
PROYECTO FINAL DEL SERVICIO SOCIAL CON ÉNFASIS EN MEDICINA FAMILIAR

PERFIL DE MORBILIDAD Y MOTIVOS DE ATENCIÓN EN LA UNEME EC XOCHIMILCO DEL MES DE OCTUBRE 2019 A ENERO 2020



LICENCIATURA EN MEDICINA

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE
MEXICO: MOVILIDAD ROTATORIO
JURISDICCIÓN SANITARIA XOCHIMILCO

MPSS SERRATO MIRANDA LAURA JACQUELINE
MATRÍCULA: 2133028012
ASESORA: DRA. ALEJANDRA GASCA GARCÍA



SECRETARÍA
DE SALUD



Índice

I. RESUMEN	3
II. INTRODUCCIÓN	3
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. OBJETIVOS.....	5
V. MARCO TEÓRICO.....	5
VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS	12
VII. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	23
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	25

PERFIL DE MORBILIDAD Y MOTIVOS DE ATENCIÓN EN LA UNEME EC XOCHIMILCO DEL MES DE OCTUBRE 2019 A ENERO 2020

JURISDICCIÓN SANITARIA XOCHIMILCO

I. RESUMEN

México se ha caracterizado en las últimas décadas por un progresivo incremento de la esperanza de vida de su población, resultado tanto de mejores condiciones de vida y de educación como de la ampliación progresiva y continua de los servicios de salud, con mayor inversión para la provisión de la atención. Todos estos cambios han generado como consecuencia modificaciones en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades; la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles representan un reto para el sistema de salud de nuestro país, por los efectos sobre la calidad de vida, el elevado costo de su tratamiento y su contribución al incremento en la mortalidad.

El perfil de morbilidad y motivos de atención es la descripción y el análisis epidemiológicos de los principales motivos de atención registrados en una población dada, en un periodo de tiempo dado; en el presente trabajo se describen y analizan los principales motivos de atención registrados en la Unidad de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME EC) Xochimilco en el periodo comprendido entre el mes de octubre del año 2019 y el mes de enero del año 2020. La importancia de realizar este análisis radica en que la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles ha aumentado considerablemente en los últimos años, convirtiéndose en una amenaza importante para la calidad de vida de la población.

II. INTRODUCCIÓN

Desde el inicio del siglo pasado, los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales, culturales, aunados a los avances en el campo de la atención a la salud, han ido transformando las características de México y han influenciado el comportamiento epidemiológico de las enfermedades, así como las características relacionadas con la presencia de patología o muerte en la población mexicana.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se constituyen como uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud debido al gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la aparición en edades cada vez más tempranas, el hecho de que son la causa más frecuente de incapacidad prematura, así como la complejidad y costo elevado de su tratamiento. (1)

El concepto de Unidad de Especialidades Médicas (UNEME) surge al contemplar la necesidad de un esquema innovador de inversión y operación, tendiente a alcanzar una “cobertura integral de servicios”. El diseño de la UNEME EC pretende incrementar el nivel de atención, a las demandas regionales de servicios, con particular énfasis en las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) sobrepeso,

obesidad, hipertensión arterial, dislipidemias y diabetes. En ellas, se realiza la evaluación integral, la educación del paciente sobre su salud, la identificación de las metas de tratamiento, el diseño de esquemas de seguimiento a largo plazo, la prescripción efectiva y personalizada de programas de alimentación y actividad física, la identificación de barreras para alcanzar la adherencia, la inclusión de la familia y el tratamiento farmacológico de la diabetes, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias, además de la detección oportuna de las complicaciones.

Para confrontar los retos que representan la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, se debe ofrecer un manejo efectivo a los casos afectados para reducir la tasa de complicaciones crónicas. (2)

III. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, 8.6 millones de personas mayores de 20 años tienen diagnóstico de diabetes, cifra que ha incrementado en los últimos años con respecto a la última encuesta realizada en 2012, que reportó 6.4 millones de personas con este diagnóstico. Entre las entidades con porcentajes más altos se encuentran: Campeche, Tamaulipas, Hidalgo CDMX, y Nuevo León. La visión disminuida es la complicación mayormente reportada por los diabéticos en México.

Una problemática similar se observa en el caso de la hipertensión arterial, pues de acuerdo a la ENSANUT 2018 la cifra de personas mayores de 20 años con diagnóstico de hipertensión arterial incrementó de 9.3 a 15.2 millones con respecto a la encuesta realizada en 2012. Se vio que conforme se incrementa la edad, crece el porcentaje de población con diagnóstico previo de hipertensión, principalmente a partir de los 50 años, llegando al 26.7% en el grupo de 70 a 79 años en 2018.

Respecto al sobrepeso y obesidad en 2018, el 22.2% de la población de 0 a 4 años se identifica con riesgo de sobrepeso, en los últimos 12 años la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 11 años ha incrementado de 34.8 a 35.6% y se ha observado que el porcentaje de esta población es mayor en zonas urbanas que en zonas rurales.

A nivel nacional, en 2018, el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad es de **75.2%** (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), porcentaje que en 2012 fue de 71.3 por ciento. (3)

El porcentaje de adultos con sobrepeso y obesidad en México involucra a más de la mitad de la población, la obesidad abdominal es un factor de riesgo de suma importancia para presentar otras enfermedades como diabetes, hipertensión, artritis reumatoide y cáncer. (4)

Se observa que las cifras han incrementado en los últimos años, es necesario prestar más atención a un problema de salud pública que está creciendo constantemente, desde la población más joven se observa el riesgo que la misma tiene de presentar complicaciones, es fundamental impactar de forma importante en esta problemática, enfocando las acciones en mayor medida a la prevención.

La diabetes presenta un problema de salud pública con más de 425 millones de personas que la padecen a nivel mundial, 4 millones de fallecimientos causados por esta enfermedad tan sólo al cierre del 2017, y estimaciones que pronostican más de 629 millones de adultos diabéticos para el 2045.

La diabetes es una de las 10 principales causas de muerte en el mundo y, junto con otras enfermedades no transmisibles (ENT) entre ellas las enfermedades cardiovasculares, representa más del 80% de todas las muertes prematuras. Para México la situación también es grave ya que la diabetes representa la segunda causa de muerte en el país, hoy en día se estima en 12 millones de mexicanos y, de no tomarse medidas oportunas, esta cantidad puede alcanzar hasta un 17% de la población en el 2030.

De acuerdo con estimaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México tiene la tasa más alta en ingresos hospitalarios relacionados con la diabetes, con 249 por cada 100,000 habitantes; mientras que el promedio de los países miembro de la OCDE es de 129. Adicionalmente, estiman que entre los años 2012 y 2017, el número de admisiones por amputaciones relacionadas con la diabetes aumentó en más del 10%, lo cual significa que se debe hacer frente además a un proceso de empeoramiento en los pacientes. (5)

La importancia de realizar trabajo radica en que la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles ha aumentado considerablemente en los últimos años, convirtiéndose en una amenaza importante para la calidad de vida de la población.

IV. OBJETIVOS

1. Determinar las principales causas de demanda de atención médica de la población atendida en la UNEME EC en el periodo comprendido entre el mes de octubre del 2019 y enero 2020, así como la magnitud de los daños a la salud, en términos de morbilidad, los grupos de población más afectados y el comportamiento de estos daños.
2. Analizar la relación que tienen los resultados obtenidos o la magnitud de los daños con los determinantes sociales de la salud revisados en la población estudiada.
3. Establecer propuestas que contribuyan a solucionar los problemas identificados en la población atendida.

V. MARCO TEÓRICO

Enfermedades crónicas no transmisibles

La prevalencia del sobrepeso, la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2 han aumentado enormemente en las últimas décadas hasta convertirse en una amenazante epidemia a nivel mundial.

La obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles representan un reto para los sistemas de salud en diferentes países, por los efectos sobre la calidad de vida, el elevado costo de su tratamiento y su contribución al incremento en la mortalidad.

En 2011, durante la reunión de Jefes de Estado promovida por la ONU, se expresó que la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituye uno de los obstáculos que limitan el desarrollo de las naciones.

En México, el aumento en la incidencia de obesidad en las últimas dos décadas ha sido asociado al incremento en la incidencia y prevalencia de diabetes tipo 2; es importante destacar que la obesidad y la insulinoresistencia participan en la fisiopatología de un alto porcentaje de casos con dislipidemias. Lo anterior cobra vital importancia, ya que la obesidad, además de estar asociada a diversas enfermedades crónicas, entre las que destaca el síndrome metabólico, actualmente se presenta en fases iniciales de la vida, provocando que las enfermedades cardiovasculares se desarrollen con más rapidez. Diferentes estudios señalan que la patogénesis del síndrome metabólico tiene múltiples orígenes, pero

la obesidad y el estilo de vida sedentario, combinados con una dieta desequilibrada, además de los factores genéticos, interactúan claramente para producirlo. (6)

Se han tratado de unificar criterios para hacer un mejor diagnóstico del síndrome metabólico sin embargo, a grandes rasgos el médico debe centrarse en los siguientes aspectos fundamentales: obesidad abdominal, aumento de la presión arterial, incremento de la glicemia en ayunas, aumento de triglicéridos séricos, así como disminución del colesterol de alta densidad.

Es importante identificar a la población en riesgo de desarrollar síndrome metabólico, dentro de la cual se encuentran personas que no realicen actividad física, aquellos con antecedentes familiares de diabetes o enfermedad cardiovascular, mujeres con síndrome de ovario poliquístico, o madres que durante el embarazo cursaron con diabetes gestacional.

Se considera entonces que el punto de partida para el desarrollo de síndrome metabólico y enfermedades crónicas no transmisibles es la obesidad abdominal, numerosos estudios mencionan que el tejido adiposo a nivel abdominal tiene gran actividad metabólica, la cual influye en diferentes mecanismos fisiopatológicos que favorecen el desarrollo de complicaciones sobre todo a nivel cardiovascular.

Diagnóstico de síndrome metabólico según la unificación de criterios (Harmonizing the Metabolic Syndrome)

Incremento de la circunferencia abdominal: (según la ALAD) varones > 94cm Mujeres > 88cm.	Elevación de TG > o iguales 150 mg/dl	Disminución de colesterol HDL <40mg hombres <50mg mujeres	Elevación de PA: PAS > o igual 130mmHg PAD > o igual 85mmHg	Elevación de la glucosa en ayunas > o igual 100mg/dl
--	---------------------------------------	--	--	--

El diagnóstico se realiza con la presencia de 3 de los 5 componentes propuestos.

Tabla 1.

Diagnóstico de síndrome metabólico según las recomendaciones de las guías de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD)

Incremento de la circunferencia abdominal: varones > 94cm Mujeres > 88cm.	Elevación de TG > o iguales 150 mg/dl	Disminución de colesterol HDL <40mg hombres <50mg mujeres	Elevación de PA: PAS > o igual 130mmHg PAD > o igual 85mmHg	Alteración de la regulación de glucosa: Glucosa anormal en ayunas, intolerancia a la glucosa o DM.
--	---------------------------------------	--	--	--

El diagnóstico se realiza con la presencia de obesidad abdominal más dos de los cuatro componentes propuestos.

Tabla 2.

Fisiopatología de la obesidad

La obesidad se asocia con una respuesta inflamatoria crónica, que se caracteriza por una producción anormal de citoquinas, una mayor síntesis de reactantes de fase aguda, como la proteína C reactiva y la activación de vías de señalización proinflamatorias.

