



**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

**“DISMINUCION DE COMPLICACIONES PERINATALES EN LA CONSULTA
TEMPRANA Y CONTROL PRENATAL ADECUADO VS CONTROL PRENATAL
TARDIO EN EL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO “HUEXOCULCO” DE
AGOSTO 2020 A JULIO 2021”**

M.P.S.S DULCE SABRINA GARCIA PRADO

2142042404

ASESOR

DR ALEJANDRO ALONSO ALTAMIRANO

AGOSTO 2020.

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I INVESTIGACIÓN

“DISMINUCION DE COMPLICACIONES PERINATALES EN LA CONSULTA TEMPRANA Y CONTROL PRENATAL ADECUADO VS CONTROL PRENATAL TARDIO EN EL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO “HUEXOCULCO” DE AGOSTO 2020 A JULIO 2021”

Índice

CAPITULO I INVESTIGACIÓN.....	2
Planteamiento del problema.....	5
Justificación	5
Marco Teórico.....	7
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos.....	21
Hipótesis.....	21
Metodología.....	22
Tipo de estudio.....	23
Población, criterios de inclusión, de exclusión.....	24
Definición operacional.....	25
Material y métodos.....	25
Resultados: cuadros y gráficas.....	25
Análisis de resultados.....	31
Conclusiones de la investigación.....	32
Bibliografía.....	34
ANEXOS.....	36
CAPITULO II DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE HIZO LA INVESTIGACIÓN.....	39
Datos históricos	39
Geografía local.....	39
Indicadores demográficos y estadísticas vitales.....	46
3.1 Población total.....	46
3.2 Población y seguridad Social.....	46
3.3Densidad de población.....	47

3.4 Población por localidad o delegación.....	48
3.5 Índice de envejecimiento.....	48
3.6 Migración.....	49
3.7 Tasa de Natalidad	49
3.8 Tasa de fecundidad	49
Indicadores Sociales	50
4.1 Educación	50
4.2 Grupos Vulnerables.....	51
4.3 Vivienda	51
4.3.1 Organización familiar	52
4.3.2 Disponibilidad de Agua	52
4.3.3 Eliminación de excretas.....	53
4.3.4 Eliminación de basura	53
4.4 Vías de Comunicación	53
4.5 Medios de Comunicación	53
4.6 Nutrición.....	53
4.6.1 Alimentos más frecuentes	54
4.6.2 Obtención de alimentos.....	54
4.7 Economía.....	54
4.7.1 Población económicamente activa	55
Energía Eléctrica.....	56
Contaminantes ambientales.....	56
Religión	56
Servicios para el recreo comunitario.....	57
Hábitos y Costumbres	57
Fiestas Civiles y Religiosas más Importantes.....	57
Daños a la salud.....	57
5.1 Mortalidad General.....	58
5.1.1 Mortalidad por grupos de edad y causas.....	58
5.1.2 Tasa de mortalidad	61
5.2 Morbilidad	61
5.2.1 Principales causas de morbilidad enfermedades transmisibles	62
5.2.2 Principales causas de morbilidad enfermedades no transmisibles.....	62
5.3 Brotes Epidemiológicos	63

Bibliografía.....	63
CAPITULO III DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS.....	65
1.Recursos y Servicios de Salud.....	65
Infraestructura en Salud.....	65
Recursos Humanos.....	66
CAPITULO IV ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....	66
1. Productividad.....	66
1.2 Planificación familiar.....	67
1.3 Control Nutricional por grupos de edad.....	67
1.4 Control de embarazo.....	68
1.5 Control de pacientes crónicos.....	69
1.6 Atención y detección de enfermedades Infecciosas.....	70
1.7 Inmunizaciones.....	71
1.8 Detección de Cáncer de mama y cervicouterino.....	71
CAPITULO V CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL (mínimo 1 cuartilla de cada uno).....	72
En relación a su formación como persona.....	72
1.2 En relación a su formación profesional.....	73
1.3 En relación a su aportación a la comunidad.....	74
1.4 En relación con su institución educativa.....	75

Planteamiento del problema

En Santa María Huexoculco a través de la consulta diaria, sobresale la mala información acerca del embarazo y puerperio, la falta de atención prenatal en mujeres desde los 15 hasta 30 años. Esto podría conllevar múltiples complicaciones e incluso la muerte tanto de la madre como de los bebés, es por eso que durante mi año de servicio pretendo brindar atención prenatal adecuada, pláticas a cada una de las mujeres acerca del cuidado y atención que deben tener antes, durante y después del embarazo, con el fin de analizar el impacto que tiene el control prenatal en la disminución de complicaciones.

Justificación

Las muertes maternas no son eventos aislados. La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

Estas muertes son altamente preocupantes, más aún porque conforme a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la gran mayoría de ellas es evitable con los recursos que dispone actualmente la medicina y el grado de desarrollo de nuestro país. Así, por cada muerte materna acaecida, la OMS estima que entre 30 y 100 mujeres quedan, en menor o mayor grado discapacitadas, las cuales en su gran mayoría, no reciben ningún tipo de atención. Es decir, además del número de muertes, anualmente 50 millones de mujeres se ven afectadas por las secuelas derivadas de la morbilidad materna. Esta morbilidad es prolongada y a menudo debilitante cuando menos para 15 millones de ellas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad obstétrica directa como resultado de complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos que resulta de cualquiera de los anteriores. La definición de morbilidad obstétrica extrema, según RC Pattinson, es una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere una intervención médica urgente para prevenir la muerte de la madre.

La muerte materna es definida como la muerte de una mujer embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la

duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada con el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales

Esta definición se considera limitada, ya que no permite identificar la real dimensión de la mortalidad materna. Por un lado, excluye los suicidios y los homicidios en mujeres adolescentes cuyo detonador es, en muchos casos, precisamente el embarazo. Por el otro, deja fuera los fallecimientos posteriores a los 42 días. Para tratar de superar este último aspecto, en forma paralela a la anterior definición, se ha empezado a utilizar el lapso de 11 meses, denominando a las defunciones que ocurren en este periodo, como: "muertes maternas tardías".

La atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer; también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.

En 1995 en el Instituto Mexicano del Seguro Social se registró una mortalidad perinatal de 14.9 por cada 1000 nacimientos que no ha disminuido en los últimos años, por lo que la atención prenatal representa una de las 10 principales causas de demanda de atención médica en primer nivel.

En años anteriores, elevadas tasas de mortalidad perinatal eran ocasionadas por la prematurez, el bajo peso al nacer, la hipertensión en el embarazo, la isoimmunización materno-fetal, los procesos infecciosos, la diabetes, la baja reserva fetal, las complicaciones del parto, etcétera; y en el neonato, las enfermedades respiratorias, la asfixia, la enfermedad hemolítica, entre otras.

El programa de atención prenatal, con inicio desde el primer mes de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas (VIH y otras), y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada en el momento oportuno, lo que significa un costo menor en su atención posterior y mejora la calidad de la atención y la calidad de vida de las gestantes y sus hijos.

Como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), México se comprometió a reducir la muerte materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. En 1990 la razón mortalidad materna en México era de 89.0 por cada 100 mil nacidos vivos en ese año. La evaluación realizada por el Observatorio de Mortalidad Materna en 2009 reflejó una razón de 62.2, ubicándose lejos de ser alcanzada la meta planteada de 22.2 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos para el 2015.

La pandemia por la COVID-19 ha ocasionado un incremento de 40% en las muertes maternas prevenibles en México; además, generará un retroceso de 22 años en el acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos, advirtió el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés).

De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud, para la semana epidemiológica 52 del 2020 la razón de muerte materna en México fue de 46 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representó un incremento de casi 40% respecto a la misma semana epidemiológica de 2019, advirtió la representante de UNFPA en México, Leonor Calderón.

Marco Teórico

La mortalidad materna es un grave problema de salud pública que afecta a la mayoría de los países pobres en el mundo y tiene un gran impacto familiar, social y económico.

La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta a una vida joven llena de esperanzas; es una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia y afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, sobre todo los de los menores. La muerte materna también genera una pérdida de productividad económica, una disminución de los ingresos familiares, carencias afectivas y de protección. Más de un millón de niños en el mundo quedan huérfanos cada año por la muerte de sus madres; dichos niños reciben menos cuidados, menos educación, padecen baja autoestima y desintegración del núcleo familiar, orillando a que los hijos se inicien en la vida laboral y se expongan a ser maltratados o a vivir en condiciones de calle, ingresando a la delincuencia, adicciones y violencia extrema por la carencia de dicho afecto en su vida, así como los recién nacidos también tienen menos posibilidades de sobrevivir.

Los errores en la estimación real de la mortalidad materna parten del llenado incorrecto de los certificados de defunción: ya sea porque el personal de salud no es consciente de la importancia de hacerlo correctamente o porque son escritos por personas no capacitadas. Si los fallecimientos ocurren en las unidades de salud pocas veces los certificados son llenados por el personal médico que atendió a las mujeres. Cuando suceden fuera de una institución de salud, suelen estar a cargo de las más diversas personas, las cuales, en su gran mayoría, carecen de la capacitación adecuada para ello.

A lo anterior se añade el uso de abreviaturas, diagnósticos incompletos o contradictorios y/o, preguntas dejadas en blanco en los certificados. Para estimar la mortalidad materna tiene particular repercusión que se asiente en la pregunta 17 si la mujer estaba embarazada en los 42 días u 11 meses previos a su muerte. Pregunta incorporada desde mediados de los años 90 con el propósito de mejorar el registro.

Otra fuente de error es la codificación incorrecta de los certificados. A las deficiencias en aquéllos se suma la incorrecta clasificación de los datos asentados, ya sea por falta de experiencia o bien por el desconocimiento de la X Clasificación Internacional de Enfermedades. Ello provoca errores, no sólo en el registro en términos cuantitativos, sino también fallas en la precisión para estimar las causas que producen las muertes maternas.

Todo lo mencionado anteriormente impide tener una visión real de la situación y, por ende, no contar con los insumos de información necesarios para planear y desarrollar acciones que efectivamente prevengan las muertes maternas.

Una metodología para conocer las verdaderas dimensiones de estas muertes, es la llamada "autopsia verbal", mediante la cual se estudian todas las mujeres que fallecen en edad fértil. Estos estudios se realizan mediante encuestas basadas en cuestionarios sencillos estandarizados o que incluyen preguntas adicionales en investigaciones más amplias. Sus resultados siempre ponen en evidencia que la dimensión de las muertes maternas es superior a la que oficialmente se maneja. A pesar de los esfuerzos llevados a cabo, se estima que aún prevalece un subregistro de entre 30 y 40%, dependiendo de la entidad federativa. 5

La mortalidad materna se mide mediante la tasa de mortalidad materna, la cual se obtiene a través de la relación entre el número de muertes maternas y de nacidos vivos registrados, en un determinado lapso de tiempo, que generalmente es de un año.

Al estar construida por la relación entre universos de diferentes sectores de población, a diferencia de lo que ocurre con otras tasas, los expertos insisten en que no es adecuado llamarla "tasa" a este indicador y que lo correcto es denominarlo "razón". Sin embargo, mientras se arriba a un consenso entre todos los países, se sigue utilizando el término "tasa".

$$\frac{\text{Número de muertes maternas}}{\text{Número de nacidos vivos registrados}} \times 10,000$$

Independientemente de cómo se le llame, resulta complicado calcular este indicador. A los problemas mencionados en la estimación del numerador, se añaden los relativos al denominador. Por si fueran pocos los obstáculos descritos, existen discrepancias en las cifras manejadas por diferentes instituciones: Registro Civil, Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), Instituto Nacional de Geografía y Estadística, Consejo Nacional de Población y el Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED). De ahí el retraso en la obtención de la información y que la más recientemente disponible corresponda al año 2001

Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas son:

- Las hemorragias graves.

Las principales causas de MM en los países en desarrollo son el sangrado y la hipertensión, que juntas representan el 50%. El sangrado posparto (BHSS) representa el 35% de todos los casos de MM.

Según Cowen, la percepción tardía de la hipovolemia y la hipovolemia son las principales razones del MM en los pacientes que reciben atención en los servicios de salud.

Se estima que alrededor de 1 millones de mujeres experimentan una pérdida severa de sangre después del parto, mueren un día y 1 millón sobrevive a una anemia severa.

El sangrado prenatal (API) y el sangrado posparto (HPP) se pueden clasificar de acuerdo con el momento del sangrado de maternidad.

Disminución del volumen de sangre a una velocidad de flujo superior a 150 ml / min (de los cuales 20 minutos es una pérdida de capacidad de 50 litros), puede ocurrir durante el embarazo o después del parto, 500 ml o más, y 1000 ml después del parto o cesárea.

Actualmente, la HPP se define como una gran cantidad de pérdida de sangre que provoca cambios hemodinámicos.

-Criterios de diagnóstico

Pérdida de sangre por encima de 2 ° C. (50 volúmenes en 3 horas)

Disminución del hematocrito en 10 puntos o más

Pérdida de aproximadamente 150 ml / min en 20 minutos

Disminución de la hemoglobina en g / dl

Los cambios hemodinámicos causan síntomas: astenia, mareos, síncope y / o Síntomas: hipotensión, taquicardia u oligoglia. Estos datos están presentes cuando el paciente pierde una cantidad significativa de sangre.

-Clasificación

a) Prenatal: Placenta accreta (0,5%)

Placenta accreta (10%)

Inversión uterina

Vasa previa

b) Posparto:

Nacimiento prematuro 50% (antes) 2 horas) Sin tensión (50-60%)

Traumatismo de cuello (20-30%)

Ovario residual (10%)

Placenta accreta

Inversión uterina

Retraso (2 horas a 6 semanas)

Huevos Almacenamiento de células maternas residuales

Endocarditis

Excesivo crecimiento del desprendimiento de placenta

Sepsis

c) Secundario: Trastorno congénito, coagulación adquirida

Coagulación intravascular diseminada

Trastorno de coagulación postransfusión

Sepsis intrauterina

Preeclampsia.

-Placenta previa: madres de 35 años o más, embarazos múltiples, antecedentes de cicatrices uterinas (extirpación, aspiración manual, miomectomía, cesárea), tabaquismo.

-Desprendimiento de placenta (DPPN) con inserción normal: consumo de cocaína, agrandamiento uterino, hipertensión, enfermedad del colágeno, antecedentes de PND, traumatismo abdominal, enfermedad tromboembólica.

-Rotura uterina: antecedentes de cicatrización uterina, contracción uterina anestésica, parto prolongado, malformaciones, infecciones y adenoma uterino. Manifestaciones clínicas de PAH

a. Placenta previa: sangrado genital indoloro, secreción de cantidades variables de sangre líquida y enrojecimiento. Esto sucede a menudo de forma repentina e inesperada mientras descansa o duerme. Suele aparecer al final del segundo trimestre, sin actividad uterina.

El tratamiento debe tener como objetivo prevenir el shock hipovolémico y el parto prematuro.

b. Desprendimiento de placenta comprimido normal (PND): síndrome hemorrágico causado por el desprendimiento parcial o completo de una placenta insertada normalmente.

Los tríos típicos de síntomas NPPNI son sangrado, dolor y agrandamiento uterino. Si el desprendimiento supera el 50%, el mortinato suele deberse a hipoxia y otras complicaciones como choque hipóxico, cambios tromboticos y posterior insuficiencia renal. Si hay síndrome de hipertensión durante el embarazo, debe tenerse en cuenta que las cifras de presión pueden parecer normales.

El sangrado genital es oscuro, coagulado y de extensión variable independientemente de la gravedad clínica. Se enfatiza la hipersensibilidad uterina progresiva: contracciones uterinas, hipertonidad, hipertonicidad y, en última instancia, un útero "de madera" son típicos en esta afección. Hay datos que muestran que las uñas son difíciles de palpar, con un 60% de riesgo de pérdida fetal y un 15-35% de riesgo de muerte fetal.

Con DPPNI, con menos de 3 semanas de supervivencia y sin trastornos hemorrágicos u otros problemas maternos y / o fetales, puede elegir una posición de espera y monitorear el estado de la madre y el feto. Inducir la maduración pulmonar con corticosteroides.

Si el embarazo es de 3 semanas o más y la paciente está estable, se recomienda la interrupción vaginal o el parto por cesárea.

En caso de muerte fetal, el embarazo puede interrumpirse por vía transvaginal, y si se altera el estado general de la madre, debe interrumpirse mediante cesárea.

Rotura uterina: Se dividen en rotura uterina (cicatriz previa) y rotura uterina pre-cicatriz (obstétrica, traumática, parto prolongado con asimetría fetal).

El principal factor de riesgo fue un historial de cesárea al 0,2%. Después de dos cesáreas anteriores, el riesgo aumentó al 3,7%.

Los síntomas clínicos son: Dolor abdominal, sensibilidad, muerte fetal, órganos fetales palpables, muerte fetal, sangrado vaginal, colapso circulatorio materno. Taquicardia, hipotensión arterial.

El sangrado genital es oscuro, coagulado y variable en cantidad independientemente de la gravedad clínica. La hipersensibilidad uterina progresiva se manifiesta como: contracciones uterinas, contracciones múltiples, hipertonicidad y finalmente un útero viscoso "leñoso" típico de esta condición. Existe evidencia de que el feto es difícil de palpar, con un 60% de riesgo de pérdida del embarazo y un 15-35% de riesgo de muerte fetal.

Si se sospecha rotura uterina, se debe realizar una laparotomía para evaluar su gravedad y decidir si continuar o no. El sangrado uterino se utiliza en pacientes jóvenes que desean mantener la fertilidad y la estabilidad hemodinámica. La histerectomía se recomienda en pacientes de edad avanzada, aquellos con una alta tasa de fertilidad, aquellos con laceraciones extensas que son difíciles de romper o aquellos en mal estado general.

d. Rotura de los vasos anteriores: una condición poco común en la que la ausencia de diagnóstico es del 60% y puede ser fatal para el feto. Ocurre cuando hay presión sobre el cordón a través de la membrana inferior del útero antes de que nazca el bebé. Clínicamente, el sangrado genital se produce tras el riesgo de rotura de membranas, dilatación uterina y aborto espontáneo no relacionado con el sangrado. En caso de duda, se debe analizar la sangre vaginal para detectar la presencia de hemoglobina fetal y se debe utilizar la ruta más rápida para interrumpir el embarazo de inmediato.

e. Fractura del seno mural (separación del borde de la placenta): en 20 casos, el sangrado se limitó a hematoma posplacentario, sangrado persistente asociado con parto prematuro, ruptura de la membrana, infección de las trompas de Falopio y, a veces, debilitamiento de las vías urinarias. factores. Y pérdida de plasma.

El tratamiento es probable y depende del reposo absoluto y el mantenimiento del estado general del paciente. Transfusiones de sangre de aminolexia y hemoderivados al nacer según sea necesario

- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia).

Los trastornos hipertensivos del embarazo son la segunda causa más frecuente de muerte materna directa en el mundo. La hipertensión es también la complicación médica más común que se encuentra durante el embarazo, y complica 5-10% de los embarazos.

Las tasas más altas son en mujeres negras, mujeres mayores de 45 años y con diabetes. Hipertensión en el embarazo se asocia con un mayor riesgo de hemorragia intracerebral, desprendimiento de la placenta, retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad y muerte intrauterina.

