



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

“Enfermedades cardiometabólicas presentes en una población de oficinistas”

M.P.S.S Alfonso Yahel Bárcenas Abogado

matricula 2153061933

ASESOR

DR ALEJANDRO ALONSO ALTAMIRANO

32356

Agosto 2024.

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
---------------------------	---

### **CAPITULO I INVESTIGACIÓN**

1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Justificación.....	2
1.3 Marco teórico.....	3
1.4 Objetivo general.....	9
1.5Objetivos específicos.....	9
1.6Hipótesis.....	9
1.7	
Metodología.....	10
1.7.1 Tipo de estudio	
1.7.2 Población, criterios de inclusión, de exclusión	
1.7.3 Variables	
1.7.4 Definición operacional	
1.7.5 Material y métodos	
1.8 Resultados: cuadros y gráficas.....	11
1.9 Análisis de resultados.....	16
1.10Conclusiones de la investigación.....	17
1.11 Bibliografía.....	17

### **CAPITULO II CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL**

1.1 Con relación a su formación como persona.....	22
1.2Con relación a su formación profesional.....	24
1.3 Con relación a su aportación a la comunidad.....	25
1.4 Con relación a su institución educativa.....	26

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiometabólicas incluyen afecciones como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la dislipidemia y la obesidad, aumentan significativamente el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (ECV) y sus complicaciones asociadas. Estas enfermedades son responsables de una gran parte de la morbilidad y mortalidad global, posicionándose como las principales causas de muerte a nivel mundial (Barrientos-Salinas 2022). El incremento en la prevalencia de las enfermedades cardiometabólicas ha sido impulsado por factores como el envejecimiento poblacional, el urbanismo acelerado, la globalización de patrones alimentarios poco saludables y el estilo de vida sedentario, lo que ha creado un desafío sin precedentes para los sistemas de salud en todo el mundo (Murguía 2022).

En México, el panorama es especialmente preocupante. El país ha visto un aumento dramático en la prevalencia de enfermedades cardiometabólicas en las últimas décadas, impulsado por la alta prevalencia de obesidad y diabetes mellitus tipo 2, que son más altas que en muchos otros países. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022, más del 70% de la población adulta en México tiene sobrepeso u obesidad, y aproximadamente el 10% vive con diabetes, cifras alarmantes que reflejan la magnitud del problema.

Además, la presencia de estas enfermedades aumenta el riesgo de desarrollar otras complicaciones crónicas, como la insuficiencia renal crónica y las amputaciones no traumáticas, que impactan negativamente la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes. Estas complicaciones no solo son un reflejo de la gravedad de las enfermedades cardiometabólicas, sino también de la ineficacia de los sistemas de salud para implementar medidas preventivas y de control adecuadas.

La salud pública plantea mecanismos de detección oportuna y de conteo para poder establecer estrategias y metas que favorezcan el bienestar de la población. Esto lo logra a partir de políticas públicas e implementando programas de promoción y difusión a la salud. Al identificar los problemas de salud prioritarios, necesidades y recursos disponibles, se planifican intervenciones efectivas (Gómez 2020). Por ejemplo, la interconectividad institucional y plataformas digitales con accesos a bancos de datos nos permite vigilar mejor el panorama (Castillo 2023).

La información presentada proviene de atención de salud a oficinistas, cuyo horario dificulta una adecuada alimentación, favorece el sedentarismo y la mala circulación con pocas ventanas de recibir valoración de su estado nutricional, glucometría, medición de la tensión arterial y cuantificación de lípidos, para su subsecuente atención o consejería médica.

## CAPITULO I INVESTIGACIÓN

Título: “Enfermedades cardiometabólicas presentes en una población de oficinistas”

### 1.1 Planteamiento del problema

El panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles en México nos hace referencia a que las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica con mayor prevalencia y número de casos reportados son las Enfermedades metabólicas (hipertensión Arterial sistémica con 246,627 casos, seguido de Diabetes mellitus tipo 2 con 200,183 casos), seguidas de las enfermedades nutricionales (Obesidad 135,683 casos) de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022. (ENSANUT 2022.)

Dentro de las actividades médicas diarias detectamos ciertas tendencias en la población que realiza acciones o trabajos en oficinas, también llamados Godinez, se encuentran pacientes con enfermedades cardiometabólicas las cuales influyen diferentes factores que condicionan una gran afectación en la salud de cada persona. El problema se da debido a que la población no tiene el conocimiento y disciplina para acudir a los servicios de salud y realizarse pruebas de tamiz para detectar enfermedades y llevar un buen control de ellas cuando ya las padecen (Ramírez-Díaz 2023).

Algunas de las causas son la falta de conocimientos sobre el plato del bien comer, la falta de ejercicio o actividad física y tener estilos de vida sedentarios además de la economía y tiempo necesario para llevar a cabo lo antes mencionado (Mora-Vergara 2022). Debido a que no se detectan a tiempo las enfermedades o no están controladas las personas pueden desarrollar complicaciones que a su vez los conlleva a la muerte de no ser atendidas (Rojas-Martínez 2023).

Se implementarán estrategias para detectar a cada persona y brindarle una atención adecuada para diagnosticar, tratar y estabilizar sus enfermedades cardiometabólicas, asesorando en la alimentación correcta que deben de seguir de manera que no afecte su economía y la forma en que deben realizar actividad física para que así se pueda llegar a las metas sugeridas de acuerdo a las normas y guías de práctica clínica para la atención de los pacientes con enfermedades cardiometabólicas.

### 1.2 Justificación

El presente trabajo permitirá describir el estado de salud de la población que trabaja en las oficinas, al identificar presencia de alteraciones de la glucosa, alteraciones de la presión arterial, dislipidemias, sobrepeso y obesidad, para describir de qué manera influye el estilo de vida y cómo se correlacionan múltiples factores de riesgo y con morbilidades que desencadenan en condiciones

cardiometabólicas; para que se puedan establecer estrategias que ayuden al diagnóstico oportuno y control de las mismas, reduciendo costos en materia de salud.

### 1.3 Marco teórico

#### Obesidad

El sobrepeso y la obesidad se definen como un acúmulo excesivo de grasa corporal que puede perjudicar la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica el sobrepeso como un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25, mientras que la obesidad se define como un IMC igual o superior a 30. Este problema de salud se ha convertido en una pandemia global debido a su asociación con diversas enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer (OMS 2024).

La prevalencia mundial del sobrepeso y la obesidad ha mostrado un incremento significativo en las últimas décadas. Según datos de la OMS, en 2016 más de 1.9 mil millones de adultos tenían sobrepeso, de los cuales 650 millones eran obesos. Esta tendencia se observa en todas las regiones del mundo, pero es particularmente alarmante en países con ingresos bajos y medios, donde la prevalencia ha aumentado rápidamente debido a la transición nutricional y a cambios en los patrones de actividad física (OMS 2016).

En 2019 se reveló de acuerdo a la ENSANUT que aproximadamente 5 millones de muertes en México se asociaron a la obesidad y al sobrepeso, por lo tanto, el índice de masa corporal y la circunferencia de cintura son indicadores de la cantidad de grasa en el abdomen y está directamente relacionado a un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas. La prevalencia de sobrepeso corresponde a un 37%, de obesidad 36% y de obesidad abdominal (circunferencia de cintura > 80 cm en mujeres y > 90 cm en hombres de 81%). Con el paso de los años la prevalencia nacional de obesidad ha aumentado notablemente, de 30.4% a 36.9% (en los últimos 16 años), con esto evidentemente el desarrollo de enfermedades cardiometabólicas ha ido al alza, aunado a esto, la desinformación, la falta de cultura de prevención, los diagnósticos y tratamientos tardíos condicionan el desarrollo de complicaciones y daño a órgano blanco que dificultan el manejo de los pacientes y que además empeoran el pronóstico de estos (Muela 2022).

La etiología del sobrepeso y la obesidad es multifactorial, involucrando una compleja interacción entre factores genéticos, ambientales, psicológicos y socioeconómicos. A nivel genético, se ha identificado que variaciones en genes relacionados con la regulación del apetito y el metabolismo pueden predisponer a un individuo al desarrollo de obesidad. No obstante, los factores ambientales y conductuales, como el consumo de dietas hipercalóricas y el sedentarismo, juegan un papel predominante (López-García 2022).

El entorno obesogénico, caracterizado por un fácil acceso a alimentos ultraprocesados y la falta de oportunidades para realizar actividad física, contribuye significativamente al aumento de peso. Además, factores psicológicos como el estrés y la depresión pueden desencadenar conductas alimentarias desordenadas, mientras que los determinantes socioeconómicos, como el nivel de educación y los ingresos, también influyen en el riesgo de desarrollar obesidad (Urrea 2021).