Uno de los procesos que tienen lugar en la inflamación es la infiltración en los tejidos inflamados de células del sistema inmune tales como neutrófilos, eosinófilos y macrófagos. La hipertrofia de los adipocitos que tiene lugar en la obesidad conlleva un aumento en la producción por parte de los mismos y de otras células presentes en el tejido adiposo de una serie de adipocinas/quimiocinas/citocinas proinflamatorias como TNF- α , interleucina 6 (IL-6), amiloide sérico A (SAA), resistina, proteína quimioatrayente de monocitos-1 (MCP-1) e inhibidor del activador del plasminógeno-1 (PAI-1), entre otros. El aumento en la producción de estas moléculas desencadena efectos locales a nivel del endotelio que conducen a un incremento en la producción de moléculas de adhesión (VCAM e ICAM) y en la permeabilidad vascular que, en última instancia, se traducen en un aumento en la infiltración de monocitos y la acumulación de macrófagos.

El tejido adiposo de los individuos obesos contiene un gran número de macrófagos los cuales parecen ser la principal fuente de TNF en este sitio: CCL2 ha sido recientemente identificado como un factor potencial que contribuye a la infiltración de macrófagos en el tejido adiposo. A su vez, dichos macrófagos producen más factores quimiotácticos atrayentes de otros macrófagos, lo que se convierte en un auténtico círculo vicioso que perpetuará el estado proinflamatorio.

Los adipocitos son mayormente células secretoras, lo cual convierte al tejido adiposo en el más grande órgano endocrino en la mayoría de las personas. Esto conlleva a que aún el menor cambio metabólico en este órgano tiene el potencial de impactar en todo el cuerpo. Una gran diversidad de moléculas – adipocinas- son secretadas por el tejido adiposo con importantes participaciones en la regulación de la angiogénesis, presión arterial, homeostasis de glucosa, metabolismo lipídico y hemostasia vascular.

Por mencionar algunas de importancia para el síndrome metabólico y el desarrollo de diabetes e hipertensión arterial; la resistina es un importante link entre la obesidad y el desarrollo resistencia a la insulina; se ha asociado con diversas enfermedades cardiovasculares, su incremento se ha reportado en la insuficiencia cardíaca e infarto al miocardio.

La IL-6 es un mediador de inflamación con efectos en una amplia variedad de tejidos, incluyendo la estimulación de la síntesis de proteínas de fase aguda y la regulación del metabolismo glucídico y lipídico. El tejido adiposo, en especial el visceral, es una fuente importante de IL-6, se ha propuesto como nexo de unión entre obesidad, inflamación y enfermedad coronaria. Por otra parte, la IL-6 reduce la capacidad de la insulina para suprimir la producción hepática de glucosa y reduce la captación de glucosa inducida por la insulina en el músculo esquelético.

La lipocalina-2 es un marcador de inflamación relacionado con la obesidad y la resistencia a la insulina. SAA es un reactante de fase aguda muy expresado en tejido adiposo. Podría participar en el reclutamiento de macrófagos en el tejido adiposo. Promueve la expresión de IL-6, IL-8 y TNF- α por parte del endotelio. Inductor de la lipólisis en relación con un aumento de la resistencia a la insulina mediada por ácidos grasos libres. El TNF- α es también un importante mediador de inflamación. Implicado también en el desarrollo de la resistencia a la insulina asociada a la obesidad.

Como diversos estudios han demostrado, el desarrollo de obesidad y sobrepeso derivado de la industrialización de alimentos y los malos hábitos del paciente conlleva a este estado inflamatorio crónico por toda la producción de adipocinas y sustancias que el tejido adiposo tiene a medida que su superficie aumenta, veamos que mientras más adipocitos con gran actividad metabólica haya más grande será el impacto metabólico en el cuerpo, el estado proinflamatorio está íntimamente ligado con el daño o la disfunción endotelial, lo que se traduce en un gran riesgo cardiovascular trombogénesis y otras alteraciones, como se ha visto también, las interleucinas tienen repercusión sobre el metabolismo glucídico y lipídico, la IL-6 reduce la capacidad de la insulina para suprimir la producción hepática de glucosa y reduce la captación de glucosa inducida por la insulina en el músculo esquelético esto se traduce en una hiperglucemia, resistencia a la insulina o lo que es lo mismo un gran riesgo de desarrollo de DM2. La hiperglucemia es un estado tóxico que desarrolla anormalidades estructurales permanentes del colágeno por la glicosilación, las alteraciones metabólicas a nivel del miocardio consisten en defectos en las proteínas contráctiles, e incremento en la formación de colágeno produciendo mayor rigidez ventricular y deterioro de la contractilidad. La imposibilidad de utilizar la glucosa en las células del miocardio determina la depleción de ATP y aumento en el consumo de oxígeno miocárdico, un incremento en la oxidación de la glucosa y descenso en la betaoxidación, conduciendo al deterioro de la contractilidad. La hiperglucemia también activa la proteincinasa C que es inhibidora de la piruvato deshidrogenasa, facilitando la necrosis y la fibrosis miocárdica; finalmente se ha hablado también de neuropatía autonómica, lo que podría condicionar un daño adicional a la contractilidad del músculo cardíaco.

Se habla sobre la interacción del tejido adiposo con el sistema inmune y en condiciones de obesidad, estudios en animales han reportado un incremento en la expresión de receptores TLR asociados a un estado pro inflamatorio. En humanos con obesidad y DM2, la actividad elevada de TLR ha sido relacionada con la severidad de la resistencia a la insulina. El ejercicio probablemente pueda modular la expresión de TLR en monocitos, tejido adiposo y musculo esquelético, teniendo un efecto anti-inflamatorio. (7,8)

Determinantes Sociales de la Salud

El estado de salud de una población caracteriza las diferencias entre los países del mundo y los grupos sociales de la población, así como entre las áreas geográficas dentro de cada país.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido que el estado de salud y bienestar de la población dependen de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), que define como “las condiciones en que las personas nacen, crecen, alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren.” Según la edad y sexo, los estilos de vida, las actitudes y conductas de riesgo, condicionan la salud, la propensión de enfermar, rehabilitarse y la esperanza de vida.

Los DSS limitan y rebasan la capacidad de respuesta que pueden dar el equipo médico y las instituciones responsables de los servicios para mantener la salud individual y colectiva para prevenir, atender y rehabilitar las enfermedades. Los DSS explican la mayor parte de las inequidades en salud, consideradas como diferencias injustas y evitables, observadas en y entre los países en lo que respecta a su situación de salud y bienestar. (9)

Población: Xochimilco

Aspectos geográficos

La alcaldía de Xochimilco se encuentra situada al sureste de la Ciudad de México, la delegación cuenta con una extensión territorial de 12,517.8 hectáreas de las cuales el 20% es suelo urbano y el 80% corresponde a suelo de conservación. La conformación de los usos de suelo en la delegación indican que un 20% corresponde a Suelo Urbano, el 21.3% corresponde al Área Natural Protegida “Ejidos de Xochimilco y San Gregorio Atlapulco” y el 58.3% está representado por el Suelo de Conservación incluyendo los poblados rurales.

El origen del agua en el lago de Xochimilco puede interpretarse como resultado de la llegada de filtraciones de lluvia que produjeron flujos locales e intermedios. Dentro de los humedales en la zona lacustre, sobresalen por sus dimensiones, las “Chinampas” y su red de canales, que a pesar de la gran importancia productiva y su fragilidad ecológica, es en años recientes que se ha tomado en cuenta la relevancia que representan como unidades de producción agrícola.

Xochimilco tiene un clima templado húmedo, con una temperatura media al año de 16.2°C, con temperaturas máximas de 31°C. Los principales recursos naturales son forestales y están destinados a la conservación ecológica. (10)

Aspectos culturales

Los embarcaderos en Xochimilco, en la actualidad sirven para que los paseantes se embarquen en las trajineras y así realizar un recorrido por la zona lacustre y zona turística. Anteriormente los embarcaderos servían para que los campesinos bajaran sus cultivos y se llamaban acequias.

La gastronomía es variada, los tradicionales platillos de la comida Xochimilca se identifican como el Necuatolli, el Chileatolli, y los tlapiques. Entre otros alimentos que identifican a esta región se encuentran el Amaranto, el Dulce cristalizado, la tortilla de Maíz blanco, los Tamales de Quelite, Carpas y Ajolotes.

Aspectos demográficos

Xochimilco cuenta con una población de 415, 007 habitantes de los cuales 205,305 son hombres y 209,702 son mujeres.

Tabla 3.

Población por grupos de edad, 2010.					
Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total	% hombres	% mujeres
0 a 2 años	9,559	8,909	18,468	51.76	48.24
3 a 5 años	10,381	10,034	20,415	50.85	49.15
6 a 14 años	31,502	30,540	62,042	50.78	49.22
15 a 17 años	11,305	10,697	22,002	51.38	48.62
18 a 24 años	27,231	26,076	53,307	51.08	48.92
25 a 59 años	96,157	100,139	196,296	48.99	51.01
60 años y más	16,631	20,795	37,396	44.47	55.53

Tabla 4.

Población por grandes grupos de edad, 2010				
	Población de 3 años y más	% con respecto a la población total de 3 años y más	Población de 18 años y más	% con respecto a la población total de 18 años y más
Hombres	193,207	49.36	140,019	48.79
Mujeres	198,251	50.64	146,980	51.21
Total	391,458	100	286,999	100

Fuente: INEGI. Censo de población y vivienda 2010.

La mayor parte de la población se encuentra en el grupo de edad de entre 25 a 59 años es decir, la población económicamente activa, y se observa que el mayor porcentaje de esta población corresponde al sexo femenino.

Principales localidades

Xochimilco se divide en 18 barrios: El Rosario, Santa Crucita, Caltongo, San Lorenzo, San Diego, La Asunción, San Juan, San Antonio, Belem, San Cristóbal, San Esteban, La Santísima, La Guadalupita, La Concepción Tlacoapa, San Marcos y Xaltocan. Existen 14 pueblos: San María Tepepan, Santiago Tepalcatlalpan, San Mateo Xalpa, San Lorenzo Atemoaya, Santa Cruz Xochitepec, San Lucas Xochimanca, San Francisco Tlalnepantla, Santa María Nativitas, San Gregorio Atlapulco, Santiago Tulyehualco, San Luis Tlaxialtemalco, San Andrés Ahuayucan, Santa Cecilia Tepetlapa y San Cruz Acapulco.

Vivienda

Existen un total de 102,778 viviendas habitadas de las cuales 88% en vivienda particular son casas y el 0.01% corresponde a refugios.

Con respecto a servicios básicos el 98.81% de las viviendas disponen de excusado o sanitario, el 97.73% disponen de drenaje mientras que 1.62% no dispone del mismo, 99.21% de las viviendas disponen de energía eléctrica.

Educación

Tabla 5.

Población de 15 años y más por nivel de escolaridad según sexo, 2010						
Nivel de escolaridad	Total	Hombres	Mujeres	Representa de la población de 15 años y más		
				Total	Hombres	Mujeres
Sin escolaridad	9,881	3,652	6,229	3.20%	2.41%	3.95%
Primaria completa	38,724	18,311	20,413	12.53%	12.10%	12.95%
Secundaria completa	68,437	35,214	33,223	22.15%	23.27%	21.07%

Las estadísticas reportan que 8,376 de 309,001 personas mayores de 15 años son analfabetas; es decir 2.71% de la población en Xochimilco. Un mayor número de hombres se reportan con secundaria completa, en contraste con las mujeres en quienes el acceso a la educación ha mejorado en los últimos años sin embargo los grupos con mayores rezagos educativos son las mujeres adultas mayores.

