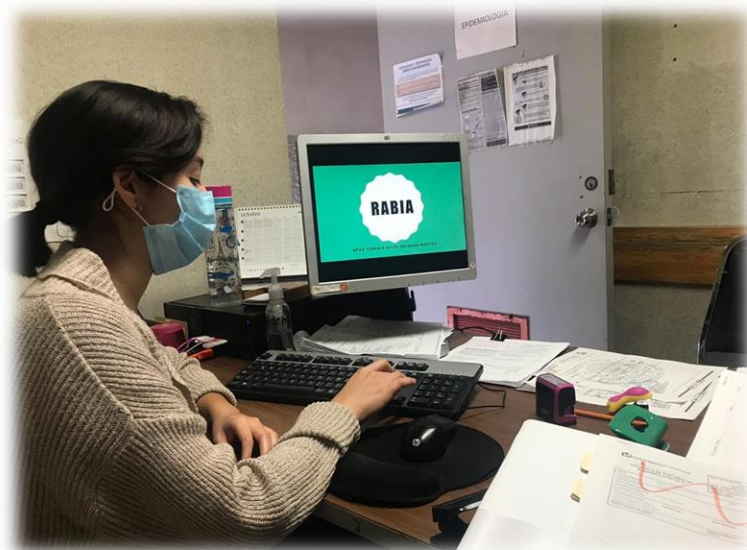
Se explican algunas recomendaciones para la prevención y tratamiento de la obesidad, así como modificaciones en el estilo de vida.

- 19/10/2020 al 30/10/2020. Rotación por el servicio de Promoción y Prevención de la salud “SPSTIMSS”.

El servicio está enfocado en la salud de los trabajadores de la UMF y el Hospital. Algunas de mis principales actividades fueron el apoyo en la aplicación de la vacuna de la Influenza al personal y su registro en el sistema, Seguimiento del personal con mayor riesgo de contagio (aquellos con obesidad, DM y HAS descontrolados, enfermedades reumatológicas, VIH, cáncer, embarazadas y otros padecimientos). También se lleva a cabo el control médico mensual de todo el personal, la evaluación inicial del de nuevo ingreso y se brinda consulta para los trabajadores que así lo requieran

- 23/10/2020. Comida con motivo del día del médico.

El equipo de Enseñanza organizó un festejo conmemorado este día.







EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Yerenia Aylín Delgado Montes

Por haber concluido satisfactoriamente el curso:

ABC De la Obesidad

Duración: 10 horas

No. folio:ABC000213248

Ciudad de México a 12 de octubre de 2020

Sarampión

MPSS Yerenia A. Delgado Montes

ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA (Sarampión, Rubéola)

Se denomina Enfermedad Febril Exantemática (EFE) al conjunto de enfermedades que comparten la presentación de **fiebre y erupción cutánea (exantema)**, en las que se incluye el sarampión y la rubéola.

1993 → Sistema de Vigilancia Epidemiológica de EFE de sarampión y rubéola

- Caso probable**
 - Fiebre + exantema maculopapular: tos, coriza, conjuntivitis o adenomegalias
- Caso confirmado**
 - Caso probable que se demuestre infección viral por laboratorio o asociado epidemiológicamente a otro caso confirmado
- Caso endémico**
 - Caso confirmado que forma parte de una cadena de transmisión local, que se ha mantenido >12m por un mismo genotipo
- Caso importado**
 - Caso confirmado que presentó exposición al virus fuera del país 7-21 d previos al exantema para sarampión y 7-23 para rubéola
- Caso relacionado a importación**
 - Caso confirmado originado por un caso importado o cuyo genotipo se ha identificado fuera del país

Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación. Secretaría de Salud, México: 2018.

SARAMPIÓN

Etiología y transmisión

Maculopapular

Paramyxovirus (ARN)- Morbillivirus

EL SARAMPIÓN ES MUY CONTAGIOSO

UNA PERSONA CON SARAMPIÓN PUEDE INFECTAR A 9 DE CADA 10 PERSONAS A SU ALREDEDOR SI NO ESTÁN VACUNADAS.



OPS

Agudo → subagudo

Diseminación por gotitas suspendidas o contacto con secreciones

FR: guarderías, inmunosupresión, desnutrición, personal de salud, no vacunados

Mayor contagio en fase prodrómica; incubación 10-23 d
Transmisión 4d antes y 4d después de aparecer exantema

El virus presente en el aire o sobre superficies infectadas sigue siendo activo y contagioso durante periodos de hasta 2 horas

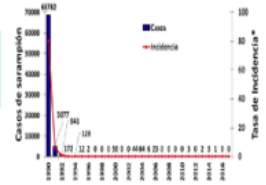
Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación. Secretaría de Salud. México: 2018.

Epidemiología

Antes de que la vacuna se introdujera en 1963 y se generalizara su uso, cada 2-3 años se registraban epidemias de sarampión, causando cerca de 2 millones de muertes al año.

La vacunación contra el sarampión ha reducido la mortalidad mundial de un 84% entre 2000 (550,100) y 2016 (89,780).

Casos e incidencia* de Sarampión, México, 1990-2017



Fuente: SIVARVISA. Sistema Vigilancia Epidemiológica de Infecciones por Virus Arbovirales.

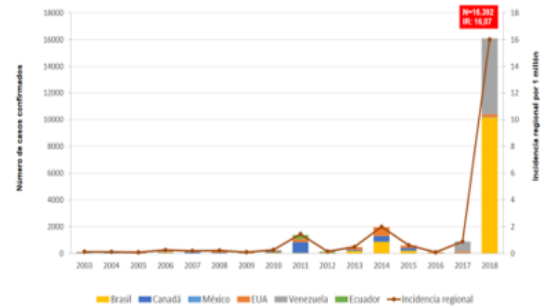
Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación. Secretaría de Salud. México: 2018.

- En 2016, la región de las Américas se convirtió en la primera del mundo en obtener la certificación de eliminación del sarampión, tras años de esfuerzos por vacunar a los niños contra una enfermedad viral.
- La gran mayoría de los países de la región informaron sus últimos casos endémicos hace más de 18 años.

"El hecho de que una enfermedad haya sido eliminada no significa que ya no exista".

Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación. Secretaría de Salud. México: 2018.

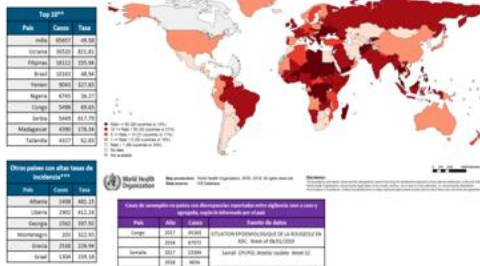
Distribución de Casos Confirmados de Sarampión y Tasa de Incidencia Regional. Las Américas, 2003-2018* (tasa de incidencia por millón de habitantes)



Fuente: SIVARVISA (SIS) y reportes de país enviados a OPS/OMS. *Datos hasta la SE 48, 2018.

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=graficos-s-2018-0577&layout=47476-s-r-graficos-2018-45-1&Itemid=270&lang=es

Tasa de incidencia global del sarampión por millón de habitantes (período 12 meses*)



Con base en los datos recibidos en enero del 2018, y cubriendo el periodo entre Diciembre del 2017 y Noviembre del 2018. Incidencia: Número de casos / población ** 100,000 (Perspectivas de la población mundial, revisión de 2017). ** País con el mayor número de casos para el periodo mencionado anteriormente. ** País con los datos de incidencia más altos (incluyendo los que se figuran en la tabla anterior).

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=graficos-del-boletín-de-sarampión-y-ubeda-115&Itemid=270&lang=es

Clínica

Fase prodrómica o catarral (3-5d)

Fiebre moderada, tos seca, coriza, rinitis, conjuntivitis con fotofobia, manchas de Koplik, manchas de Hermann

Fase exantemática (4-6d)

Fiebre elevada, exantema maculopapular eritematoso, rojo intenso, no escamoso, no purpúrico, no desaparece a digitopresión, confluyente en cara, cuello y hombros, de inicio retroauricular y extensión descendente centrifuga. Afecta palmas y plantas, desaparece en el mismo sentido con descamación.



Procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación. Secretaría de Salud. México: 2011.



Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación. Secretaría de Salud. México: 2011.

Diagnóstico

- Clínico
- Linfopenia
- Adenopatías parahiliares en Rx tórax
- Muestra para ELISA-IgM <35d de exantema
- Exudado faríngeo y orina (<5d) para aislamiento y genotipo
- NOTIFICAR

Diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. México: Secretaría de Salud, 2011.

Tratamiento

- Soporte
- Vit A 200 000 UI >1 a y 100 000 <1 a
- Vacuna tripe viral
- Vacuna a contactos susceptibles

Complicaciones:
OMA, neumonía, meningoencefalitis

Diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. México: Secretaría de Salud, 2011.