Hay cuatro categorías de los trastornos hipertensivos del embarazo:

1. Preeclampsia / eclampsia

- Elevación de la presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mm Hg o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90

mm Hg materna en dos ocasiones con 6 horas de diferencia.

- Proteinuria ≥ 300 mg en muestra de orina de 24 horas.
- La eclampsia se define como ≥ 1 convulsiones generalizadas en la preeclampsia.

2. Preeclampsia leve

- PAS ≥ 140 mm Hg y PAD ≥ 90 mm Hg, pero $< 160/110$ mm Hg
- Proteinuria ≥ 300 mg/24 h, pero < 5 g/24 h.
- Asintomática

3. Preeclampsia grave

- PAS ≥ 160 mm Hg y PAD ≥ 110 mm Hg en 2 ocasiones diferentes con cuando menos 6 horas de diferencia mientras la paciente está en reposo en cama.
- Proteinuria ≥ 5 g en muestra de orina de 24 horas o $\geq 3+$ en 2 muestras aleatorias de orina recolectadas en al menos 4 horas de diferencia
- Oliguria < 500 ml en 24 horas
- Alteraciones cerebrales o visuales, edema pulmonar o cianosis.
- Síndrome de HELLP o Restricción del crecimiento fetal.

4. Hipertensión crónica (preexistente)

- Hipertensión que inicia antes del embarazo o <20 semanas de gestación.
- Persistencia de la hipertensión más allá de las 12 semanas del posparto.
- PAS \geq 140 mm Hg o PAD \geq 90 mm Hg.

5. Hipertensión gestacional

- Elevación en la PAS \geq 140 mm Hg o PAD de \geq 90 mm Hg en dos ocasiones, con seis horas de diferencia, en una mujer previamente normotensa \geq 20 semanas de gestación.
- Sin evidencia de proteinuria.

6. Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica

- Es un aumento agudo no relacionado con el embarazo de la PA conocida como hipertensión emergencia también puede ocurrir en pacientes embarazadas. Esta presentación es peligrosa para la vida y requiere un tratamiento inmediato. Ejemplos de este escenario clínico incluyen encefalopatía hipertensiva, disección aórtica, insuficiencia ventricular izquierda.

Tabla 1. Estudio fetomaterno en caso de hipertensión en la gestación.

Estudio materno	Estudio fetal
Control PA varias veces al día	Movimientos fetales percibidos por la madre
Diuresis de 24 horas	Ecografía
Control de los ROT	Biometría (DBP, PC, PAb, fémur)
Estudio biológico	Doppler umbilical+++ cerebral, uterino y Doppler del conducto venoso
Proteinuria de 24 horas (N < 0,3 g/24 h)	Índice de Manning (RCF, movimientos respiratorios, movimientos fetales, tono, cantidad de líquido amniótico)
Uricemia (N < 360 mmol/L)	Registros cardiotocográficos
Creatininemia (N = 40–60 umol/L)	Análisis informatizado del RCF
Transaminasas, LDH	
Hemograma-plaquetas	
Estudio de la coagulación: TP, TTPA, fibrinógeno	
Ionograma sanguíneo y urinario	
Estudio preoperatorio (Gr-Rh, BAI)	

PA: tensión arterial; ROT: reflejos osteotendinosos; LDH: lactatodeshidrogenasa; TP: tiempo de protrombina; TTPA: tiempo de tromboplastina parcial activada; Gr: grupo sanguíneo; Rh: factor Rhesus; BAI: búsqueda de aglutininas irregulares; DBP: diámetro biparietal; PC: perímetro craneal; PAb: perímetro abdominal; RCF: ritmo cardíaco fetal.

Tabla 1. Estudio fetomaterno en caso de hipertensión en la gestación.

FISIOPATOLOGIA

El sistema de la hormona renina angiotensina es regulada y sistemáticamente disminuye la resistencia vascular. Como resultado, la PA inicialmente disminuye tan temprano a las 7 semanas de gestación. La disminución de la PAD tiende a ser mayor que la disminución de la PAS. La PA materna comienza a aumentar nuevamente en el tercer trimestre. El evento de incitación en el desarrollo de los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo se considera como una invasión citotrofoblástica anormal de las arterias espirales, lo que conduce a la reducción de la perfusión uteroplacentaria. Se supone que la isquemia placentaria resultante provoca una activación anormal del endotelio vascular materno.

En general, la preeclampsia se asocia con un aumento de la resistencia de la presión vascular sistémica, aumento de la poscarga ventricular izquierda y disminución del gasto cardíaco.

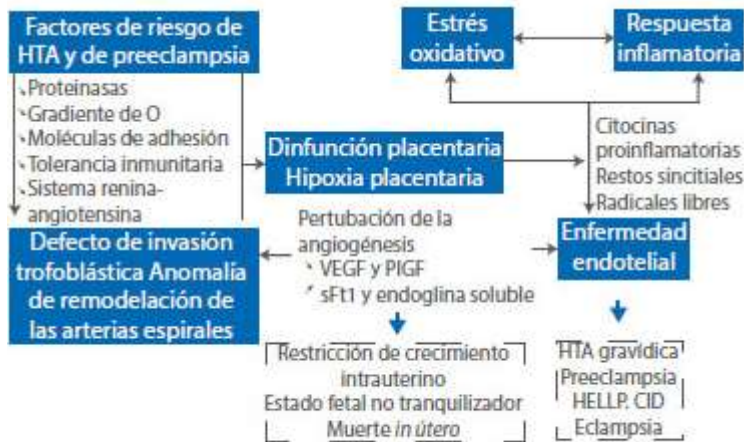


Figura 1. Fisiopatología de la HTA en la gestación (Tomado de N. Sananes y Col.). HTA Hipertensión arterial, VEGF factor de crecimiento endotelial vascular, PLGF factor de crecimiento placentario, sFlt1 tirosina soluble parecida a FSM 1, HELLP Hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y recuento de plaquetas bajo, CID coagulación intravascular diseminada.

TRATAMIENTO

Hipertensión gestacional

La alfa-metildopa es el antihipertensivo más estudiado y tiene el historial de seguridad más largo en el tratamiento hipertensión en el embarazo. El tratamiento redujo la PA materna y la frecuencia cardíaca, y además no tuvo efectos adversos uteroplacentarios y en la hemodinámica fetal. Actúa centralmente disminuyendo el tono simpático y por lo tanto puede tener muchos efectos secundarios. La alfa-metildopa es un fármaco antihipertensivo débil que debe administrarse tres o cuatro veces al día y frecuentemente requiere titulación.

Preeclampsia leve

Edad gestacional ≥ 40 semanas, lo indicado es inducir el parto. Entre las 37-40 semanas, se evalúa el estado del cuello uterino y, si es favorable, se inicia la inducción. Si es desfavorable, antes de la inducción se utilizan sustancias de maduración cervical según se necesite. Se indica el parto en el momento en que el estado cervical se vuelva favorable, cuando las pruebas prenatales sean anormales, cuando la edad gestacional llegue a las 40 semanas o exista evidencia de empeoramiento de la preeclampsia.

Antes de las 37 semanas de gestación se manejan de manera expectante con reposo en cama, pruebas prenatales dos veces por semana y con la valoración materna. Si la

edad gestacional es <34 semanas, se administran corticosteroides; se lleva a cabo amniocentesis según sea necesario para evaluar la madurez pulmonar del feto.

Preeclampsia grave

Es indicación obligatoria de la hospitalización. Si la edad gestacional es de ≥ 34 semanas, se confirma la madurez pulmonar del feto o se observa evidencia de deterioro en el estado de la madre o el feto, o indicado es inducir el parto. Se puede obtener un control agudo de la presión arterial con hidralazina, labetalol o nifedipina. La meta del tratamiento antihipertensivo es lograr una PAS <160 mm Hg y PAD <105 mm Hg.

La hidralazina se puede administrar en dosis de 5-10 mg IV. El inicio de la acción ocurre en 10-20 minutos y la dosis puede repetirse en 20-30 minutos, si es necesario.

El labetalol se puede administrar en dosis de 5-20 mg mediante bolo intravenoso lento. La dosis puede repetirse en 10-20 minutos. La nifedipina se puede utilizar en dosis de 5-10 mg por vía oral. Es posible repetir la dosis en 20-30 minutos según se necesite.

El manejo de la preeclampsia grave antes de las 34 semanas es motivo de polémica.

En algunas instituciones, se induce el parto independientemente de la madurez fetal. En otros, se demora durante un periodo limitado para permitir que se administren corticosteroides. Entre las 33 y 35 semanas, debe considerarse una amniocentesis para estudiar la madurez pulmonar. Si ya se alcanzó la madurez, lo indicado es realizar un parto inmediato. Si los pulmones no están maduros, se administran corticosteroides y, de ser posible, el parto se demora 24-48 horas.

Eclampsia

En la mayoría de los casos, las convulsiones por eclampsia son autolimitadas y tienen una duración de 1-2 minutos. El diazepam y el lorazepam deben utilizarse solo si las convulsiones se extienden. Una vez que se haya estabilizado a la paciente, lo indicado es realizar el parto. De ser posible, debe permitirse un periodo de 10 a 20 minutos de reanimación intrauterina antes del parto.

Las convulsiones por si solas no constituyen indicación para la cesárea. No obstante, si no es posible el parto vaginal dentro de un periodo razonable, en la mayoría de los casos se lleva a cabo la cesárea.

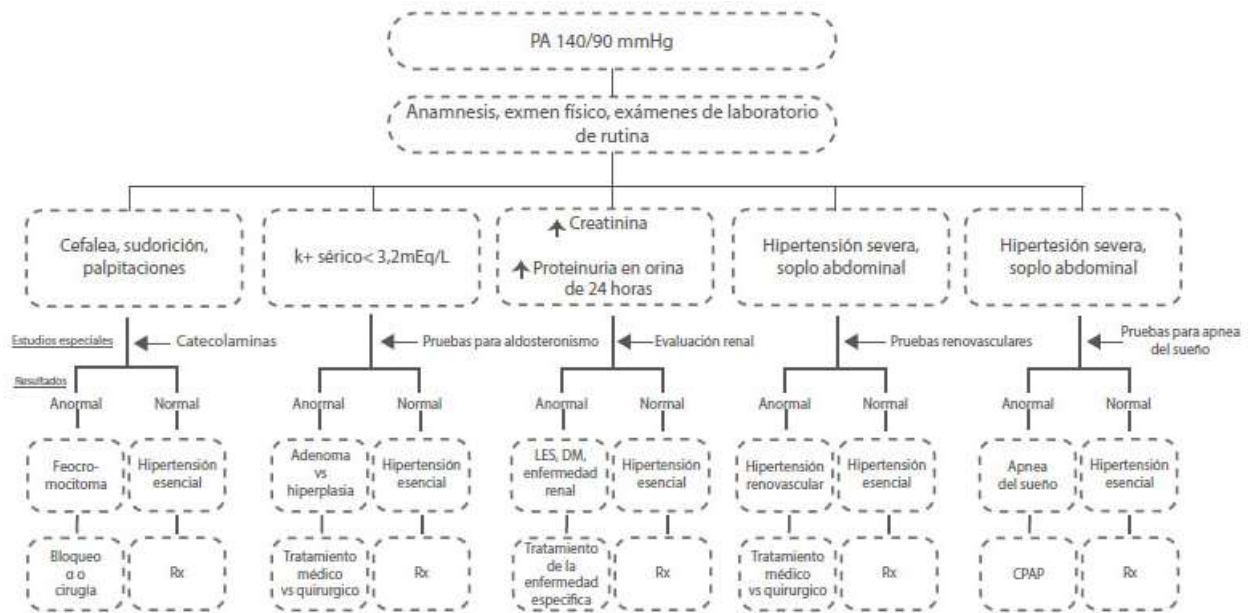


Figura 2. Algoritmo para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión secundaria en el embarazo.

Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte.

Para evitar la muerte materna también es importante evitar embarazos no deseados o a edades tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la anticoncepción, a servicios que realicen la interrupción segura del embarazo, en la medida que la legislación de las entidades federativas y la sociedad en su conjunto eliminen los prejuicios respecto a la voluntad de la mujer a decidir sobre su cuerpo, con plena conciencia y apego a sus derechos sexuales y reproductivos.

El control prenatal son todas las acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal.

Lo ideal es que los cuidados prenatales se inicien antes de la concepción. Hoy en día es más frecuente que las parejas programen sus embarazos, lo cual permite que

consulten antes al especialista, con el objetivo de reducir los riesgos que sean modificables. Sin embargo, aún existe una proporción significativa de embarazos que no son planeados, en los cuales las consecuencias negativas de muchos comportamientos, enfermedades y medicamentos podrían afectar el desarrollo de un embarazo precoz y a menudo dañar al feto, antes de que la mujer se dé cuenta que está embarazada.

Se debe obtener la historia médica personal y reproductiva completa; la historia de salud de la pareja y las conductas de riesgo psicosocial. Se debe realizar un examen físico general (IMC, presión arterial), un examen ginecológico, PAP. Hay que desarrollar también exámenes de laboratorio según corresponda (Hematocrito-Hb, Urocultivo, Grupo Rh y Coombs, VDRL, VIH).

Una mujer sana debe comenzar a tomar ácido fólico (400mg/día), idealmente dos meses antes de la concepción y continuarlo hasta al menos las 12 semanas

Una revisión de Cochrane que incluyó países de alto, mediano y bajos ingresos, no encontró evidencia fuerte en el número de partos prematuros y recién nacidos de bajo peso entre los grupos que recibieron un número reducido de controles prenatales (8, en países de altos ingresos y menos de 5, en países de bajos ingresos). Esto, comparado con los controles habituales. Aunque la frecuencia óptima es discutida, el tiempo y el contenido de los controles debe ser determinado de acuerdo a las necesidades y riesgo de cada mujer o su feto. Una mujer embarazada debe tener acceso a una consulta de emergencia las 24 horas del día.

La OMS, en base a un estudio multicéntrico realizado en 2003, recomienda un Modelo Control Prenatal en embarazos de bajo riesgo, con menor número de controles que lo utilizado habitualmente hasta esa fecha, enfatizando aquellas acciones que han mostrado ser efectivas para mejorar los resultados maternos y perinatales; medicina basada en evidencia. Sin embargo, en embarazadas con factores de riesgo materno o fetal, se debe diseñar un programa específico de seguimiento personalizado.

Los objetivos del control prenatal son:

- 1.-Evaluar el estado de salud de la madre y el feto
- 2.-Establecer la Edad Gestacional
- 3.-Evaluar posibles riesgos y corregirlos
- 4.-Planificar los controles prenatales
- 5.-Indicar ácido fólico lo antes posible, para la prevención de defectos del tubo neural

Según el Manual Ministerio de Salud 2008 el Objetivo general del Control Prenatal es:

- 1.-Controlar la evolución de la gestación
- 2.-Fomentar estilos de vida saludables
- 3.-Prevenir complicaciones
- 4.-Diagnosticar y tratar oportunamente la patología
- 5.-Derivar a niveles de mayor complejidad cuando corresponda
- 6.-Preparar a la madre, su pareja y familia, física y psíquicamente para el parto y nacimiento, ayudándoles a desarrollar sus respectivos roles parentales.

La frecuencia recomendada para un embarazo no complicado es:

- Cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas
- Cada 2–3 semanas entre la semana 28 a la semana 36
- Semanalmente después de las 36 semanas

En relación al esquema recomendado en el Manual Ministerio de Salud, 2008, la periodicidad del control prenatal dependerá del grado de riesgo obstétrico evaluado en el primer control, idealmente antes de las 20 semanas y de los controles posteriores a las 25-30-34-37-40 semanas.

Cuadro1: Sugerencia de control prenatal. Tamizaje e intervenciones.				Mínimo 5 consultas durante el embarazo	
Visita Inicial: <14 semanas	Visita entre: 14-24 semanas	Visita entre: 24-28 semanas	Visita entre: 28-34 semanas	Visita entre: 34-41 semanas	
Evaluación y Procedimientos					
<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica completa e identificación de riesgos. • Evaluación de edad gestacional por fecha de última menstruación • Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. • Verificación de esquema de vacunación • Referencia al especialista de acuerdo a riesgo obstétrico • Entre las semanas 11 a 13.6 ultrasonido para descartar aneuploidia 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de frecuencia cardíaca fetal. • Altura uterina • Movimiento fetales • Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC • Ultrasonido estructural semana 18-22 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de frecuencia cardíaca fetal. • Altura uterina • Movimiento fetales • Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. • Aplicación de Inmunoglobulina anti-D en la semana 28 en pacientes Rh negativas no sensibilizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de frecuencia cardíaca fetal. • Altura uterina • Movimiento fetales • Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC • Evaluación de salud fetal (USG obstétrico para evaluación de crecimiento, PSS de acuerdo a criterio médico y antecedentes obstétricos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de frecuencia cardíaca fetal. • Altura uterina • Presentación fetal • Movimiento fetales • Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. • Evaluación de salud fetal (USG, PSS de acuerdo a criterio médico y antecedentes obstétricos) 	
Pruebas de Laboratorio					
<ul style="list-style-type: none"> • Biometría hemática, Grupo y Rh, Glucosa, Examen general de orina, urocultivo, Papanicolaou, Exudado vaginal VDRL, prueba rápida VIH • Coombs si Rh – Urea y cr. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina • Biometría hemática • Curva de tolerancia a la glucosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina 	
		EGO 18-20	EGO 32 - 34		
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio • Nutrición • Asesoramiento para lactancia materna • Cese de uso de sustancias como tabaquismo, alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de resultados de pruebas realizadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Signos y síntomas de parto pretérmino 	<ul style="list-style-type: none"> • Signos y síntomas de Preeclampsia • Signos y síntomas de parto pretérmino • Síntomas de depresión en el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Signos y síntomas de Preeclampsia • Signos y síntomas del inicio de parto • Síntomas de depresión en el embarazo • Lactancia 	
Educación y Consejería en todas las semanas de gestación					
<ul style="list-style-type: none"> • Datos de Alarma Obstétrica, uso correcto del cinturón de seguridad Ciudad dental, planificación familiar, lactancia materna, preparación del parto, sensibilización al parto después de cesárea. 					

Cuadro 1. Cuadro resumen del control prenatal adecuado.

Objetivo general

Prevenir y detectar las complicaciones obstétricas a través de la realización del control prenatal en todas las mujeres embarazadas, con especial atención en los riesgos que se tiene las embarazadas menores de 20 años y/o mayores de 35 años.

Objetivos específicos

- Orientar a las mujeres sobre la importancia de llevar un control prenatal oportuno.
- Invitar a las mujeres en edad reproductiva a tomar ácido fólico en caso de planear un embarazo.
- Reconocer factores de riesgo para las embarazadas en todas las consultas de control prenatal.
- Otorgar a las pacientes un carnet perinatal, así como datos de alarma en el embarazo.
- Informar la importancia del uso de vitaminas prenatales y de la toma de estudios de laboratorio y de gabinete en semanas de gestación correspondientes.
- Informar sobre métodos anticonceptivos que pueden utilizar post parto.

Hipótesis de Investigación

Llevar a cabo un adecuado control prenatal, con información personalizada y específica para cada mujer, tiene efectos benéficos en la evolución del embarazo, reduciendo el número de complicaciones maternas, que se traduce en una reducción de la tasa de morbilidad materna.

Hipótesis nula

Llevar a cabo un adecuado control prenatal, con información personalizada y específica para cada mujer, no tiene efectos benéficos en la evolución del embarazo, ni reduce el número de complicaciones maternas, por lo que no abra una reducción de la tasa de morbilidad materna.