En México el promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 8.5 años para mujeres y 8.8 años para los hombres.

Servicios de salud

En cuanto a los servicios y recursos para la atención de la salud, de acuerdo a las estadísticas del INEGI 2010, se observa que la mayor parte de la población en la delegación Xochimilco es derechohabiente de alguna institución de salud, sin embargo cerca de 180 mil personas no cuentan con ninguna derechohabiencia. (11)

Tabla 4.

	Población total	Condición de derechohabiencia									
		Derechohabiente								No <u>derecho</u> <u>habiente</u>	No especificado
		Total	IMSS	ISSSTE	ISSSTE e	Pemex, Defensa o Marina	Seguro popular	Institución privada	Otras		
Hombres	205,305	104,041	47,262	32,569	239	16,353	1,756	4,873	2,746	90,712	10,552
Mujeres	209,702	118,197	50,896	39,275	276	19,862	1,847	4,792	3,273	88,420	3,085
Total	415,007	222,238	98,158	71,844	515	36,215	3,603	9,665	6,019	179,132	13,637

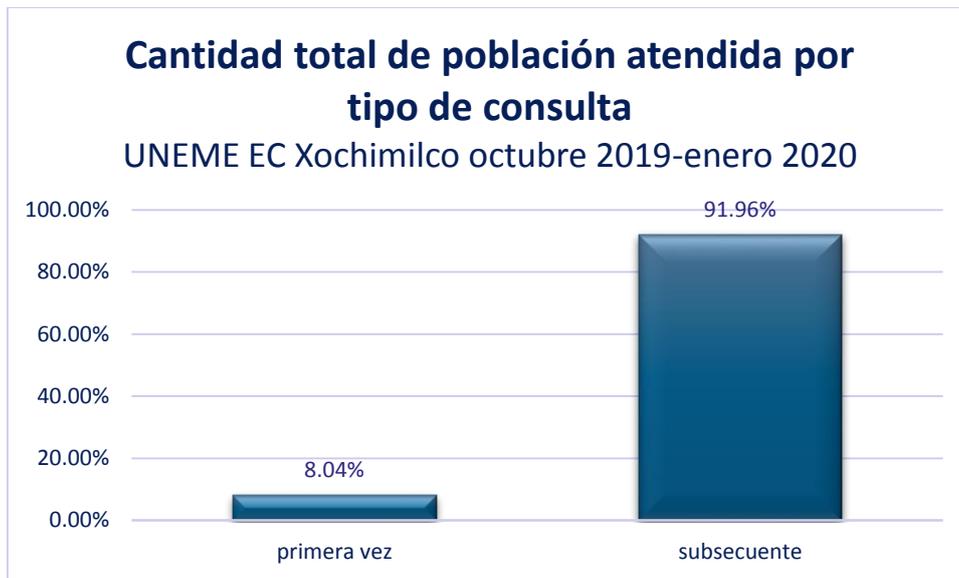
Fuente: INEGI. Censo de población y vivienda 2010.

Alimentación

De acuerdo con el Coneval, casi 12% de las y los habitantes del Distrito Federal vive carencia por la falta de acceso a la alimentación, con una incidencia mayor en las delegaciones Xochimilco (19.7%), Iztapalapa (19.5%) y Milpa Alta (19.2%). Esto significa que los hogares en donde residen presentan un grado de inseguridad alimentaria moderado o severo, es decir, que viven un proceso que comienza con la reducción en el consumo de alimentos por falta de dinero o recursos, primero entre las personas adultas y eventualmente entre las y los niños, lo que les puede llevar a padecer hambre. (12)

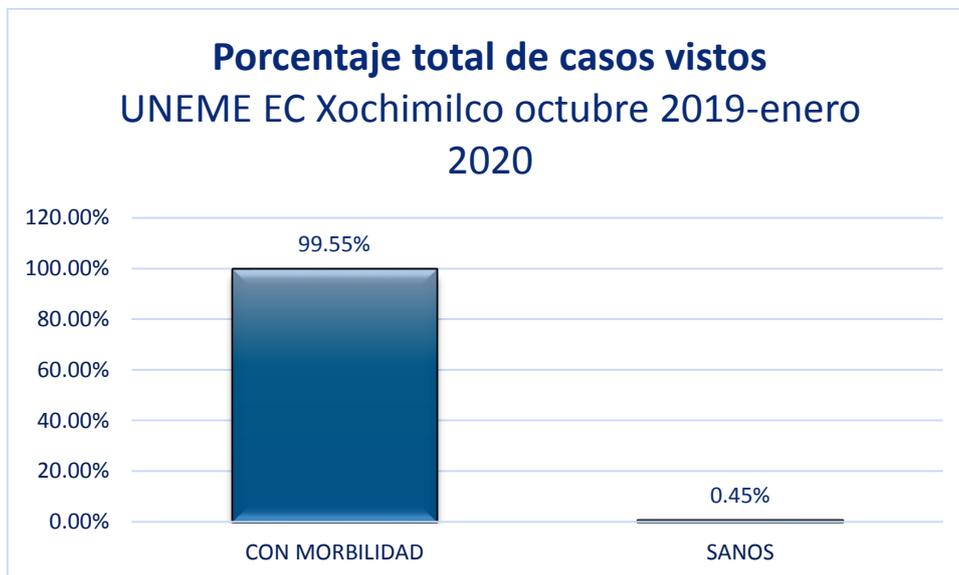
VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Gráfico 1.



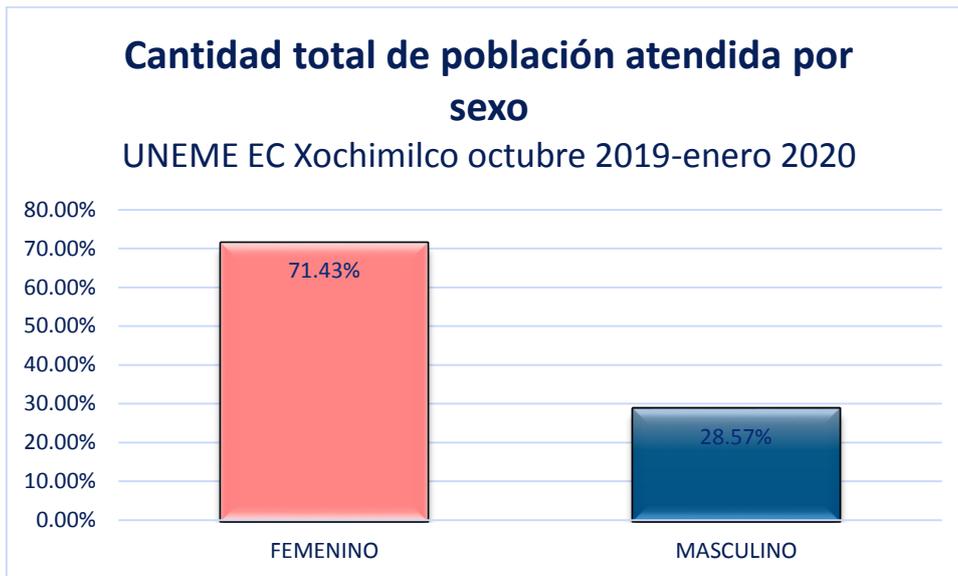
Los pacientes atendidos en la unidad son en su mayoría pacientes subsecuentes los cuales acuden a sus citas programadas regularmente para vigilar el control metabólico estrechamente además de detectar a tiempo complicaciones, ajustar tratamiento médico de ser necesario y mantener metas de control.

Gráfico 2.



Los casos revisados en la unidad son referidos de un centro de salud de la jurisdicción Xochimilco por una o más enfermedades no transmisibles de difícil control, en la unidad se detectan comorbilidades asociadas o se descartan diagnósticos erróneos; en este caso se presentó un porcentaje mínimo de casos sanos que acudieron a la unidad por malos hábitos de alimentación y sobrepeso.

Gráfico 3.



El mayor porcentaje de la población atendida por motivo de enfermedades crónicas no transmisibles en la unidad es del sexo femenino, respecto a esto es importante destacar el cambio de la naturaleza de las enfermedades que predominaban en la mujer mexicana en la década de los noventa, cuando las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas figuraban en el primero y segundo lugares de importancia, desde 2010 dichas causas fueron sustituidas por un espectro de causas por completo diferentes como la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica, la enfermedad isquémica y la depresión. Aunado a esto es importante destacar también que epidemiológicamente las mujeres acuden o solicitan con mayor frecuencia atención médica a diferencia de los hombres y la población del sexo femenino en México y en Xochimilco es mayor con respecto a la población del sexo masculino. (13)

Gráfico 4.