Edad	BCG	Triple B	Triple B	Neumococo conjugado
2 meses	Postvacunación anterior	Triple B	Rotavirus	Neumococo conjugado
4 meses	Postvacunación anterior	Triple B	Rotavirus	Neumococo conjugado
6 meses	Postvacunación anterior	Triple B	Rotavirus	Influenza
7 meses				Influenza (vacuna nasal)
12 meses				OPV (vacuna)
18 meses				Postvacunación anterior
24 meses (2 años)				Influenza (vacuna nasal)
36 meses (3 años)				Influenza (vacuna nasal)
48 meses (4 años)				OPV (vacuna)
54 meses (4 años 6 meses)				Influenza (vacuna nasal)
60 meses (5 años)				OPV (vacuna) (de los 5 a los 59 meses en el 1° y 2° Semestres Nacionales de Salud)
72 meses (6 años)				OPV (vacuna)
11 años o según grado de primaria				OPV (vacuna)

Contraindicaciones para vacuna

- Embarazo. Evitar el embarazo en los 30 días siguientes a la vacunación monoavalente y en los 3 meses siguientes a la trivalente (TV)
- Enfermedades febriles agudas.
- Tuberculosis
- Antecedentes de reacción anafiláctica a la neomicina, gelatina u otro componente. e) Anafilaxia a las proteínas del huevo
- Inmunodeficiencias primarias o secundarias.
- Transplante de médula ósea
- Infección por VIH o enfermos con SIDA asintomáticos o sintomáticos que tengan inmunodepresión grave.
- Trombocitopenia

Contraindicaciones para vacuna

Reacciones sistémicas

- Erupción y fiebre > 39 °C (a los 5-12 días de la administración). Son efectos autolimitados. 2-30%
- Trombocitopenia. Con manifestación clínica en 1/30-40.000 vacunados en las 2-3 semanas siguientes a la vacunación. Manifestaciones benignas y autolimitadas. Mayor riesgo tras el padecimiento de la enfermedad natural

Reacciones locales:

- Calor, enrojecimiento, tumefacción. Son menos frecuentes.

Cuándo vacunarse

Cualquier adulto nacido antes de 1957 es considerado inmune a el sarampión y las paperas dado a que estas enfermedades eran muy comunes en la era antes de la vacunación.

Individuos nacidos después de 1957 pueden necesitar vacunas de refuerzo o ser revacunados con SRP si pertenecen a los siguientes grupos:

- Estudiantes de colegio/universidad
- Personal de salud
- Personas viajando internacionalmente (particularmente a países con altos índices de sarampión, paperas o rubéola)
- Personas que recibieron la vacuna de virus de sarampión muerto, o una vacuna de tipo desconocido, entre 1963 y 1967
- Mujeres de edad fértil que quieren embarazarse y no tienen evidencia de inmunidad contra la rubéola

SRP

Se aplica en el brazo izquierdo una dosis al año de edad, y otra a los 6 o 7 años

Se puede aplicar entre los 11-12 años a los niños que no recibieron la segunda dosis

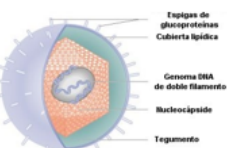
SR

Se aplica a personas desde los tres años de edad hasta los 39 años en hombres y mujeres que no estén embarazadas (3 m antes de embarazo)

VARICELA

Etiología y transmisión

Polimorfa
Varicela zóster



Agudo → subagudo

Incubación 10-21d, contagio 24h antes de exantema, y hasta que las lesiones son costra

Transmisión: Contacto con secreciones o lesiones dérmicas, vertical

- Epidemiología
- Mayor incidencia < 1 a y 1-4 a
 - 90% < 10 a
 - Clima tropical o subtropical
 - Primavera e invierno
 - México: 1990, 178 casos por 100,000 hab. 2006, 264
 - Cíclico

Diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. México: Secretaría de Salud, 2011.

Clínica

Pródromo 2-4d

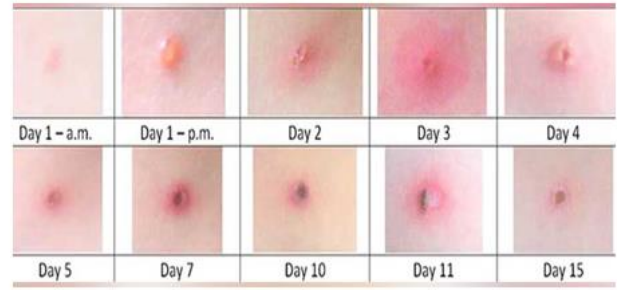
- Fiebre, tos, rinorrea, malestar general, cefalea, anorexia

Fase exantemática 1-3 sem

- Aparición cefalocaudal, maculopapular pruriginoso, 3-5mm rodeada por halo eritematoso → vesícula → pústula → costra. Polimorfo, en cielo estrellado, afecta mucosas

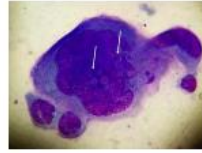


Diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. México: Secretaría de Salud, 2011.



Diagnóstico

- Clínico: contacto en los últimos 21 d
- Tinción de Tzanck
- Cultivos de líquido vesicular
- Embarazadas, inmunocomprometidos: PCR, cultivo, inmunofluorescencia, ELISA



Diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. México: Secretaría de Salud, 2011.

Tratamiento

- Sintomático, desinfección de vesículas rotas
- Antihistamínicos orales, NO ASA
- Uñas cortas
- Aciclovir IV en inmunodeprimidos, RN y en las complicaciones

Complicaciones
Sobreinfección por *S. pyogenes* y *S. aureus*
Neumonía, meningitis, meningococcal, Sx GB, púrpura trombocitopénica, Sx Reye

Diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. México: Secretaría de Salud, 2011.

Profilaxis

- Pasiva
- Inmunoglobulina antivariela zóster en las primeras 72h postexposición: inmunodeprimidos no vacunados o sin infección previa y RN cuya madre padezca varicela 5 días antes o 2 después de parto
- Activa
- Virus vivos atenuados a >12 m, no es parte de la cartilla

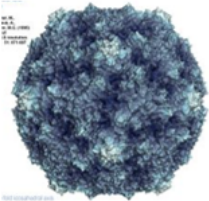
SÍNDROME PIE MANO BOCA

Etiología y transmisión

Eritematosa

Coxsackie A16, A4-7, A9, A10, B2 y B5

Enterovirus 71



Transmisión: fecal-oral u oral-oral; gotas (menos probable), fomites, periparto

Incubación 2-14d

•Epidemiología

- 6m -13ª
- Verano/otoño
- Clima tropical
- Brotes cada 3ª
- Muy contagiosa

Diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. México: Secretaría de Salud, 2011.

Clínica

Periodo prodromico 2-4d

- Fiebre baja, anorexia, odinofagia y dolor abdominal

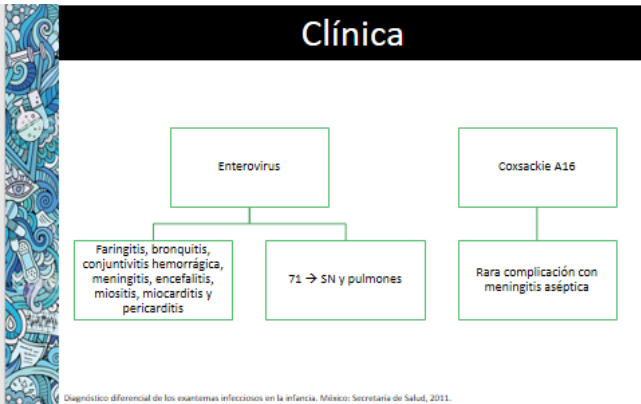
Exantema 5-10 d

- Vesículas ovaladas 2-3 mm, localización dorsal y lateral de dedos, en palmas y plantas, paralelas a dermatomas, con halo eritematoso. Puede estar en muslos
- Úlceras dolorosas en mucosa oral 2mm → estomatitis → deshidratación



Hand, Foot, and Mouth Disease

Diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. México: Secretaría de Salud, 2011.



Diagnóstico

- Clínico
- Dudas/complicaciones: detección viral en secreciones de nasofaringe, LCR, sangre o biopsia → PCR, serología

Diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. México: Secretaría de Salud, 2011.

Tratamiento

- Sinomático
- Aliviar el dolor asociado a lesiones mucosas

Diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. México: Secretaría de Salud, 2011.

RABIA

MPSS YERENIA AYLÍN DELGADO MONTES

GENERALIDADES

- Zoonosis de los mamíferos causada por un **lyssavirus** (rhabdoviridae)
- Transmisión al hombre por la saliva de animales infectados → una mordedura, rasguño o lamedura sobre mucosa o piel con solución de continuidad

Rural	Urbana
<ul style="list-style-type: none"> Murciélago Zorrillo Coyote Mapache 	<ul style="list-style-type: none"> Perros 95% Gatos

Tratamiento post-exposición

Diagnóstico por personal médico de exposición o no al virus rábico, en base a una valoración completa que incluya la especie agresora, antecedentes y evaluación clínica del animal involucrado, circunstancias de la agresión, características epidemiológicas del área donde ocurrió el evento, fecha de la agresión, confirmación del diagnóstico en el animal agresor y antecedentes de tratamientos anteriores del paciente.

- Exposición sin riesgo:** Informar y orientar al paciente. Lavar mecánicamente de heridas. No aplicar biológicos antirrábicos.
- Exposición de riesgo leve:** Lavar mecánico de heridas. Aplicar inmediatamente vacuna Antirrábica cinco dosis por vía I.M. en región deltoides los días 0, 3, 7, 14 y 28 o 30.
- Exposición de riesgo grave:** Lavar mecánico de heridas. Aplicación de gamma globulina antirrábica humana 20 UI por Kg en dosis única, intravenosa la mitad de la dosis dividida de la vena 20 en brazos y el resto por vía I.M. en región glútea. Iniciar esquema de vacunación con vacuna antirrábica celular en cinco dosis por vía I.M. en región deltoides (exclusivamente locales) y un refuerzo antirrábico del mismo en miembros de un año, los días 0, 3, 7, 14 y 30. El día 0 es cuando se aplica la primera dosis.