Metodología

Se realizó una campaña para incentivar a mujeres embarazadas para que acudieran a una primera cita de valoración prenatal.

A las mujeres que acudieron a valoración y aceptaron el control prenatal se les abrió un expediente con historia clínica completa, se les solicitó estudios de laboratorio pertinentes a las semanas de gestación. Se les proporcionara un carnet perinatal.

Se citó a las embarazadas una vez por mes donde se les hace toma de signos vitales (Peso, talla, presión arterial, saturación, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura), se revisa frecuencia cardiaca fetal, fondo uterino.

Se buscaron intencionalmente factores de riesgo para la madre o para él bebe en cada cita de control prenatal.

Se registró cada eventualidad como infecciones de vías urinarias, infecciones vaginales, aplicación de vacunas en el carnet y en el expediente



A partir de la semana 39 se les otorga referencia al Hospital Materno Infantil Ayotzingo para resolución del embarazo.

Fotografías 1 y 2. Muestra la frecuencia cardiaca fetal de mujer embarazada y paciente en la consulta de control prenatal.



Fotografías 3 y 4. Frecuencia cardiaca fetal y carnet de citas para el control prenatal.



Fotografía 5. Toma de fondo uterino en paciente embarazada.



Fotografías 6 y 7. Se muestra paciente subsecuente en su consulta de control prenatal y su carnet con los registros correspondientes.

Tipo de estudio

Diseño: Descriptivo

Tipo: Analítico

Población, criterios de inclusión, de exclusión

Todas las mujeres embarazadas de la comunidad de Santa María Huexoculco desde el comienzo de su embarazo hasta la resolución del mismo. Se les solicito autorización para participar en el protocolo de estudio.

Criterios de inclusión

- Mujer
- Edad reproductiva
- Embarazo en cualquier trimestre

Criterios de Exclusión

- No vivir en la comunidad de Santa María Huexoculco
- No estar embarazada

Definición operacional

El control prenatal es un conjunto de intervenciones que la gestante recibe con el afán de mantener un embarazo saludable y con el objetivo final de obtener un recién nacido física, mental y emocionalmente sano, una madre sin desgaste de su salud física, mental ni emocional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2016 añade que es un momento de educación para los futuros padres, momento crucial para promover conductas saludables y proveerles de información apropiada para un embarazo saludable, y buena recuperación del parto y post parto, así como para el cuidado del recién nacido y lactancia materna

Material y métodos

Se realizó el estudio en la comunidad de Santa María Huexoculco, Chalco, Edo. Mex. En el periodo de 03 de agosto de 2020 al 31 de julio 2021 en un horario de Lunes a viernes de 09:00hrs a 16:00hrs. Se eligieron a las mujeres que acudieron a consulta en este periodo para un control prenatal, todas ellas mujeres entre 14 y 31 años.

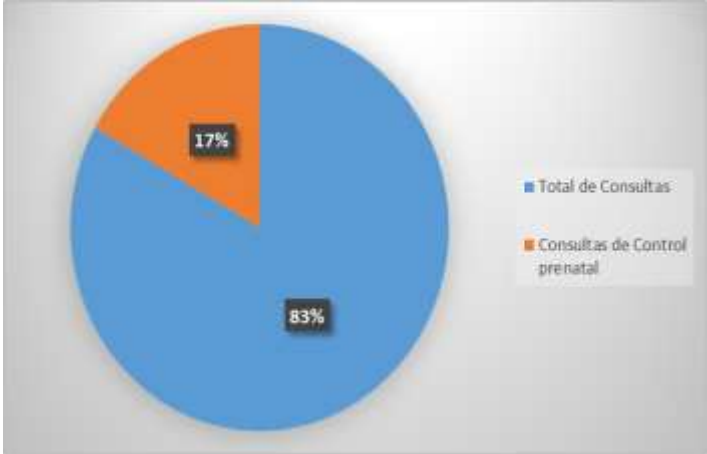
-Se realizó historia clínica.

Obtuvimos datos sociodemográficos, antecedentes obstétricos, nutricionales, patologías asociadas al embarazo, realización de cesárea, complicaciones perinatales, complicaciones neonatales, modo de nacimiento y termino de la gestación.

-Se tomó somatometría básica en cada consulta

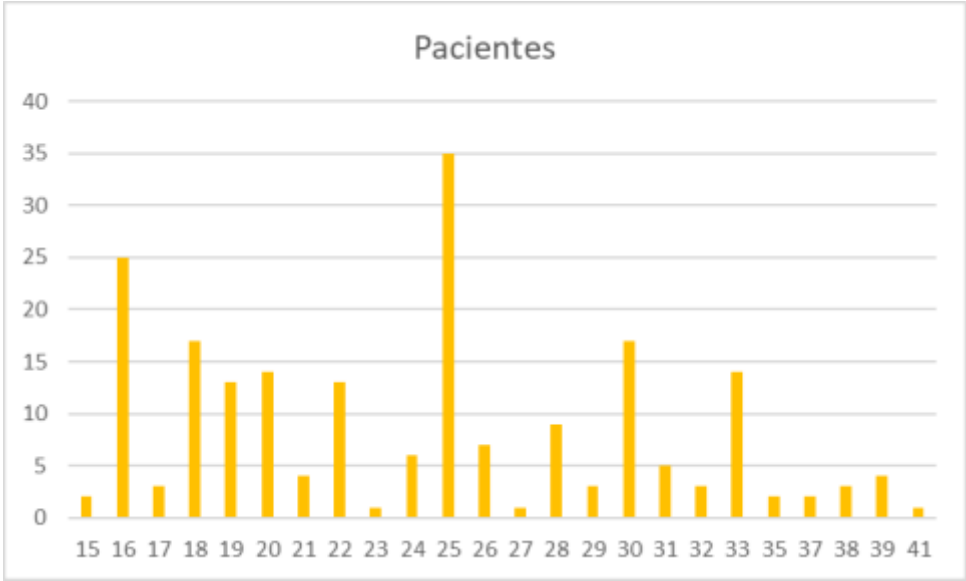
Resultados: cuadros y gráficas

Durante el año de servicio social se brindaron 1,504 consultas de las cuales 304 consultas fueron de control prenatal



Grafica 1. Porcentaje de consulas de control prenatal.

Respecto a la edad de la paciente obtuvimos que la mayoría de nuestras consultas de control prenatal eran en mujeres menores a 25 años.



Grafica 2. Edad de pacientes embarazadas

Teniendo un promedio de 4.05 consultas por embarazada. Teniendo como mínimo de consultas 1 y máximo 11.



Grafica 2. Muestra el numero de consultas por paciente.

Tomando en cuenta la edad gestacional de la primera consulta con el fin de nuestro propósito de evitar complicaciones prenatales, notamos que la media de semanas de gestación es de 20.5. Esto significa que la mayoría de las pacientes va por primera vez a atención médica en el segundo trimestre de embarazo. La mínima fue de 7.4sdg y la máxima de 37.4sdg.



Grafica 3. Muestra el inicio de control prenatal, predominando el segundo trimestre.

En cuanto al propósito de nuestra investigación, solo tuvimos 1 paciente con DT2 de diagnóstico previo al embarazo y una paciente con cardiopatía, la cual se refirió al Hospital Materno Infantil de Ayotzingo para su control. Ninguna de nuestras pacientes tuvo complicaciones antes, durante o después del parto. Se dio seguimiento de control de niño sano a 8 bebés de pacientes que se atendieron el control prenatal en el centro comunitario.

De las pacientes que llegaron a presentar alguno de los síntomas de alarma obstétrica, se les indico acudir a urgencias si estábamos fuera de horario de consulta y que debían acudir con sus hojas de valoración.

De igual manera se les solicitó sus hojas de atención al momento del parto.

Este formulario de 'Consulta de Urgencias' pertenece al Hospital General de Chalcó y es para el paciente HERNÁNDEZ, ROSA YOLANDA. El formulario está completado con datos de contacto, historial médico que menciona hipertensión y diabetes, y una lista de medicamentos. Se han marcado varias opciones en las secciones de 'Módulos de Atención' y 'Destino'.

Este formulario de 'Consulta de Urgencias' pertenece al Hospital General de Chalcó y es para el paciente HERNÁNDEZ, ROSA YOLANDA. El formulario está completado con datos de contacto, historial médico que menciona hipertensión y diabetes, y una lista de medicamentos. Se han marcado varias opciones en las secciones de 'Módulos de Atención' y 'Destino'.

Este formulario de 'Consulta de Urgencias' pertenece al Hospital General de Chalcó y es para el paciente HERNÁNDEZ, ROSA YOLANDA. El formulario está completado con datos de contacto, historial médico que menciona hipertensión y diabetes, y una lista de medicamentos. Se han marcado varias opciones en las secciones de 'Módulos de Atención' y 'Destino'.

Este formulario de 'Consulta de Urgencias' pertenece al Hospital General de Chalcó y es para el paciente HERNÁNDEZ, ROSA YOLANDA. El formulario está completado con datos de contacto, historial médico que menciona hipertensión y diabetes, y una lista de medicamentos. Se han marcado varias opciones en las secciones de 'Módulos de Atención' y 'Destino'.

Notas de Evolución

HOSPITAL MATERNO INFANTIL CHALCO "JOSÉFA ORTIZ DE DOMÍNGUEZ"

DE LA CRUZ GARCÍA EXP- 56116

FECHA DE INGRESO: 08-03-2021
FECHA DE EGRESO: 07-03-2021

DIAGNÓSTICO DE PRIMER TRIMESTRE: MECO- TERMINO 16-35-305- FETO ADECUADO- ASIA- ASIA- GASTROCNAL- HIPOTERMIA- ANORMIA- HSA DE MADRE- DIABÉTICA

DIAGNÓSTICO DE SEGUNDO TRIMESTRE: MECO- TERMINO 16-36-364- 3055- FETO ADECUADO- ASIA- ASIA- GASTROCNAL- HIPOTERMIA- ANORMIA- HSA DE MADRE- DIABÉTICA

DIAGNÓSTICO DE TERCER TRIMESTRE: MECO- TERMINO 16-36-364- 3055- FETO ADECUADO- ASIA- ASIA- GASTROCNAL- HIPOTERMIA- ANORMIA- HSA DE MADRE- DIABÉTICA

NOTA DE ALTA DE FEDATARIA: 07-03-2021 15:00

FECHA DE INGRESO: 08-03-2021
FECHA DE EGRESO: 07-03-2021

DIAGNÓSTICO DE PRIMER TRIMESTRE: MECO- TERMINO 16-35-305- FETO ADECUADO- ASIA- ASIA- GASTROCNAL- HIPOTERMIA- ANORMIA- HSA DE MADRE- DIABÉTICA

DIAGNÓSTICO DE SEGUNDO TRIMESTRE: MECO- TERMINO 16-36-364- 3055- FETO ADECUADO- ASIA- ASIA- GASTROCNAL- HIPOTERMIA- ANORMIA- HSA DE MADRE- DIABÉTICA

DIAGNÓSTICO DE TERCER TRIMESTRE: MECO- TERMINO 16-36-364- 3055- FETO ADECUADO- ASIA- ASIA- GASTROCNAL- HIPOTERMIA- ANORMIA- HSA DE MADRE- DIABÉTICA

NOTA DE ALTA DE FEDATARIA: 07-03-2021 15:00

Notas de Evolución

HOSPITAL MATERNO INFANTIL CHALCO "JOSÉFA ORTIZ DE DOMÍNGUEZ"

FECHA DE INGRESO: 08-03-2021
FECHA DE EGRESO: 07-03-2021

DIAGNÓSTICO DE PRIMER TRIMESTRE: MECO- TERMINO 16-35-305- FETO ADECUADO- ASIA- ASIA- GASTROCNAL- HIPOTERMIA- ANORMIA- HSA DE MADRE- DIABÉTICA

DIAGNÓSTICO DE SEGUNDO TRIMESTRE: MECO- TERMINO 16-36-364- 3055- FETO ADECUADO- ASIA- ASIA- GASTROCNAL- HIPOTERMIA- ANORMIA- HSA DE MADRE- DIABÉTICA

DIAGNÓSTICO DE TERCER TRIMESTRE: MECO- TERMINO 16-36-364- 3055- FETO ADECUADO- ASIA- ASIA- GASTROCNAL- HIPOTERMIA- ANORMIA- HSA DE MADRE- DIABÉTICA

NOTA DE ALTA DE FEDATARIA: 07-03-2021 15:00

FECHA DE INGRESO: 08-03-2021
FECHA DE EGRESO: 07-03-2021

DIAGNÓSTICO DE PRIMER TRIMESTRE: MECO- TERMINO 16-35-305- FETO ADECUADO- ASIA- ASIA- GASTROCNAL- HIPOTERMIA- ANORMIA- HSA DE MADRE- DIABÉTICA

DIAGNÓSTICO DE SEGUNDO TRIMESTRE: MECO- TERMINO 16-36-364- 3055- FETO ADECUADO- ASIA- ASIA- GASTROCNAL- HIPOTERMIA- ANORMIA- HSA DE MADRE- DIABÉTICA

DIAGNÓSTICO DE TERCER TRIMESTRE: MECO- TERMINO 16-36-364- 3055- FETO ADECUADO- ASIA- ASIA- GASTROCNAL- HIPOTERMIA- ANORMIA- HSA DE MADRE- DIABÉTICA

NOTA DE ALTA DE FEDATARIA: 07-03-2021 15:00

Hoja de Egreso

HOSPITAL MATERNO INFANTIL "JOSÉFA ORTIZ DE DOMÍNGUEZ"

DE LA CRUZ GARCÍA- VARELA

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:
GESTA A 31.7 SEMANAS DE 36.4 SEM, TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE, RUPTURA MEMBRANA DE MEMBRANAS, DIÁMETRO MELIUSO OBSCURO, LAMINA FERTILIDAD SATISFHEVA

DIAGNÓSTICO DE EGRESO:
PUERPERIO QUINCUENARIO MEDIO, TPO DELUMON TUBERGA BILATERAL, DIÁMETRO MELIUSO TPO 2.85 CONTROL

CESARIA TIPO KEHR
078

MANEJO: MANEJO TIPO DE ESTUDIO EN UNIDAD

COMPLICACIONES:

REVISIÓN:

INDICACIONES:

TIPO DE ALTA:
1. AMBULATORIO
2. VOLUNTARIO
3. DEREGISTRADO
4. NO AMBITO TRATAMIENTO

OTRO TIPO DE ALTA:
5. MEDICINA
6. DEFUNCION SIN AUTOPSIA
7. DEFUNCION CON AUTOPSIA
8. DEFUNCION SIN AUTOPSIA

UNIDAD DE ATENCIÓN:
1. CONSULTA EXTERNA
2. UNIDAD DE RESERVA
3. OTRA UNIDAD
4. UNIDAD AUXILIAR

FECHA DE EGRESO: 07-03-2021

FECHA DE INGRESO: 08-03-2021

Hoja de Egreso

HOSPITAL MATERNO INFANTIL "JOSÉFA ORTIZ DE DOMÍNGUEZ"

DE LA CRUZ GARCÍA- VARELA

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:
GESTA A 31.7 SEMANAS DE 36.4 SEM, TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE, RUPTURA MEMBRANA DE MEMBRANAS, DIÁMETRO MELIUSO OBSCURO, LAMINA FERTILIDAD SATISFHEVA

DIAGNÓSTICO DE EGRESO:
PUERPERIO QUINCUENARIO MEDIO, TPO DELUMON TUBERGA BILATERAL, DIÁMETRO MELIUSO TPO 2.85 CONTROL

CESARIA TIPO KEHR
078

MANEJO: MANEJO TIPO DE ESTUDIO EN UNIDAD

COMPLICACIONES:

REVISIÓN:

INDICACIONES:

TIPO DE ALTA:
1. AMBULATORIO
2. VOLUNTARIO
3. DEREGISTRADO
4. NO AMBITO TRATAMIENTO

OTRO TIPO DE ALTA:
5. MEDICINA
6. DEFUNCION SIN AUTOPSIA
7. DEFUNCION CON AUTOPSIA
8. DEFUNCION SIN AUTOPSIA

UNIDAD DE ATENCIÓN:
1. CONSULTA EXTERNA
2. UNIDAD DE RESERVA
3. OTRA UNIDAD
4. UNIDAD AUXILIAR

FECHA DE EGRESO: 07-03-2021

FECHA DE INGRESO: 08-03-2021



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

SESA

Hoja de Egreso

HOSPITAL MATERNO INFANTIL "JOSÉFA ORTÍZ DE ROSALES"		NO. REGISTRO	33107
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		EDAD	11 AÑOS
DECIDIDO CONSENTIR		FECHA DE INGRESO	20/11/2021
CLÍNICA	GINECOLOGÍA Y OBSTETRIA	FECHA DE EGRESO	20/11/2021 13:48

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE LA MUJER + PROBLEMAS TIPO + LESIONES IDENTIFICADAS

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: PUERPERIO QUIRÚRGICO RIESGO + 01B

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

OSIÁREA AZUL

INDICACIONES

NINGUNA

COMPLICACIONES

NINGUNA

1. CIRCUNDA	1.1. MUCOSA	1.1.1. MUCOSA	1.1.2. MUCOSA
2. VOLUMEN	2.1. INFLAMACIÓN	2.1.1. INFLAMACIÓN	2.1.2. INFLAMACIÓN
3. TENDENCIA	3.1. INFLAMACIÓN	3.1.1. INFLAMACIÓN	3.1.2. INFLAMACIÓN
4. INFLAMACIÓN	4.1. INFLAMACIÓN	4.1.1. INFLAMACIÓN	4.1.2. INFLAMACIÓN

FECHA DE EGRESO: 20/11/2021

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO

Dr. José Ortiz de Rosales

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

SESA | EDOALÉX

HOSPITAL MATERNO INFANTIL
"JOSÉFA ORTÍZ DE ROSALES"
SERVICIO DE PEDIATRÍA

NOTA DE ALTA DE PEDIATRÍA

FECHA DE EGRESO: 24/07/21

NOMBRE DEL PACIENTE: Dante Sánchez R.

FECHA DE NACIMIENTO: 21/01/21

HORA DE NACIMIENTO: 01:57h

LUGAR DE NACIMIENTO: OSBANKA

ANGIO: B19 SILVERMAN: 0

SEXO: M

EDAD: 2065 MESES

TALLA: 48 CM

PO: 32 KG

Razon médico: Vag profesor de medicina ... años, quien cursa sus primeros meses de vida en ... Sistema cardiovascular: ... Sistema respiratorio: ... Sistema gastrointestinal: ... Sistema urinario: ... Sistema musculoesquelético: ... Sistema inmunológico: ... Sistema endocrino: ... Sistema nervioso: ... Sistema reproductivo: ...

ACERCA DEL ESTADO GENERAL, ANTES DEL EGRESO: ... a hospitalización de ... días de ... hospitalización: ... Sistema respiratorio: ... Sistema cardiovascular: ... Sistema gastrointestinal: ... Sistema urinario: ... Sistema musculoesquelético: ... Sistema inmunológico: ... Sistema endocrino: ... Sistema nervioso: ... Sistema reproductivo: ...

OBSERVACIONES:

...

...

...

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: RAT 34504 Operación de Sino

Dr. José Ortiz de Rosales

MÉDICO PEDIATRA CÉDULA: ...

