



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIÓLOGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**“ASOCIACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO DE LA DIABETES Y EL CONTROL GLUCÉMICO EN
LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N.º 9.”**

Y

**DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º 9
FEBRERO 2022-ENERO 2023**

IVÁN GUTIÉRREZ MOCTEZUMA
MÉDICO PASANTE DE SERVICIO SOCIAL
MATRÍCULA 2163027970

DRA. OFELIA GOMEZ LANDEROS
ASESORA
22310

FEBRERO 2023

CONTENIDO

CAPITULO 1. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	5
RESUMEN	5
MARCO TEÓRICO.....	6
JUSTIFICACIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVO.....	10
General.....	10
Específicos.....	11
HIPÓTESIS.....	11
MATERIAL Y MÉTODOS	11
Lugar de estudio	11
Diseño de estudio.....	11
Universo de trabajo.....	11
Criterios de selección.	11
Tamaño de la muestra.....	12
Técnica de muestreo.	12
Variables.....	12
Descripción general del estudio.	12
Instrumentos.....	13
Análisis de datos.....	13
ASPECTOS ÉTICOS.....	14
RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS	14
CONCLUSIONES	20
REFERENCIAS.....	21
ANEXOS	24
CAPITULO 2: DIAGNOSTICO DE SALUD – DESCRIPCIÓN DE LA DELEGACIÓN DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL	25
INTRODUCCIÓN.....	25
JUSTIFICACIÓN	26
OBJETIVOS.....	27
General.....	27
Específicos.....	27

METODOLOGÍA	27
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO	28
ALCALDIA BENITO JUAREZ.....	30
HISTORIA	30
TOPONIMIA Y ESCUDO	31
LOCALIZACIÓN.....	32
OROGRAFÍA.....	33
HIDROGRAFÍA.....	33
CLIMA	33
POBLACIÓN	33
ESCOLARIDAD.....	34
EMPLEO.....	34
INFRAESTRUCTURA URBANA.....	35
TRANSPORTE	35
VIALIDADES	36
POLÍTICA Y GABINETE ACTUAL	37
SERVICIOS DE SALUD	37
CAPITULO 3: DESCRIPCION DE LA UMF N° 9 DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL	39
INFRAESTRUCTURA	40
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE Y ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 9	42
CONSULTAS POR SERVICIO.....	43
MOTIVOS DE CONSULTA PRIMERA VEZ.....	44
MOTIVOS DE CONSULTA SUBSECUENTE	47
MOTIVOS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR GRUPO ETARIO	48
MOTIVOS DE CONSULTA SUBSECUENTE POR GRUPO ETARIO	52
MORTALIDAD	56
CONCLUSIONES.....	57
REFERENCIAS.....	58
CAPITULO 4: ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....	60
CONSULTA EXTERNA	60
ENSEÑANZA.....	65
CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN	66

CURSOS REALIZADOS DURANTE MI ESTADIA EN LA UMF N° 9	67
INFOGRAFIAS REALIZADAS DURANTE MI ESTADIA EN LA UMF N° 9	80
CAPITULO 5: CONCLUSIONES	84
CONCLUSION DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL.....	84
CONCLUSIÓN DEL PASANTE EN RELACION A SU FORMACION COMO PERSONA.....	85
CONCLUSION DEL PASANTE EN RELACION A SU FORMACION COMO PROFESIONAL	86
CONCLUSION DEL PASANTE EN RELACION A SU APORTACION A LA COMUNIDAD	87
CONCLUSION DEL PASANTE EN RELACION CON SU INSTITUCION EDUCATIVA	88

CAPITULO 1. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“ASOCIACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO DE LA DIABETES Y EL CONTROL GLUCÉMICO EN LOS DERECHOHABIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º 9”

RESUMEN

Objetivo. Determinar si el conocimiento que presentan los pacientes de la UMF N.º 9 con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) acerca de su enfermedad se relaciona con su control glucémico. **Materiales y métodos.** Para la evaluación de conocimientos sobre DM2 se utilizó el Cuestionario sobre conocimiento en diabetes (del inglés: Diabetes Knowledge Questionnaire [DKQ-24]) previamente validado en México y adaptado a un lenguaje que fuera comprendido por los participantes, se obtuvieron muestras sanguíneas de los pacientes en ayuno y se evaluó si existía asociación con el puntaje obtenido en el cuestionario DKQ-24 y los niveles de glucemia acorde a los objetivos glucémicos de la Asociación Estadounidense de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés). Se tomó un muestreo por cuota de 30 pacientes. **Resultados.** El conocimiento sobre DM2 fue considerado suficiente en el 86.7% de los pacientes, sin embargo solo el 65% de estos obtuvo cifras glucémicas dentro de los objetivos de control. El 76.6% de los encuestados saben que los cambios en el estilo de vida son mucho más importantes para controlar las cifras glucémicas que el consumo único de medicamentos antidiabéticos, el 86.7% no reconocen de forma oportuna los síntomas asociados a la hiperglucemia, el 96.6% reconocen que la diabetes es una causa común de afección renal. El 75% de los encuestados del sexo femenino obtuvieron cifras glucémicas dentro de los objetivos de control, esto comparado al 64.29% obtenido en el sexo masculino. **Conclusiones.** No se encontró una correlación directa entre el grado de conocimiento de los pacientes y sus cifras de control glucémico ($p = 0.15$).

MARCO TEÓRICO

La Diabetes es una enfermedad metabólica crónica y degenerativa de origen multifactorial que se caracteriza por niveles altos de glucosa en sangre (hiperglucemia) secundario a una resistencia a la insulina y/o una deficiencia absoluta o relativa a la misma, esto en el contexto de una disfunción de las células β pancreáticas. Aunque la diabetes se divide clásicamente en una forma autoinmune de inicio temprano (Diabetes tipo 1) y una forma no autoinmune de inicio tardío (Diabetes tipo 2; DM2), existen subtipos clínicamente reconocibles adicionales, como la diabetes gestacional y posiblemente una forma autoinmune de inicio tardío¹. Por su parte la DM2 representa hasta el 95% de los casos de Diabetes y es en gran parte resultado del exceso de peso corporal y la inactividad física, por lo que se explica su alta prevalencia en la sociedad².

La Federación Internacional de Diabetes (FID) estimó que para el 2017 existían 425 millones de personas en todo el mundo, o 8,8 % de adultos de 20 -79 años con DM2³. Además, la FID ha declarado que México ocupa el octavo lugar en la lista de los 10 principales países con diabetes en 2021 y estima que para el año 2035 habrá cerca de 592 millones de personas que la padezcan alrededor del mundo. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 de nuestro país estima una prevalencia nacional de diabetes de 10.3% (8,542,718) en la población de 20 años y más⁴. Datos que fueron actualizados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19 con una prevalencia de Diabetes de 10.6%, 11.6% en mujeres y 9.4% en hombres respectivamente, dando a conocer además, que cerca del 30% de los adultos que viven con DM2 en México desconoce su condición⁵. Para el 2021 la diabetes fue la tercera causa de muerte en México, ocupando el 13% de las defunciones, es decir, 140,749 muertes, de las cuales 74.9% correspondió a diabetes no insulino dependiente y 2.2% a diabetes insulino dependiente⁶. A nivel institucional, en el 2018 en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fueron atendidos 4.2 millones de pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus, detectando un

promedio de 15 nuevos casos de derechohabientes con diabetes cada hora, esto es 348 al día. Además, se registró aproximadamente 600 mil atenciones en hospitales de especialidad para atender complicaciones y diversas secuelas de la enfermedad, tales como ceguera, insuficiencia renal, infarto del miocardio, accidente cerebrovascular y la amputación de extremidades inferiores, entre otras⁷. La prevalencia de esta enfermedad y su evidente incremento repercute no solo en la salud y la calidad de vida los pacientes, sino también en el aspecto económico, tanto a nivel individual, institucional y nacional. La Fundación Mexicana para la Salud, A.C. considera que la carga económica de la diabetes mellitus equivale al 2.25% del producto interno bruto (PIB) de nuestro país⁸. A nivel institucional, específicamente en el IMSS, se ha descrito un mayor gasto dirigido al otorgar servicios como la hospitalización, incapacidades e invalidez de personas en etapa productiva con complicaciones crónicas⁹.

Actualmente en México se utiliza durante la práctica clínica las recomendaciones de la Asociación Estadounidense de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) destinadas a proporcionar los componentes de la atención de la DM2 y los objetivos generales del tratamiento. Estos últimos están determinados por variables cuantificables de glucosa en sangre definidos como “Objetivos glucémicos”, recomendados y estandarizados para la mayoría de los adultos (exceptuando a aquellos que se encuentren cursando un embarazo), siendo estos la Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) con valores meta <7.0% (53 mmol/mol); la Glucosa plasmática preprandial con valores meta 80–130 mg/dL (4.4–7.2 mmol/L); y un pico de glucosa plasmática posprandial con valores meta <180 mg/dL (10.0 mmol/L). El control individual de la glucosa es una herramienta útil para el autocontrol de la diabetes, siendo la HBA1C la métrica utilizada hasta la fecha en ensayos clínicos que demuestran los beneficios de un mejor control glucémico, pues refleja la glucemia promedio durante aproximadamente 3 meses y tiene un gran valor predictivo de las complicaciones de la diabetes¹⁰.