Final outcomes:

- Animal localizado en observación y sano después de 10 días de la agresión, y el sacrificado con diagnóstico negativo por laboratorio. → Suspender esquema de vacunación.
- Animal no localizado durante 3 días, o sacrificado con diagnóstico positivo por laboratorio, o agresión por animal diferente (murciélago, zorro, mapache, coyote, etc.) → Terminar esquema de vacunación.

La Secretaría de Salud (SSA) implementó las campañas permanentes y las Semanas Nacionales de Vacunación Antirrábica Canina y Felina

NOVIEMBRE Y MAYO

- 02/11/2020. Colocación del altar de día de muertos.

Además de las actividades regulares, nos tomamos un momento para colocar un altar de día de muertos para honrar la tradición mexicana.

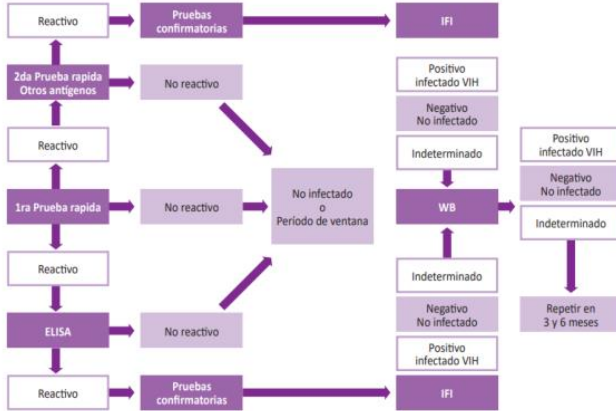
- 03/11/2020 al 30/11/2020 y 03/05/2021 al 31/05/2021. Rotación por el servicio de Promoción y Prevención de la salud “SPSTIMSS”

El servicio está enfocado en la salud de los trabajadores de la UMF y el Hospital. Algunas de mis principales actividades fueron el apoyo en la aplicación de la vacuna de la Influenza al personal y su registro en el sistema, seguimiento del personal con mayor riesgo de contagio (aquellos con obesidad, DM y HAS descontrolados, enfermedades reumatológicas, VIH, cáncer, embarazadas y otros padecimientos). También se lleva a cabo el control médico mensual de todo el personal, la evaluación inicial del de nuevo ingreso y se brinda consulta para los trabajadores que así lo requieran y se realizan pruebas de detección rápida de Hepatitis C y VIH.

Curso en línea “Cuidando tu corazón: Hipertensión”, que va enfocado a los pacientes con el reciente diagnóstico de HAS, dando recomendaciones en el estilo de vida y explicando los diversos tratamientos para alcanzar las metas en dicho padecimiento y así evitar las complicaciones a largo plazo. Aunque es dirigido a pacientes, tomar este curso funciona para el personal de salud pues permite crear estrategias para brindar una explicación más sencilla pero eficaz de la Hipertensión Arterial, de esta manera será más viable acercar al paciente a un correcto apego al tratamiento.

• Pruebas diagnósticas de VIH

Las pruebas rápidas o de tamizaje tienen las siguientes ventajas: tiempo de ejecución de 20 min, no necesitan equipamiento, tienen una sensibilidad comparable a ELISA (aunque la especificidad es menor).



IFI: inmunofluorescencia Indirecta
WB: Western Bolt

• Comparación de la sensibilidad, especificidad y uso de las pruebas diagnósticas del VIH

Ensayo	Uso	Sensibilidad	Especificidad	Característica técnica
Prueba rápida Ac	Tamizaje	Alta Cercana al 100%	98-99 %	S. comparable a ELISA E. menor a ELISA Solo detecta anticuerpos
Prueba rápida Ag/Ac	Tamizaje	Alta Cercana al 100%	98-99 %	S. comparable a ELISA E. menor a ELISA Detecta anticuerpos/ antígenos
ELISA 3ª generación	Tamizaje	Alta Cercana al 100%	99.5 %	Su reactividad solo es presuntiva de VIH Solo detecta Ac
ELISA 4ª generación	Tamizaje	Alta Cercana al 100%	99.5 %	Su reactividad solo es presuntiva de VIH Detecta Ac/Ag Ventana menor que ELISA de 3ª generación
Inmunofluorescencia indirecta	Confirmación	98-99%	99.9 %	S y E comparable con WB Más barata y sencilla de ejecutar
Western Blot	Confirmación	98-99%	99.9 %	Se emplea en casos indeterminados del IFI

MPSS. Yerenia Ayllín Delgado Montes

Docente: Dra. Laura Zúñiga Caruzo





GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Yerenia Aylín Delgado Montes

Por haber concluido satisfactoriamente el curso:

Cuidando tu corazón Hipertensión

Duración: **10** horas

No. folio: CCH000213248

Ciudad de México a 12 de noviembre de 2020

DICIEMBRE Y ENERO

- 01/12/2020 al 29/01/2021. Rotación por el servicio de enseñanza.

Debido a un rebrote de COVID-19 entre los pacientes y trabajadores del hospital, los pasantes fuimos asignados al área de enseñanza donde corríamos menor riesgo. En el servicio de enseñanza se realizan actividades de capacitación para los trabajadores referentes a la higiene de manos, utilización del equipo de protección personal y algoritmos de acción frente a COVID-19; como pasantes participamos en la logística y control de la entrada de los participantes. También aplicamos encuestas de satisfacción sobre la relación médico-paciente a los usuarios de la consulta y formamos parte del comité de higiene de manos realizando estudios de sombra sobre el lavado de manos al personal. Además, despedimos a las pasantes de medicina e inhaloterapia.

Participación en los cursos en línea “Cáncer de próstata” y “Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el primer nivel de atención”, como parte de los temas relevantes que deben ser manejados por el médico pasante del servicio social.





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: Yerenia Aylin Delgado Montes

Por haber finalizado satisfactoriamente el curso:

Cáncer de Próstata

Modalidad: En línea

Duración: 5 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-CDP-IS-20-00250



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: Yerenia Aylin Delgado Montes

Por haber finalizado satisfactoriamente el curso:

Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Primer Nivel de Atención

Modalidad: En línea

Duración: 5 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-DTDPNA-IS-20-00393

FEBRERO

- 01/02/2021 al 26/02/2021. Rotación por el servicio de Clínica de heridas.

La clínica dirigida por el Enfermero Gonzalo, quien cuenta con una maestría en el manejo de heridas, se enfoca en el tratamiento avanzado de heridas en pacientes tanto ambulatorios como hospitalizados. El manejo avanzado consiste en la aplicación de apósitos y cremas con la intención de conservar el equilibrio en la humedad y favorecer la granulación y epitelización. En su mayoría se tratan pacientes con Diabetes Mellitus que cursan con pie diabético o secuelas de amputaciones por el mismo motivo; también se tratan dehiscencias de heridas, úlceras venosas, arteriales, neuropáticas, por presión, quemaduras, quirúrgicas, etc. Esta rotación fue sumamente valiosa, pues como médicos pocas veces tenemos la oportunidad de manejar las heridas más allá del tratamiento convencional.

Participación en los cursos en “Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus” y “Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en el adulto” como parte de los temas relevantes que deben ser manejados por el médico pasante del servicio social.

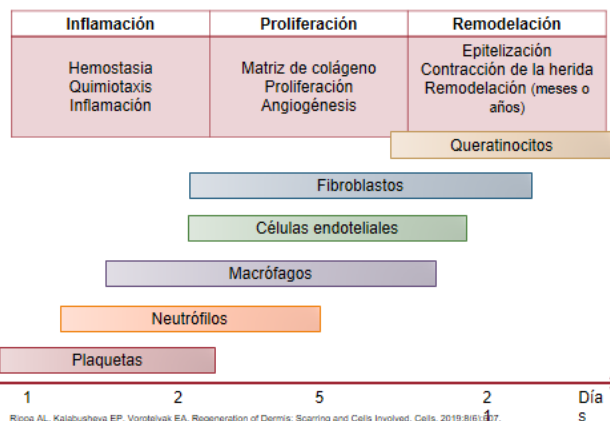


GENERALIDADES EN EL MANEJO DE HERIDAS

Mtro. Gonzalo Escalante Hernández

MPSS. Yerenia Aylín Delgado Montes

FASES DE LA CICATRIZACIÓN NORMAL



CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS POR ETIOLOGÍA

Úlcera por presión (UPP)	Cualquier lesión de la piel y los tejidos subyacentes originada por un proceso isquémico producido por la presión, la fricción, el cizallamiento o una combinación de los mismos
Úlceras venosas	Lesión tisular crónica originada por la incapacidad funcional del sistema venoso o arterial que lleva a una obstrucción o reflujo sanguíneo
Úlceras arteriales	Lesiones que aparecen como consecuencia de un déficit de riego sanguíneo y procesos isquémicos crónicos, siendo la obstrucción arteriosclerótica la causa más importante de los procesos obstructivos arteriales de la extremidad inferior
Úlceras Neuropáticas	Aquellas en las que la causa determinante de su inicio y de su curso evolutivo es la alteración sensorial de la extremidad inferior.

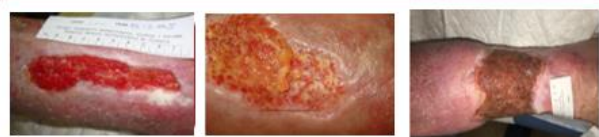
Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal. Manual Clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas.

CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS POR ETIOLOGÍA

Úlceras por pie diabético	La Guía de Práctica Clínica (GPC) para el Diagnóstico y Manejo de la Neuropatía y Pie Diabético del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, se menciona que el término de "pie diabético" comprende una mezcla de patologías que incluyen la neuropatía diabética, la enfermedad vascular periférica, artropatía de Charcot, ulceración, osteomielitis y hasta la amputación.
Dehiscencia de herida quirúrgica	Es la separación posoperatoria de la incisión quirúrgica que involucra todos los planos anatómicos previamente suturados de una herida
Quemaduras	Lesiones producidas por acción de diversos agentes físicos (fuego, líquidos, objetos calientes, radiación, corriente eléctrica y frío), químicos (cáusticos) y biológicos, que provocan alteraciones que van desde un simple eritema hasta la destrucción total de las estructuras dérmicas y subdérmicas

Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal. Manual Clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas.

TIPOS DE LECHOS DE LA HERIDA



1. Granulación

- Rojo vivo y brillante, aspecto granuloso, compacto, blando y no doloroso. Matriz extracelular formada.
- Transformación del tejido fibroso en tejido de granulación del lecho de la úlcera o herida, en la fase proliferativa, es el acumulo de fibroblastos, colágeno y elastina.

2. Biofilm fibrina naturalizada

- Amarillo/blanco, gelatinoso, gomoso al tacto, no doloroso, rico en plaquetas y factores crecimiento.
- Son proteínas que regulan el crecimiento, diferenciación y metabolismo de las células. Crean microambiente idóneo para la cicatrización.

3. Biofilm bacteriano

- Comunidades microbianas adheridas al lecho de la herida, revestidas por un conjunto mucoso de componentes desde fibrina, desechos celulares, agua, proteínas, exopolisacáridos; dificultan la fagocitosis, entorpecen y hacen de barrera a la acción de los antimicrobianos y de los antibióticos.

Palomar-Llata F, et al. Características y manejo del lecho de las heridas crónicas. Enferm Dermatol. 2018; 12(33).

TIPOS DE LECHOS DE LA HERIDA



4. Necrosis

- Es la muerte de un tejido por lisis celular, su etiología puede ser muy variada desde infecciones, traumatismos, problemas vasculares
- Film de Fibrina desnaturalizada
- Húmeda o esfacelos
- Necrosis seca en placa
- Hematoma disecante

5. Tejido graso

- Aspecto amarillo/ blanco y formando células de lipocitos. Tejido más profundo entre dermis y fascia; no produce dolor. Cuando se degrada produce un exudado oleoso donde se aprecia la grasa licuada.

6. Epitelio

- La existencia del nuevo epitelio comienza desde los bordes de la herida, es una piel fina y translúcida, seca y fibrosa por déficit de elastina.

Palomar-Llata F, et al. Características y manejo del lecho de las heridas crónicas. Enferm Dermatol. 2018; 12(33).

ACRÓNIMOS DE APOYO EN LA VALORACIÓN DE HERIDAS

- D** Desbridamiento
- O** Offloading (descarga o Presión)
- M** Moisture (exudado)
- I** Infección, inflamación
- N** Nutrición
- A** Insuficiencia arterial
- T** Técnicas avanzadas
- E** Edema

Fuentes-Agúndez A, et al. "DOMINATE". Acrónimo de apoyo en la valoración de heridas. Enferm Dermatol. 2016; 10(29)

D Desbridamiento

La detección y posterior eliminación de tejido no viable es un paso inicial en el abordaje para la preparación del lecho de la herida. Enzimático, autolítico, biológico-interval, el cortante o el quirúrgico.

O Offloading (descarga o Presión)

La exposición a la presión, tanto en el paciente diabético, como en úlceras cutáneas, condiciona una respuesta fisiológica y corporal, por lo que se introducen escalas de riesgo, para su valoración y prevención.

M Moisture (exudado)

El exudado es uno de los factores a valorar, controlar y gestionar (aportar o reducir) en función de la situación de la lesión. El exudado se valora según sus características: fibrinoso, seroso, sero-hemático, hemático, purulento; en función a la cantidad: escaso (1-5 cc), moderado (5-10 cc), abundante (>10cc); En este apartado también se valoran: Malignidad, Medicación y salud Mental.

I Infección, inflamación

El biofilm bacteriano es capaz de secretar constantemente bacterias planctónicas, microcolonias y fragmentos que pueden dispersarse para adherirse a otras partes del lecho o migrar.

Fuentes-Agúndez A, et al. "DOMINATE". Acrónimo de apoyo en la valoración de heridas. Enferm Dermatol. 2016; 10(29)

N Nutrición

La valoración nutricional, requiere la realización de cuestionarios como el Mini Nutritional Assessment (MNA), capaces de detectar desnutrición y riesgo de desnutrición.

A Insuficiencia arterial

La arteriopatía periférica es el principal problema en las lesiones de extremidad inferior. La técnica de índice tobilobrazo (ITB) nos ayudará a diferenciar la afectación arterial de la venosa

T Técnicas avanzadas

Se utilizan en varias líneas de acción en la piel, siendo más habituales en el tratamiento que en la prevención: desbridamiento selectivo biológico, presión hiperbárica, terapia presión negativa, moduladores de proteasa

E Edema

Se puede medir a través de la presión dactilar: + (<0.3cm), ++ (0.3-0.5cm), +++ (>0.5cm). La terapia compresiva, es el tratamiento evidenciado con nivel 1a y grado de recomendación A, por EWMA en caso de edema. El nivel de compresión dependerá del estado vascular y de la cantidad de compresión tolerada

Fuentes-Agúndez A, et al. "DOMINATE". Acrónimo de apoyo en la valoración de heridas. Enferm Dermatol. 2016; 10(29)

ACRÓNIMOS DE APOYO EN LA VALORACIÓN DE HERIDAS

T Tejido

Tejido, no viable o deficiente Control de tejido no viable

I Infección, inflamación

Control de la inflamación y la infección

M Moisture (exudado)

Desequilibrio de la humedad → control del exudado

E Edge (borde)

Borde de la herida, que no mejora o está debilitado → estimulación de los bordes epiteliales

European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004.



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: Yerenia Aylín Delgado Montes

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 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-DTDM-IS-20-00354



MARZO Y ABRIL

- 01/03/2021 al 30/04/2021. Rotación por el servicio de CLISIDA.

La clínica dirigida por la Dra. Alarcón se encarga de llevar el seguimiento clínico y terapéutico de los pacientes con diagnóstico de infección por VIH, así como sus comorbilidades asociadas. Sin duda fue uno de los servicios más valiosos durante mi Servicio social pues aprendí a abordar de manera integral a los pacientes; la Dra. Alarcón fue sumamente académica y me orientó sobre los manejos más sofisticados y el trato digno al paciente con VIH. Dentro de mis actividades se encontraban la realización de historias clínicas a pacientes de primera vez, exploración física, elaboración de censos y participación en las consultas de seguimiento. Además, la Dra. Alarcón gusta de las actividades académicas y constantemente revisamos temas de infectología y el manejo de VIH en situaciones especiales.

Participación en los cursos en “Hipertensión Arterial Sistémica y Crisis Hipertensiva”, como parte de los temas relevantes que deben ser manejados por el médico pasante del servicio social.



Tratamiento antirretroviral para poblaciones específicas

Dra. María Gerarda Alarcón Landa
MPSS. Yerenia Aylin Delgado Montes

Tratamiento antirretroviral en embarazadas

Objetivo del TAR

- Lograr supresión viral y CV indetectable al momento del nacimiento.

→ TAR + uso de medicamentos intraparto, profilaxis del RN, cesárea y eliminación de lactancia materna = **riesgo de infección 2%**

La administración de terapia triple ARV esta indicada para todas las gestantes que viven con VIH, independientemente del número de CD4 y CV

Esquemas recomendados

Eje de esquema	Tercer componente	Consideraciones
TDF/FTC	RAL (400 mg)	En especial cuando >28SDG
Esquema alternativo:		
ABC/3TC* o TDF/FTC	Etanolato de Darunavir/r o LPV/r	Ajustar a la dosis estándar después de la resolución del embarazo
ABC/3TC	RAL (400mg)	

Consideraciones

- EFV: Se prefiere cuando hay inconveniente con IP e II. No se contraindica en el embarazo ya que el RR es igual que en productos no expuestos (AI1)
- Efavitegravir-cobicitat: No recomendado en el embarazo
- DTG: Riesgo potencial de alteraciones en el tubo neural en las primeras 12 SDG

Embarazada con tratamiento previo	Recomendaciones ¹
Con CV > 50 copias/ml	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar mismo esquema. (AI1) • En caso de haber estado en tratamiento con EPV, se deberá continuar el mismo esquema. • En caso de estar en tratamiento con DTG y embarazo menor a 8 SDG cambiar a RAL. • En caso de estar en tratamiento con TDF/FTC/EGV/c, cambiar a TDF/3TC+RAL durante el embarazo.
Abandono a tratamiento previo, tratamiento con interrupciones intermitentes o en falla virológica o VSA con pareja VIH en falla virológica	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar tratamiento acorde al genotipo e historial de tratamientos, de no ser posible se recomienda iniciar con el esquema empírico: TDF/FTC + RAL + Etanavir de Darunavir y ajustar después del nacimiento. • Realizar estudio de genotipo, sin retrasar el tratamiento². • Evaluar CV en 4 semanas. • En caso de sospecha de resistencia múltiple o interrupciones repetidas al ARV, enviar caso a valoración urgente por el comité asesor correspondiente. (AI1)

¿Profilaxis intraparto?

- Todos los RN hijos de madre con infección por VIH deberán inicial profilaxis en las primeras 6-12h hasta 72h. El esquema depende de la edad gestacional y los factores de riesgo de transmisión.