El sobrepeso y la obesidad se asocian con una amplia gama de manifestaciones clínicas que varían desde complicaciones metabólicas hasta problemas mecánicos. A nivel metabólico, los individuos obesos tienen un mayor riesgo de desarrollar resistencia a la insulina, hiperinsulinemia, dislipidemia y síndrome metabólico, condiciones que incrementan el riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares (Benavides-Vasconez 2021).

Además, el exceso de peso ejerce una carga adicional sobre las articulaciones, lo que puede llevar al desarrollo de osteoartritis, especialmente en las rodillas y la columna vertebral. Los problemas respiratorios, como la apnea del sueño, también son comunes en individuos obesos debido a la acumulación de grasa en el cuello y la obstrucción de las vías aéreas. Otros síntomas incluyen fatiga, disminución de la capacidad para realizar actividades físicas y problemas de autoestima y depresión, los cuales agravan el impacto del sobrepeso y la obesidad en la calidad de vida (Barreto 2021).

El tratamiento del sobrepeso y la obesidad requiere un enfoque multidisciplinario que incluya cambios en el estilo de vida, intervenciones farmacológicas y, en casos graves, cirugía bariátrica. El manejo dietético se centra en la adopción de una dieta equilibrada y hipocalórica, rica en frutas, verduras, proteínas magras y granos integrales, con la reducción de la ingesta de azúcares y grasas saturadas (Zamora 2024).

El aumento de la actividad física es otro pilar fundamental, recomendándose al menos 150 minutos de actividad aeróbica moderada a la semana. En ciertos casos, cuando las modificaciones en el estilo de vida no son suficientes, pueden considerarse medicamentos para la pérdida de peso que actúan sobre el apetito o la absorción de nutrientes (Agurto-Cruz 2021).

Finalmente, para aquellos con obesidad mórbida o con comorbilidades graves, la cirugía bariátrica, como el bypass gástrico o la gastrectomía en manga, puede ser una opción eficaz. Este tipo de intervención no solo ayuda a la reducción significativa de peso, sino que también mejora o resuelve muchas de las comorbilidades asociadas con la obesidad (Hernández-Lara 2020).

## Diabetes

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por la elevación de la concentración de glucosa sanguínea secundaria a una disminución de la producción pancreática de insulina o una disfunción de la misma para lograr sus efectos hormonales (Petersman 2019). Se

divide en tipo 1 (autoinmune) o tipo 2 (crónica), ya que su diagnóstico suele ser en el momento que existen molestias o complicaciones (ADA 2023), tras un largo proceso de estrés oxidativo de las células beta pancreáticas (Darenskaya 2023). Para realizar el diagnóstico se requiere cumplir con alguno de los siguientes criterios: glucosa en sangre de ayuno de 8 a 12 horas mayor a 126 mg/dl, curva de tolerancia oral a la glucosa de 75g con valores mayores de 200mg/dl, hemoglobina glucosilada de 6.5% (IMSS 2018). El tratamiento tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones (SSA, 2010). La farmacoterapia es específica para cada paciente, contando con una amplia gama de medicamentos con diferentes sitios de acción e insulinas con múltiples cualidades (Schmidt 2018). Todo con el objetivo de prevenir las principales complicaciones de la diabetes, que son: nefrológicas (insuficiencia renal), neurológicas (pie diabético) y oftálmicas (retinopatía) (Ceriello 2018). Varios estudios sugieren que factores como: la presión arterial, los lípidos plasmáticos, la frecuencia cardíaca y el ácido úrico desempeñan un papel en el desarrollo de ellas (Landstra 2021)

La prevalencia de diabetes en adultos de las Américas fue de 8.3% en 2016 (62 millones de 422 en todo el mundo), y 244 084 muertes se atribuyen directamente (1.5 millones mundial), convirtiéndola en la 4ª causa de muerte por enfermedad no transmisible (PAHO 2023). En 2020 se analizaron a 35 países de las Américas, observando la disponibilidad de los medicamentos para el cuidado de la diabetes (presencia >50% de las farmacias del sector público); encontrando que: la insulina está disponible en el 87 % de los países, la metformina en el 94 %, las sulfonilureas en el 91 % y otros medicamentos 80 % (Fralick 2022) Sin embargo, la disponibilidad no es la única barrera para el uso de insulina, también debe mantenerse con un manejo adecuado de la red de frío, su constante aplicación es molesta y para adultos de la tercera edad es difícil o requiere de ayuda (Ikegami 2022). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2021, reportó que 12.4 millones de personas padecen diabetes en México, siendo la causa de consulta número 11 a nivel nacional en los últimos 5 años. En 2020, 151 019 personas fallecieron a causa de diabetes, lo cual equivale a 14% del total de defunciones (1 086 743) ocurridas en el país.

De acuerdo al INEGI en el periodo de enero- junio 2023, las defunciones por enfermedades del corazón fueron la primera causa de muerte a nivel nacional, seguidas de las defunciones causadas por diabetes mellitus, dicho comportamiento ha presentado una distribución mayor en Hombres (55.6%) comparada con las Mujeres (44.3%) que ha sido menor. En México anualmente se suscitan alrededor de 800,000 defunciones, de estas, el 43.8% corresponde a mujeres y el 56.1% a hombres. Del total de defunciones, el 90% fue por enfermedades y problemas relacionados con la salud y el 10% por causas externas (homicidios, accidentes y suicidios). Las 5 principales causas de muerte por orden de mayor frecuencia en la población total son las Enfermedades del corazón, Complicaciones de Diabetes Mellitus, Enfermedades del Hígado, Tumores Malignos y Accidentes;

en Hombres se mantiene el mismo orden de frecuencia y en Mujeres se cambian las Enfermedades Hepáticas por las Enfermedades cerebrovasculares.

De acuerdo con la ENSANUT 2022:

El diagnóstico establecido de Diabetes Mellitus tipo 2 fue en el 12.6% de la población total, mientras que un 5.8% representaba nuevos casos diagnosticados durante la realización de la encuesta, siendo para ese entonces un total de 18.3%, de los cuales casi la tercera parte sabían que padecían. Del total de pacientes con diagnóstico de diabetes, más de la tercera parte (36%) tenían un control adecuado (definido por HbA1c <7%).

### Hipertensión Arterial Sistémica

La hipertensión arterial sistémica (HTA) es una condición crónica caracterizada por el incremento persistente de la presión arterial en las arterias. Esta enfermedad es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, que son la principal causa de mortalidad en el mundo. La HTA es un problema de salud pública de gran magnitud, no solo por su alta prevalencia, sino también por sus complicaciones, que incluyen infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y otras enfermedades graves. (Gorostidi 2022).

De acuerdo a la Organización mundial de la salud para 2019 la prevalencia de hipertensión para adultos entre 30-79 años fue de 35.4% a nivel mundial, más alta en varones con un 37.6% que en mujeres con un 33.3%. Los países con mayor cantidad fueron Paraguay y República Dominicana. Los países con menor prevalencia fueron Canadá y Perú (OPS 2019).

La etiología de la hipertensión arterial es multifactorial. Se identifican dos formas principales: la hipertensión primaria o esencial, que representa aproximadamente el 90-95% de los casos y para la cual no se identifica una causa única; y la hipertensión secundaria, que se asocia a condiciones médicas subyacentes, como enfermedades renales, trastornos endocrinos, o el uso de ciertos medicamentos.

Los factores de riesgo para la hipertensión esencial incluyen tanto factores modificables como no modificables. Entre los factores no modificables se encuentran la edad avanzada, la predisposición genética y el género, siendo los hombres más propensos a desarrollar HTA en edades tempranas, aunque esta tendencia se iguala o invierte en mujeres postmenopáusicas. Los factores modificables, en cambio, incluyen una dieta rica en sodio, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, el estrés y el tabaquismo. Estos factores interactúan de manera compleja, aumentando el riesgo de desarrollar hipertensión y complicaciones asociadas (Álvarez-Ochoa 2022)

La hipertensión arterial es a menudo asintomática, lo que le ha ganado el apodo de "el asesino silencioso". Sin embargo, la persistencia de cifras tensionales elevadas puede llevar a daños en los órganos diana, como el corazón, los riñones, el cerebro y los vasos sanguíneos. La hipertrofia



ventricular izquierda es una de las primeras respuestas del corazón a la presión arterial elevada, lo que a largo plazo puede llevar a insuficiencia cardíaca. Además, la HTA es un factor de riesgo clave para el desarrollo de aterosclerosis, que puede desencadenar eventos cardiovasculares graves como infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares.

El riñón, por su parte, sufre daños debido a la presión elevada, lo que puede llevar a nefropatía hipertensiva y eventualmente a insuficiencia renal crónica. En el cerebro, la hipertensión aumenta el riesgo de hemorragia intracerebral y de accidentes cerebrovasculares isquémicos. Además, la HTA también está asociada con deterioro cognitivo y demencia, lo que subraya su impacto a largo plazo en la salud general.