Análisis de resultados

Dentro de la investigación que se llevó a cabo en el Centro de Desarrollo Comunitario “Huexoculco”, Chalco, Estado de México. Se llevó el control prenatal de 82 mujeres embarazadas. Este control prenatal ocupó el 17% del total de consultas que se brindaron durante el año de servicio social 2020- 2021, como lo podemos ver en la gráfica 1.

En la gráfica 2 podemos analizar los diferentes grupos de edad al momento de la primera consulta, 13 pacientes son menores de 18 años, 41 pacientes tienen entre 19 y 25 años y 28 mujeres son mayores de 25 años y hasta 40 años que fue la paciente de mayor edad a quien se llevó su control prenatal.

Dentro de las consultas que se brindaron a las pacientes podemos observar en la gráfica 3, la paciente con mayor número de consultas tuvo un máximo de 11 consultas durante todo su control prenatal, hubo más de 1 paciente que solo se presentaron en una ocasión para su atención médica. El promedio de consultas que se tuvo es de 4 consultas por paciente.

Por último, nuestra gráfica 4 nos muestra uno de los datos más importantes dentro de nuestro trabajo, ya que nos muestra el porcentaje de mujeres que acudieron por un control prenatal en tiempo adecuado, consideramos adecuado a las que asistieron dentro del primer trimestre de gestación, el 26% de nuestras pacientes acudieron entre la semana 0 y 12 de gestación, el 52% de las pacientes acudieron entre la semana 13 y 26, la mayoría acudió en la semana 15; el 22% acudió después de la semana 27 de gestación.

Conclusiones de la investigación

El vacío que deja una madre no puede ser ocupado por otra persona,
ya que su presencia es irremplazable.

-Anónimo.

Basados en la literatura se encontró que a mayor número de consultas de control prenatal menores son las complicaciones durante el embarazo, la importancia de tener un control prenatal adecuado y a tiempo es de suma importancia en el periodo de gestación; para tener un adecuado control y seguimiento se brindó un carnet perinatal donde se registró toda la información referente al embarazo.

Durante las consultas de control prenatal se brindó orientación a las mujeres embarazadas sobre la importancia de tener un adecuado seguimiento médico, transmitir la información de manera adecuada a las pacientes permite que ellas puedan identificar situaciones de riesgo conforme a los datos de alarma que se les otorgo en la primera consulta, con énfasis en las exámenes posteriores, demostrando así la gran utilidad que está información tiene.

Como trabajadores de la salud de primer nivel de atención, es menester reconocer los factores de riesgo de cada embarazada, para identificar de manera oportuna las posibles complicaciones que cada paciente pudiera llegar a tener, es indispensable seguir las recomendaciones y evidencias de la literatura actual. Dentro de la comunidad donde realizamos el presente trabajo encontramos puntos sobresalientes a destacar.

Que las mujeres consideran el embarazo como una forma de realización personal y en sus respuestas reflejan la creencia de que cambia su status familiar y social, ya que al ser madres son respetadas por su familia y gozan de más derechos.

Que las jóvenes tienen conocimiento de métodos anticonceptivos, principalmente de cuatro de ellos, aunque la información es limitada, dice que ya los han utilizado, lo importante es en que momento y en las condiciones que lo hicieron ya que las jóvenes escolarizadas manifiestan inhibiciones respecto al uso y la preferencia de métodos, las mujeres mayores embarazadas y madres por su parte hablan de que aun y cuando no querían un embarazo dejaron de utilizar el método anticonceptivo que hasta ese momento utilizaban.

Así mismo, las mujeres estudiadas ven el embarazo como una forma de realización personal, lo que probablemente este ligado a la falta de oportunidades en el medio social, a la falta de reconocimiento de los derechos de los adolescentes ya que las jóvenes dicen no encontrar un respeto social, familiar y legal hasta que son madres.

Se llevó a cabo la invitación de tomar ácido fólico en todas las consultas ofertadas a mujeres en edad fértil, así como la ministración en quienes acudían a su consulta de control prenatal, realizándose énfasis en todos los beneficios pre concepcionales que

tiene. También se informó sobre la importancia del uso de vitaminas prenatales y de la toma de estudios de laboratorio y de gabinete de acuerdo a las semanas de gestación de cada paciente.

Otro factor importante fue informar sobre métodos anticonceptivos que pueden utilizar post parto, desde métodos hormonales, químicos o parcialmente irreversibles, que no interfieren sobre el periodo de lactancia, además de permitir el libre espaciamiento de hijos, que tiene consecuencias positivas en la salud y economía de las mujeres y sus familias.

Por lo que al igual que otros estudios poblacionales, podemos inferir que lograr un control prenatal adecuado nos ayuda a evitar complicaciones en el embarazo, sobretodo en pacientes con factores de riesgo como cardiopatías, Diabetes mellitus tipo 2 y antecedentes de enfermedades hipertensivas del embarazo, entre otros, para que de esta manera la tasa de morbilidad materna disminuya.

Bibliografía

1. Alan H. DeCherney, Lauren Nathan, Neri Laufer, Ashley S. Roman. (2013). Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
2. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. Clinical guideline [CG62] Published: 26 March 2008 Last updated: 04 February 2019
3. Bryce Moncloa, Alfonso, Alegría Valdivia, Edmundo, Valenzuela Rodríguez, Germán, Larrauri Vigna, César Antonio, Urquiaga Calderón, Juan, & San Martín San Martín, Mauricio G. (2018). Hipertensión en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(2), 191-196. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077>
4. Cabrera S: *Hemorragia Posparto. Rev Per Ginecol Obstet* 2010, 56(1):23-31.
5. Chávez Carapia J, Padilla Aguilar: Administración pública y políticas de salud 2013. 1ª ed. México, Miguel Ángel Porrúa.
6. Conde Agudelo A, Belizan JM, Lammers C: Maternal--perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross--sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;192:342--349.
7. Courtney Olson-Chen, Neil S. Seligman. (2016). Hypertensive Emergencies in pregnancy. *Critical care clinics*, 29,31,39.
8. Cowen: Resuscitation. In: *A Textbook of Postpartum Hemorrhage: A Comprehensive Guide to Evaluation, Management and Surgical Intervention*. Sapiens Publishing; 2006:170-178.
9. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, III LCG: *Obstetricia de Williams*, 22 edn: McGraw-Hill; 2006.
10. *Dirección-General-de-Salud-Reproductiva., Secretaría-de-Salud.: Manual de atención: Urgencias obstétricas en unidades de primer nivel. In. D.F. Mexico: D.F: Secretaría de Salud; 2001.*
11. Dietmar Schlembach, Volker Homuth & Ralf Dechend. (2015). *Treating Hypertension in Pregnancy*. ProQuest, 3.
12. Dowswell T, Carroli G, Duley L et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low risk pregnancy. *Cochrane database of systematic Reviews* 2010, issue 10. Art N° CD000934. DOI:10.1002/14651858. CD000934.pub2.
13. Jesus Briones Garduño, Manuel Diaz de Leon Ponce. (2013). *Mortalidad materna*. México, D.F: Alfil.
14. Lezana MA. Evolución de las tasas de mortalidad materna en México. En: Elu MC, Santos-Pruneda E, editores. *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*. México: Comité por una Maternidad Sin Riesgo (CPMSR); 1999: 53-70
15. Organización Mundial de la Salud. OMS. *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [document en línea] 1°ed*. Ginebra; [20 de enero de

2021] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/1/who-rhr-16.12-eng.pdf>

16. Organización Mundial de la Salud. [homepage en Internet]. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud; c2016 [consultado 16 enero 2021]. Disponible en http://publications/maternal_perinatal_health//ANC_infografics/es/
17. Protocolo: Manejo multidisciplinario de la hemorragia obstétrica masiva. Hospital Donostia. [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckcmprn05/es/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo_45HemorragiaObstetrica.pdf]
18. UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015. New York, USA, UNICEF, 2015

ANEXOS

1. Datos de alarma que fueron entregados impresos a cada paciente en su primera consulta de control prenatal.

Datos de alarma para embarazada: Dolor de cabeza intenso. hinchazón de manos, cara, piernas y pies. Si escucha zumbidos, si ve lucecitas o ve nublado. Dolor en la boca del estómago. Náuseas y vómitos frecuentes. Sangrado vaginal. Salida de líquido por vagina con o sin dolor. Disminución o ausencia del movimiento del bebe por más de 2 horas (28sdg). Aumento de más de 2kg en una semana. Si tiene contracciones de 3 a 5 min de duración. Dificultad para respirar. Convulsiones.

2. Tríptico de información



Centro de Desarrollo Comunitario "Huexoculco"

Control Prenatal



Dra. Dulce García Prado

¿Cuántas consultas debo tener?

Semana 0 a 28 semanas de gestación... **1 vez al mes**
Semana 29 a la semana 34 de gestación... **Cada 2 o 3 semanas**
De la semana 34 en adelante... **1 vez a la semana**

¿Qué dieta debo seguir?

Se requiere comer sano, variado y equilibrado. Realiza 5 comidas al día, 3 principales y 2 colaciones, incluye una porción de los tres grupos de alimentos en el desayuno, comida o la cena, y en la colación preferentemente frutas y verduras.

Grupo 1 "Verduras y frutas": Apio, betabel, brócoli, calabaza, champiñones, chayote, chicharos, col, espinacas, acelgas, flor de calabaza, jicama, jitomate, lechuga, nopal, pepino, pimientos, zanahoria, hinojo, melón, papaya, sandía, manzana, mandarina, mango, cítricos, guayaba, plátano, durazno, higo, tuna, pera.

Grupo 2 "Cereales": Avena, pasta, bolillo, cereal sin azúcar, granos de arroz, arroz, galleta maría, galleta salada, granola, palomitas, tortitas de maíz, entre otros.

Grupo 3 "leguminosas y alimentos de origen animal": Híjil, lenteja, haba, garbanzo, soya, leche, yogur, carne de res, pollo, pescada, queso, huevo, entre otros.

Durante el embarazo es necesario consumir vitaminas minerales y ácidos grasos.

Hierro: Hígado de pollo, pulpa de res, lentejas, garbanzo, frijol, sardina y yema de huevo. Combinar con alimentos ricos en Vitamina C para mejorar su absorción.

Vitamina B12: Hígado de pollo, sardina, atún, leche descremada.

Zinc: Flor de calabaza, lentejas, garbanzo, carne de res magra y sardina.

Omega 3: Sardina, soya, pescada, nuez, aceite de soya y atún.

¿Qué hacer si tengo náuseas?

-Come frecuentemente raciones pequeñas, de modo que su estómago nunca esté vacío.
-Evite pasar o estar cerca de mostradores de perfumes, cocinas de restaurantes, taxis con mal olor, canchales u otros lugares donde haya olores fuertes.
-Si las vitaminas prenatales empeoran sus síntomas, intente tomarlas en la noche antes de dormir. Si aun así le generan molestias, está bien dejar de tomarlas por pocos días.
-Quizás se haya dado cuenta que los náuseas empeoran cuando se cepilla los dientes. Cambiar la marca de pasta dental podría ayudarla.
-Prueba comiendo pan tostado, galletitas saladas, galletas de fijo integral, papas y otros carbohidratos suaves o fáciles de digerir.

¿Cuánto debo subir de peso?

Rango de Peso Corporal	Aumento de Peso Recomendado
Mucha de 100	11.5 a 14 kilos (26 a 30 libras) (que incluye del bebé)
Entre 100 y 125	11.5 a 16 kilos (26 a 35 libras) (que incluye del bebé)
Entre 125 y 150	7 a 11.5 kilos (16 a 25 libras) (que incluye del bebé)
Mucha de 150	5 kilos (11 libras) o menos (incluido)

¿Cómo controlo los calambres?

Consuma adecuada de calcio y magnesio, se recomienda caminar, subir las piernas en una almohada, masaje para disminuir el dolor y los calambres.

Si tiene dudas...
 ¡Consulte a su médico!

¿Puedo tener relaciones sexuales?

El tener relaciones sexuales durante el embarazo es perfectamente posible. En la primera mitad del embarazo, como su cuerpo no ha cambiado todavía de manera notable, la relación sexual generalmente puede continuar como antes. Usted puede notar que sus senos están muy sensibles al tacto e incluso dolorosos. Más adelante, a medida que crece el útero, algunas posiciones sexuales se hacen más difíciles, por lo que usted y su pareja se pueden dar cuenta de que tienen que ser un poco creativos para que la cosa funcione.

Evite las relaciones sexuales si tiene un riesgo elevado de contracciones de parto prematuro. Si usted tiene placenta previa en el tercer trimestre, debe evitar las relaciones sexuales.

Recomendaciones

Una lista corta de masturbaciones que **NO** son recomendadas tomadas durante el embarazo incluyen la orfema, la **caudilla**, la atarola o Nardo de Santa María, la **cañabazo** negro, la escoba escocesa o refamo de escoba, el rallo de oro, la brava de anillo, la canela, el aceite de palo, la ruta, el molido y el **ata**.

¿Qué hacer si tengo flujo vaginal?

El flujo vaginal suele aumentar considerablemente en el embarazo. Los flujos vaginales **NO** son recomendados por que pueden afectar la flora normal. Si presenta flujo color marrón, amarillo, verdoso o blanco, espeso y tiene mal olor, debe acudir al médico.

Consecuencias de uso de sustancias ilícitas

Evite uso de medicamentos que **NO** le hayan recetado, **NO** cambie las dosis de medicamentos por su cuenta, **evite** drogas, alcohol o sustancias

ilícitas. El consumo de tabaco presente en el humo del cigarrillo disminuye la cantidad de oxígeno que su bebé necesita para crecer, y la nicotina reduce la circulación sanguínea al feto. Como resultado, las mujeres que fuman tienen un mayor riesgo de dar a luz bebés de bajo peso. El fumar durante el embarazo está vinculado a un mayor riesgo de parto prematuro, de un aborto espontáneo, de placenta previa, de un desprendimiento prematuro de la placenta, una ruptura prematura de las membranas amnióticas y también con el síndrome de muerte súbita del lactante (SMS) después que nace el bebé. El uso de cocaína o crack por una mujer embarazada puede elevar gravemente la presión arterial, causar un desmayo cerebral, un infarto del miocardio, e incluso la muerte repentina. Además, el uso de cocaína aumenta el riesgo de que el bebé tenga problemas de crecimiento, nacimiento prematuro, desprendimiento prematuro de la placenta, y subnutrición fetal. Las mujeres que usan cocaína al principio del embarazo ponen en riesgo a su bebé de desarrollar una gran variedad de anomalías congénitas. También, las niñas nacidas de mujeres que usan cocaína durante el embarazo corren un mayor riesgo de sufrir problemas neurológicos, de comportamiento, convulsiones y DDA.

Higiene Personal y Bucal

Se recomienda:

- Bañarse diario
- Usar pañuelos de algodón o con puente de algodón, con cambio diario.
- Usar ropa holgada (de maternidad), espaldas cómodas con talle no mayor a 3 cm
- Evitar duchas vaginales
- Lavado de manos antes de preparar y comer alimentos, antes y después de ir al baño
- Cepillarse los dientes después de cada comida y antes de dormir
- Acudir al dentista para valorar salud bucal, detectar caries, infección u otro problema.



Centro de Desarrollo
 Comunitario "Huexoculco"

Ya nació,
 ¡Felicidades!



Dra. Dulce García Prado

Cuidados posteriores al parto o cesárea

Conocida como puerperio o cuarentena, inicia a partir de que nace el bebé y hasta los 42 días. Es necesario continuar en vigilancia médica para identificar complicaciones.

Es normal presentar cólicos y sangrado vaginal, que cambian de color marrón claro o rosa, hasta ser blanquecino o amarillo claro y desaparecer. Se aconseja acudir a tu clínica de medicina familiar para obtener un método anticonceptivo.

Planificación familiar

Para lograr la recuperación completa después del parto o cesárea es importante espaciar tu siguiente embarazo por lo menos DOS años. No corras riesgos. ¡Planifícal!

El método temporal más recomendable después del parto o cesárea es el DIU, que te permitirá amamantar a tu hijo(a) sin riesgo de embarazo.

Cuando **NO** desees tener más hijos, los métodos definitivos son la mejor opción. La vasectomía en el hombre y la "Española de trompas" en la mujer.

Técnicas de amamantamiento

Para evitar grietas en los pezones es necesario una buena técnica de amamantamiento (posición, agarre y succión).

- Adecuada posición:
- Debes estar tranquila y relajada, en posición cómoda, sentada.
 - Espalda derecha y recargada en el respaldo.
 - Pies sobre el suelo o en un banco
 - La cabeza del bebé debe descansar sobre el pliegue de tu codo.
 - Puedes colocar un cojín sobre tus piernas para mantener a tu bebé en línea recta entre su oreja, hombro y cadera.

"Tu bebé debe estar frente al pecho en contacto "panza con panza", con tu otra mano debes tomar tu seno en forma de "C" para atraerlo."

Anti-agarre	Buena succión
Boca de tu bebé bien abierta labios hacia afuera (para de- spegar)	Íngulos de boca bien succión lenta
Bebé de boca tocando tu pecho	Se escuchan los ruidos al pasar de la leche
Arco más visible en parte superior	Tu bebé está tranquilo y relajado

Para retirar el pecho de la boca del bebé debes introducir tu dedo índice o meñique en la orilla de su boca, así podrá soltar el pezón y la areola sin lastimarnos.

Extracción manual de leche

- Previo lavado de manos, dale un masaje en los pechos de forma circular, siguiendo los manecillos del reloj y presiona ligeramente con los dedos.
- Frota los pechos suavemente de atrás hacia adelante, formando tu seno con la mano en forma de "C".
- ¡Acción! accudiendo los pechos para que baje la leche.
- Exprime presionando los pechos sin lastimarte y deposita la leche en un frasco limpio.
- Repite las pases anteriores de cada pecho y finalmente tapa y etiqueta el frasco con nombre, fecha y hora de extracción.

Si tiene dudas...
¡Consulte a su médico!

¿Cómo conservar la leche materna extraída?

- Debe ser en frascos de vidrio con boca ancha, previamente hervidos durante 15 min.
- Después de extraer tu leche, debes mantenerla tapada y en refrigeración.
- Para transportarla es necesario tener una hielera con congelantes.
- Cuando la entibies para alimentar a tu bebé debe ser en baño maría.
- No debes calentarla a fuego directo NI en microondas, ya que pierde sus propiedades.
- Para dársela al bebe recuerda que debe ser en su mamila o vaso.

Consultas médicas de mi bebe

Durante el primer año de vida debe acudir a consulta cada mes.
De 1 a 4 años una consulta cada 6 meses.
De 5 años en adelante 1 consulta al año.

Para valorar crecimiento y desarrollo, peso y talla.

Recomendaciones de alimentación

MENORES DE 6 MESES:

- Dar leche materna todas las veces que el niño quiera. Por lo menos 10 al día
- Por cada mamada, motivar al niño a vaciar el pecho y al terminar, ofrecerle el otro.
- No dar agua ni ninguna otra cosa.