Riesgo de transmisión de VIH del recién nacido	Profilaxis ARV para RN > 34 SDG [*]	Duración
Bajo	ZDV	4 semanas
Alto	ZDV + 3TC + NVP	ZDV+3TC durante 4 semanas NVP dosis profiláctica durante 2 semanas
	ZDV + NVP	ZDV durante 4 semanas NVP 3 dosis
	ZDV + 3TC + RAL	ZDV + 3TC + RAL durante 6 semanas
Se confirma infección por VIH en el RN	Tratamiento ARV: ZDV + 3TC + NVP ZDV + 3TC + RAL	

^{*}Las semanas de gestación a partir del esquema con los ARV aprobados con base a sexo y edad gestacional.
¹Dependiendo de la disponibilidad de la formulación de gránulos en el país y precio.

Tratamiento antirretroviral en pacientes con Tuberculosis

Diagnóstico y manejo

- Descartar una infección activa o latente por MTB en personas con reciente Dx de VIH

Condición	Recomendación	Consideraciones
Asintomáticos	PPD >5mm o gamainterferón +	Isoniazida 300 mg VO c/24 por 9m + Piridoxina 50mg
	PPD - gamainterferón-	Sin tratamiento
Sintomáticos	Descartar TB activa (fiebre, diaforesis nocturna, pérdida de peso)	Iniciar tx antiTB de inmediato, igual que en px sin coinfección

Duración tratamiento (NOM-006)

Medicamentos	Fase intensiva		
	Personas adultas: dosis separadas	Diarío de lunes a sábado hasta completar 60 dosis	Personas adultas: dosis fijas (4 grageas por 60 días)
Rifampicina	600 mg	150 mg	10 a 20 mg/kg/día Máx. 600 mg
Isoniazida	300 mg	75 mg	10 a 15 mg/kg/día Máx. 300 mg
Pirazinamida	1500 mg	400mg	30 a 40 mg/kg/día
Etambutol	1200 mg	400 mg	20 mg/kg/día

Medicamentos	Fase de sostén		
	Separados	Intermitente: 3 veces x semana (lunes, miércoles, viernes) por 15 semanas hasta completar 45 dosis. Una sola toma	Combinación fija: 4 cápsulas juntas
Isoniazida	800 mg	200 mg	10 a 20 mg/kg/día Máx. 600 mg
Rifampicina	600 mg	150 mg	10 a 15 mg/kg/día Máx. 300 mg

Situación o condición especial	Duración del tratamiento
Personas con tratamiento supervisado correcto	6 meses
Con cultivo positivo después de 2 meses de tratamiento	9 meses
CD4 muy bajos o que se espera una mala adherencia	9 meses
Formas meningíneas	9 a 12 meses

Embarazo	
< 200 CD4	Tratamiento habitual
> 200 CD4	Utilizar como tercer componente Efavirenz o si existe alguna contraindicación Raltegravir previa aprobación de su uso.

Interacciones medicamentosas

- Cuando se emplean rifampicina o rifabutina con IP o ITINAN a menudo se requieren ajustes de dosis, de no ser así, podría aparecer toxicidad por el antirretroviral o resistencias de MTB a rifamicinas
- El empleo de rifabutina como alternativa a la R para evitar el efecto de la interacción con algunos antirretrovirales imposibilita utilizar combinaciones coformuladas → mala adherencia → resistencia.

Tabla 2. Interacciones de los antirretrovirales con los antituberculosos ajustes de dosis recomendados

	Rif	Rifp
ITINAN Nevirapina	No requiere ajuste de dosis	No requiere ajuste de dosis*
Efavirenz	Rf: 450-600 mg/día o 600 mg 3 veces por semana EFV: no requiere ajuste	Rifp: 600 mg/día o 3 veces por semana EFV: valorar 800 mg/día de EFV si peso > 50 kg (no sumatoria dosis en pacientes de raza negra)
IP Amprenavir ^a	Rf: 150 mg/24 h o 300 mg 3 veces por semana APV: no requiere ajuste	Contraindicado
Fosamprenavir ^b	Rf: 150 mg/24 h o 300 mg 3 veces por semana FPV: no requiere ajuste	Probablemente contraindicado
Atazanavir ^c	Rf: 150 mg/día h o 3 veces por semana ATV solo o con RTV: no requiere ajuste	Contraindicado
Indinavir ^d	Rf: 150 mg/24 h o 300 mg 3 veces por semana IIV: 1.000 mg/h	Contraindicado
Lopinavir/Ritonavir	Rf: 150 mg/68 h o 3 veces por semana LPV/rfV no requiere ajuste	Contraindicado ^e
Nelfinavir ^f	Rf: 150 mg/24 h o 300 mg 3 veces por semana NFV: no requiere ajuste	Contraindicado
Ritonavir como potenciador farmacocinético	Rf: 150 mg/68 h o 3 veces por semana	Contraindicado
Saqinavir (SASP)	Ukinar SQ/rfV Rf: 150 mg/68 h o 3 veces por semana	Contraindicado ^e
Saqinavir (SQV-cgr) ^g	Ukinar SQ/rfV Rf: 150 mg/68 h o 3 veces por semana	Contraindicado ^e
Tipranavir/ritonavir	Rf: 150 mg 3 veces por semana TPV/rfV: no requiere ajuste	No hay datos Probablemente contraindicado

Tabla VII F. Interacciones medicamentosas relevantes INTR

Medicamentos	NVP	FPV	ETV
Antimicrobianos			
Atenolol/Hepatitis	Disminuye NVP 20-50%. Recomendación: no coadministrar.	Disminuye EFV 30%. Recomendación: Administrar EFV 600 mg QD en individuos <60 kg y combinar 800 mg QD (suma) el peso > 60 kg.	Reducción importante en las rivales de ETV. Recomendación: No coadministrar.
Rifabutin	Disminuye NVP 16% y la rifabutin aumenta 7% el ABC. Recomendación: dosis estándar.	EFV en cambio. Disminuye Rifabutin 30%. Recomendación: Aumenta la dosis de rifabutin a 450-600 mg/día o 600 mg 3 veces a la sem si EFV no es coadministrado con el IP.	El ABC de ETV disminuye 37% y la Crón. 50%. El ABC de rifabutin disminuye 17% y la Crón 22%. Administrar rifabutin 300 mg QD si la etravina se administra en IP. Si ETV se coadministra con un IP, rifabutin no debe coadministrarse.
Clotrimozol	Aumenta NVP 36%. Clotrimozol disminuye 3%. Se debe monitorear la eficacia o considerar agente alternativo (isotretinoina).	EFV en cambio. Disminuye clotrimozol 39%. Recomendación: mantener eficacia o agente alternativo (isotretinoina).	El ABC de ETV aumenta 42% y la de clotrimozol disminuye 39%, con reducción de la Crón de 53%. Cabe considerar medicación alternativa (isotretinoina).

Tabla VIII G. Interacciones farmacocinéticas relevantes con los IP

	EFV	FPV	ETV	RPV	DTG	BIC
Anti-micobacterianos						
Rifampicina	Disminuye de forma considerable las rivales del IPV. No deben ser coadministrados.	Disminuye de forma considerable las rivales del IPV. No deben ser coadministrados.	Disminuye de forma considerable las rivales del IPV. No deben ser coadministrados.	Disminuye el ABC de EFV 70%. Se recomienda no coadministrar. Si el beneficio supera el riesgo, se utilizan regulares.	Disminuye el ABC de EFV 70%. Se recomienda no coadministrar. Si el beneficio supera el riesgo, se utilizan regulares.	Disminuye las rivales del IP. Se recomienda no coadministrar.
Rifabutin	Aumenta el ABC de rifabutin 2,5 veces. Disminuye rifabutin 150 mg cada tercer día o 3 veces por semana.	Aumenta el ABC de rifabutin. Disminuye la dosis de rifabutin a 150 mg cada tercer día o 3 veces por semana.	No cambia la dosis de FPV. Disminuye la dosis de rifabutin a 150 mg cada tercer día o 3 veces por semana.	Las rivales de ETV disminuyen 37% y rifabutin disminuye 30% en rivales. Puede causar de rifabutin a 450 mg cada tercer día o 3 veces por semana y administrarse otros estabilizadores de ETV reducidos. En caso de IP no reducidos, utilizar rifabutin 300mg 3 veces por semana.	Aumenta el ABC de rifabutin. La dosis de rifabutin a 450 y aumenta las rivales de rifabutin a veces. Si coadministrara rifabutin 150 mg cada tercer día o 3 veces por semana.	El ABC de la rifabutin aumenta 2,5 veces. Disminuye la dosis de rifabutin a 150 mg cada tercer día o 3 veces por semana.
Clotrimozol	Aumenta las rivales de clotrimozol 36%. Disminuye el ABC de clotrimozol 3%. Para clotrimozol oral incrementada a 900mg.	El ABC de clotrimozol aumenta 37%. Ajuste de dosis de clotrimozol oral incrementada a 900mg.	Ajuste de dosis de clotrimozol oral incrementada a 900mg.	El ABC de clotrimozol aumenta 36%. Ajuste de dosis de clotrimozol oral incrementada a 900mg.	Aumenta las rivales de clotrimozol 36%. Ajuste de dosis de clotrimozol oral incrementada a 900mg.	Las rivales de ETV aumentan 42% y de clotrimozol 39%. No requiere ajuste con rifabutin (oral normal). Reduce la dosis de clotrimozol a 300 mg DQV, 600 mg y 750 con <30 mg/día.