El manejo de la hipertensión arterial sistémica se basa en la combinación de cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico. Los cambios en el estilo de vida incluyen la adopción de una dieta saludable, como la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), que es rica en frutas, verduras, granos enteros y baja en sodio. Además, se recomienda la reducción del consumo de alcohol, la práctica regular de actividad física, la reducción del peso corporal y la gestión del estrés.

El tratamiento farmacológico se ajusta de acuerdo con la severidad de la hipertensión y las características del paciente. Los antihipertensivos de primera línea incluyen diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), betabloqueadores y antagonistas de los canales de calcio. El objetivo del tratamiento es reducir la presión arterial a niveles seguros para prevenir las complicaciones a largo plazo (Campos-Nonato 2023).

Es fundamental una adherencia estricta al tratamiento, ya que la HTA requiere un manejo continuo. Los pacientes deben ser educados sobre la importancia de la adherencia terapéutica y de las visitas regulares al médico para ajustar el tratamiento según sea necesario. Además, la monitorización domiciliar de la presión arterial puede ser una herramienta útil para mantener el control de la enfermedad (Orellana 2021).

### Dislipidemias

Las dislipidemias son alteraciones en los niveles de lípidos en la sangre, incluyendo el colesterol y los triglicéridos, que están asociados con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares. Este trastorno puede presentarse como un aumento en las concentraciones de colesterol total, lipoproteínas de baja densidad (LDL, comúnmente conocido como "colesterol malo"), triglicéridos, o una disminución en las lipoproteínas de alta densidad (HDL, conocido como "colesterol bueno"). Las dislipidemias son un problema de salud pública significativo, ya que contribuyen a la aterosclerosis, la principal causa subyacente de eventos cardiovasculares como infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Este ensayo abordará las causas, las consecuencias y las estrategias de manejo de las dislipidemias (Ruiz 2020).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 39% de los adultos en el mundo tienen niveles elevados de colesterol total. Este problema es más prevalente en regiones de ingresos altos, pero también está en aumento en países de ingresos bajos y medianos, especialmente en áreas urbanas donde los hábitos de vida occidentales se están volviendo más comunes.

En México, las dislipidemias representan un importante problema de salud pública. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022, aproximadamente el 50% de la población adulta tiene niveles elevados de colesterol total o LDL, lo que los coloca en riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares. Además, el 30% presenta hipertrigliceridemia y un 20% tiene niveles bajos de colesterol HDL.

Las dislipidemias pueden ser primarias o secundarias. Las dislipidemias primarias son de origen genético y se deben a mutaciones en los genes que regulan el metabolismo de los lípidos. Ejemplos de dislipidemias primarias incluyen la hipercolesterolemia familiar, que se caracteriza por niveles extremadamente altos de LDL desde una edad temprana, y la hipertrigliceridemia familiar, donde los niveles de triglicéridos están marcadamente elevados (Torres 2021).

Por otro lado, las dislipidemias secundarias resultan de factores adquiridos, como la dieta, el estilo de vida y ciertas enfermedades. Entre los factores modificables se encuentran el consumo elevado de grasas saturadas y trans, el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo. Enfermedades como la diabetes mellitus, el hipotiroidismo, el síndrome nefrótico y enfermedades hepáticas también pueden conducir a dislipidemias secundarias. Además, ciertos medicamentos, como los diuréticos, los betabloqueadores y los corticosteroides, pueden alterar el perfil lipídico (Cevallos 2022).

La interacción entre los factores genéticos y ambientales determina el perfil lipídico de un individuo y su riesgo de desarrollar dislipidemias. Es importante señalar que las dislipidemias suelen ser asintomáticas hasta que ocurre una complicación grave, lo que hace que la detección temprana y el manejo sean cruciales (Ferrel-Vega 2022).

La principal consecuencia de las dislipidemias es el desarrollo de aterosclerosis, un proceso patológico en el cual los lípidos, principalmente el LDL, se acumulan en las paredes de las arterias, formando placas ateroscleróticas. Con el tiempo, estas placas pueden endurecer y estrechar las arterias, reduciendo el flujo sanguíneo y aumentando el riesgo de eventos isquémicos. La ruptura de una placa aterosclerótica puede desencadenar la formación de un coágulo, que puede obstruir completamente la arteria, resultando en un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular. Además, las dislipidemias, especialmente la hipertrigliceridemia severa, pueden llevar a pancreatitis aguda, una inflamación del páncreas que puede ser potencialmente mortal. En el largo plazo, la acumulación de lípidos también puede contribuir al desarrollo de enfermedades hepáticas, como la

esteatosis hepática no alcohólica, que puede progresar a cirrosis y cáncer hepático (Ramírez-Reyes 2021).

El manejo de las dislipidemias se basa en cambios en el estilo de vida y, cuando es necesario, en el tratamiento farmacológico. Los cambios en el estilo de vida son la primera línea de defensa e incluyen la adopción de una dieta baja en grasas saturadas y trans, la inclusión de grasas saludables como las monoinsaturadas y poliinsaturadas, y el aumento en el consumo de fibra. La actividad física regular, la pérdida de peso y el cese del tabaquismo también son fundamentales para mejorar el perfil lipídico (Cevallos 2022).

El tratamiento farmacológico está indicado cuando los cambios en el estilo de vida no son suficientes para alcanzar los objetivos terapéuticos. Las estatinas son los fármacos de primera elección para reducir los niveles de LDL y disminuir el riesgo cardiovascular. Otros medicamentos incluyen los fibratos, que son útiles para reducir los triglicéridos, y los inhibidores de la absorción de colesterol, como la ezetimiba. En casos de hipercolesterolemia familiar, pueden ser necesarios tratamientos más agresivos, como los inhibidores de PCSK9 o la aféresis de lipoproteínas (Aguilar 2020).

#### 1.4 Objetivo general

Detectar oportunamente a los trabajadores de oficinas, que cuenten con alteraciones metabólicas que que llevan al diagnóstico de enfermedades cardiometabólicas, para realizar recomendaciones en salud que permitan reducir los daños y complicaciones al igual que canalizarlos a su seguimiento médico.

#### 1.5 Objetivos específicos

- Conocer la edad de las personas que trabajan en oficina.
- Conocer el sexo de las personas que trabajan en oficina.
- Conocer a los oficinistas con cifras alteradas de glucosa.
- Conocer a los oficinistas con cifras alteradas de tensión arterial.
- Conocer a los oficinistas con cifras alteradas de colesterol.
- Conocer a los oficinistas con cifras alteradas de triglicéridos.

#### 1.6 Hipótesis

En la población que trabaja en espacios como oficinas hay una alta incidencia de factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiometabólicas.

## 1.7 Metodología

### 1.7.1 Tipo de estudio

Investigación transversal tipo medición de variables aplicado a oficinistas de IMSS Bienestar.

### 1.7.2 Población, criterios de inclusión, de exclusión

Se desarrolló en la Ciudad de México en la alcaldía Álvaro Obregón, donde se encuentra localizadas las oficinas de IMSS Bienestar. Los criterios de inclusión fueron: tener un puesto de oficinista en el IMSS Bienestar unidad San Angel In. Los criterios de exclusión fueron: formar parte del personal de la unidad que no realizaba actividades de oficinista, por ejemplo, vigilancia, seguridad, cocina e intendencia; personal que acudía a realizar trámites.

### 1.7.3 Variables

Sexo, edad, peso, talla, índice de masa corporal, glucosa, frecuencia cardiaca, tensión arterial, colesterol, triglicéridos.

### 1.7.4 Definición operacional

- Sexo: Característica biológica determinada por el cromosoma “x” o “y” provisto por el espermatozoide durante la concepción, la cual determina caracteres sexuales y reproductivos, al igual que hormonales. Puede ser hombre o mujer.
- Edad: Tiempo que transcurre desde el nacimiento a la fecha en que se realiza el estudio, medido en años.
- Peso: Característica que ejerce la masa por la fuerza de gravedad, en salud se mide en kilogramos, Kg.
- Talla: característica que describe la estatura de un ser humano y se mide en metros.
- Índice de masa corporal: relación entre peso y talla al cuadrado, nos habla de un estado nutricional.
- Glucosa: cantidad de miligramos de glucosa por decilitro de sangre.
- Frecuencia cardiaca: cantidad de latidos que emite el corazón en el periodo de un minuto.
- Tensión arterial: fuerza que ejerce la sangre al circular por los capilares del cuerpo, se mide en milímetros de mercurio, mmHg.
- Colesterol: sustancia cerosa que se encuentra en la sangre, se mide en miligramos por decilitro.
- Triglicéridos: sustancia grasosa compuesta por tres grupos glicéridos que circula por la sangre, se mide en miligramos por decilitro.