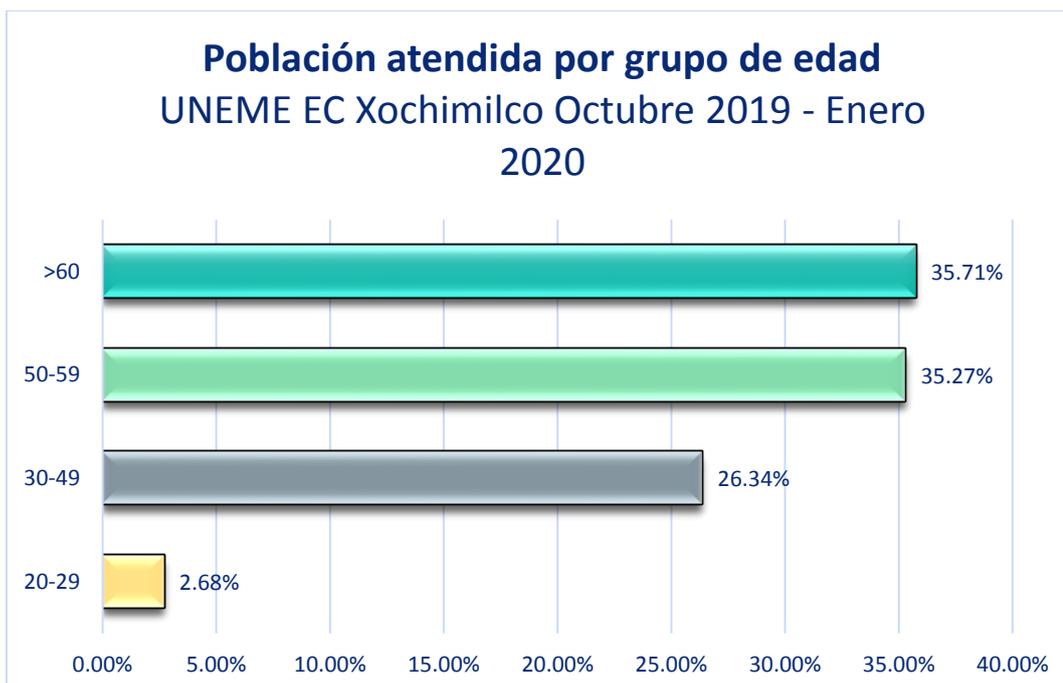
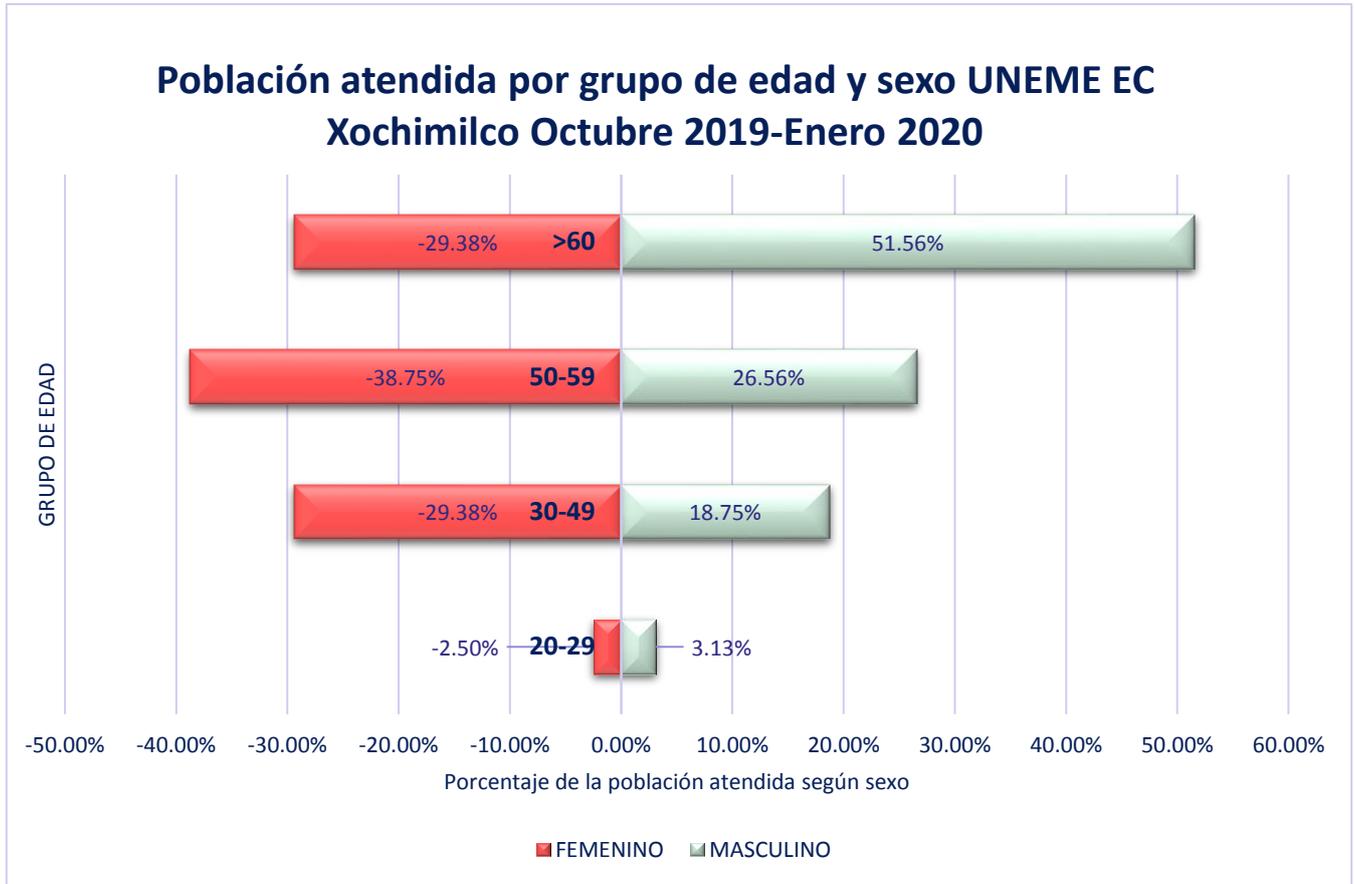


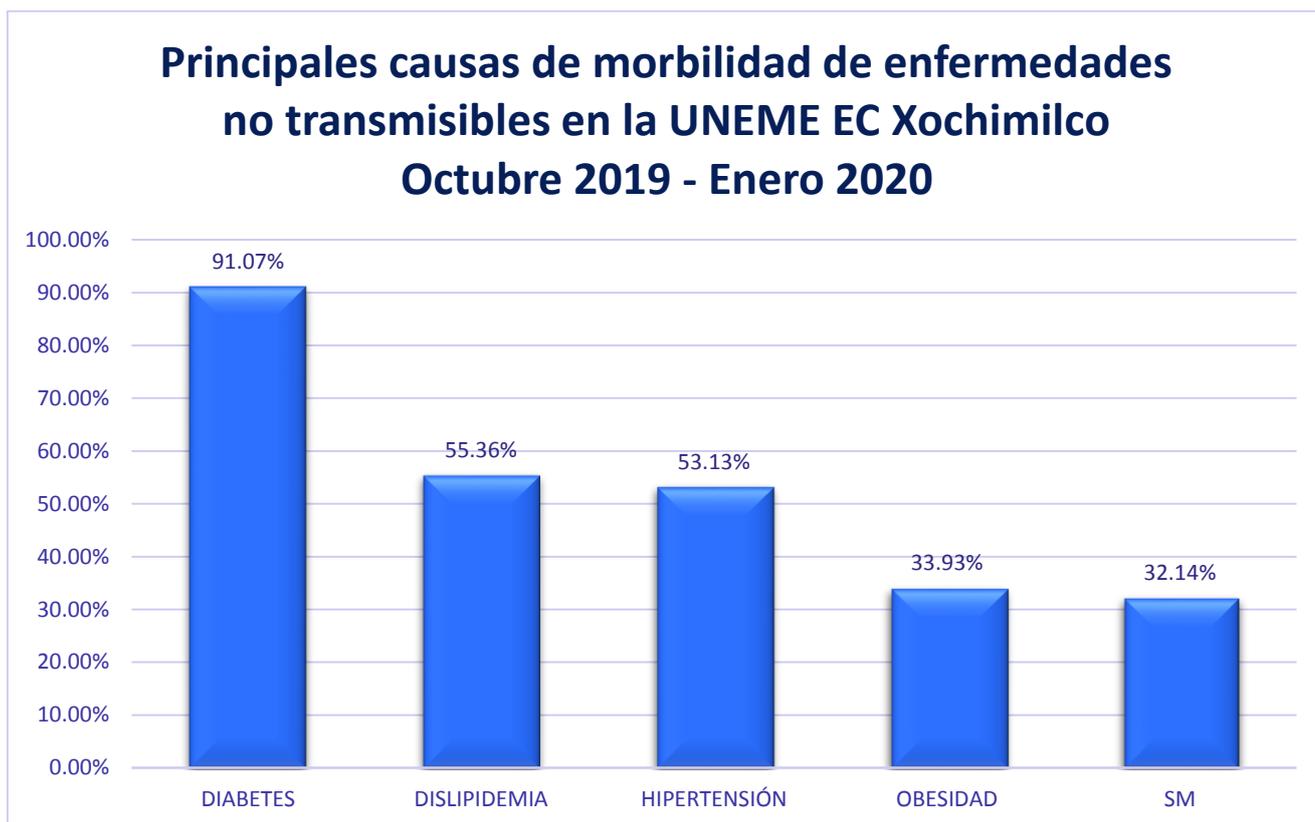
Gráfico 5.



La mayor parte de la población atendida en la unidad corresponde al grupo de edad de mayores de 50 años en ambos sexos. En este momento, el aumento en la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad y el descenso de la fecundidad ya han desencadenado un rápido proceso de envejecimiento de la población en México; el número de niños menores de cinco años se está reduciendo desde 1995, mientras que la población de 60 años y más está creciendo a una tasa anual de 3.5%, lo que implica una duplicación de este grupo cada 20 años. Así, los mayores de 60 años, que hoy representan 7.6% de la población, serán casi la tercera parte del total para mediados del presente siglo.

El efecto más importante del cambio en la dinámica demográfica es la profunda transformación en el panorama de la salud en el país. Este cambio altera de manera radical los patrones dominantes de enfermedad, con una franca reducción de las enfermedades de origen infeccioso, incrementándose proporcionalmente las muertes por causas no transmisibles que son más costosas para prevenir y curar. (14)

Gráfico 6.



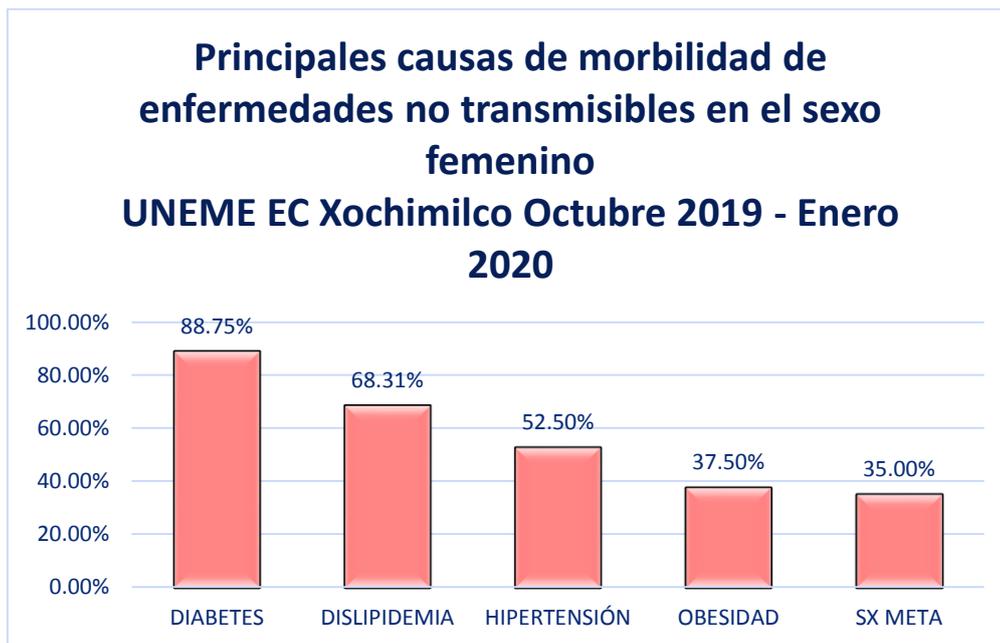
Las enfermedades crónicas no transmisibles se constituyen como uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud hoy en día debido al gran número de casos afectados y su creciente contribución a la mortalidad general. La diabetes representa la segunda causa muerte en el país, hoy en día se estima en 12 millones de mexicanos y el 90% de los pacientes atendidos en la unidad acuden por descontrol de esta enfermedad.

El 55% de los pacientes atendidos en la UNEME EC Xochimilco tiene diagnóstico de dislipidemia, niveles de colesterol y triglicéridos elevados están directamente relacionados con un alto riesgo cardiovascular. En hombres de 50 años el riesgo de tener o morir por enfermedad cardiovascular es del 38.7% si sus niveles de colesterol en sangre son < 180 mg/d, y se eleva al 64.6% si éstos son de 240 mg/d o mayores. En las mujeres estos riesgos son, respectivamente, del 19.4 y 48%. Tomando en cuenta que la mayor parte de la población atendida en la unidad pertenece al grupo de edad de mayores de 50 años el riesgo es adicional.

En México, los niveles elevados de colesterol en sangre son un factor de riesgo importante para infarto agudo de miocardio, así como para isquemia miocárdica silente y junto con la diabetes mellitus explican dos terceras partes de la mortalidad por cardiopatía isquémica en el país.

Por otra parte la Ciudad de México tiene las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular (120.1/100,000 habitantes) y por enfermedad isquémica del corazón (83.3/100,000 habitantes) más elevadas a nivel nacional, y una quinta parte de las defunciones en la ciudad. (15)

Gráfico 7.