6 - 8 MESES:

- Iniciar alimentación complementaria
- Continuar dando leche materna todas las veces que el niño quiera
- Alimentos suaves deshechos como: papilla, arroz, tortilla, frijol
- Empezar una vez al día con 2-3 cucharadas de un solo alimento durante 3-4 días
- El huevo puede agregarse diariamente siempre que no haya antecedentes de alergia.
- A los 7-8 meses, dar alimentación hasta 3 veces al día, entre cada mamada
- Ofrecer agua después de la alimentación

9 - 11 MESES:

- Darle todos los alimentos disponibles en la familia, incluyendo lácteos, carnes y pescado
- Continuar leche materna
- Alimentos finamente picados
- 3 tiempos de comida + 1 merienda
- Tener plato propio

12 - 24 MESES:

- Continuar con dieta familiar
- 3 tiempos de comida + 2 meriendas
- Leche materna hasta los 2 años.
- Hablar amorosamente mientras le da de comer

2 AÑOS EN ADELANTE:

- 3 comidas diarias + 2 meriendas

Esquema de vacunación

Edad	BIC		Vacuna B	
	BCG	DTaP	Polio	MM
0 meses	Primera dosis	Primera D	Primera P	Primera MM
2 meses	Primera dosis	Segunda D	Segunda P	Segunda MM
4 meses	Primera dosis	Primera D	Primera P	Primera MM
6 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
12 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
15 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
18 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
24 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
36 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
48 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
60 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
72 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
84 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
96 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
108 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
120 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
132 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
144 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
156 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
168 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
180 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
192 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
204 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
216 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
228 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
240 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
252 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
264 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
276 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
288 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
300 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
312 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
324 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
336 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM
348 meses		Primera D	Primera P	Primera MM
360 meses		Segunda D	Segunda P	Segunda MM

CAPITULO II DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD DONDE SE HIZO LA INVESTIGACIÓN

Datos históricos

La palabra Huexoculco se compone en mexicano de Huetl, Sauz de Cultic o Coltc, y de co, en, que significa “en donde está el Sauce torcido”, lugar donde hay linejotes teñidos. En la época prehispánica era un área boscosa, no había asentamientos humanos hasta el siglo XVII, en que se funda el poblado por mandato de una congregación; donde los habitantes trabajaban en una actividad rural y obrajes. En el siglo XIX fue importante proveedor de mano de obra para las fábricas que en ese periodo se instalaron en la región



Fotografías tomadas durante mi estancia en Santa María Huexoculco.

Geografía local

2.1 Localización

El municipio de Chalco se encuentra localizado en el sector oriente del Estado de México, es decir, ubicado entre la Ciudad de México y el estado de Puebla, forma parte por tanto del Valle de México y se extiende hasta las primeras elevaciones de la Sierra Nevada, cadena nevada de los volcanes Iztaccíhuatl y Popocatepetl.

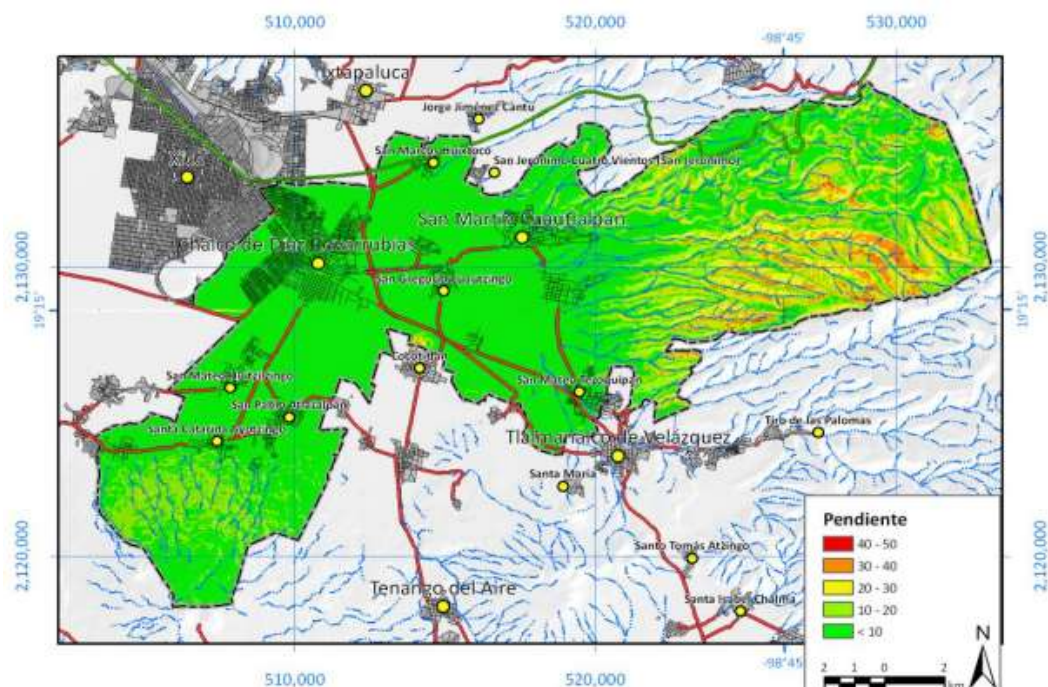
Santa María Huexoculco se encuentra a 2348 metros sobre el nivel del mar. Se encuentra a 9.9 km de la cabecera municipal de Chalco, además se organiza por cuatro barrios que son: El panteón, Santa Rosa, Asunción, Virgen del Carmen y Tepetates.

La Comunidad limita con las siguientes comunidades: Santa María, San Martín Cuautlalpan, volcán Iztaccíhuatl, San Gregorio Cuautzingo, rancho San José y Miraflores.

2.2.3 Orografía

El Municipio de Chalco, se encuentra sentado entre el Valle de México y las grandes elevaciones de la Sierra Nevada, en consecuencia la diferencia en altitud es significativa, cuenta con tres características de relieve zona accidental 33% del territorio, se localiza al sur del municipio, así como los cerros de Tlapipi, el Papayo, el Pedregal de Teja, Coletto e Ixtlaltetlac de acuerdo a datos obtenidos a través de CIESA, Consultores en Ingeniería y ecología, S. A. de C.V

La región del Municipio se conforma principalmente por materiales de origen volcánico (basalto y andesita en su parte alta) y por sedimentos finos en la parte baja, de acuerdo a datos obtenidos a través de CIESA, Consultores en Ingeniería y ecología, S. A. de C.V. Recuperado de: <http://sinat.semarnat.gob.mx/dgiraDocs/documentos/mex/estudios/2004/15EM2004VD044.pdf>



Mapa 1. Orografía del municipio de Chalco

2.2.4 Hidrografía

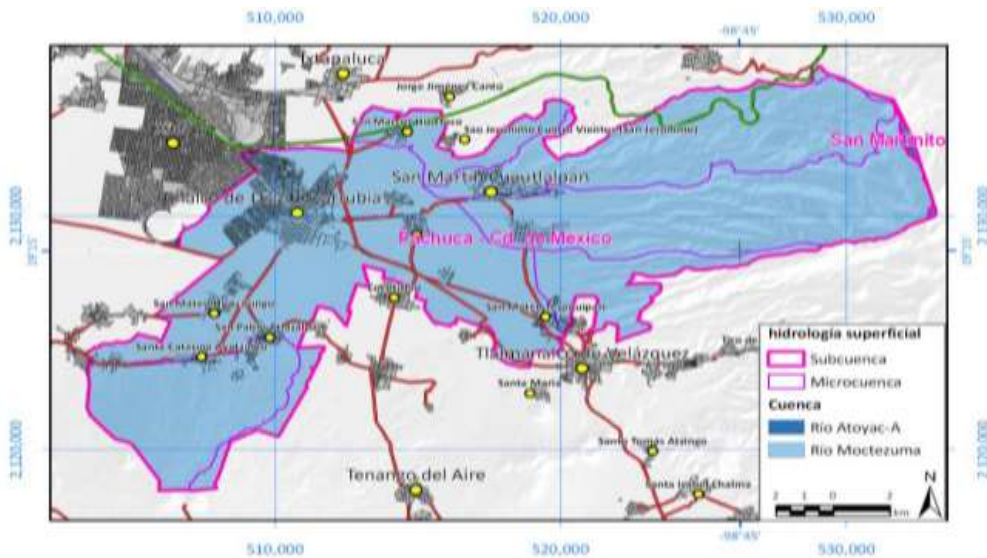
La hidrografía de Chalco se veía dominada por su lago, que completamente desecado a principios del siglo XX para obtener tierras explotables para la agricultura conllevó un

grave desastre ecológico, pues al ser agotadas las tierras el antiguo vaso se convirtió en una extensión yerma del que desaparecieron antiguas especies vegetales y animales.

La Cuenca de Chalco se encuentra en la subprovincia de los lagos y volcanes de Anáhuac, rodeada por las formaciones geográficas de la Sierra Nevada Las corrientes pluviales bajan de la Sierra Nevada en forma de dos ríos: La Compañía y Amecameca, que al llegar a la cuenca de Texcoco forma dos ríos, el río de los Remedios y el Canal Nacional, de acuerdo a datos obtenidos a través de CIESA, Consultores en Ingeniería y ecología, S. A. de C.

La subcuenca de Chalco se localiza al sur de la Cuenca de México y de la zona urbana de la Ciudad de México. Queda limitada al norte por las estribaciones de la Sierra de Santa Catarina y al sur por la Sierra Chichinautzin. En la parte este se localiza la Sierra de Río Frío con orientación N-S y hacia el sur la Sierra Nevada con estructuras importantes como el volcán Popocatepetl e Iztacihuatl. Hacia el límite oeste se ubica el área chinampera de Tláhuac y en la porción central se ubica el área del ex-lago de Chalco, de acuerdo a datos obtenidos a través de CIESA, Consultores en Ingeniería y ecología, S. A. de C.V

Se encuentran dentro del municipio dos ríos (Osorno, 2013): al norte de la entidad el río de la Compañía, y al sur el río Asunción o Ameca, cabe señalar que ambas corrientes pluviales tienen un alto grado de contaminación, ya que sirven como drenaje para el desalojo de desperdicios sólidos y líquidos de basura doméstica, provocando un deterioro ambiental. Recuperado de: <http://sinat.semarnat.gob.mx/dgiraDocs/documentos/mex/estudios/2004/15EM2004VD044.pdf>



Mapa 2. Hidrografía del municipio de Chalco

2.2.5 Clima

La ubicación geográfica, la altitud y la orientación del relieve en combinación con elementos atmosféricos dan lugar a una variabilidad de clima en todo el Estado de México, desde el cálido al frío, del semiseco al húmedo, pero en general el clima predominante es el templado, que abarca una extensión del 68% del territorio en la entidad. El régimen térmico medio anual oscila entre 10 y 18°C, con una precipitación media anual entre 800 y 1200 mm.

El clima que predomina en municipio de Chalco es el templado subhúmedo, con régimen de lluvias en verano. La temperatura máxima es de 31°C y la mínima es de 8.2°C, en los meses de junio y marzo, respectivamente. Las heladas principian entre septiembre y octubre, terminan a principios de marzo. Las precipitaciones pluviales alcanzan los 600 y los 1200 mm.

En cuanto a los climas semifríos, las heladas se presentan con una incidencia de 80 a 160 días año aproximadamente, al este en montañas más altas, al suroeste va de 14 a 16°C y este de 10 a 12 °C y hasta 8°C. Las granizadas se registran de 1 a 18 días al año.

2.2.6 Flora

De acuerdo a datos obtenidos a través de CIESA, en el Estado de México el tipo de vegetación está delimitado de acuerdo a la fisiografía y condiciones climáticas, al sureste del estado dentro de la fisiografía de la Sierra Madre del Sur, con clima cálido y semicálido, tiene una vegetación del tipo bosque de encino o pino, selva baja caducifolia y pastizal.

Las montañas se encuentran cubiertas de bosque donde las principales especies vegetales son pinos, sauce, jacaranda, alcanfor, trueno y colorín.

Dentro de la provincia fisiográfica del Eje Neovolcánico, donde se presenta la comunidad de Santa María Huexoculco, se presentan los climas templado y semifrío principalmente en los valles de laderas tendidas, donde hay suelos agrícolas de riego y temporal, donde se cultiva frijol, maíz, chile, tomate, lechuga, lenteja, sorgo, col, coliflor, cebolla, calabacita, entre otros, etc. En las áreas de clima frío, presentes en el territorio estatal, se observa vegetación de tundra, principalmente en los volcanes Popocatepetl, Iztaccihuatl y el Nevado de Toluca.

La región que comprende el municipio de Chalco en función del tipo de suelo, la vegetación correspondiente es de matorral crasicaule, vegetación halófito tuiar,

pastizal inducido, pastizal cultivado y pastizal halófito. Entre las plantas a las que se refiere se mencionan uña de gato, verdolaga, epazote, toloache, pirul, acaulípto, sauce, pochotes, quelites, mirto, higuera, alferilla y chicalot.

2.2.7 Fauna

En el territorio de Chalco existe fauna variable entre las que destacan conejos de monte, ardillas, comadrejas, zorrillos, lagartijas, culebras, víboras de cascabel, ratones y ratas de campo, liebres, coyotes, aguilillas, gavilanes y zopilotes

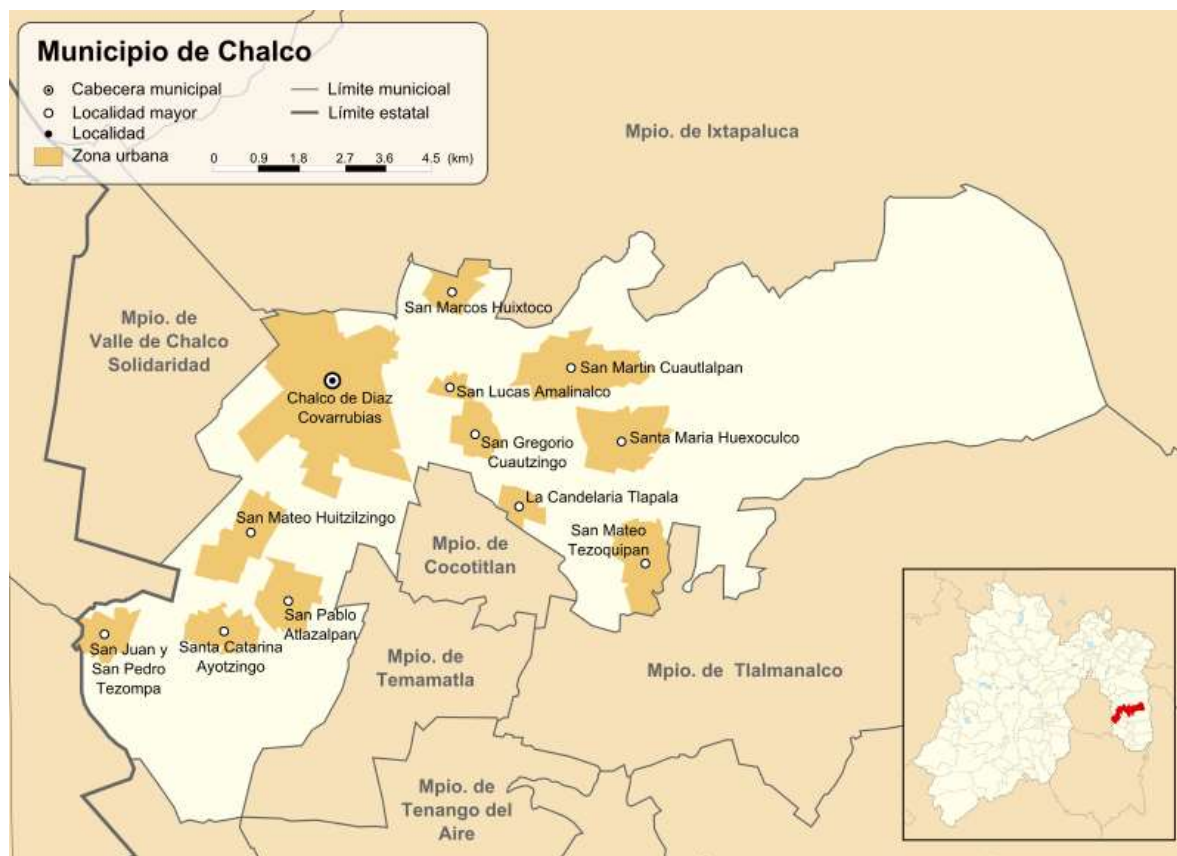
2.3 Mapas

2.3.1 Mapa del estado



Mapa 3. Ubicación de Chalco, Estado de México.

2.3.2 Mapa del municipio o delegación



Mapa 4. Municipio de Chalco



Mapa 5. Mapa Santa María Huexoculco

2.3.3 Mapas de características geográficas



La cobertura urbana de los servicios de salud de consulta externa es moderada, ya que algunas colonias carecen de cobertura total o parcial de los equipamientos de salud.

El 62.5% de la población total del PAP 1 declaró no estar afiliado a ningún servicio de salud en el municipio de Chalco.

Además, en el municipio se cuenta con 11 Centros de Desarrollo Comunitario, con 47 aulas o talleres, de los cuales cinco se ubican en la cabecera municipal y los seis restantes en las localidades de San Gregorio Cuautzingo, San Marcos Huixtoco, Santa María Huexoculco, San Mateo Huitzilzingo, San Mateo Tezoquipan Miraflores y Santa Catarina Ayotzingo.

Actualmente se ha complementado esta falta de afiliación a algún servicio de salud con la construcción de 31 CAS (Centro de Atención a la Salud), donde se brinda consulta médica gratuita 5 días a la semana de 8am a 3pm.

3.3 Densidad de población

La densidad de población es un indicador que revela la cantidad promedio de habitantes que tiene cada municipio por kilómetro cuadrado (km²), lo que permite identificar aquellos con mayores demandas de servicios públicos y equipamientos como detectar las tendencias a la ocupación territorial, así como los problemas y oportunidades que esto provoca.

Ámbito	Superficie km ²	Población total			Densidad de población (hab/km ²)		
		2000	2005	2010	2000	2005	2010
Estado de México	22,487.64	13,096,686	14,007,495	15,175,862	582	631	675
Región I Amecameca	1,193.50	755,962	814,364	911,179	630	679	763
Chalco	229.60	217,972	257,403	310,130	929	1,097	1,351

Tabla 1. Densidad de Población en el Estado de México y en la Región I Amecameca, 2000-2010.

Según el censo de 1990, la población del municipio era de 282, 940 habitantes en los cuales estaban incluidos aquellos que a partir de 1994 pasaron a formar parte de Valle de Chalco Solidaridad, por lo que en 1995 la población disminuyó a 175,521 habitantes y de esa fecha continuó su crecimiento hasta alcanzar 310,130 en el Censo de 2010, siendo uno de los municipios con mayor tasa de crecimiento poblacional del país.

Crecimiento de la población nacional, estatal y municipal 1950-2015

AÑO	POBLACIÓN NACIONAL	POBLACIÓN ESTADO DE MÉXICO	POBLACIÓN CHALCO
1950	25 791 017	1 392 623	22 056
1960	34 923 129	1 897 851	29 725
1970	48 377 363	3 833 185	41 450
1980	67 404 800	7 564 335	78 393
1990	83 530 272	10 110 844	282 940
1995	90 607 547	11 594 246	175 521
2000	97 361 711	13 096 686	222 201
2005	103 263 368	14 007 495	257 403
2009	107 600 000	14 735 884	285 460
2010	112 336 538	15 175 862	310130
2015	128 240 288	17 148 724	355 158

FUENTE: Censo de población y vivienda 2010 Estimación realizada por COESPO

Tabla 2. Crecimiento de la población nacional, estatal y municipal 1950-2015. Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. COESPO.