### 1.7.5 Materiales y métodos

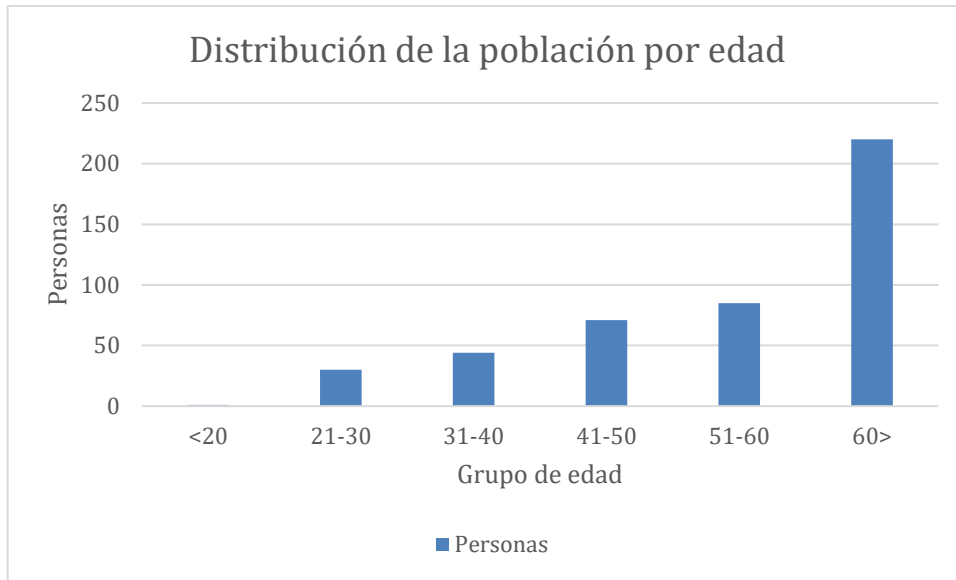
- Báscula.
- Computadora.
- Estadímetro.
- Glucómetro.
- Baumanómetro digital.
- Medidor de lípidos.
- Pipeta.
- Torunda alcoholada.
- tiras reactivas.
- lancetas.

Se realizó una campaña de salud constituida por módulo de registro de datos, seguido por la medición del peso y la talla, toma de frecuencia cardiaca y tensión arterial, medición de la glucosa por medio de sangre obtenida del dedo 4to de la mano no dominante en tira reactiva analizada por glucómetro, y toma de la misma fuente de 1ml de sangre por pipeta y colocado en el medidor de lípidos, posteriormente se registraron los datos y se otorgó una torunda alcoholada.

### 1.8 Resultados

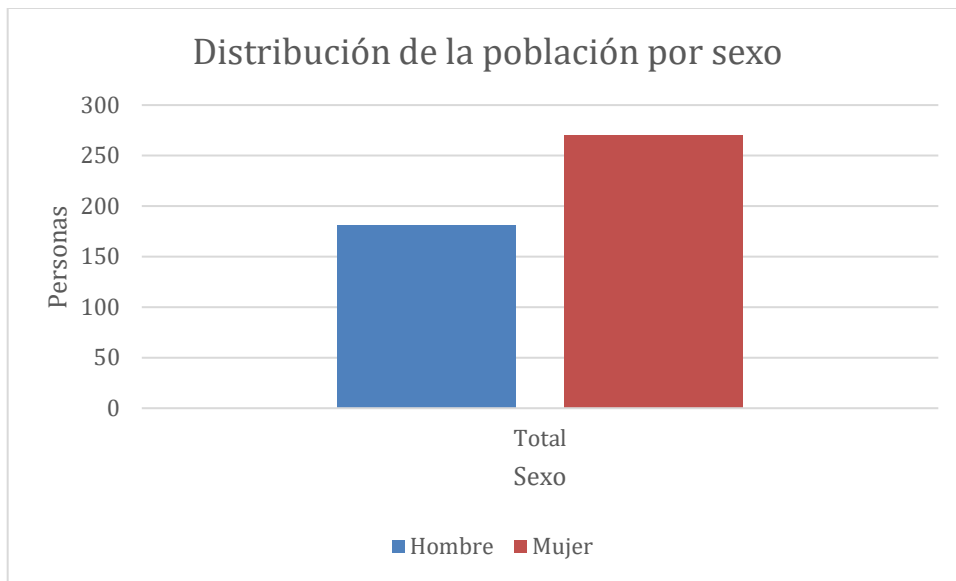
A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la valoración en salud realizada.

Grafica #1 Distribución de la población por edad



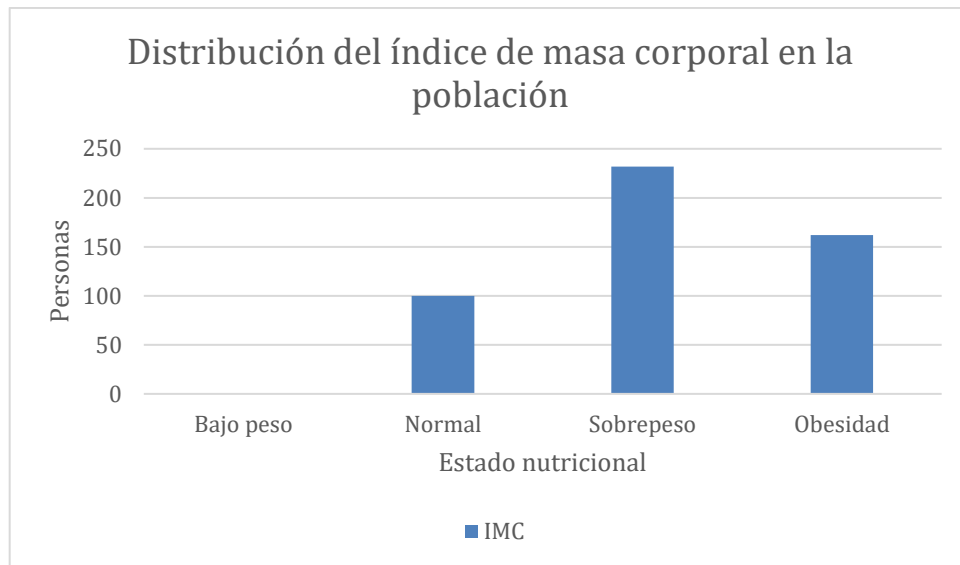
En la gráfica se muestra la cantidad de personas en la población estudiada, por grupo etario dividido en decenios.

Grafica #2 Distribución de la población por sexo



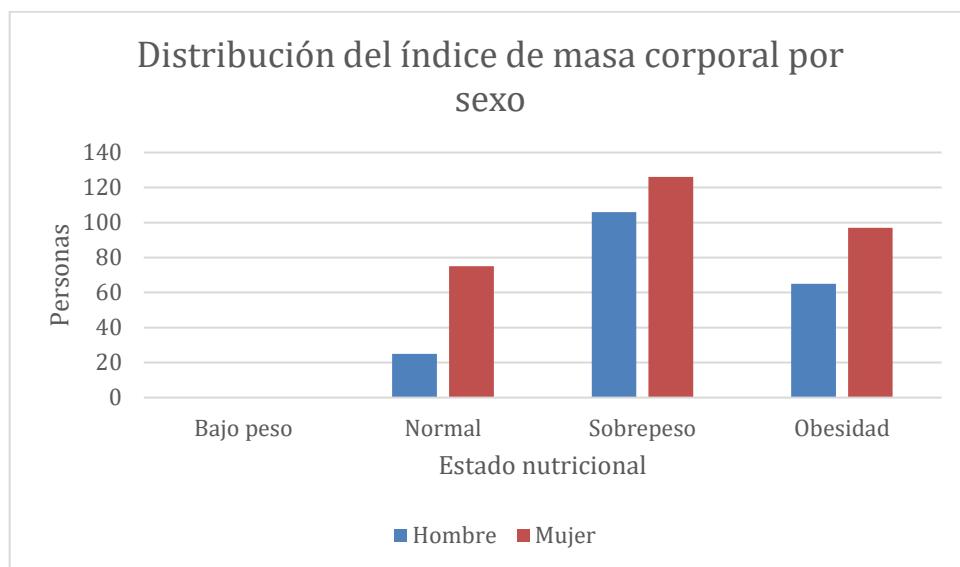
En la gráfica se muestra la cantidad de personas en la población estudiada, por sexo masculino o femenino.