Tratamiento antirretroviral en pacientes con Hepatitis B o C

Hepatitis C

Debido a la alta prevalencia de coinfección, actualmente está indicado realizar pruebas para detectar VHC a todas las personas con VIH al momento del Dx y después anualmente.

Objetivo del TAR: prevenir complicaciones y muerte por VHC, ya que la progresión de la enfermedad hepática es más rápida.

Se debe iniciar TAR en la mayoría de px coinfectados, independientemente del número de CD4, sin embargo:

- VIH sin tx previo y DC4>500: se puede aplazar TAR hasta finalizar tx de VHC para evitar la suma de toxicidad e interacciones
- CD4 <200: preferir iniciar TAR y retrasar terapia VHC

Esquema de tratamiento por genotipo

Esquema	Cirrosis	Esquema con base en genotipo					
		1	2	3	4	5	6
Glecaprevir/pibrentasvir	No	8 Semanas	8 Semanas	8 Semanas	8 Semanas	8 Semanas	8 Semanas
	Si	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas
Sofosbuvir/velpatasvir	No	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas
	Si	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas
Sofosbuvir/ledipasvir	No	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas
	Si	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas
Grazoprevir/elbasvir	No	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas
	Si	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas
Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir/dasabuvir (OD)	No	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas
	Si	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas	12 Semanas

Se debe considerar un monitoreo de la toxicidad y de la eficacia.

Consideraciones

- **Efavirenz, etravirina o nevirapina** no se recomienda utilizar: Sofosbuvir/ velpatasvir, 3D, Elbasvir/grazoprevir y Glecaprevir/pibrentasvir.
- **IP** no se recomienda utilizar: 3D, Grazoprevir/elbasvir ni Glecaprevir/pibrentasvir.
- **Tenofovir y ledipasvir o velpatasvir**: vigilar estrechamente la función renal por un aumento esperado en las concentraciones de TDF ó TAF.
- **Maraviroc**: potencial interacción importante con esquema 3D.
- **Elvitegravir coformulado** no se recomienda utilizar esquemas 3D o Elbasvir/grazoprevir.
- En estadios Child B/C los IP y RAL son más seguros que NEV o EFV. Dolutegravir, rilpivirina y etravirina, se pueden utilizar sin necesidad de ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática moderada (Child A/B)

	ATLA	Resistencia de Efavirenz	Resistencia a Efavirenz	EFV	EFV	EFV	EFV	EFV	EFV	EFV	EFV	EFV	EFV	EFV	EFV	EFV	EFV	EFV	EFV
EFV/3D	EFV/3D	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
EFV/3D/FTC	EFV/3D/FTC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
EFV/3D/FTC/BI	EFV/3D/FTC/BI	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
EFV/3D/FTC/BI/PI	EFV/3D/FTC/BI/PI	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
EFV/3D/FTC/BI/PI/3A	EFV/3D/FTC/BI/PI/3A	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
EFV/3D/FTC/BI/PI/3A/3B	EFV/3D/FTC/BI/PI/3A/3B	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
EFV/3D/FTC/BI/PI/3A/3B/3C	EFV/3D/FTC/BI/PI/3A/3B/3C	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
EFV/3D/FTC/BI/PI/3A/3B/3C/3D	EFV/3D/FTC/BI/PI/3A/3B/3C/3D	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Algunos pacientes de la hepatitis B crónica...
 El tratamiento del VHB está indicada en pacientes con enfermedad hepática activa (ALT elevada, DNA-VHB > 2000 UI/ml o fibrosis significativa)
 ITRAN empleados para tratar la hepatitis B (tenofovir, entecavir, emtricitabina, lamivudina, adefovir, telbivudina) tienen también actividad frente al VIH → 2 ARV activos contra VHB (TDF/FTC o TAF/FTC); evitar la administración crónica de lamivudina o emtricitabina en monoterapia contra el VHB (mutaciones de resistencia)

Hepatitis B

- Principal causa de enfermedad hepática crónica en todo el mundo.
- VIH afecta la historia natural del VHB: más riesgo de hepatitis crónica (20%) y de cirrosis (4 veces más riesgo). La coinfección VIH -VHB asocia a mayor riesgo de reactivación cónica por VHB y a una eliminación más lenta del antígeno HBe a los 5 años de seguimiento.
- Objetivo de TAR: prevenir la progresión de la enfermedad para reducir la morbilidad y mortalidad relacionada con el VHB

Esquemas recomendados

El tratamiento del VHB está indicada en pacientes con enfermedad hepática activa (ALT elevada, DNA-VHB > 2000 UI/ml o fibrosis significativa)

ITRAN empleados para tratar la hepatitis B (tenofovir, entecavir, emtricitabina, lamivudina, adefovir, telbivudina) tienen también actividad frente al VIH → 2 ARV activos contra VHB (TDF/FTC o TAF/FTC); evitar la administración crónica de lamivudina o emtricitabina en monoterapia contra el VHB (mutaciones de resistencia)

Tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes

Objetivos

- Disminuir la morbimortalidad
- Mejorar la calidad de vida (hospitalizaciones, infecciones oportunistas, desarrollo físico y neurocognitivo)
- Preservar el sistema inmune
- Lograr CV indetectable
- Prevención de transmisión en adolescentes con actividad sexual

Criterios de inicio

- Inicio de TAR en todos los niños, niñas y adolescentes independientemente de su condición clínica, cuenta de CD4 o CV → recuperación inmunológica y normalización del crecimiento
- Inicio después de dos CV (o ninguna en caso de enfermedad grave); determinación de CD4
- Debe incluir al menos 3 ARV de por lo menos 2 clases: 2 INTR+IP o INNTR o II



No recomendados:

- EFV: farmacocinética no establecida
- TDF: en <12 a hay pb afectación ósea y renal

Recomendados

- Raltegravir: desde nacimiento o 4 sem, baja barrera genética, pocas interacciones, buen perfil lipídico
- Dolutegravir: >6 a; mayor barrera genética, una al día
- Bictegravir + FTC+TAF: estudios 6-18 a, resultados similares a los adultos, alta barrera genética, alta supresión virológica
- ZDV+ 3TC: combinación con más experiencia
- FTC+TAF ha sustituido FTC+TDF, por menor riesgo de efectos secundarios óseos y renales

*Considerar la administración de TAR en la formulación pediátrica de acuerdo a la edad y la capacidad de deglutir.

Esquemas propuestos para iniciar TAR en niñas y niños

Edad	Backbone	3º componente
RN a <14d	AZT + 3TC	Preferido: NVP Alternativo: RAL (>2kg)
14d a <3 a	AZT + 3TC ABC + 3TC >3m	P: LPV/r A: NPV RAL
3-6 a	P: ABC + 3TC A: AZT + 3TC	P: DRV/r, LPV/r, RAL A: ATV/r, EFV
6- <12 a	P: ABC + 3TC; TAF+FTC (>6* y >25kg) A: AZT+XTC, TDF+XTC (>2 a, Tanner 1 o 2 con resistencia a otros INTR, VHB)	P DTG (>20kg) A: DRV/r, EFV; LPV/r, RAL
>=12 a	P: TAF/FTC A: TDF+FTC; ABC/3TC; TDF/XTC	P: ABC + 3TC+DTG; BIC/TAF/FTC; DTG; DRV/r, RAL

Criterios de falla al TAR

Tabla 34. Criterios de falla al tratamiento antirretroviral

Falla terapéutica	Falla virológica	Falla inmunológica	Falla clínica
<ul style="list-style-type: none"> Evidencia de progresión de la enfermedad basada en cualquiera de los siguientes parámetros virológicos, inmunológicos o clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Después de alcanzar la indetectabilidad, la CV vuelve a ser >50 copias/ml en dos determinaciones consecutivas (separadas por 2 o 4 semanas) No alcanzar niveles indetectables de CV no debe de ser criterio único para decidir cambio de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Respuesta inmunológica incompleta es la incapacidad de mantener o alcanzar la cuenta o porcentaje de CD4 al menos por arriba de la categoría de inmunosupresión grave de acuerdo a la edad. Destacación inmunológica durante el tratamiento es la disminución sostenida a 5% de CD4 a cualquier edad o disminución de la cuenta de CD4 por debajo del basal en niñas y niños mayores de 5 años. Las niñas y niños con supresión inmunológica grave basal pueden demostrar más de un año para obtener una recuperación en las cifras de células CD4; en este caso pueden presentarse 10 y deberán descartarse errores de laboratorio, comorbilidades, efectos adversos y otros factores que pudieran estar relacionados con el fallo inmunológico. Los niños con falla inmunológica y con supresión virológica no se recomienda el cambio de TAR. 	<ul style="list-style-type: none"> Se define como la aparición de nuevas infecciones oportunistas y/o la incidencia de progresión de la enfermedad durante el tratamiento. En pacientes con control virológico e inmunológico, el desarrollo de síntomas clínicos no siempre obedece a una falla, en estos casos se deberá descartar la presencia de SRA, principalmente en pacientes que acaban de iniciar el TAR.

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: Yerenia Aylin Delgado Montes

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-IS-20-00152

JUNIO

- 01/06/2021 al 30/06/2021. Consulta en la UMF supervisada por el especialista en Medicina Familiar, Dr. Rodolfo Flores.