El estudio de la carga de enfermedad no sólo se limita al análisis de enfermedades, también incorpora la medición de la carga atribuible a un grupo de factores de riesgo. En este sentido los principales factores de riesgo que afectan la salud de la mujer mexicana son el índice de masa corporal alto, la glucosa en ayuno elevada, las múltiples implicaciones de la dieta en la salud y la tensión arterial elevada. En segundo término aparecen los factores conductuales de riesgo, como la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol y los vinculados a la contaminación ambiental.

Gráfico 8.

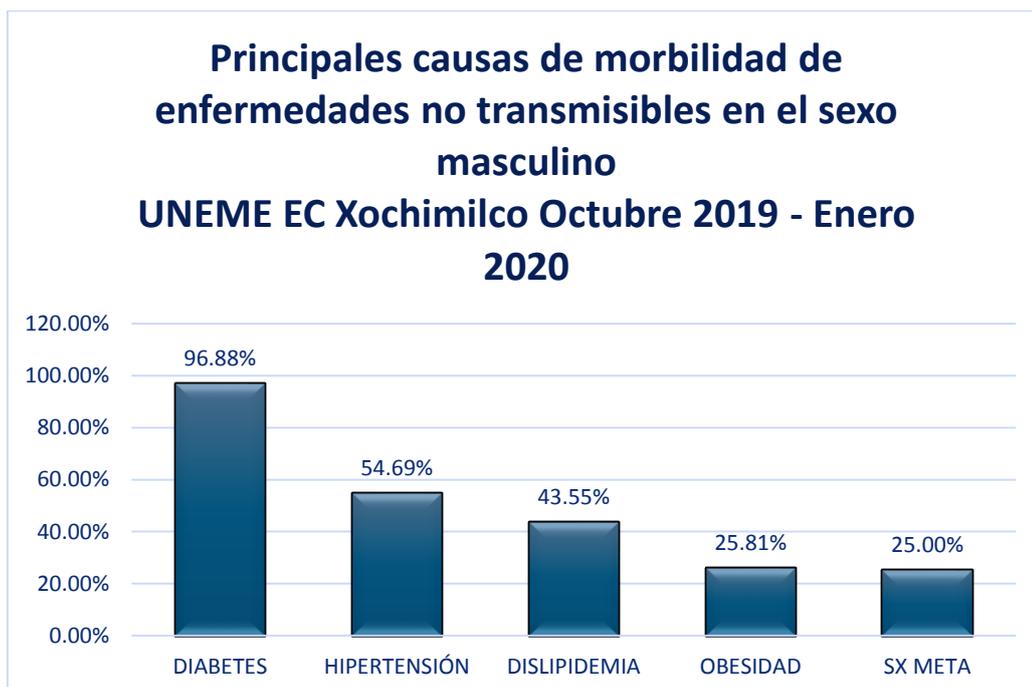
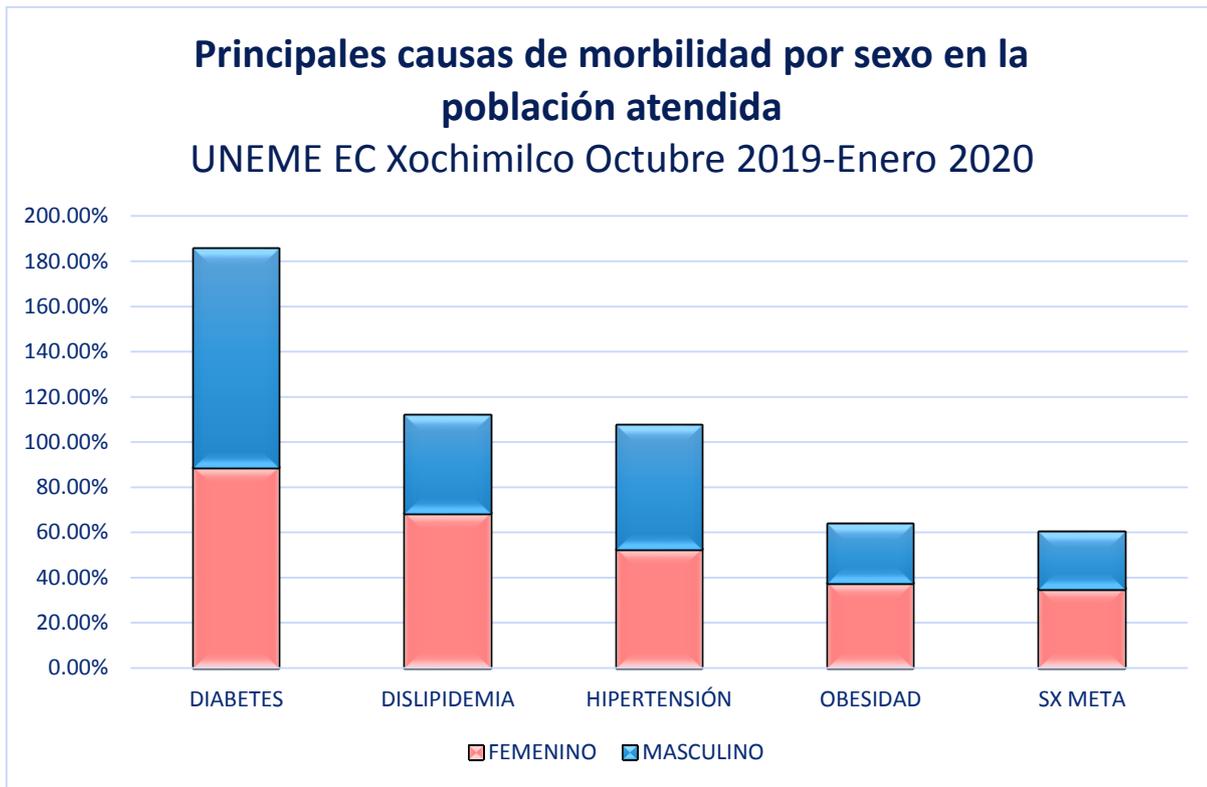
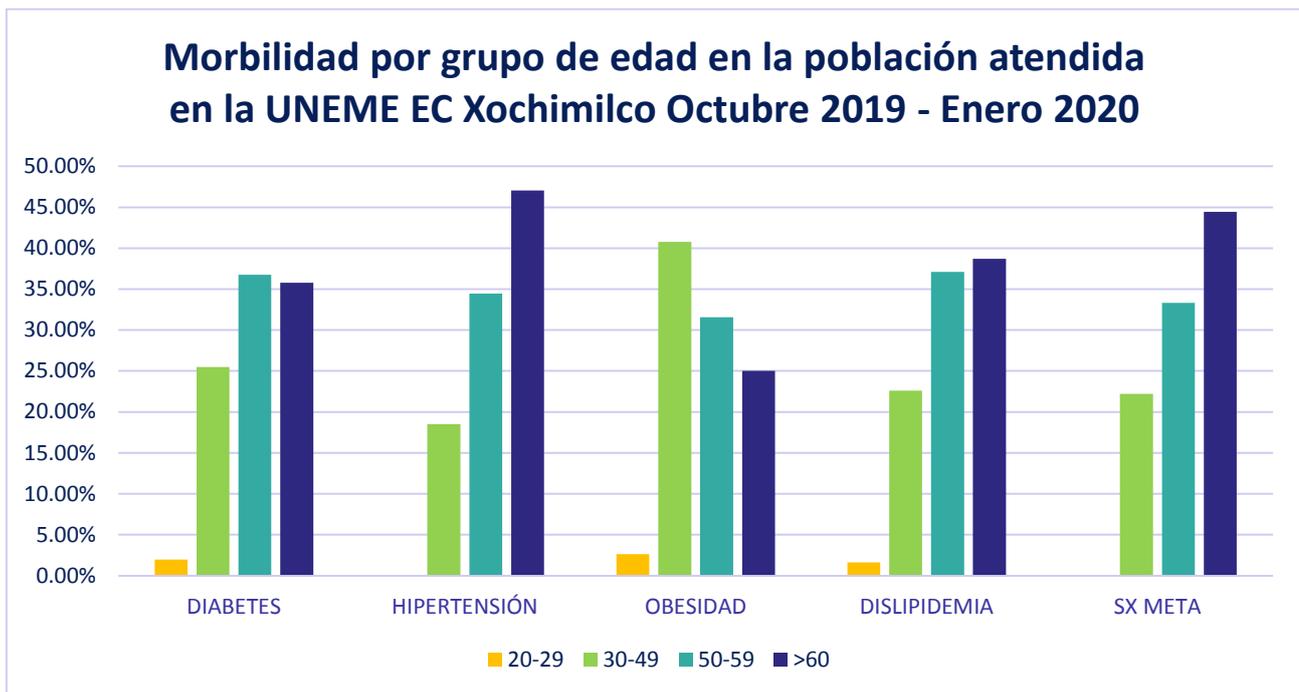


Gráfico 9.



Se observa que en la población atendida existe un porcentaje mayor de obesidad en el sexo femenino, la prevalencia de obesidad en las mujeres adultas en México es de 82% casi 20% más que en los hombres, cifra que refleja el enorme riesgo de desarrollar diabetes en este grupo poblacional. Una vez que la enfermedad se ha desarrollado la presencia de obesidad sigue influyendo tanto para dificultar el control de la glucosa en sangre como de la presión arterial y a su vez propicia elevados niveles de colesterol en sangre, de esta forma otra vez incrementa el riesgo cardiovascular. La prevalencia de obesidad es más alta en la mujer que en el varón, también parte por los factores de riesgo singulares del embarazo y la menopausia. (16)

Gráfico 10.



Se observa que la morbilidad incrementa de manera proporcional a la edad en la mayoría de los casos atendidos en la unidad, sin embargo se observa que la obesidad tiene una prevalencia mayor en el grupo de edad de entre 30 y 49 años que corresponde a un grupo de personas jóvenes económicamente activas; la obesidad se ha convertido no solo en una crisis de salud pública, sino también en un elemento que pone en peligro la competitividad del país, por una parte afecta la salud de los habitantes incrementado el riesgo de desarrollar diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles, además en la mujer la obesidad incrementa el riesgo de padecer cáncer mamario y endometrial lo que tiene un impacto en la dinámica familiar y genera altos costos de tratamiento médico; por el otro, reduce la productividad de los trabajadores e impone retos significativos a las finanzas gubernamentales. La aparición de enfermedades crónicas en edades cada vez más tempranas representa un problema grave por el hecho de que son la causa más frecuente de incapacidad prematura, tienen una elevada complejidad y costo elevado para su tratamiento.

La hipertensión como trastorno relacionado con la edad se observa con mayor frecuencia en la población atendida mayor de 60 años, de acuerdo a la ENSANUT 2018 se vio que conforme se incrementa la edad, crece el porcentaje de población con diagnóstico previo de hipertensión, principalmente a partir de los 50 años, llegando al 26.7% en el grupo de 70 a 79 años en 2018.

Gráfico 11.