Gráfica #3 Distribución del índice de masa corporal en el total de la población



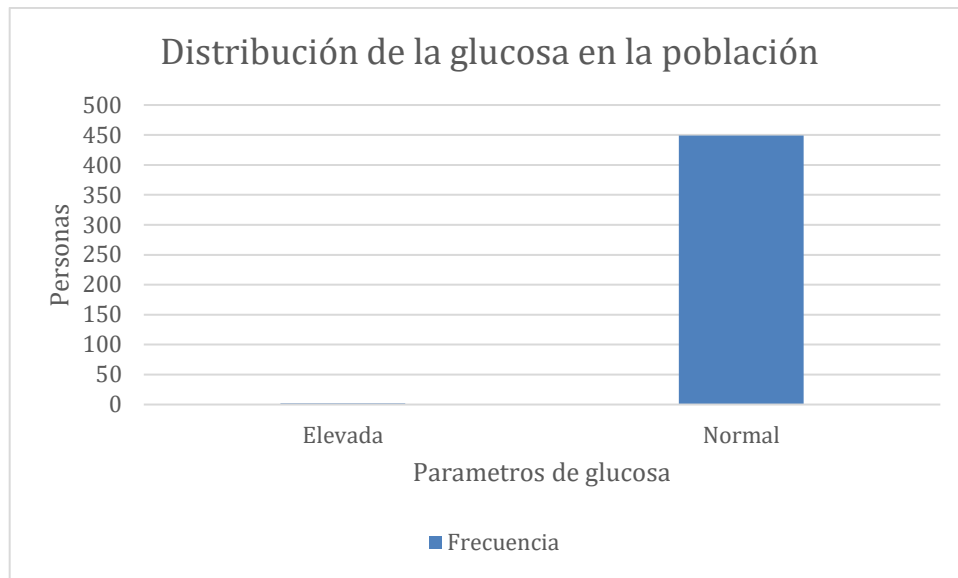
En la gráfica se muestra la cantidad de personas en la población estudiada, por estado nutricional.

Gráfica #4 Distribución del imc por sexo



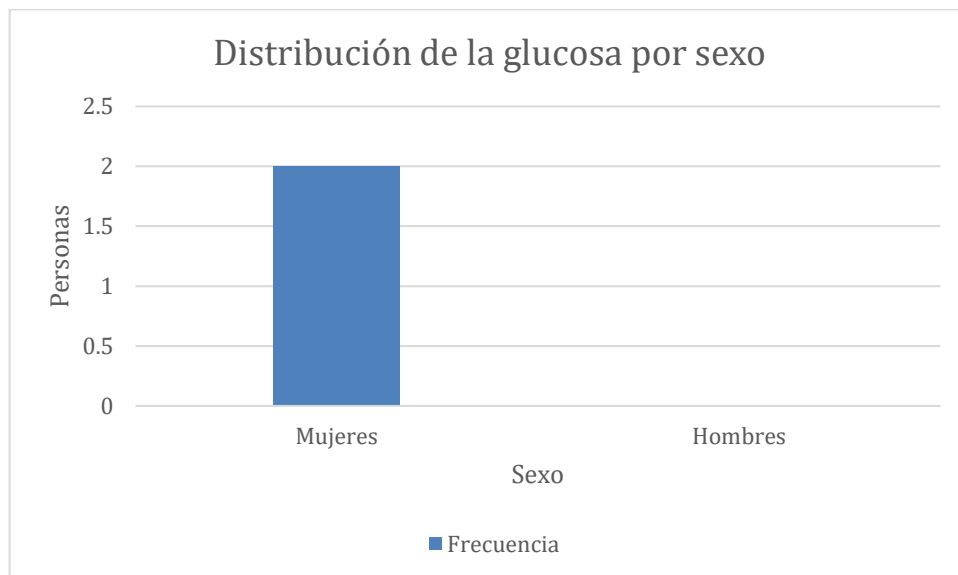
En la gráfica se muestra la cantidad de personas en la población estudiada, por sexo dividido en estado nutricional.

Gráfica #5 Distribución por valores de glucosa anormal en el total de la población



En la gráfica se muestra la cantidad de personas en la población estudiada, con glucosa elevada o normal.

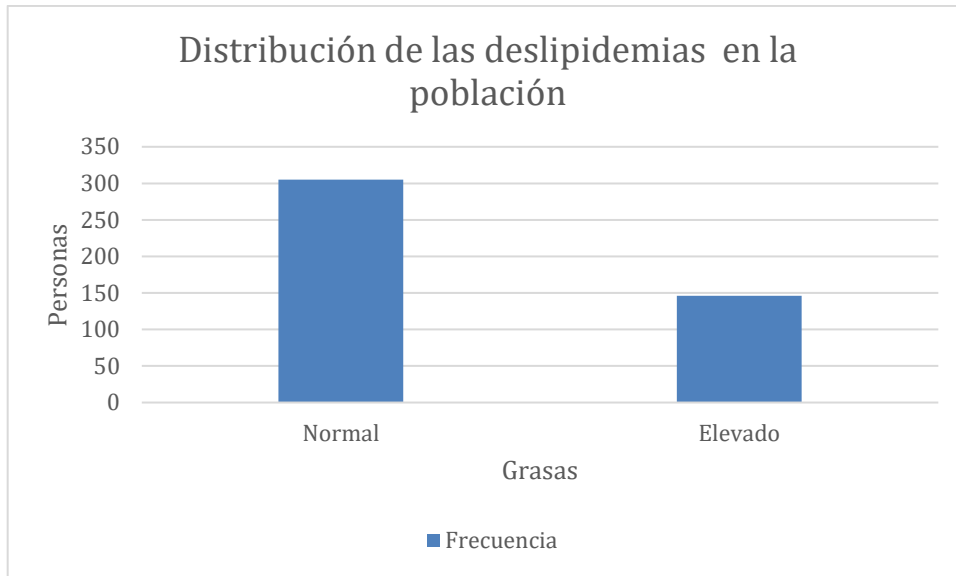
Gráfica #6 Distribución por valores de glucosa anormal y sexo



En la gráfica se muestra la cantidad de personas en la población estudiada, con glucosa elevada por sexo.

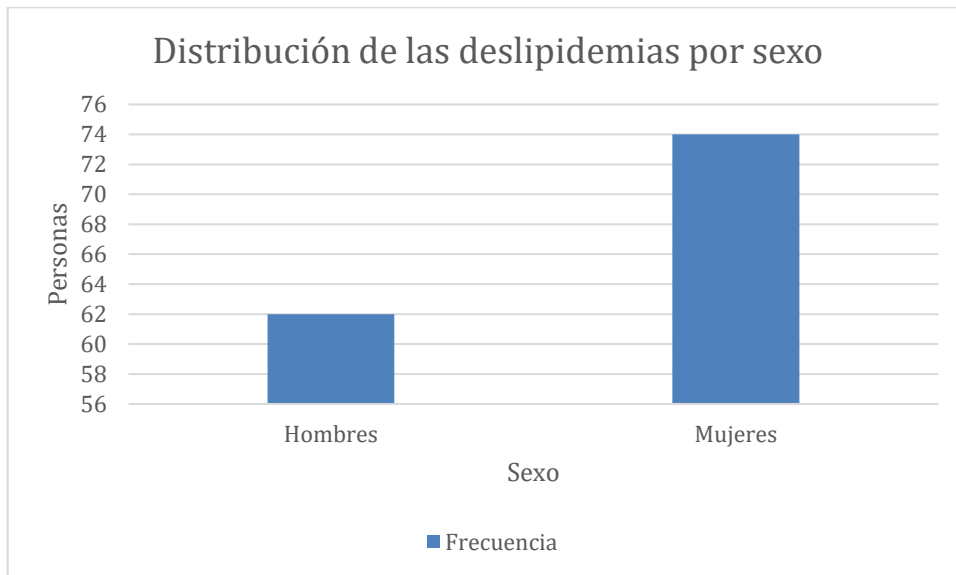


Gráfica #7 Distribución por dislipidemias en el total de la población



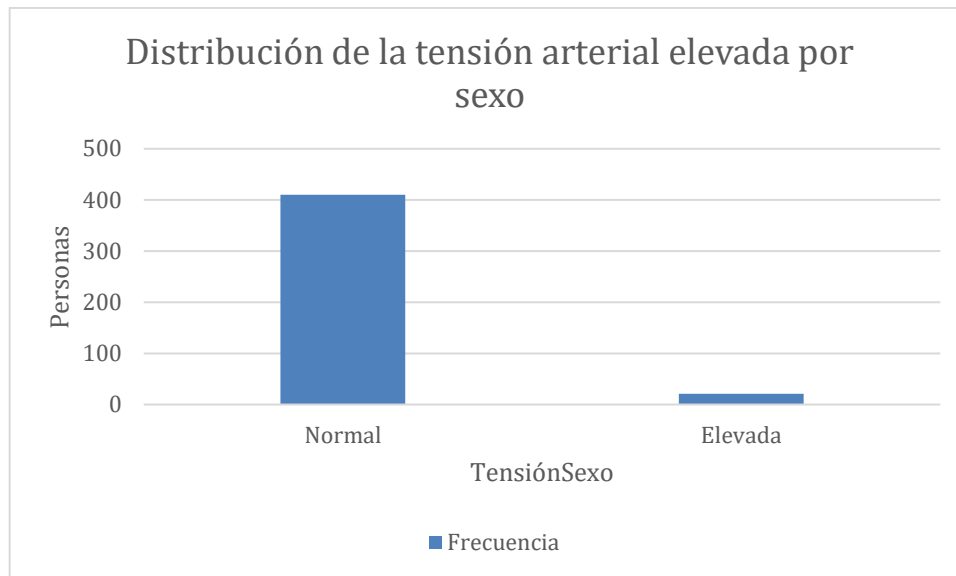
En la gráfica se muestra la cantidad de personas en la población estudiada, con o sin dislipidemia.