Se brinda consulta a la población de la UMF, siendo algunos de los diagnósticos más frecuentes: obesidad, hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus, sin embargo, también se diagnostican y manejan pacientes con hiperplasia prostática benigna, infección de vías urinarias, gastroenteritis, cervicovaginitis, epilepsia, cefaleas, patología de tiroides, síndrome de intestino irritable, conjuntivitis, osteoartrosis, lumbalgia, entre otros. Además, la consulta prenatal y del niño sano son recurrentes. Realizamos revisiones de algunos temas frecuentes en la consulta, entre ellos las infecciones vaginales y su tratamiento en el primer nivel.

Se llevó a cabo una plática sobre la higiene de manos dirigida tanto al personal como a los derechohabientes, con el objetivo de reforzar la importancia de esta práctica en la prevención de infecciones.

Participación en los cursos en “Atención integral a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio”, como parte de los temas relevantes que deben ser manejados por el médico pasante del servicio social.

Curso en línea “SPUTNIK, CanSino, SinovacTech: ABC para profesionales de la salud”, que trata sobre la elaboración, contenido, almacenaje, transporte y correcta aplicación de dichas vacunas.





GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Yerenia Aylín Delgado Montes

Por haber concluido satisfactoriamente el curso:

SPUTNIK, CanSino, SinovacTech: ABC para profesionales de la salud

Duración: 4 horas

No. folio: VACSPIMSS000213248

Ciudad de México a 28 de junio de 2021



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: Yerenia Aylin Delgado Montes

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-IS-20-00461

INFECCIONES GINECOLÓGICAS

Clinica	Gardenerella vaginalis (vaginosis)	Candidiasis C. albicans	Tricomoniasis	Chlamydia trachomatis
Frecuencia FR	40-50% Gestación, DIU, no es ITS	20-25% Niveles altos de estrógeno, DM, obesidad, VIH, ACO	15-20% ITS	ITS
Secreción	Blanco grisácea, maloliente (pescado)	Blanca, pastosa, grumosa (requesón), se adhiere, no fétido	Amarillo grisácea, abundante, espumosa, maloliente	Asintomática o Amarillenta, fétida
Vulva vagina	Sin dolor, ni picazón ni inflamación	Eritema, fisuras, inflamación, prurito, disuria	Dolor pélvico, disuria, eritema, cervicitis en fresa	Disuria, dolor en hipogastrio, prurito, ardor, dispareunia. Molestia rectal
Dx	Criterios de amiel o tinción de gran	Cultivo confirmatorio, no se pide de rutina Complicada: >4 episodios por año, sint severos	Papanicolau, microscopia, cultivo	NAATS, cultivo, cribado en orina
pH vaginal	>4.5	<4.5	>4.5	>4.5
Prueba de aminas KOH 10%	Positiva (olor a pescado)	Negativo	Ocasional	
Microscopia con suero salino	Clue cells (cel clave), cocobacilos	Cultivo con esporas (medio Saboureud)	PMN Tricomonas en fresco	
Tratamiento GPC	Snt, asint que desan tratarse, asnt que tendrán un procedimiento ELECCIÓN METRONIDAZOL: • 500 mg VO c12h x 5-7d • 2g VO DU • Local 5d ALTERNATIVO Tinidazol 2g VO 2d o 1g VO 5d Clindamicina 300 mg VO 7d o vaginal 100mg 3d TRATAR A TODAS LAS EMBARAZADAS POR RIESGO DE PARTO PRETERMINO	Cualquier azol* por cualquier vía, asintomáticas no requieren tx Tópico: Clotrimazol Miconazol 2% 5gr vaginal c/24h x 7d Nistatina óvulos vaginales 100,000U c24h x 14d Oral: Fluconazol 150mg DU Itraconazol 200mg c 12 x 1d *contraindicado en embarazo	ELECCIÓN METRONIDAZOL VO 500 mg c12h x 7d 2g DU ALTERNATIVO Tinidazol 2g VO DU EMBARAZO 2g DU	ELECCIÓN Azitromicina 1gr VO DU *Doxiciclina 100mg VO c12h x7d ALTERNATIVO Eritromicina 500 mg c 6h x 7d *Levofloxacino 500 mg c24h x 7d Ofloxacino 300mg c 12h x 7d *Contraindicados en embarazo
Tx a pareja	No es necesario	No es necesario	Dar siempre tx, evitar relaciones sexuales de cualquier tipo	Necesario

JULIO

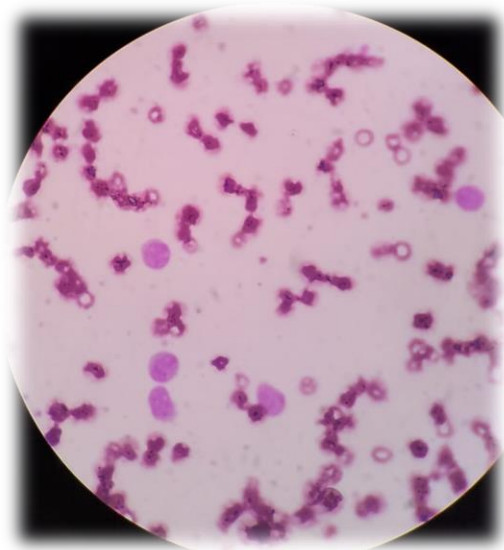
- 01/07/2021 al 30/07/2021. Rotación por la consulta externa de Hematología, a cargo de la Dra. Erika Miranda Cornejo.

El servicio de hematología a cargo de la Dra. Erika Miranda se encarga de llevar el diagnóstico y manejo de las patologías hematológicas, así como descartar enfermedades primarias de la sangre en pacientes con múltiples comorbilidades. Además de la consulta, se realizan procedimientos como flebotomías, infusiones de hierro, quimioterapia, aspirados y biopsias de médula ósea y frotis sanguíneos, se valoran pacientes de hospitalizados y de urgencias. Es un servicio muy completo y demandado por la complejidad de sus patologías; la Dra. Miranda además de permitirme participar en la consulta, revisó un temario de las enfermedades más frecuentes en hematología y su correcta derivación al segundo nivel, sus clases serán de mucha ayuda en mi práctica médica.

Los pasantes de medicina, enfermería y el servicio de nutrición dimos pláticas en distintos puntos de la UMF, consulta externa y hospitalización, acerca de la prevención del sobrepeso y obesidad, el plato del buen comer y la promoción de hábitos saludables, dirigidas al los derechohabientes.

Curso en línea “Vacuna COVID-19 Astra Zeneca: ABC para profesionales de la salud”, que trata sobre la elaboración, contenido, almacenaje, transporte y correcta aplicación de dicha vacuna.

Curso en línea “Prevención y atención de la violencia familiar y sexual contra las mujeres”, donde se brindan las pautas para la identificación de este problema en las pacientes que acuden al primer nivel de atención, así como los documentos legales que deben ser llenados para su reporte a las autoridades correspondientes.





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Rotación: Hematología Julio 2021



TEMARIO

1. Anemia generalidades
2. Síndromes mieloproliferativos
3. Síndromes mielodisplásicos
4. Hemofilia A y B
5. Enfermedad de von Willebrand
6. Trombocitopenia en el embarazo
7. Trombofilias
8. Linfoma de Hodgkin
9. Linfoma no Hodgkin
10. Leucemia generalidades

MPSS. Yerenia Aylin Delgado Montes

Docente: Dra. Erika Miranda Cornejo

• ANEMIA

Grado de la OMS	Hemoglobina g/dL
1	10-12 si mujer, 10-13 si hombre
2	8 - 9.9
3	6 – 7.9
4	<6

Anemias microcíticas (VCM <80 fL)	Disminución de superficie de membrana	Eritrocitosis hereditaria
		Anemia ferropénica
	Disminución de contenido del hematíe	Sideroblástica
		Talasemias
Anemias normocíticas (VCM 80-100 fL)	De trastorno crónico	
	Hemolítica sin reticulocitos	
Anemias macrocíticas (VCM >100 fL)	Aumento de retis	Sangrado activo
		Hemolítica
	Disminución de B12 y folatos	Megaloblástica
	Otras	Aplasia, SMD Hipotiroidismo, hepatopatía

• SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVOS

Policitemia vera	Leucemia mieloide granulocítica crónica	Trombocitosis esencial	Mielofibrosis con metaplasia mieloide
Predominio de la serie roja	Predomina la serie blanca	Predomina la serie megacariocítica-plaquetaria	Predomina el proceso formador de tejido fibroso coalgénico

• **TROMBOCITOPENIA EN EL EMBARAZO**

Asociada al embarazo per se:	No específicas del embarazo :
Trombocitopenia gestacional (80%)	PTI (1-4%)
Preeclampsia severa (15-20%)	PTI secundaria
Síndrome de HELLP	Pseudotrombocitopenia
Hígado graso agudo del embarazo (AFLP)	Drogas
	Enfermedad de von Willebrand tipo IIB
	Trombocitopenias congénitas
	PTT
	SUH
	Lupus eritematoso sistémico
	Síndrome antifosfolípido
	Enfermedad primaria de la médula ósea
	Hiperesplenismo
	Infecciones virales
	Déficits nutricionales

• **ESTADIFICACIÓN DE LINFOMAS DE ANN ARBOR COTSWOLDS**

I	II	III	IV
Una sola área ganglionar	Dos o mas áreas ganglionares en el mismo lado del diafragma	Áreas ganglionares a ambos lados del diafragma	Afección difusa o diseminada de uno o más órganos extralinfáticos, con o sin afectación ganglionar

A cualquier clasificación se puede agregar:
A= ausencia de síntomas B
B= presencia de síntomas B
E= afectación de una única zona extranodal de forma localizada y que es contigua o proximal a la zona ganglionar afectada





GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Yerenia Aylín Delgado Montes

Por haber concluido satisfactoriamente el curso:

Vacuna COVID-19 AstraZeneca: ABC para profesionales de la salud

Duración: 2 horas

No. folio:VCASIMSS000213248

Ciudad de México a 12 de julio de 2021



GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Yerenia Aylín Delgado Montes

Por haber concluido satisfactoriamente el curso:

Prevención y atención de la violencia familiar y sexual contra las mujeres

Duración: 5 horas

No. folio:PVFSM000213248

Ciudad de México a 28 de julio de 2021

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL

5.1 EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN COMO PERSONA

La carrera de Medicina es un camino sinuoso, con altas y bajas constantes, que pone a prueba en todos los sentidos a quienes decidimos recorrerlo, en lo académico, pero también en cuanto a carácter y madurez. Entramos en este mundo tan particular siendo casi adolescentes, con la ilusión de poder ayudar a otros, de poder sanarlos, de ser un factor de cambio y mejoría para las personas, pero pronto chocamos con la realidad y las contrariedades del sistema de salud, de las carencias de nuestra población y de los juegos de poder y jerarquías que aún persisten en el gremio.