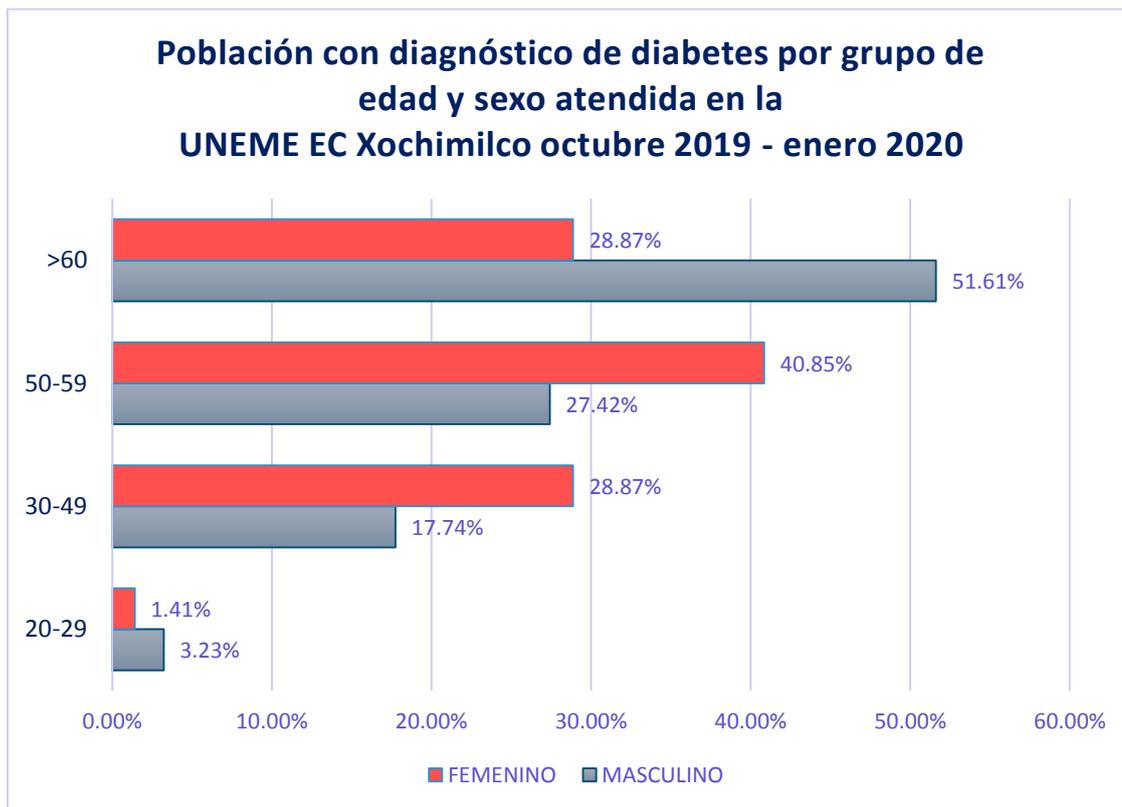
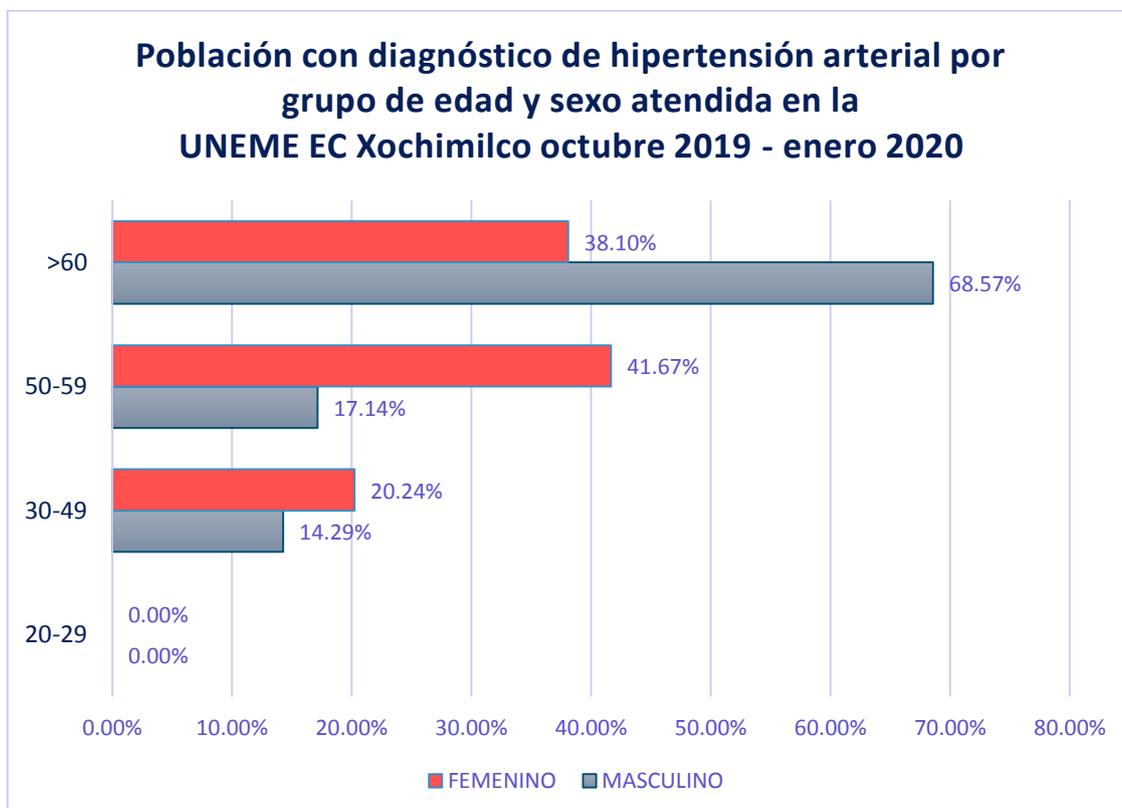


Gráfico 12.



El número de pacientes hipertensos incrementa de manera importante en la población del sexo masculino mayor de 60 años, siendo más frecuente la hipertensión en el grupo de edad de mujeres de

entre 50 y 59 años. Se observa entonces que en la población atendida este padecimiento aparece en mujeres a más temprana edad en relación a la aparición en hombres. Al parecer, los antihipertensivos son igual de eficaces en varones y en mujeres, pero las mujeres manifiestan más efectos colaterales.

Gráfico 13.

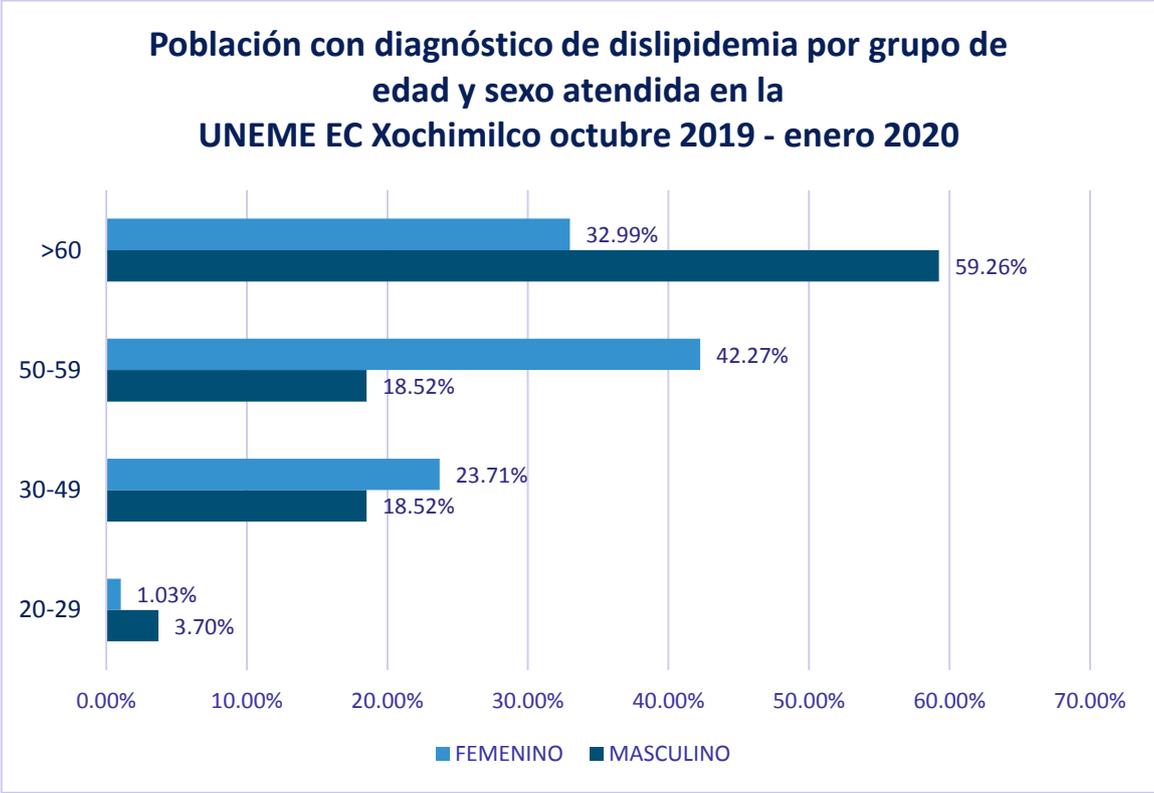
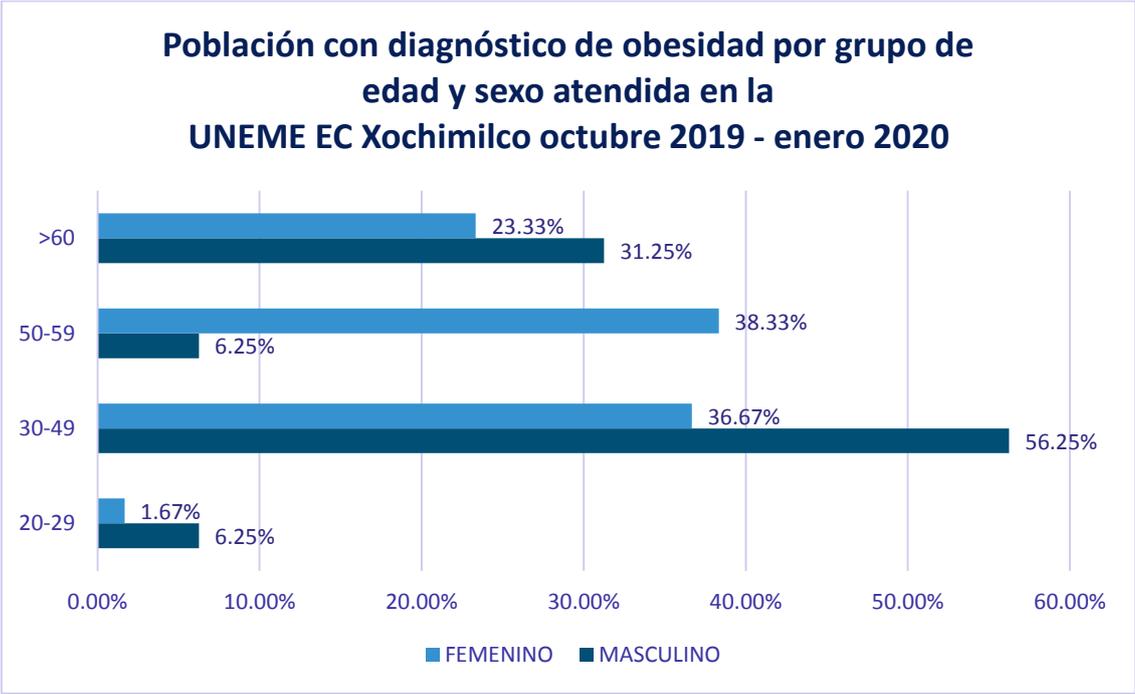