La complejidad de la DM2 y sus múltiples consecuencias invita a evaluar las necesidades de aprendizaje de los pacientes respecto a su enfermedad, pues el principal objetivo en su manejo depende en gran medida del nivel de comprensión de la enfermedad y la pericia ante su cuidado diario, ya que pacientes con conocimientos adecuados sobre la diabetes y sus complicaciones buscan un tratamiento y atención de salud adecuados¹¹, lo que repercute en sus metas de control glucémico, y por consiguiente en la morbilidad y la calidad de vida. Para ello se han creado diversos instrumentos que permiten valorar el grado de conocimiento de los pacientes diabéticos sobre su enfermedad, uno de ellos es el Cuestionario sobre conocimiento en diabetes (del inglés “Diabetes Knowledge Questionnaire 24” [DKQ-24]) el cual ha sido validado en población México-Americana que reside en Starr County, Texas, y se deriva del cuestionario original con 60 preguntas del estudio “Starr County Diabetes Education Study” (1994-1998). Por lo que ha sido utilizado en Latinoamérica y nuestro país de forma eficaz por más de 20 años. Su aplicación es práctica, de baja complejidad para los participantes y se realiza en un máximo de 15 minutos al contar con solo 24 reactivos con respuestas que comprenden las alternativas “Sí”, “No” o “No sé”¹².

La utilidad y fiabilidad de este instrumento ha sido validada de manera global. En Jordania, se han realizado muchos estudios para evaluar las relaciones entre el conocimiento del autocuidado de la diabetes y el control de la glucosa en sangre, estos estudios encontraron que los pacientes con un alto nivel de conocimiento sobre el autocuidado de la diabetes tenían un mejor control glucémico y por ello una mejor calidad de vida. El estudio de *Alhaik et al.* mostró que el conocimiento del autocuidado de la diabetes se asoció con la edad, pues los pacientes más jóvenes (18-35 años) tenían más probabilidades de conocer las causas de la DM2, el cuidado de los pies, el control, la planificación de las comidas y los medicamentos para la diabetes³. Por otro lado en Malasia, *Bukhsh et al.* en su estudio transversal evidencio que el conocimiento de la enfermedad se correlacionó significativamente con los niveles de hemoglobina glucosilada y las actividades de autocuidado de las personas. La mayoría de los pacientes tenía entre 45 y 60 años (48.8 %), padecía

diabetes mellitus tipo 2 durante menos de 5 años (49,5 %) y tenía un control glucémico deficiente (83% con HbA1C \geq 7 %). El conocimiento de la enfermedad se asoció significativamente ($p < 0.05$) con el sexo masculino, educación universitaria, con antecedentes familiares de diabetes en familiares tanto de primer como de segundo grado, y aquellos que estaban usando hipoglucemiantes orales únicamente. Además mostró correlaciones fuertemente inversas de los resultados del DKQ24 con los niveles de hemoglobina glucosilada ($r = -0.62$; $p < 0.001$)¹³. Localizándonos en el continente americano, específicamente en Venezuela, *Karina et al.* encontró en su estudio descriptivo que su población en estudio no se encuentra debidamente informada sobre su condición, ya que en las respuestas del cuestionario DQK-24 integrada por 24 preguntas, 10 de ellas presentaron resultados errados, superior al 69%, lo que conlleva al desafío de generar estrategias efectivas de educación¹⁴. Finalmente, en Lima, Perú, *Zamora-Niño et al.* reportó que el conocimiento sobre DM2 evaluado mediante el DQK-24 fue considerado adecuado en el 78,1% de los pacientes, de los cuales el 25,7% estaban adheridos al tratamiento farmacológico. A la vez, se halló asociación positiva entre adherencia y conocimientos (OR: 1,12; IC 95%:1,01-1,25) y edad > 65 años (OR: 1,14; IC 95%: 1,03-1,28)¹⁵.

JUSTIFICACIÓN

La relación entre el conocimiento que tienen los pacientes con DM2 sobre su enfermedad y como este se ve reflejado en sus metas de control glucémico determina un punto de inflexión para el seguimiento y el control de esta patología, por una parte los pacientes con conocimientos adecuados sobre la diabetes y sus complicaciones buscan un tratamiento y atención de salud adecuados, y por el otro lado permite generar estrategias en salud pública encaminadas a la prevención de factores de riesgo, al manejo de la DM2 y a la disminución de sus diversas complicaciones desde el primer nivel de atención, especialmente al considerar que la DM2 representa hasta el 95% de los casos de Diabetes, que su actual prevalencia se estima en hasta el 10.6% de la población mexicana (11.6% en mujeres y 9.4%

en hombres respectivamente), que representa la tercera causa de muerte en México (140,749 muertes en 2021), y que cerca del 30% de los adultos que viven con DM2 desconoce su condición⁵. Por ello es más que menester evaluar las necesidades de aprendizaje de los pacientes respecto a su enfermedad, lo que permitiría generar intervenciones educativas para abordar las actitudes, promover prácticas de estilo de vida saludables y controles de salud regulares, ya que estas representan la piedra angular del tratamiento de cualquier tipo de diabetes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La complejidad de la DM2, su alta prevalencia y sus múltiples consecuencias que derivan en hospitalizaciones, incapacidades e invalidez de personas en etapa productiva invita a evaluar el grado de conocimiento de los pacientes respecto a su enfermedad, esto puede realizarse en el primer nivel de atención de la salud de manera oportuna, practica y rápida mediante el Cuestionario sobre conocimiento en diabetes (DKQ-24) al ser un instrumento validado en la población mexicana¹², ya que el principal objetivo en el manejo de la DM2 depende en gran medida del nivel de comprensión de la misma y la pericia ante su cuidado diario, lo que repercute en las metas de control glucémico y por lo tanto representa una manera fiable de generar cambios en la terapéutica de los pacientes.

Pregunta de investigación: El conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 sobre su enfermedad, ¿determina un mejor control glucémico?

OBJETIVO

General

- Determinar a través del instrumento “Diabetes Knowledge Questionnaire 24” (DKQ-24) si el conocimiento que presentan los pacientes de la UMF N.º 9 con Diabetes Mellitus tipo 2 acerca de su enfermedad se relaciona con su control glucémico.

Específicos

1. Identificar los conocimientos básicos que presentan los pacientes con DM2 sobre su enfermedad.
2. Valorar si el sexo de los pacientes influye sobre sus cifras de control glucémico (HbA1c).

HIPÓTESIS

El conocimiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 se relaciona directamente con un mejor control glucémico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar de estudio

- Estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar N.º 9 (UMF 9) “San Pedro de los Pinos” la cual brinda servicios de salud en el primer nivel de atención y se ubica en la alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.

Diseño de estudio.

- Estudio transversal y analítico.

Universo de trabajo.

- Pacientes ambulatorios que cuentan con el diagnóstico de DM2 adscritos a la UMF 9 del IMSS y que acudieron a la consulta externa en los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2022.

Criterios de selección.

Aquellos pacientes con:

- Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Un tiempo de diagnóstico menor a 10 años.
- Capacidad para leer y escribir.

- Edad menor a 60 años.
- Ausencia de complicaciones graves (ceguera, insuficiencia renal, infarto del miocardio, accidente cerebrovascular y amputaciones).

Tamaño de la muestra.

- Se reclutaron 30 pacientes que cumplieron con los criterios de selección.

Técnica de muestreo.

- Muestreo por cuota no aleatorizado.

Variables

- Conocimiento sobre DM2 - variable cualitativa dicotómica
 - Suficiente: 12 o más aciertos en el cuestionario DKQ-24.
 - Insuficiente: Menos de 12 aciertos en el cuestionario DKQ-24.
- Control Glucémico - variable cualitativa dicotómica
 - Adecuado: $HbA1c \leq 7\%$.
 - Inadecuado: $HbA1c > 7\%$.
- Sexo – variable cualitativa dicotómica
 - Masculino
 - Femenino
- Escolaridad - variable cualitativa nominal
 - Sin escolaridad.
 - Primaria / secundaria.
 - Prepa / carrera técnica.
 - Licenciatura.
 - Posgrado.

Descripción general del estudio.

- Este estudio pretende determinar a través del instrumento “Diabetes Knowledge Questionnaire 24” (DKQ-24) si el conocimiento que presentan los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 acerca de su enfermedad se relaciona

con su control glucémico. Se seleccionó únicamente a los pacientes que acudieron a la consulta externa de la UMF 9 y se procedió a realizar la encuesta con 24 reactivos previa firma del consentimiento informado. Las opciones brindadas de respuesta eran “Sí”, “No” o “No sé”. Posterior a ello se invitó a los pacientes a acudir en una fecha de su conveniencia para la obtención de las muestras sanguíneas en ayuno, se clasificó como adecuado control glucémico aquellos niveles de glucemia que cumplen con los criterios de la ADA anteriormente descritos.

Instrumentos.

- Para la evaluación de conocimientos sobre DM2 se utilizó el Cuestionario sobre conocimiento en diabetes (del inglés: Diabetes Knowledge Questionnaire [DKQ-24]) previamente validado en México¹² y adaptado a un lenguaje que fuera comprendido por los participantes (revisar anexos). La encuesta consta de 24 preguntas agrupadas en 3 apartados: 1) conocimientos básicos sobre la enfermedad (10 reactivos), 2) Control de la glucemia (7 reactivos) y 3) Prevención de complicaciones (7 reactivos), cuyas respuestas comprenden las alternativas “Sí”, “No” o “No sé”. Para este estudio se aceptaron aquellas con respuesta afirmativa y se tomaron las respuestas “No” y “No sé” como negativas, obteniéndose un (1) punto por cada respuesta acertada y siendo el puntaje final la suma total de puntos. Para fines prácticos se estableció un punto de corte de 13 o más aciertos como “conocimiento suficiente” y “conocimiento insuficiente” a aquel con un puntaje menor a 13.