Gráfica #8 Distribución por dislipidemias y sexo



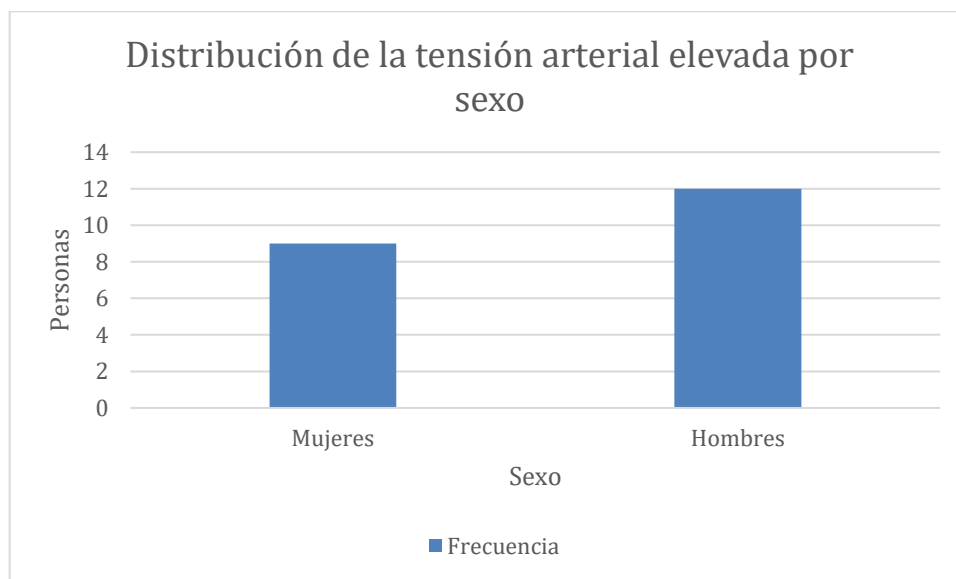
En la gráfica se muestra la cantidad de personas en la población estudiada, con dislipidemia por sexo.

Gráfica #9 Distribución de tensión arterial elevada en la población



En la gráfica se muestra la cantidad de personas en la población estudiada, con o sin tensión arterial elevada.

Gráfica #10 Distribución por hipertensión y sexo



En la gráfica se muestra la cantidad de personas en la población estudiada, con tensión arterial elevada por sexo.

### 1.9 Análisis de resultados

El total de población fue de 451 oficinistas (gráfica #1) de los cuales lo subdividimos en población masculina y población femenina, 181 y 270 respectivamente (gráfica #2). También se obtuvo las

siguientes proporciones enfocadas a los problemas de salud: Índice de masa corporal (gráficas #3 y #4): sobrepeso representa 198 de los 451 oficinistas (43.9%) y por género representa 90 de 181 hombres (49.7%) y 108 de 270 mujeres (40%). Obesidad representa 152 (33.7%) por género 66 hombres (36.4%) y 86 mujeres (31.8%). Glucosa anormal en ayuno (gráficas #5 y #6): fueron dos personas de sexo femenino que representan 0.4% general y 0.7 por sexo. Colesterol elevado y triglicéridos elevados (gráficas #7 y #8): 9 individuos tuvieron colesterol por arriba de 200 mg/dl vs 127 con triglicéridos mayores a 150 mg/dl. Tensión arterial sistólica elevada (gráficas #9 y #10): la cantidad total de personas con valores elevados fue de 23 personas (0.5% total) de las cuales eran 9 hombres (4.7% por genero) y 12 mujeres (4.4% entre las mujeres).

### 1.10 Conclusiones de la investigación

La presente investigación tuvo como objetivo valorar el estado de salud de un grupo de personas que laboran en una oficina, caracterizados por llevar un estilo de vida sedentario, con horarios laborales prolongados y poco tiempo disponible para la preparación de alimentos saludables. El análisis se centró en variables clave relacionadas con el riesgo cardiometabólico, tales como el índice de masa corporal (IMC), glucosa en sangre, tensión arterial, colesterol y triglicéridos. Los resultados obtenidos proporcionan una visión alarmante del impacto que estos factores pueden tener en la salud de este grupo poblacional, destacando la urgencia de implementar medidas preventivas y correctivas.

Durante la realización del proyecto se encontraron algunas dificultades para la implementación, llenado y recaudación de todas las variables. La dinámica espacio-temporal no permitió cubrir la intención de 95% de la población trabajadora en modalidad oficinista, ya que únicamente se utilizaron 5 días laborales en un horario de 8-14 horas con la limitante de que la población acudía incipientemente en su hora de lunch. También, la valoración de colesterol y triglicéridos dificultó extremosamente la dinámica de valoración, ya que la toma de glucosa y su resultado se obtiene aproximadamente en 1 minutos, sin embargo la de grasas tarda de 5-7 minutos para la lectura final por lo que no todos contaban con el tiempo para realizarla, podían y querían esperar, o hubo suficiente insumo por lo tanto la cantidad de valores obtenidos fue proporcionalmente insuficiente por lo que hay que tomar en cuenta el sesgo para la interpretación estadística.

### 1.11 Bibliografía

1. American Diabetes Association. ¿Que es la diabetes?. [Internet]. Estados Unidos: ADA; 2023[consultado 27 junio 2023]. Disponible en: <https://diabetes.org/sites/default/files/2021-09/what-is-diabetes-SPANISH.pdf>
2. Aguilar, C., Alexanderson, E., Ahumada, M., Alcocer, M., Arenas, J. L., Borges, O., ... & Verdejo, J. (2020). Consenso de la Sociedad Mexicana de Cardiología en el

- diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias y aterosclerosis. *Medicina Interna de México*, 36(3), 390-413.
3. Agurto Cruz, S. A. (2021). Sobrepeso u obesidad en pacientes diabéticos tipo II con tratamiento Farmacológico del Hospital de Supe, julio-diciembre 2020.
  4. Álvarez-Ochoa, R., Torres-Criollo, L. M., Ortega, J. P. G., Coronel, D. C. I., Cayamcela, D. M. B., Pelaez, V. D. R. L., & Salinas, A. S. S. (2022). Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos. Una revisión crítica. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 17(2).
  5. Barreto, I. B., Cruz, Y. A. M., López, J. A. P., & Carassa, D. C. M. (2021). Relación entre obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles e infecciosas. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 54(3).
  6. Barrientos Salinas, J. A., & Silva Arratia, M. A. (2020). Estado de la investigación sobre obesidad y sobrepeso: una revisión crítica y socioantropológica. *Temas sociales*, (46), 130-159.
  7. Benavides Vásquez, C. A. (2021). Sobrepeso y obesidad: abordaje integral del médico familiar en primer nivel de atención de salud. Revisión narrativa.
  8. Campos-Nonato, I., Oviedo-Solís, C., Vargas-Meza, J., Ramírez-Villalobos, D., Medina-García, C., Gómez-Álvarez, E., ... & Barquera, S. (2023). Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65, s169-s180.
  9. Castillo, M. A. M., & Neto, C. B. (2023). Geoinformática y salud: revisión, caracterización y análisis de plataformas SIG basadas en WEB para vigilancia en salud pública. *GeoFocus. International Review of Geographical Information Science and Technology*, (32), 79-111.
  10. Ceriello A, Prattichizzo F. Variability of risk factors and diabetes complications. *Cardiovasc Diabetol*. 2021; 20(1):101.
  11. Cevallos, W. J. M., Bailón, A. N. L., Loor, C. S. M., & Jalca, J. E. C. (2022). Prevalencia y factores de riesgo de dislipidemias: un estudio de la situación actual. *Revista Científica Higía De La Salud*, 6(1).
  12. Darenskaya MA, Kolesnikova LI, Kolesnikov SI. Oxidative Stress: Pathogenetic Role in Diabetes Mellitus and Its Complications and Therapeutic Approaches to Correction. *Bull Exp Biol Med*. 2021; 171(2):179-189.
  13. Ferrel Vega, R. M. (2020). Relación entre los factores sociodemográficos y nutricionales con las dislipidemias en adultos mayores que acuden a la clínica "Euroclinic", Trujillo, 2019.
  14. Fralick M, Jenkins AJ, Khunti K, et al. Global accessibility of therapeutics for diabetes mellitus. *Nat Rev Endocrinol*. 2022; 18(4):199-204.