Si a pesar de lo anterior sentimos este camino como nuestro, nos vemos obligados a persistir y ser aguerridos, crecemos para crearnos estrategias que nos permitan no solo transitar y terminar la carrera, si no disfrutarla sin olvidar el sentido humano que conlleva. Nos volvemos adultos resilientes, dispuestos a poner el cuidado de la salud de otros por encima de todo lo demás, y hacerlo con una sonrisa.

El año de servicio social es el momento donde consolidamos estos aprendizajes, personalmente lo que considero más valioso es el contacto estrecho con los pacientes, pues pude atender no solo sus necesidades en cuanto a salud, sino de comunicación y empatía; el paciente en la consulta de Medicina Familiar muchas veces es un adulto mayor que más allá de sus comorbilidades quiere ser escuchado, aprendí que como personal de salud debo brindar alivio en sus inquietudes, de manera objetiva, pero también comprensiva, pues llega a la cita con varias dolencias y problemas, y los médicos no debemos ser otro obstáculo para ellos.

Por otra parte, en el servicio social conocí a diversas personas de todas las áreas (compañeros pasantes de enfermería y medicina, asistentes médicos, jefes de servicio, médicos y enfermeras), ello representó una oportunidad de consolidar el trabajo en equipo, de visualizar muchas maneras y estrategias de trabajar y tratar a los pacientes, además distinguí

la importancia de las buenas relaciones interpersonales y del respeto hacia las personas con las que se labora, pues ello se ve reflejado en la calidad de atención de los pacientes.

5.2 EN RELACIÓN A SU FORMACIÓN PROFESIONAL

La formación clínica y académica durante los trimestres de medicina fueron cimientos importantes sobre los que se establecieron nuestras técnicas y prácticas para la vida profesional. Durante el año de Internado de Pregrado ya se habían puesto a prueba dichos conocimientos, además de adquirir muchos otros que enriquecieron la seguridad y experiencia en mi práctica, pero es ahora en el Servicio Social donde en verdad tuve la oportunidad de aplicar lo aprendido, y dar cuenta de las áreas de oportunidad en tanto a lo profesional.

Durante la consulta de Medicina Familiar se me permitió ver a los pacientes de manera integral, en conjunto con los Médicos encargados de este servicio atendí muchas de las patologías más frecuentes en nuestro país, que si bien conocía la parte teórica no me había enfrentado al reto de llevar su diagnóstico, tratamiento y seguimiento cercano; es aquí donde pude ver los resultados de los abordajes y la necesidad de personalizar los tratamientos para cada individuo tomando en cuenta sus comorbilidades. Sin duda, la medicina de primer nivel y su parte preventiva son más apasionantes de lo que hubiera pensado, por todas las implicaciones a largo plazo y el impacto tan importante sobre los pacientes. Es un aprendizaje que valoro mucho por su futura utilidad cuando me enfrente al mundo laboral.

Las rotaciones por especialidades como Clínica de VIH, Clínica de Heridas, Epidemiología y Hematología, fueron cada una de mucha utilidad para mi crecimiento profesional, dado que aprendí los criterios y abordajes específicos de muchas enfermedades, me obligó a estudiar más allá de lo obvio a los pacientes, pues muchas de las patologías estudiadas inician con síntomas generales que en la consulta podemos minimizar y pasar por alto sus datos de alerta; aprendí sobre la importancia de hacer una referencia correcta al segundo nivel, además de iniciar un tratamiento, solicitar los paraclínicos correctos, pero admitir cuando un manejo está fuera de mis manos y es necesario enviar a la valoración por un médico especialista.

El servicio social también fue de gran ayuda para decidir el rumbo en el cual quiero enfocar mi práctica médica, me abrió la mente a las muchas posibilidades de desarrollo y crecimiento profesional, por lo cual estoy muy agradecida.

5.3 EN RELACIÓN A SU APORTACIÓN A LA COMUNIDAD

En la UAM Xochimilco se nos alecciona para egresar como profesionales con una formación científica y ética que permita actuar con eficiencia frente a las necesidades del entorno, es decir que tanto la cercanía a las necesidades como el compromiso con la comunidad están siempre presentes, siendo un eje principal en nuestro desarrollo.

Es por ello que, durante el Servicio Social tomé con seriedad mi participación en todas las actividades que se me asignaron. Considero que mi aporte a la comunidad donde me desarrollé se ve reflejada desde pequeñas acciones como las constantes pláticas informativas a los pacientes sobre: higiene de manos, educación en Diabetes e Hipertensión, estrategias de nutrición, prevención y tratamiento del sobrepeso y obesidad, medidas para la prevención de infección por SARS-COV2, entre otras. También durante la rotación por las diferentes especialidades participé en la consulta y consejería de los pacientes, me enfoqué en la promoción de hábitos dietéticos y de ejercicio saludables, pues considero la epidemia de sobrepeso y obesidad como uno de los desencadenantes de patologías graves que se pueden prevenir si el personal de salud le tomamos mayor importancia.

En el transcurso de mis rotaciones ayudé en la elaboración de censos y del diagnóstico de salud de la unidad, si bien ello no tiene un beneficio inmediato o palpable, será de utilidad para establecer los diagnósticos epidemiológicos y para llevar un correcto registro de las enfermedades que aquejan a nuestra población.

Durante la rotación en el servicio de Fomento a Salud (SPPSTIMSS), encargado de las detecciones en los trabajadores de la unidad, realicé una jornada de aplicación de pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH y Virus de la Hepatitis C. Considero que esta acción es importante por el riesgo al que se encuentran expuestos todos los trabajadores de salud y contribuye en la detección de patologías que a la larga pudiesen mermar la salud y los años

de vida productiva. Además, dichas acciones brindan tranquilidad y seguridad al personal, lo que favorece el trabajo adecuado.

Me complace reflexionar al respecto y poder expresar que mi participación con la comunidad fue, si no extraordinaria, sí valiosa para mejorar aspectos importantes en la salud de quienes tuve ocasión de intervenir.

5.4 EN RELACIÓN CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA

La educación con un enfoque integral que brinda la UAM Xochimilco a sus alumnos es de suma utilidad en la práctica diaria, ya que se nos prepara para entender y atender las patologías en los diversos grupos etarios desde un enfoque científico, humanitario y social, ello fue vital en el servicio social en el primer nivel de atención pues me facilitó tener una visión más amplia de la atención.

Aunado a ello, en cada módulo de la carrera se nos inculcó el gusto y la habilidad por la investigación, ya que realizamos una serie de protocolos relacionados con la UEA cursada, mismos que fueron evaluados y presentados, perfeccionando poco a poco nuestra habilidad para la aplicación del método científico. La mención de lo anterior tiene relevancia en el sentido del requisito de presentar una investigación final, con la característica de elegir un tema relevante para la comunidad donde hicimos el Servicio Social, para dicha tarea pude aplicar lo aprendido a lo largo de cada trimestre de una manera más esquemática.

Es importante recalcar que la preparación en epidemiología y estadística con la que egresamos es muy valorada en el campo de las ciencias, pues nos da herramientas de investigación como el manejo de bases de datos y análisis de los mismos; esto me hace considerar la posibilidad de realizar investigaciones y publicarlas en el futuro.

Por otra parte, agradezco que en la UAM se nos envíe a prácticas clínicas de manera temprana. Cada rotación en cada clínica u hospital desde el cuarto trimestre representan la parte más valiosa en mi formación como médico, en todas ellas obtuve un aprendizaje

genuino ypreciado. Permitirnos el contacto temprano con los pacientes se refleja en la seguridad y fluidez con que los egresados de la UAM Xochimilco nos mostramos ante ellos.

Cabe resaltar el arduo trabajo de las autoridades de la universidad para gestionar las rotaciones adecuadas y suficientes, además de los docentes encargados de nosotros, tanto en las unidades como en el aula, pues se mostraron interesados y comprometidos con nuestra formación en todo momento.

Culmino expresando el infinito agradecimiento con mi alma máter por darme la oportunidad de cumplir mi meta de ser médico, por brindarme siempre las condiciones óptimas para lograrlo y por permitir mi desarrollo profesional en una comunidad sana, agradable y con las mejores instalaciones. Sin duda estudiar en una escuela de alta calidad como la Universidad Autónoma Metropolitana marca un antes y después en todos los sentidos de mi vida, por lo que siempre recordaré estos seis años con un profundo sentimiento de cariño y entusiasmo.

*“El médico que no entiende de almas no
entenderá cuerpos”*

-José Narosky