Análisis de datos.

- Análisis de datos realizado mediante el software de hoja de cálculo Microsoft Excel y el paquete estadístico JMP en su versión número 11.

ASPECTOS ÉTICOS

Todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio fueron informados completamente sobre las características de este y firmaron el consentimiento informado respectivo.

RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

Tabla 1. Características generales de los participantes.

Características generales de los participantes (N=30)	
Características	N (%)
Sexo	
Masculino	14
Femenino	16
Escolaridad	
Sin escolaridad.	0
Primaria / secundaria.	13
Prepa / carrera técnica.	10
Licenciatura.	4
Posgrado.	3

Fuente: elaboración propia.

Se observa en la Tabla 1 las características generales de los participantes, prácticamente el número de individuos acorde el sexo esta balanceado al 50% (sexo femenino 53.3% vs masculino 46.6%). Por su parte, la escolaridad predominante en los participantes enrolados es la primaria/secundaria representado un 43.3% del total, mientras que aquellos con una escolaridad a nivel licenciatura y/o posgrado es de apenas un 23.3% del total en conjunto, por lo que al menos un 76.6% de los participantes con DM2 que participaron en este estudio tienen una escolaridad a nivel preparatoria o menor, un aspecto que a simple vista se podría inferir como un factor de riesgo para padecer Diabetes Mellitus, pero que aun así requiere un análisis de mayor profundidad y con mayor número de participantes para ser determinado.

La tabla 2 muestra los resultados del cuestionario DKQ-24 por pregunta, mismos que fueron agrupados en 3 apartados: 1) conocimientos básicos sobre la

enfermedad (10 reactivos), 2) Control de la glucemia (7 reactivos) y 3) Prevención de complicaciones (7 reactivos) acorde al tipo de conocimiento dirigido.

Tabla 2. Resultados del Cuestionario DKQ-24 por pregunta.

Resultados del Cuestionario DKQ-24 por pregunta			
Preguntas		N° respuestas acertadas	Total (%)
Conocimientos básicos sobre la DM2			
1	El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de diabetes.	28	93.33%
2	La causa común de la diabetes es la falta de insulina en el cuerpo.	5	16.66%
3	La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina.	7	23.33%
4	Los riñones producen la insulina	14	46.66%
5	Si yo tengo diabetes, mis hijos tendrán más riesgo de padecer la enfermedad.	25	83.33%
6	La diabetes se puede curar.	25	83.33%
7	Comer mucha comida hace que mi páncreas secrete más insulina.	11	36.66%
8	Hay dos tipos principales de diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y tipo 2 (no-dependiente de insulina).	24	80%
9	La manera en que preparo mi comida es igual de importante que los alimentos que como.	26	86.66%
10	Una dieta para la diabetes consiste principalmente en alimentos especiales.	19	63.33%
Control de la glucemia			
11	En la diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube.	27	90%
12	Un nivel de azúcar de 210 mg/dL en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto.	26	86.66%
13	La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina.	18	60%
14	El ejercicio regular aumentara la necesidad de insulina u otro medicamento para la diabetes.	19	63.33%
15	La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes.	23	76.66%
16	El temblar y sudar son señales de azúcar alta en sangre.	4	13.33%
17	El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en sangre.	15	50%
Prevención de complicaciones			
18	La diabetes frecuentemente causa mala circulación.	18	60%
19	Las cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en pacientes con diabetes.	27	90%
20	Los pacientes con diabetes deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies.	29	96.66%
21	Una persona con diabetes debería limpiar una cortadura con yodo y alcohol.	17	56.66%
22	La diabetes puede dañar mis riñones.	28	93.33%
23	La diabetes puede causar que no sienta mis manos, dedos y pies.	19	63.33%
24	Los calcetines y las medias elásticas apretadas son malos para los pacientes con diabetes.	12	40%

Fuente: elaboración propia.

Se puede observar acorde a los conocimientos básicos sobre la DM2 que la mayoría (93%) de los participantes reconocen oportunamente que el consumo excesivo de carbohidratos simples representa un origen de la Diabetes Mellitus, específicamente el tipo 2, esta va de la mano con un gran porcentaje (86.6%) de individuos que reconocen que una adecuada dieta consiste no solo en seleccionar adecuadamente los alimentos sino que también en cómo se deben preparar; por otra parte un porcentaje significativo (80%) de pacientes identifican los dos tipos de Diabetes más descritos, sin embargo esto contrasta con un desconocimiento general (83.4%) respecto a la fisiopatología de su propio tipo de diabetes y el cómo asocian que la causa común de la diabetes es la falta de insulina en el cuerpo, recalcando que al menos la mitad (53.4%) de los encuestados relacionan al riñón como el órgano responsable tanto de producir insulina como de no generar un adecuado control glucémico y eliminar la glucosa por la orina (76.7% de los encuestados). A su vez la mayoría (83.3%) de los pacientes reconocen que la Diabetes es una enfermedad crónica-degenerativa sin cura conocida, una variable que debería ser contestada al 100%, ya que esto implica un cambio de paradigma en su estilo de vida, lo que podría modificar múltiples conductas de riesgo para disminuir la progresión acelerada de su enfermedad.

En el apartado asociado al control de la glucemia, se puede distinguir que los pacientes identifican que la Diabetes sin tratamiento está ligada directamente con un aumento en su nivel glucémico, a la vez que reconocen que una cifra de glucemia mayor a 200 mg/dL en ayuno es indicativa de un descontrol metabólico, aunado a esto la mayoría (76.6%) de los pacientes saben que los cambios en el estilo de vida son mucho más importantes para controlar las cifras glucémicas que el consumo único de medicamentos antidiabéticos y que incluso un ejercicio regular podría disminuir la frecuencia en el consumo de los mismos. En el papel estos resultados son alentadores, sin embargo es importante resaltar que más de la mitad (86.7%) de los pacientes no reconocen de forma oportuna los síntomas asociados a la hiperglucemia, lo que denota la evolución silente que caracteriza a esta enfermedad.

Finalmente en el apartado asociado a la prevención de complicaciones, se puede observar que los pacientes reconocen la importancia del cuidado de los pies y el riesgo de sufrir una cortadura o herida que puede prolongar el tiempo de curación respecto a pacientes que no cuenta con el diagnóstico de DM2, sin embargo apenas el 60% de los pacientes identifican que la diabetes es una causa común de afección microvascular y por lo tanto no lo relacionan con una inadecuada perfusión tisular, por lo que apenas el 40% de los pacientes toman medidas de cuidado higiénico de sus pies con relación al uso de calcetines y medias elásticas. Aún con esto último, me parece de gran importancia recalcar que la gran mayoría (96.6%) de los encuestados reconocen que la diabetes es una causa común de afección renal.

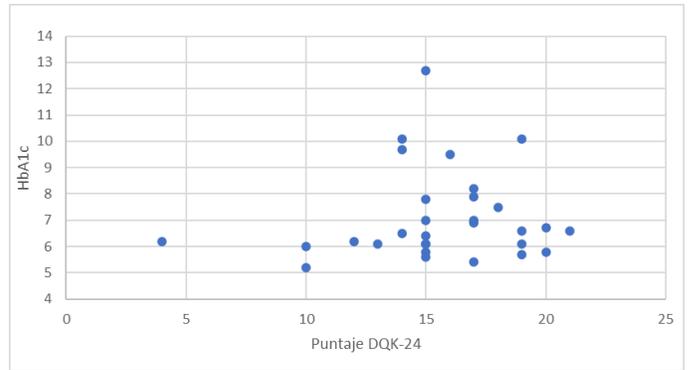
Tabla 3. Puntajes del cuestionario DKQ-24 y control glucémico.

En la tabla 3 se puede observar la distribución del puntaje obtenido en el cuestionario DQK-24 y su relación directa con el control glucémico expresado mediante el porcentaje de hemoglobina glucosilada, las filas sombreadas de color azul identifican el sexo masculino de los participantes, mientras que el color verde el sexo femenino respectivamente.

Puntajes del cuestionario DKQ-24 y control glucémico		
Participante	Puntaje obtenido en el DKQ-24	HbA1c (%)
1	17	5.4
2	15	12.7
3	12	6.2
4	14	9.7
5	16	9.5
6	17	8.2
7	19	10.1
8	19	5.7
9	15	6.1
10	17	7.9
11	14	10.1
12	15	7.8
13	17	6.9
14	15	5.8
15	14	6.5
16	20	6.7
17	15	5.6
18	19	6.6
19	10	5.2
20	15	6.4
21	13	6.1
22	4	6.2
23	10	6.0
24	17	7.0
25	21	6.6
26	18	7.5
27	19	6.1
28	15	6.1
29	20	5.8
30	15	7.0

Fuente: elaboración propia.

Gráfica 1. Gráfica de dispersión de los puntajes del cuestionario DKQ-24 en relación con las cifras de HbA1c.



Fuente: elaboración propia.

A simple vista pareciera no existir una correlación lineal entre el puntaje obtenido y la cifra glucémica, datos que pueden confirmarse en la ilustración numero 1 al observarse una clara dispersión de los datos, no siguiendo la correlación inversamente proporcional reportada en estudios previos^{12, 15}.