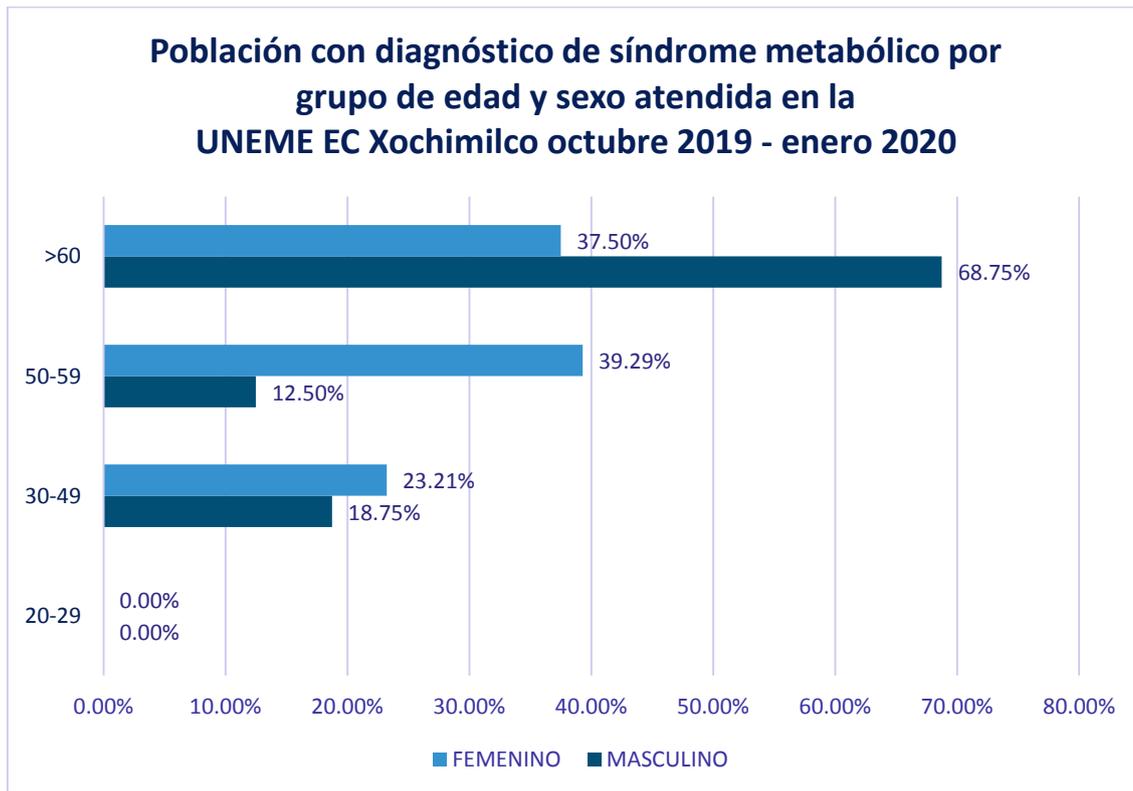
Gráfico 14.



Se observa que la obesidad predomina en mujeres de entre 30 y 59 años así como en hombres más jóvenes de entre 30 a 49 años en la población atendida de la UNEME EC Xochimilco.

La distribución de la grasa corporal difiere de acuerdo con el género, con un patrón glúteo femoral (ginecoide) en las mujeres y uno central y de la parte superior del cuerpo (androide) en los varones. La distribución androide de la grasa supone un riesgo alto de síndrome metabólico, diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular. (16,17)

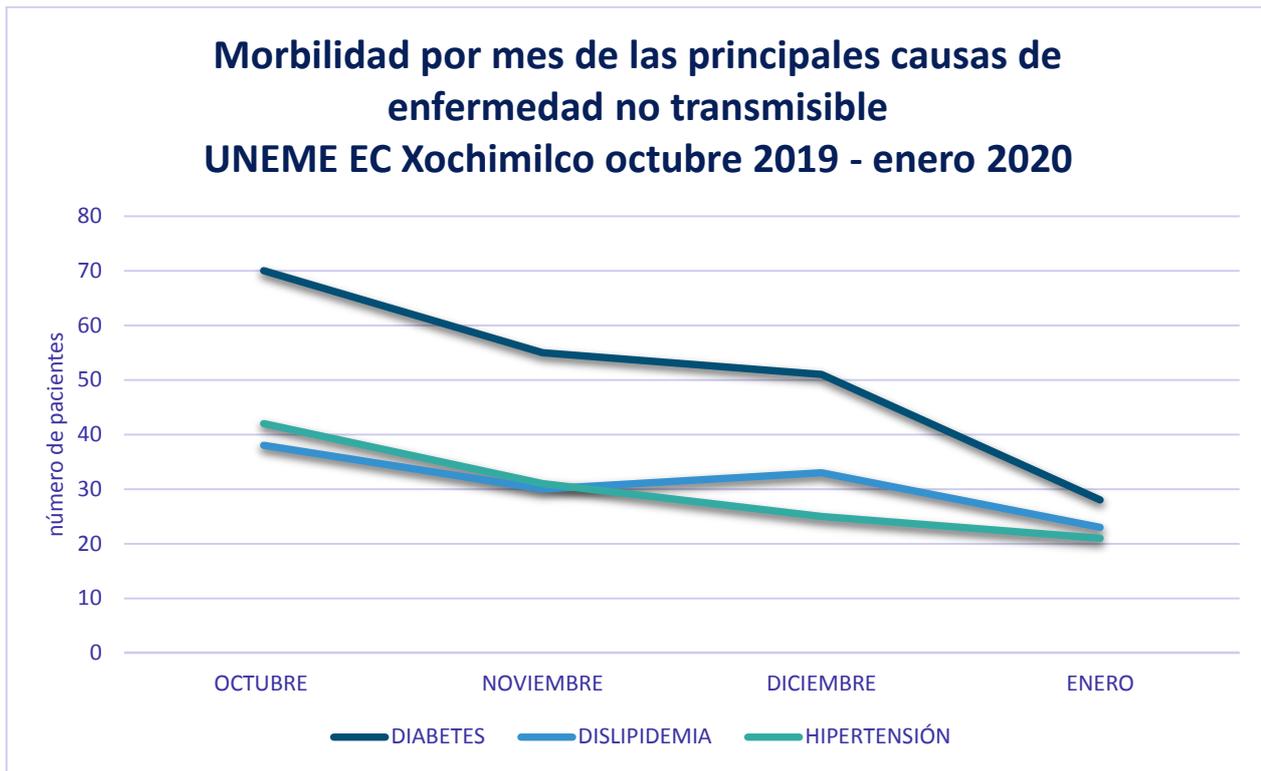
Gráfico 15.



El síndrome metabólico se compone de condiciones que predispondrán a un individuo a desarrollar enfermedad cardiovascular o diabetes, y es muy probable que la obesidad y el estado proinflamatorio por el que la misma se caracteriza sean la base del desarrollo de toda la condición crónico degenerativa. Como se ha analizado en la población estudiada y correlacionado con la información de nuestro entorno la prevalencia de síndrome metabólico y obesidad es mayor en el sexo femenino, lo que hace que se deban enfocar aún más los esfuerzos a la prevención de complicaciones en este grupo de la población general.

Se han tratado de unificar criterios para hacer un mejor diagnóstico del síndrome metabólico sin embargo, a grandes rasgos el médico debe centrarse en los siguientes aspectos fundamentales: obesidad abdominal, aumento de la presión arterial, incremento de la glicemia en ayunas, aumento de triglicéridos séricos, así como disminución del colesterol de alta densidad. (17)

Gráfico 16.



Las principales causas de enfermedad no transmisible analizadas en la población atendida se identifican como diabetes en primer lugar, dislipidemia en segundo e hipertensión en tercer lugar. La tendencia de la enfermedad a través del tiempo cuando se trata de enfermedades crónicas no transmisibles no varía considerablemente. Se observa que en los meses de diciembre y enero el número de pacientes disminuyó debido a cuestiones culturales y administrativas más que relacionadas directamente con el curso de la enfermedad.

Gráfico 17.

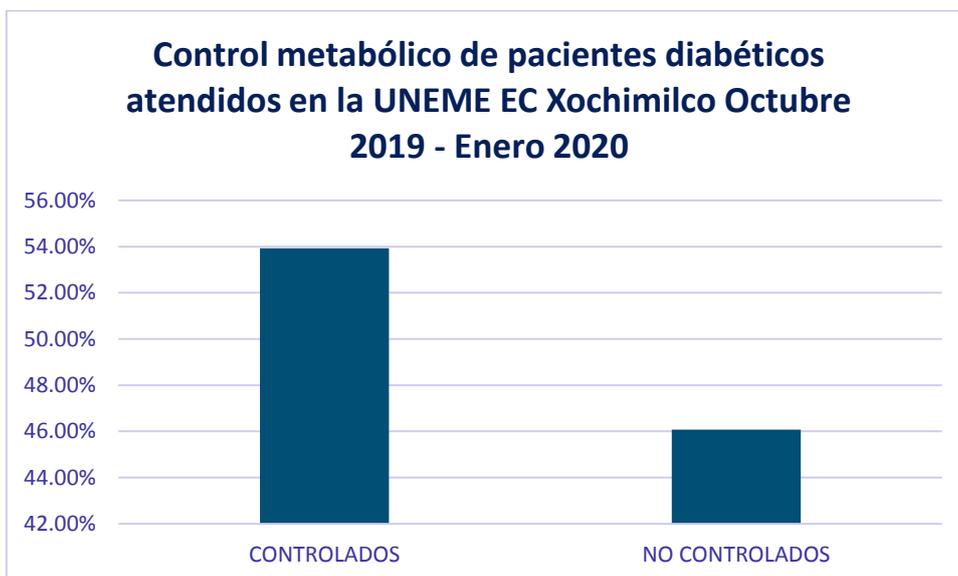
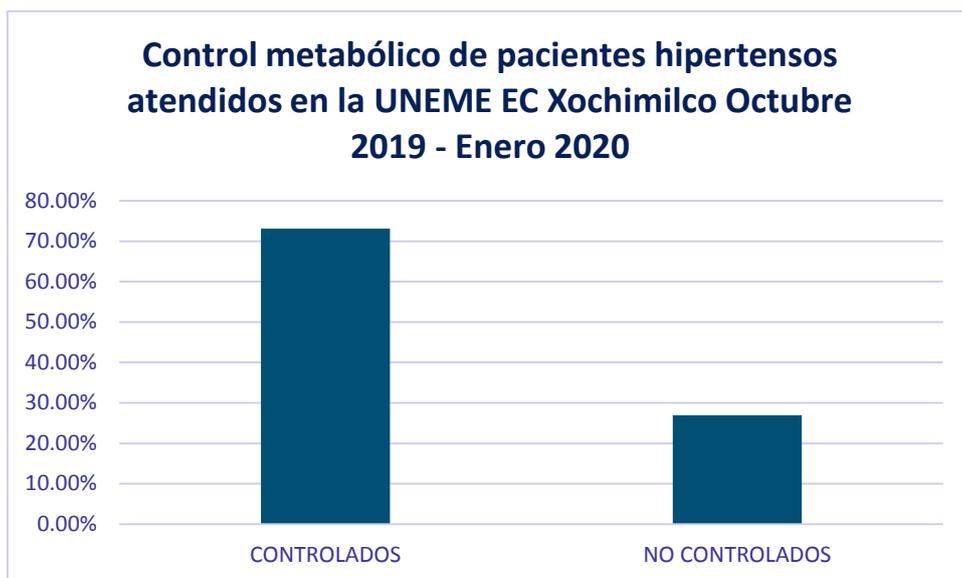


Gráfico 18.



Finalmente se revisa el control metabólico observado en los pacientes atendidos en la unidad de salud en el periodo de octubre del año 2019 a enero del año 2020, se describe que el control metabólico se alcanza en el mayor porcentaje de los pacientes atendidos, se describen las causas de enfermedad más frecuentes como diabetes e hipertensión arterial, los resultados se traducen en los esfuerzos realizados en la atención y educación del paciente, así como la calidad del tratamiento médico brindada en la unidad.