15. Gómez, J. M. S., Mejía, M. I. B., & Cardona-Arias, J. A. (2020). Revisión sistemática de evaluaciones económicas en salud para el tratamiento de la obesidad en adultos, 2009-2019. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44.
16. Gorostidi, M., Gijón-Conde, T., De la Sierra, A., Rodilla, E., Rubio, E., Vinyoles, E., ... & García-Donaire, J. A. (2022). Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). *Hipertensión y riesgo vascular*, 39(4), 174-194.
17. Hernández-Lara, A. H., Almazán-Urbina, F. E., Santiago-Torres, M., & Rangel-Cruz, E. (2020). Colocación de balón intragástrico en el tratamiento del sobrepeso y obesidad: experiencia de un centro de referencia en México. *Revista de Gastroenterología de México*, 85(4), 410-415.
18. Ikegami H, Hiromine Y, Noso S. Insulin-dependent diabetes mellitus in older adults: Current status and future prospects. *Geriatr Gerontol Int*. 2022; 22(8):549-553.
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Mexico, 2018.
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes (14 de noviembre). Comunicado de prensa. 2021;65
21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de salud y nutrición (ENSANUT) 2018. Diseño conceptual. 2019
22. Landstra CP, de Koning EJP. COVID-19 and Diabetes: Understanding the Interrelationship and Risks for a Severe Course. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021; 12:649525.
23. López-García, A., Picos-Cárdenas, V. J., Leal-Ugarte, E., Beltrán-Ontiveros, S. A., & Meza-Espinoza, J. P. (2022). Genética del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes mexicanos. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, (86).
24. Luengo, H. R. M., González, F. M., & Azuaje, E. L. (2021, June). Bases para el diseño de una política pública para la educación nutricional en enfermedades cardiometabólicas en el Municipio Maracaibo, Estado Zulia. In *Anales Venezolanos de Nutrición*(Vol. 34, No. 1, pp. 11-20). Fundación Bengoa.
25. M del Pilar Ramírez-Díaz, M., Luna-Hernández, J. F., Rodríguez-López, E. I., & Hernández-Ramírez, G. (2023). Nivel de percepción de la inseguridad alimentaria, estado nutricional y factores sociodemográficos asociados en pobladores de Oaxaca, México. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 22(2), 1-11.
26. Mora Vergara, A. P., López Espinoza, A., Martínez Moreno, A. G., Bernal Gómez, S. J., Martínez Rodríguez, T. Y., & Hun Gamboa, N. (2022). Determinantes

- socioeconómicos y sociodemográficos asociados al consumo de frutas y verduras de las madres de familia y los hogares de escolares de Jalisco. *Nutrición Hospitalaria*, 39(1), 111-117.
27. Muela, F. A. L., Gor, P., GAsfélum, M. A., Gutiérrez, A. S., & Mexía, A. R. (2022). Programas de intervención de estilo de vida para la adquisición de hábitos saludables y prevención de enfermedades cardiometabólicas adaptadas al aislamiento en casa ante la pandemia por la COVID-19: una revisión. *Know and Share Psychology*, 3(3), 163-197.
  28. Murguía Ricalde, K. F. (2022). Asociación entre el consumo de frutas y verduras y la presencia de enfermedades metabólicas. Un análisis de la Encuesta Nacional Demográfica y Salud Familiar–2020.
  29. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes. [Internet]. Estados Unidos: PAHO; 2023[consultado 27 junio 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
  30. Orellana, P. A. Á., Pérez, R. F. T., León, M. S. Q., Rodríguez, M. R. P., Toca, E. P. M., Orellana, F. M. Á., ... & Pérez, A. E. T. (2021). Factores de riesgo de la hipertensión arterial esencial y el riesgo cardiovascular. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 16(4), 321-328.
  31. Petersmann A, Müller-Wieland D, Müller UA, et al. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2019; 127(1):1-7.
  32. Ramírez-Reyes, L. G., Carrillo-Torres, O., & Brito-Ramírez, F. (2021). Complicaciones postoperatorias por descontrol lipídico perioperatorio. Revisión sistemática. *Revista mexicana de anestesiología*, 44(1), 34-42.
  33. Ruiz López, J. C., Letamendi Velasco, J. A., & Calderón León, R. A. (2020). Prevalencia de dislipidemias en pacientes obesos. *Medisan*, 24(2), 211-222.
  34. Rojas-Martínez, R., Escamilla-Núñez, C., Castro-Porras, L., Basto-Abreu, A., Barrientos-Gutiérrez, T., Romero-Martínez, M., & Aguilar-Salinas, C. (2023). Tamizaje, prevalencia, diagnóstico previo, tratamiento y control de hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes en adultos mexicanos. *Ensanut 2022. salud pública de México*, 65(6, nov-dic), 685-696.
  35. Secretaría de Salud. En México, 12.4 millones de personas viven con diabetes. [Internet]. México: SS; 2023[consultado 27 junio 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/547-en-mexico-12-4-millones-de-personas-viven-con-diabetes?idiom=es>
  36. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. México: Diario Oficial de la Federación.

37. Schmidt AM. Highlighting Diabetes Mellitus: The Epidemic Continues. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2018; 38(1):e1-e8.
38. Salazar Zuloeta, J. Y. (2023). Estrategia de salud alimentaria y nutricional para la prevalencia de enfermedades cardiometabólicas y seguridad alimentaria, Lambayeque.
39. Torres, A. J. V., Giménez, E. A., González, A. E., Gómez, M. L., Moraleda, B. J., & Martínez, M. M. M. (2021). Clasificación de las dislipidemias, una revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(5), 122.
40. Urrea, A. S., & Rus, T. I. (2021). Factores socioeconómicos que influyen en la salud nutricional y actividad física de escolares. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (40), 95-108.
41. Zamora, N. A. O., Cervantes, V. G. A., & González, F. C. (2024). Técnicas surgidas de las teorías del aprendizaje para el tratamiento de sobrepeso y obesidad. *Journal of Behavior and Feeding*, 4(7), 28-36.

## **CAPITULO II CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL**

### **2.1 Con relación a su formación como persona**

El servicio social en la carrera de medicina es una etapa crucial que no solo complementó la formación académica, sino que también fortaleció las habilidades humanas esenciales en mi futura práctica médica. Esta experiencia práctica me permitió aplicar los conocimientos en contextos reales, enfrentándome a desafíos que requieren no solo competencias técnicas, sino también una profunda comprensión y empatía hacia las personas. La comunicación efectiva es esencial en la medicina. Durante el servicio social, tuve la oportunidad de interactuar con pacientes de diversas culturas (inclusive en la misma ciudad) y contextos socioeconómicos. Esta diversidad nos obliga a adaptar la forma de comunicarnos, asegurando que la información médica sea comprendida claramente por todos los pacientes, independientemente de su nivel de educación o idioma. Una comunicación clara y empática no solo mejora la relación médico-paciente, sino que también puede influir significativamente en el cumplimiento de los tratamientos y en la satisfacción del paciente.

El servicio social también me enseñó humildad. Me enfrenté a situaciones donde mis conocimientos fueron limitados, y debí reconocer que aún tengo mucho que aprender; no solamente en la operatividad de secretaria de salud, si no también en las alternativas terapéuticas. La humildad me permite, como futuro médico, a aceptar los errores y aprender de ellos, buscando siempre la mejora continua. Además, ser humilde facilitó la colaboración con otros profesionales de la salud, creando un ambiente de trabajo en equipo donde todos aportan y aprenden mutuamente. La resiliencia, entendida como la capacidad de mantenerse firmes y seguir adelante frente a la adversidad, es una cualidad esencial en la medicina. Durante el servicio social, me enfrenté a largas horas de trabajo, condiciones laborales a menudo difíciles o precarias y situaciones emocionalmente desafiantes. La paciencia es otra cualidad vital que se cultiva durante el servicio social. El proceso de diagnóstico y tratamiento médico puede ser largo y complicado, y requiere tiempo para que los pacientes comprendan y acepten su situación. Como médico debo ser paciente, no solo con el proceso de atención, sino también con los pacientes mismos, quienes pueden estar asustados, confundidos o reacios a seguir el tratamiento. La paciencia ayuda a construir una relación de confianza y a proporcionar un cuidado más humano y comprensivo.

Finalmente, la escucha activa es una habilidad fundamental que se perfecciona durante el servicio social. Escuchar activamente significa prestar atención completa al paciente, entendiendo no solo sus síntomas físicos, sino también sus preocupaciones emocionales y psicológicas. Esta práctica fortalece la empatía, permitiendo a los médicos comprender mejor las necesidades y preocupaciones de sus pacientes, y, en consecuencia, proporcionar un cuidado más integral y personalizado.