Tabla 4. Tabla de contingencia, Puntaje DKQ-24 y control glucémico

		HbA1c		
		Control	Descontrol	
PUNTAJE DKQ-24	Conteo			
	% total			
	% columna			
	% filas			
	Insuficiente	4	0	4
		13.33	0.00	13.33
	19.05	0.00		
	100.00	0.00		
Suficiente	17	9	26	
	56.67	30.00	86.67	
	80.95	100.00		
	65.38	34.62		
	21	9	30	
	70.00	30.00		

Fuente: elaboración propia.

Para determinar la correlación entre las variables “Conocimiento sobre DM2” y “Control Glucémico”, se analizaron los datos cuantitativos y se adaptaron a datos cualitativos, en relación con el puntaje obtenido en el cuestionario DQK-24 se estableció un punto de corte de 13 o más aciertos como “conocimiento suficiente” y “conocimiento insuficiente” a aquel con un puntaje menor a 13, mientras que para los niveles obtenidos de HbA1c se utilizaron los criterios de la ADA para clasificar al control glucémico como “adecuado” (HbA1c ≤ 7%) o “inadecuado” (HbA1c > 7%) respectivamente. Se analizaron las muestras mediante la Prueba de normalidad Shapiro-Wilk, identificando que las muestras no tienen un patrón de normalidad por lo que se procedió a realizar la asociación de las variables mediante la Prueba de independencia de ji cuadrada.

En la tabla 4 se puede observar que de un total de 30, únicamente 4 encuestados (13.3%) obtuvieron un puntaje Insuficiente en el cuestionario DQK-24, sin embargo ninguno de los mencionados obtuvo cifras glucémicas fuera de los objetivos de control, a la par se observa que 26 encuestados (86.7%) obtuvieron un puntaje suficiente en el cuestionario DQK-24, sin embargo apenas el 65% de estos obtuvo cifras glucémicas dentro de los objetivos de control, es decir un poco más de la mitad, por lo que no se demuestra una correlación directa entre el puntaje obtenido

en cuestionario DQK-24 y el control glucémico, principalmente al obtener una inadecuada significancia estadística ($p = 0.15$).

Finalmente, la tabla 5 muestra el análisis entre las variables “Sexo” y “Control Glucémico”, de 30 encuestados, 16 pertenecieron al sexo femenino, de los cuales el 75% obtuvieron cifras glucémicas dentro de los objetivos de control, esto comparado al 64.29% obtenido en el sexo masculino, esto contrasta con los resultados obtenidos por parte de *Bukhsh et al.*, el cual identifico que el sexo femenino es el que se correlacionaba con mayor conocimiento de DM2 y mejores cifras glucémicas¹³.

Tabla 5. Tabla de contingencia, Sexo y control glucémico.

		HbA1c		
		Control	Descontrol	
SEXO	Conteo			
	% total			
	% columna			
	% filas			
	Femenino	12	4	16
		40.00	13.33	53.33
		57.14	44.44	
	75.00	25.00		
Masculino	9	5	14	
	30.00	16.67	46.67	
	42.86	55.56		
	64.29	35.71		
	21	9	30	
	70.00	30.00		

Fuente: elaboración propia.

Es importante remarcar las limitaciones de este estudio, principalmente al análisis de corte transversal que no permite establecer causalidad entre las variables, al muestreo realizado por cuota no aleatorizado y por lo tanto al número limitado de la muestra (N=30), el que no se pudieron estudiar otras variables que influyen en el control glucémico de los pacientes y el no existir de forma definida un punto de corte validado en el DKQ-24 para considerar que un paciente presentaba un conocimiento suficiente.

CONCLUSIONES

La Diabetes se ha posicionado como una de las principales pandemias a nivel global del siglo XXI, su origen multifactorial, su alta prevalencia y sus múltiples consecuencias invita a evaluar las necesidades de aprendizaje de los pacientes respecto a su enfermedad, si bien en este estudio no se encontró una correlación directa entre el grado de conocimiento de los pacientes y sus cifras de control glucémico, esto solamente refleja que la complejidad de esta enfermedad va más allá de dos variables interconectadas, aun cuando es innegable que el manejo de la DM2 depende en gran medida del nivel de comprensión de la misma y la pericia ante su cuidado diario, no debemos pasar por alto que existen factores personales, sociales, institucionales, y económicos que pueden limitar un correcto control de esta patología, desde el desabasto de medicamentos en las farmacias, la alta demanda que hoy en día mantienen los institutos públicos para cubrir a esta población, hasta el subdiagnóstico que se estima de la enfermedad en nuestro país, no hace más que exhortarnos a replantear la manera en que abordamos esta patología y el cómo podemos trabajar en ella desde mucho antes de su completa expresión, sobre todo al promover prácticas de estilo de vida saludables y controles de salud regulares que representan la piedra angular no solo de la diabetes, si no de sus principales y vigentes factores de riesgo.

REFERENCIAS

1. Cole JB, Florez JC. Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications. *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2020;16(7):377–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41581-020-0278-5>. [Citado el 16 de enero de 2023].
2. Keays R. Diabetes. *Curr Anaesth Crit Care* [Internet]. 2007 [citado el 16 de enero de 2023];18(2):69–75. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>. [Citado el 16 de enero de 2023].
3. Alhaik S, Anshasi HA, Alkhaldeh J, Soh KL, Naji AM. An assessment of self-care knowledge among patients with diabetes mellitus. *Diabetes Metab Syndr* [Internet]. 2019;13(1):390–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2018.10.010>. [Citado el 16 de enero de 2023].
4. Procuraduría Federal del Consumidor. 14 de noviembre. Día mundial de la diabetes [Internet]. gob.mx. Disponible en: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/14-de-noviembre-dia-mundial-de-la-diabetes-319474?state=published>. [Citado el 16 de enero de 2023].
5. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19 [Internet]. Federación Mexicana de Diabetes, A.C. 2022. Disponible en: <https://fmdiabetes.org/encuesta-nacional-salud-nutricion-2020-covid-19/>. [Citado el 16 de enero de 2023].
6. Estadísticas De Defunciones Registradas 2021 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 26 de octubre de 2022. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDR/EDR2021_10.pdf. [Citado el 16 de enero de 2023].
7. Cada hora en el IMSS se detectan 15 nuevos casos de diabetes [Internet]. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201811/286>. [Citado el 16 de enero de 2023].
8. El alto costo humano y financiero de la diabetes en México [Internet]. Código F. Disponible en: <https://codigof.mx/el-alto-costo-humano-y-financiero-de-la-diabetes-en-mexico/>. [Citado el 16 de enero de 2023].

9. Velasco-Contreras ME. Evolution of the type 2 diabetes mellitus epidemic in insured population at the IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(4):490–403. [Citado el 16 de enero de 2023].
10. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. 6. Glycemic targets: Standards of care in diabetes-2023. *Diabetes Care* [Internet]. 2023;46(Suppl 1):S97–110. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2337/dc23-S006>. [Citado el 16 de enero de 2023].
11. Alsous M, Abdel Jalil M, Odeh M, Al Kurdi R, Alnan M. Public knowledge, attitudes and practices toward diabetes mellitus: A cross-sectional study from Jordan. *PLoS One* [Internet]. 2019;14(3):e0214479. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0214479>. [Citado el 16 de enero de 2023].
12. Bustos Saldaña R, Barajas Martínez A, López Hernández G, et al. Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. *Arch Med Fam*. 2007;9(3):147-155. [Citado el 16 de enero de 2023].
13. Bukhsh A, Khan TM, Sarfraz Nawaz M, Sajjad Ahmed H, Chan KG, Goh B-H. Association of diabetes knowledge with glycemic control and self-care practices among Pakistani people with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Metab Syndr Obes* [Internet]. 2019;12:1409–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/DMSO.S209711>. [Citado el 16 de enero de 2023].
14. Casanova K. Nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus que tienen los pacientes diagnosticados del médico Sanitas de Venezuela entre diciembre 2015 a julio 2016. *Diabetes Internacional y Endocrinología*. 2017;9(2):615-26. Disponible en: http://www.revdiabetes.com/images/revistas/2017/revdia1_2017/1niveles.pdf. [Citado el 16 de enero de 2023].
15. Zamora-Niño Ch., Guibert-Patiño A, De La Cruz-Saldaña T, Ticse-Aguirre R, Málaga G. Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. *Acta Médica Peruana*. 2019;36(2):96-103.

Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v36n2/a04v36n2.pdf>. [Citado el 16 de enero de 2023].