VII. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Las enfermedades crónicas no transmisibles son un grupo de enfermedades que condicionan un riesgo cardiovascular importante para impactar de manera significativa en la calidad de vida de la población general. En el presente trabajo se analizó el comportamiento de estas enfermedades en la población atendida en una unidad de especialidades médicas como es la UNEME EC Xochimilco, los pacientes referidos a esta unidad se caracterizan por tener un mal control metabólico y el objetivo es que dentro de esta unidad se le proporcione al paciente todas las herramientas necesarias para mejorar su salud, de la misma forma se identifican comorbilidades asociadas y se estima el riesgo que presenta el paciente de desarrollar complicaciones a 10 años. Se concluye que la causa principal de atención médica en la unidad es la diabetes misma que representa la segunda causa de muerte en el país, hoy en día se estima en 12 millones de mexicanos y, de no tomarse medidas oportunas, esta cantidad puede alcanzar hasta un 17% de la población en el 2030; el mayor porcentaje de pacientes atendidos corresponde a aquellos dentro del grupo de edad mayor a 50 años y esto en relación al aumento de la esperanza de vida y al comportamiento demográfico de la población en los últimos años, se revisó que la población en Xochimilco es mayor en el grupo de edad mayor de 18 años, la mayoría de la población atendida corresponde a mujeres de mediana edad y hay mayor prevalencia de obesidad en este género en contraste con la población atendida del sexo masculino; las mujeres superan en número a los hombres en la delegación Xochimilco sin embargo el resultado obtenido también se relaciona con factores de

riesgo presentes en el sexo femenino como embarazo y menopausia. La obesidad en las mujeres refleja el enorme riesgo de desarrollar diabetes en este grupo poblacional. Una vez que la enfermedad se ha desarrollado la presencia de obesidad sigue influyendo tanto para dificultar el control de la glucosa en sangre como de la presión arterial y a su vez propicia elevados niveles de colesterol en sangre, de esta forma otra vez incrementa el riesgo cardiovascular; esto nos permite concluir que el género femenino necesita una mayor vigilancia y los esfuerzos enfocados a la prevención de la obesidad desde edades tempranas deben ser prioritarios. El estudio de la carga de enfermedad no sólo se limita al análisis de enfermedades, también incorpora la medición de la carga atribuible a un grupo de factores de riesgo. Esta forma de ver los problemas facilita a los responsables de programas de promoción y prevención de la salud las acciones prioritarias. Los factores de riesgo identificados son la obesidad abdominal, mal apego a la adecuada alimentación, sedentarismo, bajos recursos económicos, analfabetismo y no acceso a servicios de salud. En relación con las determinantes sociales de la salud en la población de Xochimilco, se encontró que existe un porcentaje considerable de personas analfabetas, lo cual disminuye las posibilidades de un buen apego al tratamiento médico y cambios en el estilo de vida, se menciona que es la población femenina de mayor edad la cual tiene mayores índices de analfabetismo, misma que es la más afectada en nuestro análisis previo de la población atendida. Se identificaron estos problemas de manera cercana en la consulta médica de la UNEME ya que, se reflejaba el mal apego al tratamiento médico por no poder leer el contenido de la receta médica y por tener una pobre red de apoyo como ocurre con muchos adultos mayores.

Se identifica a partir del estudio de las enfermedades no transmisibles que el factor de riesgo principal o el punto de partida para el desarrollo de las complicaciones metabólicas es la obesidad, concretamente la obesidad abdominal, problemática que es causada por diversos factores relacionados con los determinantes sociales de la salud.

La principal causa de sobrepeso y obesidad es el desbalance energético, el cual consiste en una mala alimentación combinada con poca o nula actividad física. En parte, esta definición sugiere que un individuo tiene la responsabilidad absoluta sobre sus hábitos, no obstante, existen múltiples factores subyacentes que influyen en las decisiones de los individuos. Varias de las causas indirectas requieren intervención gubernamental, para lograr por ejemplo la disponibilidad y asequibilidad de alimentos sanos o el tipo de desarrollo urbano que permite desplazamientos no motorizados y actividades al aire libre. Se identificó que casi 12% de los habitantes de la Ciudad de México vive carencia por la falta de acceso a la alimentación, con una incidencia mayor en las delegaciones Xochimilco (19.7%), Iztapalapa (19.5%) y Milpa Alta (19.2%), esto significa que los hogares en donde residen presentan un grado de inseguridad alimentaria moderado o severo, es decir, que viven un proceso que comienza con la reducción en el consumo de alimentos o consumo de alimentos ricos en carbohidratos y grasas por falta de dinero o recursos. La obesidad afecta la salud de los habitantes, lo que tiene un impacto en la dinámica familiar y genera altos costos de tratamiento médico. Por otro lado, reduce la productividad de los trabajadores y es en la población económicamente activa en donde se está presentando con mayor frecuencia.

La obesidad es un problema multifactorial y su solución depende fundamentalmente de una transformación de los estilos de vida. Por ello, su combate requiere un portafolio integral de políticas, no sólo depende de la calidad de la atención médica o del sector salud. Las políticas más destacadas que han intentado reducir la problemática son el impuesto a bebidas azucaradas y alimentos hipercalóricos,

el etiquetado frontal, los lineamientos para la venta de alimentos en escuelas y la prohibición de publicidad de alimentos no saludables en horarios infantiles. (18) Se analiza que los determinantes sociales de la salud limitan la capacidad de respuesta del equipo médico y las instituciones responsables de los servicios para mantener la salud individual y colectiva para prevenir, atender y rehabilitar las enfermedades; sin embargo la promoción y la educación en salud para fomentar estilos de vida saludables sobre todo en las mujeres son esenciales, no solo para disminuir los problemas de salud en este grupo sino también para que generaciones futuras incorporen conductas promotoras de la salud en sus hábitos cotidianos dado que las mujeres siguen teniendo un rol de madre preponderante en nuestra sociedad. La conclusión de este trabajo se centra en la importancia de impactar en un estilo de vida saludable de la población, la razón principal es la proyección que se tiene del impacto que tendrán las enfermedades crónicas en la mortalidad general, las acciones deben ser enfocadas en mayor medida a la prevención de la obesidad en mujeres sin embargo, una vez que se desarrollan enfermedades como diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias es fundamental un tratamiento médico lo suficientemente adecuado para impactar metabólicamente y evitar complicaciones. Se identificó en la UNEME EC durante la atención de pacientes en los últimos cuatro meses, que después de aplicar el modelo de atención propuesto, el porcentaje de pacientes en control fue mayor con respecto a aquellos en descontrol y se observó realmente un cambio en las consultas subsecuentes de un paciente después de instruir y prescribir un tratamiento correcto. La recomendación se centra en generar un mayor número de unidades de atención integral de enfermedades crónicas que cuenten con programas psicoeducativos que abarquen estilos de vida saludables a través de la nutrición, el ejercicio, la estimulación cognitiva y la prevención de complicaciones metabólicas, se recomienda que estos centros los profesionales se concentren en explicar ampliamente al paciente el contexto de su enfermedad y que necesita hacer para evitar las complicaciones que lo pueden llevar a un desenlace fatal, lograr una adecuada relación médico paciente que le permita entender que para llevar un estilo de vida saludable se necesitan sumar ciertos factores como una buena alimentación y ejercicio o actividad física, es decir cambios en el estilo de vida y un buen apego al tratamiento médico; todo esto a través de consultas por especialidad que se realicen de manera integral, abarcando el área de medicina, enfermería, psicología y/o psiquiatría y nutrición; con un tiempo razonable de consulta para lograr cambios reales. La última recomendación se centra en fomentar la educación en diabetes de los profesionales de la salud sobretodo en el primer nivel de atención para garantizar un tratamiento que tendrá un impacto y realmente genere un cambio en el paciente.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Evia José (2018), México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. Revista Latinoamericana de Patología Clínica Med Lab 2018; 65 (1): 4-17
2. Secretaría de Salud México, Manual de implementación UNEME EC, sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes. (2015) Manual de implementación UNEME Enfermedades Crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes, recuperado: [03/01/2020], sitio web: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/18599/ManualImplementacionUNEME_ECsobrepeso_RCV_DM.pdf

3. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018) Informe de resultados de la encuesta nacional de salud y nutrición 2018, recuperado: [04/01/20], sitio web: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
4. Stunkard AJ, Sorensen TI, Hanis C, et al. (2003) An adoption study of human obesity. *N Engl J Med* 1986; 314:193-8.
5. AMIIF, Innovación para la vida. (2019) Día mundial de la diabetes 2019: magnitud del problema y desarrollo de nuevas terapias, recuperado: [04/01/2020], sitio web: <https://amiif.org/2019/11/14/dia-mundial-de-la-diabetes-2019-magnitud-del-problema-y-desarrollo-de-nuevas-terapias/>
6. Castillo José, et. al. (2017) Síndrome metabólico, un problema de salud pública con diferentes definiciones y criterios. *Rev Médica de la Universidad Veracruzana*. 17(2): 7-24.
7. Rada I., Deldicque L., Francaux M., et. al. (2018) Toll like receptor expression inducen by exercise in obesity and metabolic syndrome: a systematic review. *EIR* 2018 24; 60-71.
8. Gómez AJ, Rodríguez A, Catalán V, Frühbeck G. (2008) Papel del tejido adiposo en la inflamación asociada a la obesidad. *Revista Española de Obesidad*. 6: 264-279.
9. Gaceta Conbioética, Determinantes sociales de la salud. (2015) Marco Conceptual de los Determinantes sociales de la salud en México, recuperado [26/01/2020], sitio web: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/interior/gaceta_conbioetica/numero_15/Gaceta_1_5_final_con_forros_pweb.pdf
10. Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México. (2006) Delegación Xochimilco: medio físico, recuperado: [06/01/20], sitio web: <http://siglo.inafed.gob.mx/enciclopedia/EMM09DF/delegaciones/09013a.html>
11. Secretaría de Gobernación, Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal INAFED, Sistema Nacional de Información Municipal. (2010) Ficha Básica: Municipal, recuperado: [10/01/2020], sitio web: <http://snim.rami.gob.mx>
12. Gaceta Oficial de la Ciudad de México: Derecho a la alimentación y nutrición, Diagnóstico. (2019) Resultados de pobreza por municipio 2010, recuperado: [22/01/2020], sitio web: http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/2019/alcaldias/milpa_alta/123milpaalta_alimenta_tebien.pdf
13. Corona Teresa, et.al. (2014) La Mujer y la salud en México. Academia Nacional de Medicina ANM. México: Inter Sistemas Editores.
14. Mercedes Juan, et. al (2013) Universalidad de los Servicios de Salud en México. *Rev Salud Pública*. 55 (1): 1-64.
15. Escobedo de la Peña Jorge, et.al. (2014) Prevalencia de dislipidemias en México y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular, resultados del estudio CARMELA. *Gaceta Médica de México*. 155: 128-36.
16. Kasper Dennis, et. al. (2017) Harrison, Manual de Medicina. 19 Edición. México: Mc Graw Hill Editorial. Salud en la mujer. Pp 205.
17. Lizarzaburu R. Síndrome metabólico: concepto y aplicación práctica. *An Fac med*. 2013; 74 (4): 315-20.
18. McKinsey Global Institute (2014) Overcoming Obesity: An Initial Economic Analysis recuperado: [22/01/2020], sitio web: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-the-world-could-better-fight-obesity>.