Según COESPO (Consejo Estatal de Población) para explicar el comportamiento poblacional que presenta el municipio de Chalco, ha dividido a sus habitantes en tres grupos de edad.

Para calcular la densidad de población se requiere calcular el número de habitantes entre la superficie que constituye la región en kilómetros cuadrados, para la comunidad de Santa María Huexoculco tenemos entonces una población de 12,500 personas en una extensión de 51 km cuadrados.

R: 246 habitantes/ KM cuadrado

3.4 Población por localidad o delegación

En relación a la seguridad pública, la delegación municipal de la comunidad está representada por las autoridades municipales, estructurada en el siguiente orden: Un delegado, un tesorero y vocales, los cuales son elegidos por la comunidad.

3.5 Índice de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso biológico que experimenta una persona con el paso de los años. A nivel mundial se está presentando una mayor esperanza de vida, por lo que está dando lugar al envejecimiento demográfico.

Población de 60 años y más, por sexo, 2000, 2005 y 2010 (Porcentaje)



Fuente: COESPO con base en INEGI.

Gráfica 2. Población de 60 años y más, por sexo, 2000, 2005 y 2010. Censo de Población y Vivienda 2010. COESPO.

De acuerdo a datos obtenidos, el índice de envejecimiento es de 15.6% en Chalco, Estado de México.

3.6 Migración

Chalco cuenta con una población total de 310 mil 130 habitantes de los cuales 133 mil 759 (43.13%), nacieron en otra entidad, 449 (0.14%), en Estados Unidos de América, 170 personas nacieron en otro país (0.05%) y 4 mil 421 habitantes (1.43%) no especificaron su lugar de nacimiento.

3.7 Tasa de Natalidad

La tasa de natalidad es una medida de cuantificación de la fecundidad, que se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en cierto periodo de tiempo y la cantidad de efectivos del mismo periodo. Se puede leer como el número de nacimientos de una población por cada mil habitantes en un año.

En referencia a la Tasa de Natalidad a nivel Municipal en Chalco, tenemos que en el año 2012 fueron registrados 6735 nacimientos, de los cuales 5,890 se presentaron vivos; su tasa de natalidad es de 21.71 nacimientos por cada mil habitantes.

3.8 Tasa de fecundidad

Se entiende como una medida de la fecundidad, referida a la fecundación o relación entre el número de nacimientos ocurrido en cierto periodo de tiempo y la cantidad de población en edad fértil en el mismo periodo. La tasa de fecundidad para 2014 en el Estado de México es de 2.10.

De acuerdo a estimaciones del INEGI para la comunidad de San Marcos Huixtoco el índice de fecundidad es de 2.09 hijos por mujer.

Cuadro 1.5. Crecimiento poblacional, 2014-2016

Tasa	Estado de México	Nacional
Tasa media de crecimiento anual, 2010-2015*	1.4	1.4
Tasa global de fecundidad, 2014**	2.10	2.29
Tasa de mortalidad, 2016***	5.1	5.8

* Se calculó con la siguiente fórmula: $[(Pf/Pi)^{1/t}-1]*100$, donde Pf representa la población a fin del periodo en estudio; Pi, la población a inicio del periodo; y t, la magnitud de dicho periodo.

** Número medio de hijos que espera tener una mujer al final de su vida reproductiva de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad observadas en un año dado.

*** Tasa por 1000 habitantes.

Tabla. Crecimiento Poblacional, 2014-2016. Fuente: INEGI Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015. México 2015

Indicadores Sociales

4.1 Educación

El equipamiento educativo del municipio de Chalco está constituido por 338 centros educativos (SEP 2019), en los que se incluyen tres centros de nivel inicial; 84 centros educativos de nivel preescolar, con 552 aulas en total; 127 escuelas primarias, con un total de mil 660 aulas; 71 escuelas secundarias (47 secundarias generales, cinco secundarias técnicas y 19 telesecundarias), con 689 aulas; y 25 bachilleratos, con 320 aulas (13 bachilleratos generales, siete CBT, un CETIS, un CECyTEM, dos CONALEP y un Telebachillerato).

De acuerdo a datos 2015 del IGECEM, en el Municipio de Chalco, 6,356 personas, es decir, el 2.61% de la población de 15 años y más se encuentra en condición de analfabetismo, porcentaje que se encuentra muy por debajo del porcentaje de los de la Nación que es de 5.5% y el estado de México de 3.37%.

En el caso de la comunidad de Santa Maria Huexoculco el 8,40% de la población es analfabeta (el 5,89% de los hombres y el 10,82% de las mujeres). El grado de escolaridad es del 6.58 (7.15 en hombres y 6.04 en mujeres). El grado máximo de estudios en la mayoría de la población es nivel secundaria.

Dentro del pueblo de Santa María Huexoculco se encuentran 2 planteles de educación preescolar, 2 escuelas de educación primaria en 2 turnos (matutino y vespertino), 1 secundaria técnica y 1 telesecundaria y 1 preparatoria oficial.

En el centro de desarrollo comunitario se encuentra el INEA para alfabetización, primaria y secundaria. Así mismo, se imparte un curso de enfermería auxiliar.



Imagen. Construcción de la primaria Rafael M. Navas 1947.

4.2 Grupos Vulnerables

De acuerdo con datos proporcionados por el Colegio de México con base en el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en el Estado de México el 42.9% de la población se encuentra en situación de pobreza general, el 34.3% en situación de pobreza moderada y el 8.6% en situación de pobreza extrema. Y en el Municipio de Chalco el 39.8% de la población se encuentra en situación de pobreza general, el 35.5% en situación de pobreza moderada y el 4.3% en situación de pobreza extrema

4.3 Vivienda

Hay 3125 viviendas. De ellas, el 95,24% cuentan con electricidad, el 62,88% tienen agua entubada, el 89,03% tiene excusado o sanitario, el 76,51% radio, el 88,68% televisión, el 40,84% refrigerador, el 36,59% lavadora, el 14,19% automóvil, el 6,39% una computadora personal, el 14,23% teléfono fijo, el 36,66% teléfono celular, y el 3,30% Internet. Aún hay casas construidas de adobe, los techos de lámina de cartón forman parte del escenario de esta comunidad rural que históricamente ha estado olvidada por los gobiernos locales.

La marginación en la que viven sus habitantes está asociada con la falta de preparación académica.

Vivienda Particular Municipal con Disponibilidad de Agua Potable, Drenaje y Energía Eléctrica				
Localidad	Total de viviendas particulares	Viviendas con agua potable	Viviendas con drenaje	Viviendas con electrificación
Total del municipio	88,452	82,239	84,798	88,162
Chalco de Díaz Covarrubias	48,710	39,145	40,148	40,285
La Candelaria Tlapala	1,616	1,152	1,317	1,310
San Gregorio Cuautzingo	5,461	3,188	3,240	3,229
San Juan Tezompa	3,094	2,436	2,669	2,765
San Lucas Amalinalco	975	681	741	741
San Marcos Huixtoco	3,989	2,899	2,993	3,014
San Martín Cuautlalpan	14,725	5,343	5,909	6,032
San Mateo Huitzilzingo	3,748	2,907	3,077	3,183
San Mateo Tezoquipan Miraflores	2,974	2,319	2,325	2,332
San Pablo Atlazalpan	2,984	1,564	2,275	2,617
Santa Catarina Ayotzingo	2,797	2,153	2,366	2,461
Santa María Huexoculco	3,125	1,772	2,295	2,684

Tabla. Vivienda Particular Municipal con Disponibilidad de Agua Potable, Drenaje y Energía Eléctrica. Fuente: Plan de Desarrollo Municipal 2019, Gobierno de Chalco

4.3.1 Organización familiar

La familia ha sido históricamente el núcleo de la sociedad en el país. Sin embargo, las tendencias demográficas muestran un cambio sin precedente en la estructura de los hogares: las familias son cada vez más compactas y el papel de la mujer en la vida laboral es cada vez más activo. Se conoce que, por cada 5 hogares, 2 son con jefatura femenina.

4.3.2 Disponibilidad de Agua

El organismo gubernamental se refiere al Organismo Descentralizado de Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento (O.D.A.P.A.S.), el cual suministra agua por medio de la operación de 22 pozos profundos y pipas (Ayuntamiento de Chalco, 2014).

De acuerdo con datos del Censo General de Población y Vivienda, se identificó que la cobertura del servicio creció 3% entre 2010 y 2015, pasando del 90% al 93%, respectivamente, de cobertura (INEGI, 2010). En 2015 se reportó una cobertura del 93% de las viviendas, de las cuales el 62% tiene agua al interior de la vivienda y 7% acarrea el agua; de éste último porcentaje, el 86% lo hace con pipas (INEGI, 2015). Actualmente se reporta que la cobertura de agua en las viviendas del municipio es del 95% (Sedesol, 2018).

4.3.3 Eliminación de excretas

La cobertura de drenaje en las viviendas del municipio es del 96%, de las cuales el 84% está conectado a la red pública, 15% tiene fosa séptica y 1% arroja las aguas residuales a barrancas o grietas (INEGI, 2015). Sin embargo, el análisis de las viviendas muestra un aumento de las viviendas que se conectaron a la red pública de drenaje de 2010 a 2015. La misma situación de crecimiento se reporta en aquellas viviendas sin drenaje o que arrojan sus aguas residuales hacia una barranca o grieta.

El sistema de drenaje del municipio descarga en los ríos de La Compañía y Amecameca, no tiene separación de aguas residuales con aguas fluviales y es impulsado por sistemas regionales de bombeo. Se reportan problemas en su mantenimiento y contaminación (Ayuntamiento de Chalco, 2014).

4.3.4 Eliminación de basura

Los residuos sólidos generados durante el año 2015 en el municipio de Chalco, por diversas actividades (domiciliarias, comerciales y servicios especiales), asciende aproximadamente a 265 toneladas diarias; de esta forma se determina que cada habitante del municipio de Chalco genera 0.771 kilogramos al día

4.4 Vías de Comunicación

La comunidad tiene acceso a una carretera troncal que es; Chalco Huexoculco y, recorre las comunidades de San Lucas, San Gregorio Cuautzingo, San Martín, concluyendo en Miraflores. El transporte se realiza en camionetas tipo "combi" de la ruta 32 y 36, así como una ruta de autobuses que va de Metro Zaragoza a Huexoculco (Autobuses San Francisco).

4.5 Medios de Comunicación

El municipio de Chalco cuenta con distintas variedades de medios de comunicación, donde la mayor parte de la población tiene acceso, gracias a las tecnologías en la actualidad.

- Medios secundarios, que utilizan técnicas por parte del emisor del mensaje, por ejemplo: un periódico, acceso a revista de divulgación.
- Medios terciarios donde el emisor y el consignatario usan las máquinas, por ejemplo, la radio, la televisión, redes telefónicas, redes sociales.

4.6 Nutrición

La pobreza se ha convertido en el principal factor para la insuficiencia de alimentos en nuestro país, ya que más de 50 millones de mexicanos, aproximadamente el 41 por ciento de la población, percibe ingresos económicos inferiores al costo de una canasta básica.

Conforme a cifras proporcionadas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, el municipio de Chalco, en el año 2015, registró una población de 216, 025 personas en condición de pobreza, equivalente al 62.8 por ciento del total y 34, 667 pobladores en condición de pobreza extrema, cifra que representa el 10.08 por ciento.

El municipio de Chalco, en el año 2015, registró una población de 216, 025 personas en condición de pobreza, equivalente al 62.8 por ciento del total y 34, 667 pobladores en condición de pobreza extrema, cifra que representa el 10.08 por ciento.

4.6.1 Alimentos más frecuentes

Se cultiva principalmente maíz, trigo, alfalfa, tomate verde, zanahoria, lechuga, haba, betabel, cilantro, cebada, avena, chícharo, rábano, acelga, espinaca, quintonil, vinagrera, berro, xocoyol, nabo, quelite, huzaontle, calabaza y chilacayote.

También por medio de la ganadería se producen quesos de diferentes variedades, así como leche que son distribuidos a diferentes partes del país. Hay diferentes tipos de carnes disponibles para el consumo de la población, desde porcino, equino, ovino, aves de corral, guajolotes, patos y gansos, y conejos.

4.6.2 Obtención de alimentos

Los alimentos que más se producen en el municipio se obtienen por medio de la agricultura y la ganadería.

Se cultivan en total, 1140 hectáreas, 635 son tierras de temporal y 505 son tierras de riego. Se aprovecha el manto freático que está a poca profundidad para utilizar el agua en el periodo de estiaje, no se tiene un registro pero hay incremento de las tierras de regadío.

La agricultura constituye un elemento esencial en la economía de la comunidad. La superficie aproximada que se aprovecha para este fin es de 200 hectáreas, con cultivo de riego temporal. La producción principal es de maíz, frijol y hortalizas,

En cuanto a la ganadería, representa la segunda actividad más importante en la economía municipal, se puede considerar que casi toda es de tipo doméstico y dentro de ésta tenemos ganado porcino, equino, caprino, bovino, ovino, aves de corral como gallinas criollas, guajolotes, patos y gansos y conejos.

4.7 Economía

Chalco cuenta con una zona industrial enclavada en la cabecera municipal que tiene una extensión aproximada de 192 hectáreas. Esta zona integra un promedio de 30

fábricas con una diversa productiva, que va desde papelería, producción de pan y alimentos como carnes frías, hasta guantes de látex y preservativos.

En la cabecera municipal es donde se concentra la mayor actividad comercial, en este lugar se encuentra una amplia variedad de supermercados, plazas, tiendas departamentales, así como diversos comercios, destacando la Plaza Chalco 2000, el mercado municipal y el tianguis que se ubica en pleno centro en las inmediaciones de la Catedral de Chalco, el Palacio Municipal y el Jardín Central

En la comunidad de Santa María Huexoculco es común encontrar mujeres vendiendo productos de cosecha propios: como habas, aguacate, nopales, cilantro, ciruelas, duraznos, peras y tortillas hechas a mano, transportados en carretilla por las calles del pueblo. Algunas otras venden ropa, calzado, accesorios, entre otras cosas. Los días jueves y domingo se coloca un tianguis.

Según estimaciones de MarketDataMéxico, Santa María Huexoculco tiene un output económico estimado en MXN \$590 millones anuales, de los cuales MXN \$340 millones corresponde a ingresos generados por los hogares y unos MXN \$250 millones a ingresos de los 390 establecimientos que allí operan.

Adicionalmente, se estima que en la colonia laboran 2,000 personas, lo que eleva el total de residentes y trabajadores a 20,000

4.7.1 Población económicamente activa

En el municipio de Chalco, la población activa ha tenido un crecimiento lento de 2012 a 2015, siendo en el sector de los servicios donde se ubica y se concentra la mayor actividad, en los últimos tres años con un aumento del 1% aproximadamente, pero representa el 67% de la PEA; para el sector industrial se tiene en segundo lugar con el 25% de la PEA y para el sector agropecuario solo ocupa el 2.7% de la PEA.

En Santa María Huexoculco el 30,07% de la población mayor de 12 años está ocupada laboralmente (el 47,18% de los hombres y el 13,51% de las mujeres).

En la colonia Santa María Huexoculco se registran unos 390 establecimientos comerciales en operación.

Entre las principales empresas (tanto públicas como privadas) con presencia en la colonia se encuentra SEIEM, que junto a otras dos organizaciones emplean unas 199 personas, equivalente al 78% del total de los empleos en la colonia.

Energía Eléctrica

En el municipio de Chalco, de acuerdo con datos de la Comisión Federal de Electricidad, para el año 2017 había un total de 101,224 usuarios, de los que 90.9% de los contratos son domésticos y el 9.1% son para la industria y los servicios relativos.

De acuerdo a datos del INEGI, en el año 2015, el 99.7% de las viviendas del municipio de Chalco contaba con energía eléctrica. El volumen de megawatts por hora que se consumió en el municipio del 2007 al 2015 mostró un incremento del 28.2% durante este periodo, este aumento se debe principalmente al crecimiento de usuarios o viviendas en 58.9%.

En la comunidad de Santa Maria Huexoculco aún existen calles sin alumbramiento público. Los habitantes de la comunidad se han expresado y han solicitado el servicio sin obtener respuesta alguna, algunos de ellos han instalado sus propios postes de luz con focos normales.

Contaminantes ambientales

En el municipio la contaminación del aire se debe principalmente al crecimiento del parque vehicular, la contaminación que se produce por medio de fuentes fijas como la Zona Industrial de Chalco, localizada al sureste de la Cabecera Municipal y la quema de plásticos y químicos en las ladrilleras ubicadas, en su mayoría, al oriente del Municipio.

En cuanto a la contaminación del agua, es principalmente por aguas residuales, que representan también un foco de infección, al emplearla en cultivos, acelera la salinización del suelo, por lo que los cultivos se ven limitados en su desarrollo. Se cuenta únicamente con dos plantas tratadoras de aguas residuales, con mínima capacidad lo que contribuye a la contaminación de mantos acuíferos, los principales contaminantes provienen de las industrias y abastecimientos de servicios, viviendas y ranchos.

La contaminación del suelo se debe al uso de agroquímicos en el campo, como herbicidas y plaguicidas, con muchos tóxicos, así como desechos que son arrojados en caminos o barrancas, que también dañan el subsuelo

Religión

A nivel estatal, de acuerdo al INEGI (2010) en el Estado de México hay 12, 958, 921 católicos, Protestantes 851, 665; cristianos o evangélicos 829, 024, y en una bÍblica diferente de evangélica 249, 088 personas, finalmente se conoce que hay 486, 795 personas sin religi3n.

En Santa María Huexoculco el 90% de la población es católica, 4% cristiana, 5% testigo de Jehová y 1% de otra religión. En la comunidad hay una iglesia católica, hay 2 templos de Testigos de Jehová y una iglesia cristiana.

Servicios para el recreo comunitario

La comunidad cuenta con dos canchas de Fútbol Soccer, uno de basketball y uno de frontón. Cuenta con una biblioteca, la cual no cuenta con materiales bibliográficos diversos y suficientes.

Dentro del centro de desarrollo cultural donde se imparte la consulta médica se imparten talleres para activación física a personas de la 3era edad y estimulación temprana para los niños de 2 a 4 años, así como diversos cursos de repostería, cocina, panadería, entre otros.

Hábitos y Costumbres

El patrimonio natural del municipio de Chalco se manifiesta a través de diversas expresiones como fiestas patronales, festivales, eventos y exposiciones culturales.

Chalco se caracteriza por ser un municipio de costumbres y tradiciones de gran arraigo, así se identifica por la riqueza de sus festividades y tradiciones, ya que se realizan más de 40 festividades religiosas anualmente en territorio municipal.

Fiestas Civiles y Religiosas más Importantes

Las festividades que se celebran son: Semana santa, 15 de agosto (Santo de la virgen de la Asunción de Santa María Huexoculco), 16 de septiembre, día de muertos, Año nuevo, 1ero y 2 de enero, así como cumpleaños y bodas, siendo de convivencia familiar

Daños a la salud

En el municipio de Chalco se han identificado distintas variables que contribuyen a perjudicar la salud de la población, actualmente se conoce que las drogas, la exposición a la violencia, el embarazo en la adolescencia, las enfermedades crónico degenerativas figuran como algunos de los principales temas de salud en el municipio.