ANEXOS

Cuestionario sobre conocimiento en diabetes (Diabetes Knowledge Questionnaire [DKQ-24])				
Conocimientos básicos sobre la DM2				
1	El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de diabetes.	SI	NO	NO SÉ
2	La causa común de la diabetes es la falta de insulina en el cuerpo.	SI	NO	NO SÉ
3	La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina.	SI	NO	NO SÉ
4	Los riñones producen la insulina	SI	NO	NO SÉ
5	Si yo tengo diabetes, mis hijos tendrán más riesgo de padecer la enfermedad.	SI	NO	NO SÉ
6	La diabetes se puede curar.	SI	NO	NO SÉ
7	Comer mucha comida hace que mi páncreas secrete más insulina.	SI	NO	NO SÉ
8	Hay dos tipos principales de diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y tipo 2 (no-dependiente de insulina).	SI	NO	NO SÉ
9	La manera en que preparo mi comida es igual de importante que los alimentos que como.	SI	NO	NO SÉ
10	Una dieta para la diabetes consiste principalmente en alimentos especiales.	SI	NO	NO SÉ
Control de la glucemia				
11	En la diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube.	SI	NO	NO SÉ
12	Un nivel de azúcar de 210 mg/dL en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto.	SI	NO	NO SÉ
13	La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina.	SI	NO	NO SÉ
14	El ejercicio regular aumentara la necesidad de insulina u otro medicamento para la diabetes.	SI	NO	NO SÉ
15	La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes.	SI	NO	NO SÉ
16	El temblar y sudar son señales de azúcar alta en sangre.	SI	NO	NO SÉ
17	El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en sangre.	SI	NO	NO SÉ
Prevención de complicaciones				
18	La diabetes frecuentemente causa mala circulación.	SI	NO	NO SÉ
19	Las cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en pacientes con diabetes.	SI	NO	NO SÉ
20	Los pacientes con diabetes deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies.	SI	NO	NO SÉ
21	Una persona con diabetes debería limpiar una cortadura con yodo y alcohol.	SI	NO	NO SÉ
22	La diabetes puede dañar mis riñones.	SI	NO	NO SÉ
23	La diabetes puede causar que no sienta mis manos, dedos y pies.	SI	NO	NO SÉ
24	Los calcetines y las medias elásticas apretadas son malos para los pacientes con diabetes.	SI	NO	NO SÉ

Fuente: Bustos Saldaña et. al. ¹². Consultado el 16 de enero del 2023.

CAPITULO 2: DIAGNOSTICO DE SALUD – DESCRIPCIÓN DE LA DELEGACIÓN DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de salud se define como la descripción y análisis cualitativo y cuantitativo de los problemas de salud de una población específica en torno al proceso salud-enfermedad, en el que se identifican los elementos condicionantes y determinantes que permiten establecer relaciones causales, con el fin de generar propuestas de soluciones a dichos problemas de salud previamente detectados. México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado en forma importante el perfil de la salud de la población¹.

Esta transición demográfica en paralelo con estilos de vida no saludables: como el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, el sedentarismo y la ingesta de dietas hipercalóricas y ricas en sodio, se ha traducido en una prevalencia importante de enfermedades crónicas no transmisibles, y que durante la pandemia por SARS COV-2 han sido los grupos vulnerables para padecer¹.

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 establece como eje prioritario para el mejoramiento de la salud la promoción, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, siempre con perspectiva de género, apegado a criterios éticos y respondiendo al mosaico multicultural que caracteriza al país².

Por lo que una de las prioridades en la salud pública es el proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas, por lo que se incluyeron acciones efectivas de promoción a la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un

mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país. No se deberán escatimar esfuerzos para continuar con la atención a las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes, adicciones y las acciones de promoción y protección de la salud en los diferentes grupos de edad de la población¹.

JUSTIFICACIÓN

El Diagnóstico de Salud permite tomar de decisiones, identificar, medir, justificar y analizar las necesidades, eficiencia, eficacia y efectividad del comportamiento de producción y desempeño de la Unidad de Medicina Familiar No. 9, permitiendo identificar los problemas de salud más frecuentes y realizar medidas que eleven la calidad, la oportunidad y calidez de los servicios otorgados¹.

Haciendo énfasis en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, considerando la causa raíz y los determinantes sociales que influyen en la salud, como la pobreza y los estilos de vida poco saludables y de riesgo. Por ejemplo, la falta de actividad física, la nutrición inadecuada, sexo inseguro, consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, así como la falta de educación vial repercuten de manera significativa en la salud de la población, por ejemplo, en la pandemia por SARS COV-2, los factores de riesgo fueron la obesidad, hipertensión y comorbilidades, por lo que el enfoque preventivo, incluyendo la vacunación, se aminoró la vulnerabilidad de la población¹.

Por lo tanto, es indispensable analizar las condiciones sociales y los recursos disponibles, con el propósito de establecer objetivos para consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

OBJETIVOS

General

Identificar los principales problemas de salud de la población de la Unidad de Medicina Familiar no. 9 para generar medidas de acción para disminuir la morbilidad y prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Específicos

- Conocer la situación actual del proceso salud-enfermedad de la Unidad de Medicina Familiar No. 9, así como factores de riesgo asociados y determinantes sociales del estado de salud.
- Facilitar el análisis de componentes claves de infraestructura, desempeño de procesos médicos y preventivos a través de una base organizada de información que contribuya en la mejora de gestión de los directivos de salud.
- Identificar los determinantes sociales, ambientales y del comportamiento en salud.
- Identificar los daños a la salud mediante información de morbilidad y mortalidad.
- Identificar daños a la salud y factores de riesgo para el diseño de programas de promoción y prevención a la salud.
- Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
- Realizar la jerarquización de los problemas de salud identificados

METODOLOGÍA

El presente documento ha sido elaborado, siguiendo las instrucciones contenidas en la "Guía para la elaboración del diagnóstico de salud delegacional", emitida por la Jefatura de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014. La información de los determinantes sociales, del comportamiento y ambientales se obtuvo mediante consulta al sitio del Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática, Comisión Nacional del Agua,

Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares y Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales; mientras que para información del Instituto Mexicano del Seguro Social se consultó el Sistema de Información de Atención Integral de la Salud (SIAIS)¹.

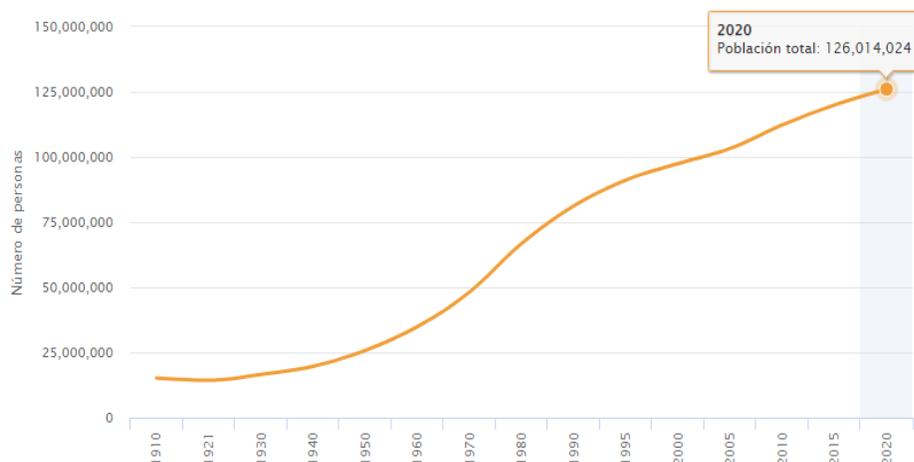
La información de morbilidad de primera vez fue obtenida del Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), y la morbilidad subsecuente del SIAIS. La mortalidad fue consultada en SEED (Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones). Todos proveídos mediante el Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) de la UMF N.º 9.¹

Finalmente, se realizó la obtención, análisis y se graficó la información de la población de la Unidad de Medicina Familiar no. 9 del periodo febrero 2022-enero 2023 con el objetivo de comprender el comportamiento actual y las patologías de la población estudiada para la jerarquización de problemas de salud.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO

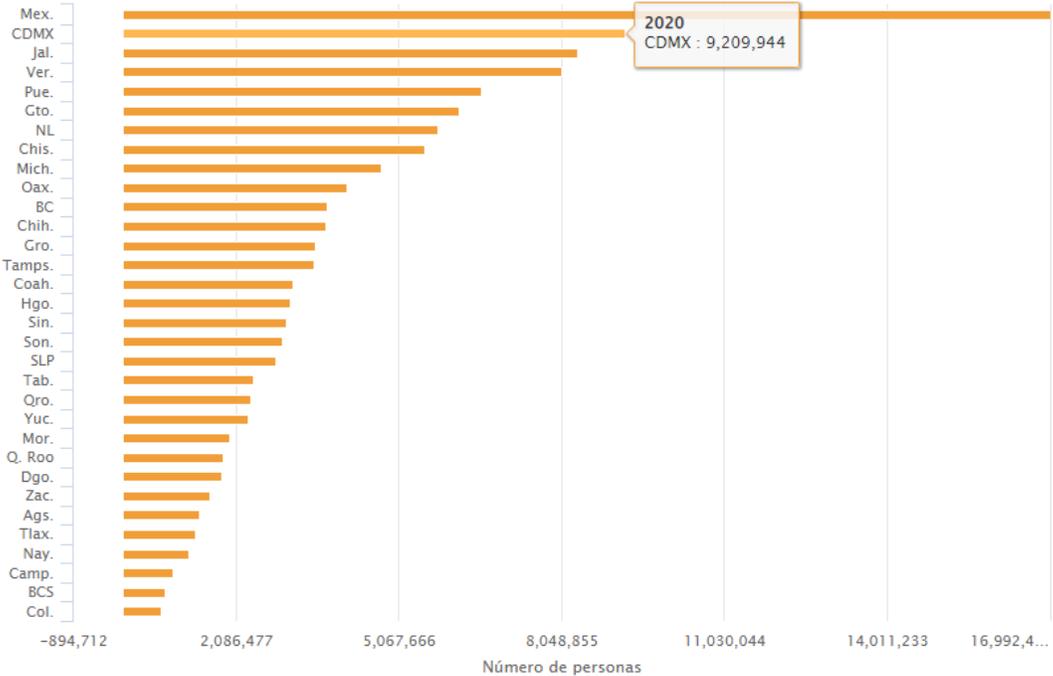
México ocupa el lugar número once (11) en población a nivel mundial de acuerdo con el censo de población y vivienda 2020 (últimos datos en INEGI) en México residen 126 014 024 habitantes, de los cuales, el 51.2% corresponde al sexo femenino y 48.8% al sexo masculino. La edad mediana de nuestro país es de 29 años³.