En conclusión, el servicio social en la carrera de medicina es una experiencia formativa indispensable que va más allá del aprendizaje técnico. El desarrollo de habilidades humanas es esencial para brindar un cuidado de salud de alta calidad, basado en el respeto y la empatía hacia nuestros pacientes. Estas cualidades no solo enriquecen la práctica médica, sino que también fortalecen el vínculo entre el médico y el paciente, mejorando los resultados de salud y la satisfacción general con el cuidado recibido.

## 2.2 Con relación a su formación profesional

El servicio social en la carrera de medicina representa la culminación de un largo y riguroso proceso de formación profesional, consolidando los conocimientos y habilidades adquiridos durante años de estudio. Esta etapa es crucial para la transición de los estudiantes de medicina a profesionales competentes y preparados para enfrentar la realidad de la práctica médica diaria. El servicio social marca el fin de la etapa académica y el comienzo de la práctica profesional. Durante este periodo, pude aplicar de manera directa y supervisada los conocimientos teóricos adquiridos, enfrentando casos reales que demandan diagnósticos precisos y tratamientos efectivos. Esta experiencia permitió consolidar y afinar las habilidades clínicas y procedimentales en un entorno real, preparándome para los desafíos de la práctica diaria.

El servicio social no solo me proporcionó experiencia práctica, sino que también me inculcó un enfoque holístico. Como pasante, aprendí a tratar a los pacientes de manera integral, considerando no solo los aspectos físicos de las enfermedades, sino también los factores psicológicos, sociales y emocionales que pueden influir en la salud. Esta perspectiva es esencial para ofrecer un cuidado de salud completo y efectivo, algo que puede ser menos enfatizado en la actividad hospitalaria donde la especialización a veces limita la visión integral del paciente.

Sin Embargo, también el servicio social actúa como un puente hacia la especialización o residencia médica. Durante este tiempo pude profundizar en las experiencias, áreas dentro de la clínica del que hacer del medico general y conocer que cosas me gustaban y disgustaban; al igual que conocimiento administrativo. Esta exploración práctica es invaluable para la toma de decisiones informada sobre su futuro profesional. Mientras que la actividad hospitalaria tradicional se enfoca en la atención de casos específicos dentro de un entorno altamente especializado y tecnificado, el servicio social ofrece una experiencia más amplia y variada. Saliendo a jornadas medicas en la colonia o en empresas y escuelas, con recursos limitados, fui más versátil y creativo en mi práctica y la solución de problemas. Esta exposición a diferentes realidades y contextos de atención enriqueció mi formación y me proporcionó una perspectiva más amplia y humana de la medicina.

En conclusión, fue una etapa fundamental que completó mi formación profesional. Su importancia radicó en la consolidación de habilidades prácticas, la adopción de un enfoque holístico en la atención al paciente, y la preparación para la especialización o residencia médica. Al contrastarse con la actividad hospitalaria tradicional, primer nivel ofrece una experiencia diversa y enriquecedora que prepara a los médicos para enfrentar los múltiples desafíos de la práctica médica diaria con competencia, empatía y dedicación; sobre todo con enfoque en la prevención y el contacto con la comunidad.

### 2.3 Con relación a su aportación a la comunidad

El servicio social en la carrera de medicina no solo representa una etapa crucial en la formación de los futuros médicos, sino que también tiene un impacto significativo en las comunidades donde se lleva a cabo. Esta experiencia permite a los estudiantes participar activamente en actividades de prevención de enfermedades crónicas, un aspecto vital para mejorar la salud pública. Estos padecimientos están profundamente influenciados por determinantes sociales de salud, como el nivel socioeconómico, la educación, el acceso a servicios de salud y los estilos de vida.

Durante el servicio social, pude identificar estos factores y trabajar en intervenciones comunitarias que promuevan hábitos saludables, como la alimentación balanceada y el ejercicio regular, ayudando así a prevenir la aparición y progresión de estas enfermedades. La vacunación es una de las intervenciones más efectivas en la prevención de enfermedades infecciosas y la promoción de la salud pública. Mi participación en las campañas de vacunación contra influenza, Covid-19 y antirrábica ayudó a aumentar la cobertura y protección a la comunidad. Estas campañas no solo salvan vidas, sino que también contribuyen a la inmunidad colectiva, reduciendo la incidencia de brotes y epidemias. La atención a menores fue otro pilar fundamental durante el servicio social. Con los chequeos médicos se monitorea el crecimiento y desarrollo de los niños, y se educa a los padres sobre la importancia de la nutrición adecuada y la prevención de enfermedades. Además, la planificación familiar en adolescentes es esencial para la prevenir embarazos adolescentes. Se asesora sobre métodos anticonceptivos, sexualidad y desarrollo emocional.

Otro punto importante son los programas para la detección temprana del cáncer, los cuales son cruciales para aumentar las posibilidades de tratamiento exitoso y supervivencia. El consultorio 8 era el encargado de Detecciones Oportunas de Cancer en la mujer (D.O.C.), como el de mama y el cervicouterino. También se promueve la realización de auto exploración y se organizan jornadas de mamografías y pruebas de Papanicolaou, que son fundamentales para la identificación temprana de estas enfermedades. También el centro de salud cuenta con el servicio de medico en tu casa, una iniciativa para poder proveer de atención a pacientes principalmente geriátricos y con dificultad de movilidad. Otro de los servicios estrella es el de vasectomía sin bisturí, en el cual, los hombres pueden tomar decisión en la planificación familiar y decidir dejar de tener hijos. En conjunto con trabajo social se agenda una cita previa al procedimiento para explicar a detalle todo lo relacionado con el procedimiento.

En conclusión, el servicio social en la carrera de medicina es una etapa de formación integral que tiene un impacto profundo en la salud de las comunidades. A través de la prevención de enfermedades crónicas, la vacunación, la atención a menores, la planificación familiar y la detección temprana del cáncer. Este compromiso con la comunidad y el enfoque en la prevención son esenciales para construir un sistema de salud más equitativo y efectivo.

## 2.4 Con relación a su institución educativa

El servicio social en la carrera de medicina es una etapa esencial para consolidar la formación profesional, y en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Xochimilco, esta experiencia adquiere una dimensión especial gracias a su enfoque educativo modular. Este enfoque, distintivo de la UAM, me permitió integrar conocimientos teóricos y prácticos de manera progresiva, holística, integral, multidisciplinaria y colaborativa con competencias sólidas y una visión humanista.

La educación modular en la UAM Xochimilco se caracteriza por su enfoque interdisciplinario y su estructura flexible, que permite a los estudiantes abordar problemas de salud desde múltiples perspectivas. Este método educativo promueve el aprendizaje autónomo y crítico, y facilita la integración de conocimientos a través de módulos que combinan teoría y práctica. Durante el servicio social, pude aplicar este enfoque modular para abordar las necesidades de salud de las comunidades, implementando soluciones basadas en un entendimiento integral de los problemas sanitarios. La UAM Xochimilco se distingue por su compromiso con una educación de calidad que enfatiza la formación integral de los estudiantes. La universidad fomenta el desarrollo de competencias clínicas, habilidades de comunicación, y una ética profesional sólida.

A través de su modelo educativo, la UAM me preparó para ser capaz de responder a las necesidades cambiantes del sistema de salud, adaptándome a diferentes contextos y brindando una atención centrada en el paciente; con el apoyo multidisciplinario y colaborativo. Aprendí a trabajar en equipo, a comunicarme efectivamente con pacientes y colegas, y a tomar decisiones clínicas basadas en evidencia. Uno de los pilares fundamentales fue mi compromiso con la responsabilidad social y el servicio a la comunidad. Durante el servicio social, participe en programas y proyectos que buscaron mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones más vulnerables. Estas experiencias no solo enriquecieron mi formación profesional, sino que también reforzaron mi sentido de compromiso y ética, inculcado por la importancia de contribuir al bienestar social a lo largo de la vida.

El acompañamiento de los tutores en el servicio social es adecuado. Durante el proceso de asistencia y atención surgen muchas dudas no únicamente con respecto a la atención al paciente, sino también con respecto a la relación médico paciente, el enfoque humanista de la humanidad permite fijarnos no únicamente en la enfermedad y los medicamentos, sino también en el entorno. Esto es potenciado al llevar un proyecto de investigación en salud con la institución, un diagnóstico de salud por parte del centro de salud y un proyecto de intervención por parte de la jurisdicción. El reflexionar en estas mismas líneas permite mejorar la integración de todo el proceso.

En conclusión, el servicio social en la carrera de medicina en la UAM Xochimilco es una etapa crucial que, gracias al enfoque educativo modular de la institución, permite a los estudiantes integrar y

aplicar sus conocimientos de manera efectiva. Me permitió reflexionar y conocer mi ciudad, al igual que la atención en comunidades de difícil acceso. Las cualidades de la UAM Xochimilco en el proceso formativo y educativo, junto con su compromiso con la comunidad, preparan a los futuros médicos para enfrentar los retos del ejercicio profesional con competencias sólidas y una visión humanista.