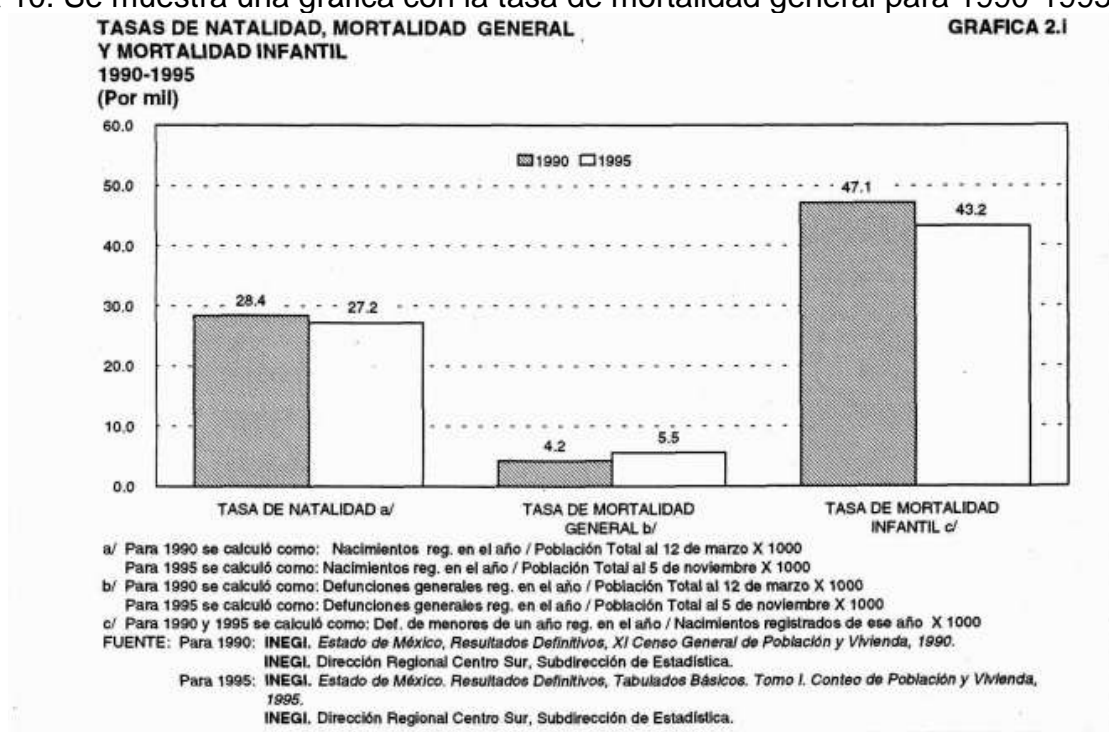
Se ha logrado disminuir la mortalidad materna, en el año 2014 descendió un 70% respecto a 1990, de acuerdo a datos del ISEM, por lo que el estado de México se ubicaría en el lugar número 17 a nivel nacional en mortalidad materna.

Como parte de la Estrategia Estatal para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, el Instituto de Salud realizó 967 mil 620 detecciones para la identificación oportuna de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia; de las cuales 2 mil 157 personas ingresaron al programa de control de diabetes mellitus; 1 mil 053 pacientes al control de obesidad y 1 mil 630 personas para control de hipertensión arterial.

5.1 Mortalidad General

De acuerdo a datos recabados por el INEGI en 2019, murieron 2268 personas en el municipio de Chalco.

Tabla 10. Se muestra una gráfica con la tasa de mortalidad general para 1990-1995.



5.1.1 Mortalidad por grupos de edad y causas

Las causas de mortalidad para 2019 fueron las siguientes de acuerdo a datos consultados en el INEGI:

- Tumores o neoplasias: 186
- Enfermedades infecciosas o parasitarias: 53
- Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de inmunidad: 10
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas: 521
- Trastornos mentales y del comportamiento: 1

- Enfermedades del sistema nervioso: 23
- Enfermedades del ojo y sus anexos: 1
- Enfermedades del sistema circulatorio: 385
- Enfermedades del sistema respiratorio: 188
- Enfermedades del sistema digestivo: 239
- Enfermedades de la piel y tegumentos: 27
- Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo: 23
- Enfermedades del sistema genitourinario: 101
- Embarazo, parto y puerperio: 0
- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal: 47
- Malformaciones congénitas deformidades y alteraciones cromosómicas: 47
- Signos, síntomas, hallazgos de laboratorio no clasificados en otra parte: 7

Tabla 11. A continuación se muestra una tabla con la mortalidad por grupos de edad, de acuerdo a datos del INEGI (2019):

Edad	Chalco
< 1 año	83
1-4 años	6
5-9 años	3
10-14 años	3
15-19 años	12
20-24 años	9
25-29 años	23
30-34 años	22
35-39 años	48
40-44 años	59
45-49 años	102

50-54 años	123
55-59 años	163
60-64 años	224
65-69 años	201
70-74 años	177
75-79 años	195
80-84 años	168
>85 años	250
Total	1871

A continuación, se muestran algunas de las principales causas de mortalidad, según datos recabados por el ISEM y la Secretaría de Salud del Estado de México:

Entre las causas de mortalidad en niños menores de 1 año de edad en nuestra entidad, en el año 2016, se encuentra en primer lugar la asfixia y trauma al nacimiento con 915 defunciones, siendo el 50% de las 20 principales causas de muerte, seguido de las malformaciones congénitas del corazón con 452 casos (24.7%), en 3er sitio el bajo peso al nacer y prematurez con 113 muertes (6.2%).

Respecto a las defunciones en niños de 1 a 4 años, la causa más frecuente en 2016, fueron las malformaciones congénitas del corazón con 55 casos (19.1%), seguida del ahogamiento y sumersión accidentales con 41 muertes (14.2%) y en tercer lugar la leucemia con 23 casos (8.0%).

En tanto que para niños de 5 a 9 años de edad, la principal causa de muerte en 2016, fue la leucemia con 25 casos (16.4%), seguida de accidentes de tránsito con 19 eventos (12.5%) y en tercer sitio las malformaciones congénitas del corazón con 15 defunciones (9.9%).

Respecto a la mortalidad de la población adolescente en el Estado de México, sus causas se observan diferencias importantes de acuerdo a la edad, en primer término en los adolescentes de 10 a 14 años de edad, la principal causa de muerte es la leucemia con 46 defunciones (19.7%), seguida por el suicidio con 38 eventos (16.3%),. En tercer lugar se ubica el homicidio con 33 casos (14.2%).

En tanto que para la población adolescente de 15 a 19 años, la causa más frecuente de muerte fueron los homicidios con 203 defunciones (31.6%), en segundo lugar se encuentran los accidentes de tránsito con 91 muertes (14.2%), y en tercer lugar los suicidios con 91 casos (14.2%).

5.1.2 Tasa de mortalidad

Para el 2019 hubo 80, 393 defunciones en el Estado de México y la población total para ese año fue de 16, 187, 608, por lo cual a tasa de mortalidad para el Estado de México de acuerdo a datos recabados por el INEGI en 2019 es de 4.9 por cada mil habitantes.

De acuerdo a datos recabados por el INEGI en 2019 hubo en Chalco 1871 defunciones, con una población total de 257, 403 personas, por lo cual su tasa de mortalidad para ese año fue de 7.2 personas por cada mil habitantes.

5.2 Morbilidad

De acuerdo al informe de la Secretaria de Salud del Estado de México se obtuvieron los siguientes resultados de morbilidad en niños y adolescentes, utilizaron la variable de egresos hospitalarios de la plataforma digital “Cubos dinámicos” de la Dirección General de Información en Salud en el año 2017.

Para los niños menores de un año de edad la causa más frecuente daño a la salud fue la asfixia y el trauma al nacimiento con 4,224 casos (31.2 por ciento), en tanto que otras causas relacionadas al periodo perinatal alcanzaron una cifra de 4,194 (31 por ciento), el bajo peso y la prematurez se presentaron en 2,217 menores (16.4 por ciento), la neumonía e influenza se presentó en 1,065 infantes (7.9 por ciento), en tanto que la bronquitis y otra enfermedades respiratorias alcanzaron una cifra de 499 casos (3.7 por ciento).

Respecto a los niños de 1 a 4 años, la causa más frecuente de egreso hospitalario en el 2017, fue la neumonía con 945 casos (29.7%), seguida de enfermedades infecciosas intestinales con 403 casos (12.6%), luego otras infecciones respiratorias agudas 213 (6.7%), y en cuarto lugar el traumatismo craneal con 201 casos (6.3%).

En tanto que para los niños de 5 a 9 años, la apendicitis fue la causa más frecuente con 708 casos (30.3%), seguida de las fracturas de brazo y antebrazo con 292 casos (12.5%), en tercer lugar la neumonía con 169 casos (7.2%) y en cuarto sitio el asma con 165 casos (7.1%).

En cuanto a los adolescentes se observó que las causas de morbilidad y egreso hospitalario, durante el año 2017 difieren considerablemente dependiendo del sexo y del grupo de edad sea de 10 a 14 años o de 15 a 19 años. Para las adolescentes mujeres de 10 a 14 años la principal causa de egreso hospitalario en el 2017 fue la apendicitis con 608 casos (23.3%), seguida del parto con 430 casos (16.4%), en tercer sitio la neumonía con 309 casos (11.8%).

En tanto que para la mujer adolescente de 15 a 19 años, la causa más frecuente de egreso hospitalario fue al parto con 16,964 de éstos eventos obstétricos (69,7%), seguida del aborto con 2,376 casos (9.8%) y en tercer sitio los trastornos hipertensivos asociados al embarazo con 1,401 casos (5.8%).

En tanto que para los hombres adolescentes de 10 a 14 años, en el 2017, la principal causa fue la apendicitis con 507 casos (43.4%), seguido de fracturas de brazo y antebrazo con 155 casos (13.3%) y en tercer sitio el traumatismo craneal con 79 casos (6.8%).

En contraste para los hombres adolescentes de 15 a 19 años, 1,105 (46.0%) presentaron nefrosis, siendo este padecimiento el más frecuente, en segundo lugar se registró a la apendicitis con 461 casos (19.2%) y en tercer sitio los traumatismos craneales con 122 casos (4.8%).

5.2.1 Principales causas de morbilidad enfermedades transmisibles

De acuerdo a estimaciones obtenidas en datos recabados de la consulta de la localidad de Santa María Huexoculco destacan las siguientes enfermedades transmisibles para el año 2020:

Infecciones respiratorias agudas

Infecciones gastrointestinales

Candidiasis urogenital

Faringitis y amigdalitis estreptocócicas

Amebiasis intestinal

5.2.2 Principales causas de morbilidad enfermedades no transmisibles

De acuerdo a datos recabados de la consulta de la comunidad de Santa María Huexoculco destacan las siguientes enfermedades no transmisibles:

- Infección de vías urinarias

- Conjuntivitis
- Vulvovaginitis
- Gingivitis y enfermedad periodontal
- Obesidad
- Diabetes Tipo II
- Hipertensión Arterial Sistémica
- Otitis Media Aguda
- Insuficiencia venosa periférica
- Mordeduras de perro
- Asma
- Control Prenatal

5.3 Brotes Epidemiológicos

Gracias a los programas de salud y las campañas de vacunación se ha logrado disminuir enfermedades que pueden representar brotes epidemiológicos. Por ejemplo, de acuerdo a datos obtenidos por el ISEM no se ha registrado recientemente ningún caso de rabia. Recuperado de: https://salud.edomex.gob.mx/isem/tp_z_rabia.

En el año 2000 se presentó un desbordamiento de canal de aguas negras en Chalco, por lo cual el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) de la Secretaría de Salud, realizó un estudio en el cual identificó diferentes microorganismos en población que presentó diarrea y vómito en mayo de ese año, consecuencia del desastre. Se identificó principalmente E. coli, V. Cholerae, y salmonella.

Durante el año pasado se registraron diversos casos de sarampión en la Ciudad de México y Estado de México, en el estado se registraron 48 casos y dos casos en el municipio de Chalco. Recuperado de: <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/edomex-brote-de-sarampion-controlado-o-shea>

Bibliografía

1. Chalco, unos de los primeros centros ceremoniales. Recuperado de <https://mxcity.mx/2020/01/chalco-uno-de-los-primeros-centros-ceremoniales-prehispanicos/>

2. CIESA, Consultores en Ingeniería y ecología, S. A. de C.V. Recuperado de: <http://sinat.semarnat.gob.mx/dgiraDocs/documentos/mex/estudios/2004/15EM2004VD044.pdf>
3. Cuaderno Estadístico Estado de México (2015). Gobierno del Estado de México. COESPO
4. Hernández, M. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016: Resultados ponderados. [Presentación] Instituto Nacional de Salud Pública.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Disponible en www.inegi.org.mx
6. Instituto de Salud del Estado de México. Disponible en www.salud.edomex.gob.mx
7. ICEGEM. Dirección de Estadística con Información del INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.
8. Mortalidad, evolución, comportamiento actual y tendencias en el Estado de México (2015). Gobierno de Chalco. Consejo Estatal de Población.
9. Origen e Historia de Chalco. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=dObZn4zi3gg>.
10. Osorno, F.S. (marzo, 2013). Plan de Desarrollo Municipal. Trabajo presentado por la Dirección de Innovación Gubernamental. H. Ayuntamiento de Chalco, Estado de México.
11. Perfil Epidemiológico de Niños, Niñas y Adolescentes del Estado de México (2018). Gobierno del Estado de México.
12. Plan de Desarrollo Municipal 2019-2021. Gobierno de Chalco. Chalco, Estado de México, 30 de marzo de 2019. Recuperado de: <https://mexico.pueblosamerica.com/l/munest/mexico/chalco>

CAPITULO III DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD, INFRAESTRUCTURA, RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS

1. Recursos y Servicios de Salud

Ubicado en calle Nicolas Bravo #48, a una calle de la plaza e iglesia de Santa Maria Huexoculco podemos encontrar el Centro de Desarrollo Comunitario el cual se me fue asignado para brindar el servicio de consulta médica gratuita. Este tiene un área de cerca de 300mt², dentro de el se encuentran 6 consultorios donde se brindan consultas dentales, psicológicas, nutricionales, de optometría, medicas y uno de estos esta designado a Desarrollo social para ayuda de personas de la tercera edad.

Infraestructura en Salud

El consultorio médico se divide en dos cuartos, cuenta con una ventana, cuenta con piso de loseta, las paredes y el techo son de concreto, están pintadas de color blanco, la puerta del consultorio médico es de madera, cuenta con cerradura y llaves propias. El consultorio médico cuenta con energía eléctrica, hay dos lámparas que iluminan el consultorio.

Se cuenta con una cama de exploración, tiene una gaveta en la que se acomoda el medicamento con el que se cuenta de donación, también hay un escritorio de uso médico, al otro lado del escritorio se encuentran dos sillas para uso de pacientes, existe una mesa de mayo, donde se coloca el material de curación principalmente.

También se cuenta con una báscula para adultos y una pediátrica, que se encuentra en el espacio destinado a toma de signos vitales que generalmente le corresponde a enfermería, este espacio cuenta con el escritorio y silla para uso del pasante de enfermería, así como una silla destinada a los pacientes.

Dentro del Centro se encuentran dos baños, uno es destinado para uso del personal laboral del centro de desarrollo comunitario y el otro para uso de los pacientes, ambos cuentan con drenaje conectado a la vía pública. El baño cuenta con un lavabo con agua de cisterna, el cual está conectado al agua potable de pozo de la localidad.

En cuanto a los materiales con los que se cuenta para proporcionar la consulta médica son: un estetoscopio, un baumanómetro, un glucómetro, tiras reactivas, oxímetro de pulso, termómetro digital, abate lenguas, jabón quirúrgico, gasas, alcohol gel, algodón, guantes quirúrgicos, suturas. La papelería consta principalmente de recetas médicas, hojas de referencia, hojas de consulta diaria, carnets prenatales.

Recursos Humanos

El Centro de Desarrollo Comunitario de Santa María Huexoculco cuenta con servicio médico de lunes a viernes, en un horario de 9:00 a 16:00 horas, con excepción de días festivos, el servicio se proporciona totalmente gratuito. Cuenta con dos periodos vacacionales durante el año. También asiste una pasante de la carrera auxiliar en enfermería, la cual asiste cuatro días a la semana, con un horario de 9:00 a 16:00 horas, excepto días festivos.

CAPITULO IV ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

1. Productividad

1.1 Consultas otorgadas

Se otorgaron por mes:

-Agosto: 97 consultas, donde faringoamigdalitis bacteriana fue el diagnóstico más frecuente.

-Septiembre: 95 consultas, donde Diabetes tipo 2 fue el diagnóstico más frecuente.

-Octubre: 150 consultas, donde faringoamigdalitis bacteriana fue el diagnóstico más frecuente.

-Noviembre: 145 consultas, donde faringoamigdalitis bacteriana fue el diagnóstico más frecuente.

-Diciembre: 101 consultas, donde faringoamigdalitis bacteriana fue el diagnóstico más frecuente.

-Enero: 135 consultas, donde gastroenteritis pb infecciosa fue el diagnóstico más frecuente.

-Febrero: 125 consultas, donde el control prenatal fue el diagnóstico más frecuente.

-Marzo: 194 consultas, donde GEPI fue el diagnóstico más frecuente.

-Abril: 127 consultas, donde control prenatal fue el diagnóstico más frecuente.

-Mayo: 69 consultas, donde control prenatal fue el diagnóstico más frecuente.

-Junio: 96 consultas, donde faringoamigdalitis bacteriana fue el diagnóstico más frecuente.

-Julio: 170 consultas, donde control prenatal fue el diagnóstico más frecuente.

Otorgándose en total 1,504 consultas durante todo el año de servicio social. De igual manera los últimos 5 meses participamos en las campañas de vacunación para covid-19 que hubo en Chalco para los distintos grupos de edad.

1.2 Planificación familiar

Durante el servicio social se otorgaron 304 consultas por planificación familiar, que incluye a las mujeres embarazadas y a sus parejas; por otro lado una parte correspondió a adolescentes en general y en menor cantidad mujeres casadas o en unión libre; en general en cada oportunidad se realiza promoción de planificación familiar.

Dentro del CDC se otorga información acerca de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos que existen, la efectividad, las contraindicaciones, ventajas y desventajas, así como posibles efectos colaterales, pero sobretodo de las ventajas sobre la planificación de un embarazo. La gran mayoría de las personas que acuden a la consulta son mujeres.

Se retiró de implante hormonal subdérmico a 3 mujeres a lo largo del año, quienes ya habían cumplido un plazo de 3 años con el anticonceptivo, las cuales previamente recibieron información para elegir un nuevo método.

1.3 Control Nutricional por grupos de edad

Los primeros cinco años de vida constituye la base para la incorporación del individuo a una vida productiva. A todo niño, adolescente y adulto se le indico la importancia de una dieta balanceada y nutritiva, que incluya todos los tipos de alimentos preferentemente naturales y agua simple.

En los neonatos y lactantes se vigiló principalmente peso y talla, según deban ir aumentando para la edad, así como el perímetro cefálico. Se brinda orientación sobre la importancia de la lactancia materna, se verifica adecuada técnica de alimentación, ablactación e integración a la dieta familiar.

Se brinda información y asesoría acerca de los alimentos (frutas y verduras) con las cuales se debe iniciar la ablactación con recomendaciones emitidas por la OMS y el IMSS.