Ilustración 1. Población total México en 2020.



Respecto a la distribución de la población por entidad federativa, las entidades más pobladas son el estado de México, con casi 17 millones de habitantes, la Ciudad de México, donde residen 9.2 millones de personas y Jalisco con 8.3 millones de personas³.

Ilustración 2. Población total de México por estados en 2020.



Fuente: INEGI (2020). Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>. [Consultado el 16 de diciembre de 2022].

La Ciudad de México representa el 0.1 % de la superficie total del territorio nacional, lo que la ubica como la entidad con menor extensión del país. Los límites geográficos corresponden con el Estado de México al Norte, Este y Oeste, y con el estado de Morelos al Sur, respectivamente. La entidad está integrada por 16 Alcaldías³.

Ilustración 3. Mapa de la CDMX con alcaldías.



Fuente: <https://pulidodepisosdemarmol.com/wp-content/uploads/2022/05/pulido-de-pisos-en-alcaldias-de-cdmx.png> [Consultado el 16 de diciembre de 2022].

ALCALDIA BENITO JUAREZ

HISTORIA

La Alcaldía Benito Juárez es una de las 16 demarcaciones territoriales de la Ciudad de México. Fue creada a principios de los años cuarenta, pero tomó sus límites territoriales el 29 de diciembre de 1970⁴.

En el siglo XVIII, el territorio de lo que hoy es la alcaldía Benito Juárez abarcaba los pueblos de Santo Domingo, Mixcoac, La Piedad, Santa Cruz Atoyac, Actipan, San Juan Maninaltongo, Santa María Nonoalco y Xoco; los barrios de La Candelaria, Santo Tomás Tecoyotitla y Atepuxco; los ranchos de San José y Santa Cruz, así como las haciendas de Los Portales, San Borja y la de Nalvarte (Narvarte), y los ejidos de San Simón, Santa Cruz, de la Piedad y el de San Andrés de las Ladrilleras⁴.

Los pueblos, haciendas, tierras comunales y ranchos que conformaban lo que es la alcaldía, estuvieron sujetos al corregimiento de Coyoacán, de quien dependían desde el punto de vista administrativo y judicial, hasta la disolución del Marquesado del Valle decretado por el rey de España en 1810⁴.

Durante buena parte del siglo XIX la actual área de la alcaldía quedó incorporada a Tacubaya; Mixcoac era la cabecera municipal. En el renglón judicial pertenecía al juzgado de San Ángel, y desde el punto de vista económico, dependía de la Ciudad de México⁴.

En la Constitución de 1824, se crea al Distrito Federal como capital y se establece su asiento en la Ciudad de México, dándole una extensión de 8.8 kilómetros. La alcaldía quedó al límite del territorio comprendido en el Distrito Federal, que se hallaba dividido en cuatro prefecturas, una de las cuales era Tacubaya, con cinco municipalidades: Tacubaya, Tacuba, Santa Fe, Cuajimalpa y Mixcoac⁴.

En 1899, por decreto, se dispuso la municipalidad de México y 17 prefecturas municipales, entre las que estuvieron: Tacubaya, Mixcoac y General Anaya. Dentro de éstas quedaron comprendidos los territorios de la actual delegación⁴.

Entre 1920 y 1924 se otorgó la nomenclatura a las calles de Eugenia y Félix Cuevas. Las colonias Del Valle, San Pedro de los Pinos, Moderna, Portales, Santa Cruz, Álamos, Niños Héroes, Independencia y La Piedad crecieron de forma importante; hacia 1929 casi todas éstas gozaban de servicios urbanos⁴.

La Ciudad de México que ya existía desde 1941 se fraccionó en sólo cuatro delegaciones, entre éstas: la delegación Benito Juárez, la Cuauhtémoc, la Venustiano Carranza y la Miguel Hidalgo⁴.

TOPONIMIA Y ESCUDO

El 30 de diciembre de 1972 la delegación recibió el nombre de Benito Juárez, en alusión al político, abogado liberal y expresidente de México, siendo el jefe del Departamento del Distrito Federal, Octavio Sentíes Gómez⁵.

El escudo actual fue develado como nueva imagen delegacional en 2001, por el marco de la conmemoración del natalicio de Benito Juárez, el logo presenta a Benito Juárez de tres cuartos, en blanco y negro con 5 bandas horizontales a su derecha. Fue diseñado por Leticia González y Rafael González⁶.

Ilustración 4. Escudo delegacional.



Fuente:
https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/5/54/Escudo_delegacional_Benito_Juarez.svg/1200px-Escudo_delegacional_Benito_Juarez.svg.png
[Consultado el 16 de diciembre de 2022].

OROGRAFÍA

El territorio de esta Delegación presenta en su totalidad una superficie casi plana constituida por suelos de origen lacustre (aluvial) con una ligera pendiente hacia los límites de la Delegación Álvaro Obregón, desde la Avenida Revolución hasta el Periférico Miguel Alemán. La mayor altura es de 2,280m sobre el nivel del mar y se sitúa en el Periférico y Avenida Barranca del Muerto; la parte más baja de la Delegación Benito Juárez se encuentra alrededor de los 2,240m sobre el nivel del mar⁷.

HIDROGRAFÍA

Las corrientes continuas que llevan flujo todo el año: los ríos la Piedad, y Churubusco; los cuales se encuentran entubados en su totalidad. En la actualidad estos cauces forman parte de la red primaria de drenaje⁷.

CLIMA

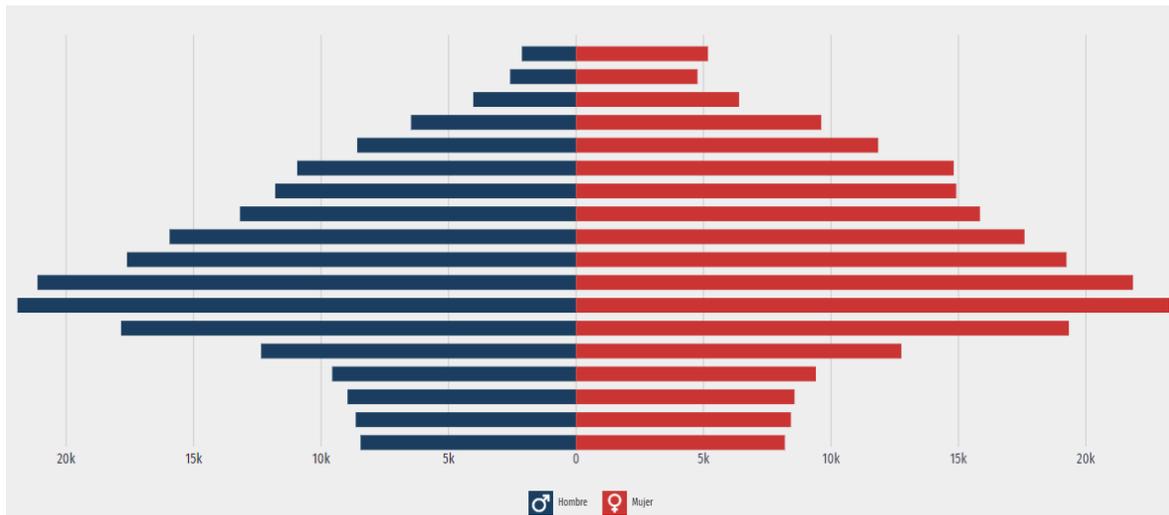
El clima predominante corresponde al templado subhúmedo con lluvias en verano y porcentaje de lluvia invernal mayor de 5% del total anual. Hacia el oeste en la zona de pendiente suave, la precipitación total anual es de 7,000mm. La temperatura media anual es de 16°C. Los meses más lluviosos son Julio y Agosto y los más cálidos son Mayo y Junio⁷.

POBLACIÓN

En 2020, la población en Benito Juárez fue de 434,153 habitantes (46.6% hombres y 53.4% mujeres). En comparación a 2010, la población en Benito Juárez creció un 12.6%⁸.

Los rangos de edad que concentraron mayor población fueron 30 a 34 años (45,187 habitantes), 35 a 39 años (42,967 habitantes) y 25 a 29 años (37,175 habitantes). Entre ellos concentraron el 28.9% de la población total⁸.

Ilustración 6. Pirámide poblacional total de Benito Juárez 2020.



Fuente: <https://datamexico.org/es/profile/geo/benito-juarez#population-and-housing>. [Consultado el 16 de diciembre de 2022].

ESCOLARIDAD

En 2020, los principales grados académicos de la población de Benito Juárez fueron Licenciatura (178k personas o 48.2% del total), Preparatoria o Bachillerato General (62.7k personas o 17% del total) y Maestría (37.8k personas o 10.3% del total)⁹.

La tasa de analfabetismo de Benito Juárez en 2020 fue 0.35%. Del total de población analfabeta, 28.7% correspondió a hombres y 71.3% a mujeres⁹.

EMPLEO

En el tercer trimestre de 2022, la tasa de participación laboral en Ciudad de México fue 61%, lo que implicó una disminución de 0.45 puntos porcentuales respecto al trimestre anterior (61.5%). La tasa de desocupación fue de 5.25% (252mil personas), lo que implicó una disminución de 0.15 puntos porcentuales respecto al

trimestre anterior (5.4%). La actividad económica estimada en 2005 fue de 3.350 millones de dólares⁹.