Por medio de las distintas fórmulas establecidas en pediatría para peso y talla se obtienen los pesos y tallas esperados, por lo que de esta manera se verifica el correcto crecimiento para cada menor de edad. Se ubican en las tablas propuestas por la OMS para peso para la talla y peso para la edad se evaluaron a los niños y adolescentes, se obtiene el percentil, principalmente para aquellos pacientes que obtuvieron un peso mayor o menor al esperado, cada tabla se guarda para seguimiento en próxima consulta de los menores y así darles seguimiento.

En el caso de los adultos para cada consulta médica otorgada se toma peso y talla, se obtiene el IMC para determinar si padece desnutrición, peso normal, sobrepeso u obesidad, a todos se les informa sobre la importancia de una alimentación adecuada, variada en todos los grupos de alimentos. En caso de los pacientes con sobrepeso y obesidad se les proporciona cita para toma de glucosa en ayuno, se brinda orientación nutricional.

Para las pacientes que están embarazadas como parte del control prenatal se evalúa peso en cada consulta, se brindan recomendaciones sobre los alimentos ricos en hierro, omegas 3 y 6, calcio y proteínas principalmente, así como consumir agua natural de preferencia. También se da información sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y adecuada técnica de alimentación. A todas las pacientes se les indica el suministro de ácido fólico y sulfato ferroso, no se recomienda la suplementación rutinaria de vitamina C, D y E.

En los adultos de mayor edad se evalúan datos clínicos de osteoporosis y se brinda información sobre el riesgo de caídas, se da orientación sobre llevar hábitos saludables de alimentación, sobre todo si padecen alguna comorbilidad como Diabetes Tipo II o Hipertensión Arterial Sistémica.

1.4 Control de embarazo

Las consultas de control prenatal están enfocadas en la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales, infecciones de vías urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo en cualquier trimestre, retraso del crecimiento intrauterino, entre otras más. Durante el año 2020 se atendieron a 75 mujeres embarazadas con un promedio de 4 consultas por paciente.

A partir de la primera consulta y ya que se verificó un embarazo viable, se revisa peso, fondo uterino dependiendo de las semanas de gestación, se informa que deben eliminar malos hábitos como tabaquismo y alcohol, se toma la presión arterial, se hacen las recomendaciones sobre nutrición, se verifican las vacunas con las que cuenta la paciente, sobre todo para rubeola, varicela, hepatitis B, tétanos y tosferina.

En la primera consulta prenatal se solicitan los laboratorios básicos de control como lo son: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, prueba de VDRL para sífilis, grupo sanguíneo y grupo Rh, así como el primer Ultrasonido Obstétrico, durante la consulta se realiza toma de glucosa en ayuno así como prueba rápida de VIH.

Durante cada consulta se realiza énfasis en la identificación de datos de alarma, como lo son: cefalea, acufenos, visión borrosa, fosfenos, disminución o ausencia de movimientos fetales, edema de miembros pélvicos o cara, pérdidas vaginales, ya sea líquido o sangre, contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación, dolor abdominal persistente, convulsiones, fiebre, zumbido de oídos. Esta información se coloca en el carnet de control prenatal, además se proporciona en un papel individual para que cada paciente lo tenga a la mano. Además de los datos de alarma se pregunta acerca de datos clínicos sobre infecciones de vías urinarias, así como cervicovaginitis.

Las recomendaciones dietéticas que se proporcionan son principalmente una dieta rica en proteínas y carbohidratos, ya que previene el bajo peso al nacer, de ser posible rica en Omega 3, que no consuman cafeína, pues se asocia a bajo peso al nacer, no se recomienda combinar más de dos suplementos vitamínicos, se les indica que deben tomar por lo menos 2 litros de agua.

En todas las embarazadas se identifican los factores de riesgo para Diabetes Gestacional, tales como edad materna avanzada (mayor de 30 años), historia previa de Diabetes Tipo II o gestacional, así como un IMC mayor de 30, se busca también historia de abortos previos que no tengan causa explicable. Se realiza glucosa plasmática en ayuno, nunca se encontró alguna paciente que requiriera curva de tolerancia a la glucosa.

Durante las consultas de control prenatal se estima la edad gestacional, ya sea por el primer Ultrasonido o por la regla de Naegele, así como la fecha probable de parto; se proporciona información sobre el trabajo de parto, el número de contracciones que deberá tener y los datos de alarma. Se checó fondo uterino en cada consulta así como FCF por doppler.

Se indica sobre las vacunas de toxoide tetánico e influenza que deben aplicarse, así como el beneficio de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, no solamente para el bebe sino también para la madre. Se proporciona orientación en planificación familiar.

1.5 Control de pacientes crónicos

En el caso de la consulta para pacientes crónicos se atendió principalmente a personas con diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial crónica, basándose en las Guías de Práctica Clínicas y las Normas Oficiales mexicanas. Se dio una cita mes con mes, en pacientes que no estaban controlados se decidió revisarlos cada semana.

En cada consulta se realiza énfasis en hábitos saludables de alimentación y ejercicio, sobre todo para prevenir complicaciones a largo plazo en cada enfermedad, pero también sobre la importancia de dejar de consumir tabaco en caso de que así fuera. Se explica sobre la importancia de llevar una dieta baja en carbohidratos, con bajo índice glucémico y de alto contenido proteico o del tipo mediterráneo. Se estimula sobre pérdida de peso en caso de sobrepeso u obesidad.

Se solicitaron laboratorios de control para cada paciente, los cuales se realizan por medios particulares. Dentro de los más importantes destacaron la química sanguínea, la biometría hemática, examen general de orina y en determinado caso hemoglobina A1C.

1.6 Atención y detección de enfermedades Infecciosas

En cuanto a las enfermedades infecciosas que se atendieron principalmente fueron del aparato respiratorio, tanto de vías áreas superiores e inferiores, principalmente faringitis viral y estreptocócica, resfriado común, otitis media y externa, así como neumonía adquirida en la comunidad y Covid-19.

A todos los pacientes se les individualiza su tratamiento médico y farmacológico, para el manejo de síntomas, se realiza análisis en base a los datos clínicos para determinar probable etiología bacteriana por medio de la escala de Centor en el caso de la faringitis, en la mayoría de las situaciones es viral.

Para cada consulta médica otorgada se realizan las siguientes recomendaciones para prevenir y disminuir el contagio: lavado de manos con agua y jabón, en el caso de los niños evitar que compartan sus juguetes, así como evitar el contacto con personas enfermas de alguna infección de vías respiratorias o fiebre, estornudo de etiqueta y uso de cubrebocas constante.

A todos los pacientes se les solicitó acudir con cubrebocas, antes de entrar al consultorio médico se toma la temperatura, se preguntan datos clínicos para COVID 19 (fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, tos seca, cefalea y malestar general), a todos los pacientes se les pide mantengan sana distancia, se les enseña técnica para el adecuado lavado de manos y se resuelven dudas más frecuentes.

En el caso de las enfermedades gastrointestinales se promueve también la adecuada higiene de manos, la desinfección de frutas y verduras, el consumo de agua potable o hervida, lavado de manos antes y después de ir al baño, así como adecuados hábitos de higiene.

1.7 Inmunizaciones

El Centro de Desarrollo Comunitario Huexoculco no cuenta con los recursos e insumos para proporcionar inmunizaciones.

1.8 Detección de Cáncer de mama y cervicouterino

Sobre la detección de Cáncer de mama a todas las mujeres mayores de 25 años de edad se les proporciona información sobre la técnica adecuada de autoexploración mamaria, de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica, la cual se debe realizar 7 días posteriores a la menstruación, o un día fijo en mujeres postmenopáusicas. Se enseñan las dos técnicas, de pie y acostada, frente al espejo, en busca de masas, zonas dolorosas, abultamientos o distintas consistencias en las mamas e incluso asimetría.

Se proporciona información acerca de los principales factores de riesgo para el desarrollo de este tipo de cáncer, como lo son antecedente familiar, inicio temprano de la menstruación (antes de los 12 años), tener mamas densas, el sedentarismo, tener sobrepeso u obesidad, así como consumir tratamientos hormonales que incluyan estrógenos y progesterona, embarazos posteriores a los 30 años y fumar o tomar.

A todas las mujeres mayores de 25 años se les indica la importancia de la autoexploración mamaria por lo menos una vez al año, en caso de alguna sospecha clínica se indica ultrasonido mamario o mastografía dependiendo de la edad de la paciente.

A cerca de la detección de cáncer cervicouterino se pide sobretodo examen citológico cervical para todas las mujeres que tengan más de un año de tener vida sexual activa o mayores de 25 años, dependiendo de los factores de riesgo, se resuelven dudas y se informa acerca de la importancia de realizar este examen, las indicaciones para poder llevarlo a cabo; en coordinación con el centro de salud, se envían a las pacientes candidatas para la programación y posterior realización del examen de manera gratuita, otras pacientes deciden realizarlo por sus propios recursos en medios particulares.

Se lleva control de dos pacientes en quienes se detectó mastopatía benigna. Presencia de masas densas regulares, se envía a valoración por especialista a Hospital de Especialidades de Ixtapaluca.

CAPITULO V CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL (mínimo 1 cuartilla de cada uno)

En relación a su formación como persona

El ir a prestar servicio social a una comunidad lejana y desconocida fue un reto difícil de enfrentar al principio, la verdad es que no fue una decisión voluntaria sino circunstancial, hubiera preferido hacer el servicio social en otro lugar o institución, pero como mencione eso fue al principio. Adaptarme no fue fácil y tuve que sortear varios retos por primera vez en mi vida, como el hecho de estar en una comunidad hasta entonces completamente desconocida para mí, tener que vivir en dicha comunidad por mi cuenta y sin conocer a nadie fue una experiencia difícil que me asustaba.

Una vez instalada las cosas se empezaron a dar un poco mejor, conseguí rentar en un espacio donde si bien tenia carencias contaba, en su mayoría, con lo básico para poder habitar ahí, pero en más de una ocasión llegué a sentir temor referente a mi seguridad ya que vivía sola en esa casa y estaba un poco remota. No solo eso, en el CDC fui víctima de acoso por parte de un habitante de la comunidad quien al parecer padecía de sus facultades mentales, lo cual me hizo que sintiera preocupación por mi bienestar.

Afortunadamente nada malo sucedió fuera de algunos sustos, las cosas fueron mejorando y pude adaptarme mejor, encontré buenas personas con las que entable amistad, disfrute de atender pacientes y poder aportar a la comunidad la cual de forma general fue amable me apoyo e incluso me respeto, tuve el apoyo de los responsables del Gobierno de Chalco como el profesor Silva y la coordinadora Michelle. En este punto las circunstancias, mi animo y disposición general estaban mucho mejor respecto al servicio social en la comunidad de Huexoculco.

Conforme paso el tiempo me sentí mejor y más tranquila y se gestó en mi un cambio personal, si bien mi profesión me había permitido tratar pacientes anteriormente en instancias como mis estadías e internado, fue una experiencia diferente y hasta ahora única el poder tratar a los pacientes de una comunidad tan particular como Santa María Huexoculco, podrá encontrarse tan solo a unos escasos 20-25 kilómetros de la Ciudad de México, pero en cuanto a costumbres, tradiciones y forma de pensar en general bien podría decir que se encuentra a cientos de kilómetros de la capital. El tener la oportunidad de tratar a muchas personas, muchas de las cuales son de escasos recursos económicos fraguó una humildad y deseo ferviente de poder servir y ayudar lo más que pudiera, si bien en general toda la experiencia en mi servicio social dejaron huella de una forma u otra en mí, el mayor cambio se da en forma de querer apoyar y ayudar a mi comunidad, porque para a estas alturas de yo la consideraba

como mi comunidad, mis pacientes, mis embarazadas y hacia todo lo posible por dar mi mejor atención y servicio como médico.

Al termino de mi Servicio Social, veo cambios en mi de forma personal los cuales considero me hacen una persona más consciente y una mejor profesional de la medicina y la gratitud recibida por las personas y los amigos hechos en la comunidad de Huexoculco son un gran tesoro que llevo y llevare conmigo el resto de mi vida.

1.2 En relación a su formación profesional

La carrera de medicina como todos nosotros sabemos exige una formación y capacitación constante, en mi paso por los diferentes hospitales donde he estado durante la carrera y el internado han sido una pila enorme de aprendizaje que se ha ido sucediendo día tras día pero la parte, por así decirlo, característica es que siempre hay un responsable, que en este caso nunca era yo, el diagnóstico y/o procedimientos siempre corría a cargo con base en la jerarquía, quizá en un R1 o R3 o en el doctor adscrito pero para esas instancias, incluso en el internado, yo no era la responsable de poder hacer el diagnóstico. Esto cambio completamente en el Servicio Social ya que, si bien la coordinadora nos podía auxiliar o mantener cierta vigilancia remota, por primera vez el diagnóstico, tratamiento y el paciente en general eran completamente mi responsabilidad, esta vez no había un nivel jerárquico arriba que aprobara o desaprobara mi diagnóstico, esta vez seria completamente mi obligación.

Esta vez no había lugar para errores, esta vez no era un examen, no era prueba ni pregunta por parte del adscrito para medir mi conocimiento, esta vez era la vida real de las personas, en esta ocasión yo era la persona responsable de su bienestar y si bien cualquier persona puede llegar a cometer errores una mala praxis puede incluso llevar a la muerte de un paciente. Por esto asumí la responsabilidad con cierto temor al principio, pero confié en mi formación y experiencia y no solo eso, me mantuve actualizando día a día para poder llevar acabo mi servicio de la mejor manera posible. Encontré casos en los cuales la sintomatología no era lo suficientemente clara para hacer un diagnóstico preciso, en dichos casos recurrí a los diversos medios a mi alcance para poder dar un diagnóstico confiable como fueron: la literatura médica, artículos, buscar la opinión de pares más experimentados y también apoyarme en mi coordinadora, todo lo necesario para poder brindar una atención y diagnóstico fiable y eficaz, y en el momento que los recursos y medios a mi alcance no fueran suficiente para una valoración precisa, los refería a las instancias correspondientes como hospitales de especialidad, entendiendo que una persona no puede saberlo todo pero si puede tener el juicio y prudencia para referir al paciente a la instancia correspondiente ya que como profesional de la salud es nuestro deber procurar una atención oportuna, eficiente y eficaz.

Mi servicio social fue una gran experiencia profesional y considero un gran avance en mi carrera como médico ya que supuso grandes retos y me ayudo crecer profesionalmente, es un pequeño pero muy importante paso para consolidarme como un gran profesional médico que aspiro a ser.

1.3 En relación a su aportación a la comunidad

La comunidad de Santa María Huexoculco cuenta con una población de 15 mil habitantes pero cuenta solamente con 3 médicos fijos más una doctora en el centro de salud la cual acude únicamente los días miércoles y dos doctores intermitentes en farmacias lo cual no satisface la demanda de servicios de salud por lo que lo que un médico en el Centro de Desarrollo comunitario es de gran utilidad, sobre todo considerando que los servicios de atención medica son gratuitos y, como he mencionado anteriormente hay muchas personas de bajos recursos los cuales no se pueden permitir pagar una consulta de 200 a 300 pesos. Mencionando esto, podemos decir lo importante que fue tanto para mí como para la comunidad el poder haber realizado mi servicio social ahí, mi enfoque fue la atención a las mujeres embarazadas; cree un programa de seguimiento para su atención y cuidados durante y después del embarazo, les di trípticos con cuidados y recomendaciones. Aunque las mujeres encita fueron mi enfoque, atendí todo tipo de casos, desde consultas, controles, curaciones, etc.

Con un promedio de 20 consultas al día, el centro de desarrollo comunitario de Santa María Huexoculco fue el consultorio que más personas atendió dentro del programa, lo cual me llena de satisfacción y orgullo poder retribuir algo a la comunidad que tan bien me acogió, la gente siempre fue amable en su mayoría y me alegra el poder haber respondido de forma acorde.

Algo de lo más importante fue generar conciencia sobre la donación de medicamentos, con lo que formamos una pequeña farmacia, que se tiene a disposición para los habitantes de la comunidad, debido a la pandemia muchas personas que contaban con seguridad social, dejaron de asistir porque las clínicas familiares se encontraban cerradas por lo que la farmacia represento un gran apoyo en esta situación.

A pesar de lo poco o mucho que pude contribuir a la comunidad, me queda claro que la capacidad del centro comunitario puede ser más amplia, si se contara con más recursos se agilizaría la atención de los pacientes, como en métodos de planificación familiar de largo plazo y vacunas para los pacientes pediátricos y que todos los pasantes estemos capacitados para colocar, ya que sin duda representan un factor importante en la salud de las comunidades. Considero que, con una mejor organización por parte del Gobierno de Chalco, se podrían hacer ferias de salud,

donde haya atención médica gratuita, dental, psicológica, optometrista. Ya que muchos de los pacientes necesitan atención integral y es difícil obtenerla.

1.4 En relación con su institución educativa

Ser parte de la UAM Xochimilco ha sido la mejor decisión en mi vida, por mucho tiempo luche e intente entrar a la carrera de Medicina, y formar parte de esta institución me dio una nueva forma de ver la vida, desde el primer trimestre el sistema modular te enseña a resolver problemas. Te hace autónomo y lo cual trimestre a trimestre fuimos viviendo dentro de la universidad con los trabajos de investigación y en los hospitales en la rotación.

La universidad no solo me ha dado conocimiento, una carrera profesional, me ha dado amigos que se han convertido en familia, docentes que han sido una gran motivación para mí, ha sido testigo de los mejores y peores momentos de mi vida. Siempre estaré agradecida por la oportunidad que la universidad me dio para cumplir mis sueños, si tuviera que volver a elegir, lo haría sin pensarlo.

Durante mi estancia en la universidad tuve una pérdida familiar que me cambió la vida y la universidad y los docentes en turno me brindaron toda la atención y ayuda posible, recibí atención psicológica gratuita, hicieron que pudiera sobrellevar la situación y seguir adelante, me ayudaron a ver que ahora me tocaba a mi hacer todo lo necesario para ayudar a más personas y que no pasen lo mismo que yo.

Este último año de servicio fue un punto clave para mi formación personal y profesional. Aprendí y puse en marcha cada uno de los conocimientos y consejos que me dieron. Siempre intentare poner mi alma mater en alto, es poco lo que puedo hacer yo por esta universidad que me ha dado todo.

Me voy feliz y muy agradecida con mi casa de estudios, por todo lo que me brindó, por darme la oportunidad de aprender y lograr uno de mis objetivos de vida, así como permitirme ver las cosas de diferente manera, sin duda alguna, la UAM nos hace personas más humanas, enfocadas en los problemas de la comunidad donde nos encontremos y así buscar una solución, tal como lo hicimos cada trimestre con nuestros trabajos de investigación, nos da una visión más allá de lo obvio, nos hace ver el verdadero problema o situación de cada cosa, no solo en la práctica médica si no en la vida diaria.

Es para mí un orgullo y un honor pertenecer a esta institución, a donde quiera que voy la dejare en alto y la recomiendo a todos aquellos que no saben qué universidad

escoger, no solo en medicina si no en todas las carreras, ya que la universidad me permitió conocer personas de la mayoría de sus carreras y en todos los casos, mis amigos están satisfechos y orgullosos de lo que esta casa de estudios nos ha brindado a todos.

Cada vez la UAM tiene más y mejores profesionistas que la han puesto en un nivel académico alto, con lo cual solo corroboro que fue la mejor decisión de mi vida, pertenecer a esta gran casa de estudios.