INFRAESTRUCTURA URBANA

En lo que respecta a instituciones educativas la delegación cuenta con 35 escuelas de nivel preescolar, 51 escuelas de nivel primaria y 21 escuelas de nivel secundaria⁵.

También tiene 2 centros de DIF, un total de 20 centros culturales y bibliotecas, 16 mercados, 1 unidades Habitacionales, 24 parques, entre otros. La Delegación Benito Juárez es la zona en el país que tiene mayor nivel educativo, es la más completa en infraestructura, ya que cuenta con gran variedad de lugares educativos, culturales, deportivos y parques y es una de las demarcaciones más seguras de la Ciudad de México. Así mismo, la delegación es una de las más transitadas⁵.

TRANSPORTE

El transporte público comprende el Sistema de Transporte Colectivo Metro, el Sistema de Autotransporte Urbano de Pasajeros Ex Ruta 100, Sistema de Transporte Eléctrico que se complementan con las rutas de servicio privado de taxis colectivos. La delegación Benito Juárez se encuentra servida por 4 líneas del Metro y 18 estaciones^{5, 10}.

Ilustración 7. Principales rutas de transporte público de la alcaldía Benito Juárez.



Fuente: <https://www.google.com/maps>. [Consultado el 16 de diciembre de 2022].

En 2020, 55.9% de la población acostumbró vehículo particular (automóvil, camioneta o motocicleta) como principal medio de transporte al trabajo^{5, 10}.

En relación con los medios de transporte para ir al lugar de estudios, 49.7% de la población acostumbró vehículo particular (automóvil, camioneta o motocicleta) como principal medio de transporte¹¹.

En Benito Juárez, el tiempo promedio de traslado del hogar al trabajo fue 32.9 minutos, 79.6% de la población tarda menos de una hora en el traslado, mientras que 6.56% tarda más de 1 hora en llegar a su trabajo. Por otro lado, el tiempo promedio de traslado del hogar al lugar de estudios fue 24.3 minutos, 91.8% de la población tarda menos de una hora en el traslado, mientras que 3.97% tarda más de 1 hora¹¹.

Ilustración 8. Estaciones de metro dentro de la alcaldía Benito Juárez.

Estación	Línea
Viaducto	2
Xola	2
Villa de Cortés	2
Nativitas	2
Portales	2
Ermita	2 12
Etiopía/Plaza de la Transparencia,	3
Eugenia	3
División del Norte	3
Zapata	3 12
Coyoacán	3
San Pedro de los Pinos	7
San Antonio	7
Mixcoac	7 12
Insurgentes Sur	12
Hospital 20 de Noviembre	12
Parque de los Venados	12
Eje Central	12

Fuente:
[https://es.wikipedia.org/wiki/Benito_Ju%C3%A1rez_\(Ciudad_de_M%C3%A9xico\)#Transporte](https://es.wikipedia.org/wiki/Benito_Ju%C3%A1rez_(Ciudad_de_M%C3%A9xico)#Transporte). [Consultado el 16 de diciembre de 2022]

VIALIDADES

La delegación cuenta con 19.9 Km. de vialidad de acceso controlado, 74.4 Km. de vialidad primaria y 41.8 Km. de vialidad secundaria; la suma de las superficies de estas vialidades representa el 8.8% del área delegacional¹⁰.

Las vialidades de acceso controlado corresponden a: Anillo Periférico, Viaducto Miguel Alemán, Viaducto Río Becerra, Circuito Interior (Río Churubusco) y Calzada de Tlalpan. Mientras que las vialidades primarias incluyen: Eje 4 Sur (Xola), Eje 5

Sur (Eugenia), Eje 6 Sur (Ángel Urraza), Eje 7 y 7A Sur (Félix Cuevas, Municipio Libre y E. Zapata), Eje 8 Sur (Popocatépetl), Av. Revolución, Av. Patriotismo, Av. Insurgentes, Eje 1 Poniente (Cuauhtémoc), Eje 2 Poniente (Gabriel Mancera), Eje 3 Poniente (Coyoacán), Eje Central, Av. Plutarco Elías Calles, Av. Universidad y Av. División del Norte. Las vialidades secundarias son: Filadelfia-Torres Adalid - Niños Héroes, Rodin – Dakota, Adolfo Prieto, Diagonal de San Antonio, Casa Obrero Mundial, Morena, Cumbres de Maltrata, Bolívar, Uxmal, Dr. José María Vértiz, Miguel Laurent - Santa Cruz, Pilares - Eleuterio Méndez - Emiliano Carranza y Concepción Beistegui – Romero¹⁰.

POLÍTICA Y GABINETE ACTUAL

Ilustración 9. Alcalde Mtro. Santiago Taboada Cortina.

El alcalde actual de la alcaldía Benito Juárez es el Mtro. Santiago Taboada Cortina; licenciado en Derecho egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México con maestría en Gobernanza y Comunicación Política y estudios complementarios en la Universidad Pontificia de Salamanca, España¹².

Fue electo como candidato de la Coalición Por México al Frente a la alcaldía de Benito Juárez en 2018 y reelecto como candidato del Partido Acción Nacional (PAN) para el período 2021 – 2024¹².



*Fuente: <https://alcaldiabenitojuarez.gob.mx/>.
[Consultado el 16 de diciembre de 2022].*

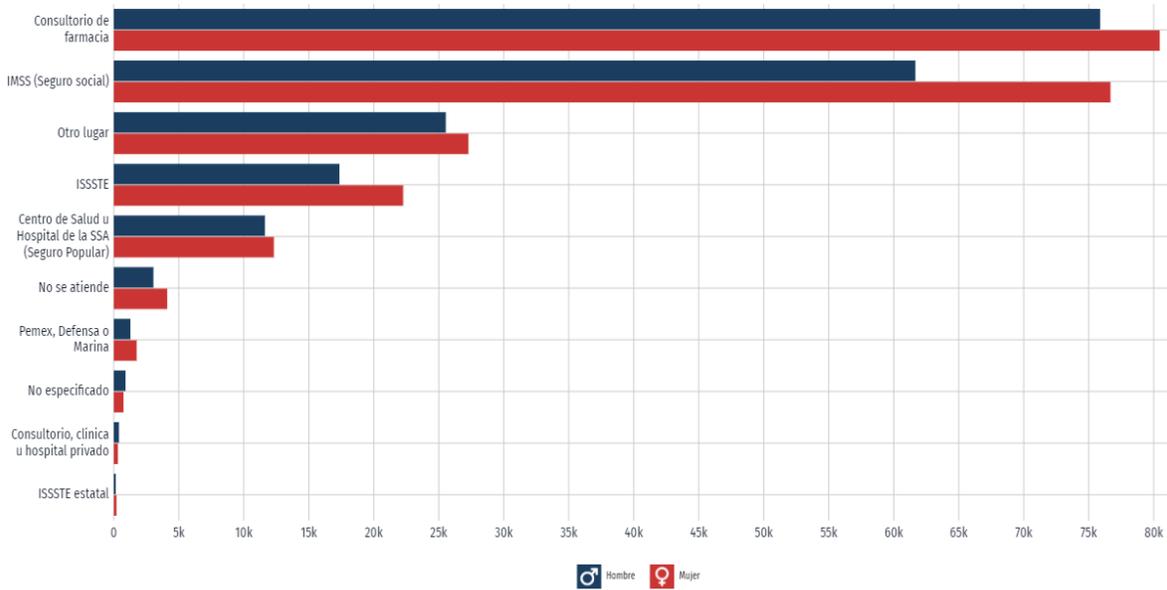
SERVICIOS DE SALUD

La seguridad social en la demarcación de Benito Juárez está dada por la derechohabiencia existente, las opciones de atención de salud más utilizadas en 2020 fueron Consultorio de farmacia (156k), IMSS (Seguro social) (138k) y Otro lugar (52.8k)¹¹.

El 5.65% de la población fue atendida por seguro popular mientras que el 32,6% fue por seguro social. En el mismo año, los seguros sociales que agruparon mayor

número de personas fueron Seguro Popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI) (214k) y No Especificado (84.1k)¹¹.

Ilustración 10. Personas afiliadas a servicios de salud por sexo (2020).



Fuente: <https://alcaldiabenitojuarez.gob.mx/>. [Consultado el 16 de diciembre de 2022].

Ilustración 11. Distribución de consultorios por especialidad en 2021.



Fuente: <https://alcaldiabenitojuarez.gob.mx/>. [Consultado el 16 de diciembre de 2022].

CAPITULO 3: DESCRIPCION DE LA UMF N° 9 DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

La Unidad de Medicina Familiar No. 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en la Alcaldía Benito Juárez de la Ciudad de México, fue inaugurada el día 26 de enero de 1948 por el presidente Lic. Adolfo López Mateos, junto con el C. Antonio Díaz Lombardo, director general del Instituto Mexicano del Seguro Social. Al abrir sus puertas, la Unidad contaba únicamente con el Servicio de Atención Médica General, siendo hasta 1956 cuando se implementa el Sistema de Medicina Familiar, y en 1978 añadiéndose los demás servicios de atención médica, surgiendo el sistema actual¹.

En 1969 contaba con 20 consultorios, incluyendo varias especialidades médicas, con el posterior aumento poblacional y por lo tanto la demanda de atención, lo que generó que en 1972 se llevarán a cabo obras de ampliación, con la realización de dos consultorios adicionales y una cafetería. En el mismo año de 1972 se implementa el programa de Planificación Familiar, y en 1986 surge el programa de vasectomía, implementando en 1989 la técnica de vasectomía sin bisturí, de la cual la Unidad sigue caracterizándose como unidad formadora de personal¹.

Durante el año 2018, se llevó a cabo un programa de remodelación de la Unidad de Medicina Familiar, la cual cuenta con 29 consultorios de Medicina Familiar, 4 consultorios de atención a la Salud Dental, 10 consultorios de Medicina Preventiva, 3 consultorios de Salud en el Trabajo, área de Planificación Familiar, servicio de laboratorio, radiología, Atención Médica Continua con 5 consultorios médicos y área de observación pediátrica y de adultos, CEYE, Clínica de heridas, Oficina de Enseñanza, Aula de Enseñanza y Auditorio¹.

Ubicada en la Alcaldía Benito Juárez, en la Ciudad de México, cuenta con avenidas viales principales con múltiples líneas de transporte público, al Poniente Av. Revolución y al Oriente Av. Patriotismo, en tanto al Sur a tan solo 200 metros la

estación San Pedro de los Pinos del Sistema de Transporte Colectivo Metropolitano (Metro), que permite el acceso de manera sencilla a la Unidad, y que al derechohabiente usuario lo beneficia en la movilidad.

Ilustración 12. Ubicación UMF 9.



**UMF 9 se encuentra en Av.
Revolución S/N Col. Sn. Pedro
de los Pinos
Alcaldía Benito Juárez**

Fuente: <https://www.google.com/maps>. [Consultado el 16 de diciembre de 2022].

INFRAESTRUCTURA

La Unidad de Medicina Familiar No. 9 "San Pedro de los Pinos" cuenta con dos pisos para la distribución y prestación de servicios de salud, así como instalaciones con facilidades para personas con discapacidades. La distribución de los servicios que conforman la Unidad es la siguiente:

Planta baja

- Atención y Orientación al Derechohabiente
- Dirección y Área Administrativa
- Jefatura de Enfermería
- Farmacia
- Archivo y Control de Prestaciones
- Radiología
- Salud en el Trabajo
- Epidemiología
- Medicina Preventiva
- Clínica de Heridas
- Atención Médica Continua
- Auditorio

Ilustración 13. Vista frontal 1 de la UMF 9.



Fuente: Fachada frontal de la Unidad de Medicina Familiar N° 9. Fotografía propia.

Primer Piso

- Coordinación Médica
- Consultorios de Estomatología
- Planificación Familiar
- Laboratorio Clínico
- Jefatura de Asistentes médicas
- Jefatura de Trabajo Social
- Medicina Preventiva
- Consultorios Médicos 1 al 12
- Consultorio A

Segundo Piso

- Trabajo Social
- Consultorios Médicos 13 al 29
- Comedor
- Vestidores de personal
- Medicina Preventiva
- Jefatura de Enseñanza
- Aula de Enseñanza

Ilustración 14. Vista lateral de la UMF 9



Fuente: Fachada lateral de la Unidad de Medicina Familiar N° 9. Fotografía propia.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE Y ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 9

De acuerdo con datos obtenidos del diagnóstico situacional de unidades médicas 2021-2022, la unidad cuenta con un total de 169.915 de población adscrita a la unidad médico familiar, con una tasa de crecimiento anual del 5.49% y una población proyectada a 5 años de 169,338 personas¹.

Como se puede observar en la tabla 1, la mayoría de la población a la cual se le brinda atención es del sexo femenino; únicamente en los grupos etarios de 5-9 y 10-14 años se observa predominancia del sexo masculino. A partir del grupo etario de los 40 años se ve una notable diferencia entre la cantidad de hombres y mujeres, por el contrario, entre los 20-24 años existe mayor igualdad cuantitativa.

Tabla 1. Pirámide poblacional de la UMF 9.

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.
<1año	372	0.22	411	0.24	783
1-4 años	1,991	1.17	2,511	1.48	4,502
5-9 años	4,197	2.47	3,599	2.12	7,796
10-14 años	4,803	2.83	4,577	2.69	9,380
15-19 años	3,071	1.81	3,278	1.93	6,349
20-24 años	5,552	3.27	5,850	3.44	11,402
25-29 años	6,478	3.81	7,041	4.14	13,519
30-34 años	6,246	3.68	7,197	4.24	13,443
35-39 años	5,839	3.44	7,010	4.13	12,849
40-44 años	5,043	2.97	6,375	3.75	11,418
45-49 años	5,079	2.99	6,849	4.03	11,928
50-54 años	4,905	2.89	6,686	3.93	11,591
55-59 años	4,362	2.57	6,571	3.87	10,933
60-64 años	4,390	2.58	6,264	3.69	10,654
65-69 años	4,003	2.36	5,677	3.34	9,680
70-74 años	3,074	1.81	4,494	2.64	7,568
75-79 años	2,331	1.37	3,407	2.01	5,738
80-84 años	1,461	0.86	2,473	1.46	3,934
>85 años	2,274	1.34	4,174	2.46	6,448
TOTAL	75471	44.42	94444	55.58	169,915

Fuente: Diagnóstico de salud IMSS UMF 9.
ARIMAC 2022. Elaboración propia.
[Consultado el 10 de enero del 2023].

CONSULTAS POR SERVICIO

Durante el periodo febrero 2022 - enero 2023 se dieron un total de 459, 915 atenciones médicas distribuidas en todos los servicios que ofrece la unidad, dentro del cual, el predominante fue el servicio de Medicina Familiar con un total de 383,244 consultas como se observa en la tabla 2, representando un 83.3 por ciento del total de atenciones a lo largo de este año.

Tabla 2. Número de consultas por servicios de la UMF 9.

SERVICIO	AMC	ESTOMATOLOGÍA	SALUD EN EL TRABAJO	PLANIFICACION FAMILIAR	EPIDEMIOLOGÍA	MEDICINA FAMILIAR
No.	50200	15074	6040	5349	8	383244

Fuente: Diagnostico de salud. IMSS UMF 9. ARIMAC 2022.
Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Tabla 3. Consultas por mes de los servicios de la UMF 9.

	AMC	ESTOMATOLOGÍA	SALUD EN EL TRABAJO	PLANIFICACION FAMILIAR	EPIDEMIOLOGÍA
FEBRERO	5534	972	477	115	0
MARZO	3591	978	337	0	0
ABRIL	4100	1138	269	62	0
MAYO	4110	1366	419	104	0
JUNIO	2908	1260	396	422	0
JULIO	3886	1069	440	434	7
AGOSTO	3872	1986	1585	590	1
SEPTIEMBRE	1493	651	360	128	0
OCTUBRE	17929	4437	1039	1664	0
NOVIEMBRE	1475	744	425	263	0
DICIEMBRE	1302	473	293	1567	0
TOTAL	50200	15074	6040	5349	8

Fuente: Diagnostico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022.
Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Respecto al resto de los servicios, se encuentra con mayor número de consultas el servicio de Atención Médica Continua con un total de 50,200 consultas y estomatología con 15,074 atenciones, siendo el mes de octubre el mes con mayor productividad.

MOTIVOS DE CONSULTA PRIMERA VEZ

Dentro de los motivos de consulta de primera vez se encuentran en los primeros lugares las enfermedades de la vía respiratoria, predominando la infección por COVID-19, destacando en los meses de febrero y octubre. En quinto lugar, están las enfermedades gastrointestinales como colitis y gastroenteritis, las cuales fueron más recurrentes en el mes de octubre.

Tabla 4. Principales motivos de consulta de primera vez de la UMF 9

	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
COVID (uso emergente)	2425	87	104	150	577	2348	378	123	3290	266	716	10464
FARINGITIS	133	121	159	193	180	129	136	175	2134	390	405	4155
EXAM. GEN. E INVESTIGACIÓN DE PERSONAS SIN QUEJAS	50	50	50	62	56	59	59	39	681	95	2150	3351
RINOFARINGITIS	0	0	161	184	0	0	0	219	1879	449	418	3310
EXÁMENES Y CONTACTOS PARA FINES ADMINISTRATIVOS	119	72	85	57	155	216	118	75	1403	0	116	2416
COLITIS Y GASTROENTERITIS	0	104	111	137	173	118	0	0	1436	0	0	2079

Fuente: Diagnostico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

En cuanto al diagnóstico de COVID-19, prevaleció la confirmación de la enfermedad; en segundo lugar, se observa el diagnóstico de sospecha de esta y a casi la mitad de los pacientes confirmados con COVID-19 se les pudo dar y concluir el seguimiento a distancia como se puede observar en la tabla 5.

Tabla 5. Distribución de diagnósticos de COVID de primera vez.

USO EMERGENTE (COVID)	TOTAL
COVID 19	3655
SOSPECHA COVID	3450
SEGUIMIENTO A DISTANCIA	1398
TERMINO DE SEGUIMIENTO	1961

Fuente: Diagnostico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Tabla 6. Distribución de diagnósticos de COVID subsecuentes.

USO EMERGENTE (COVID)	TOTAL
SEGUIMIENTO A DISTANCIA	5186
COVID 19	4957
TERMINO DE SEGUIMIENTO	1662
SOSPECHA COVID	361

Fuente: Diagnostico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Las consultas subsecuentes por COVID fueron mayormente por seguimiento a distancia, de los cuales, sólo una menor cantidad de pacientes terminaron su seguimiento.

En comparación con el año 2021, durante el 2022 predominaron las consultas de primera vez con un diagnóstico no clasificado, seguido de las infecciones de las vías respiratorias, además, hubo un aumento de la tasa de consultas de control prenatal y disminuyeron las infecciones de vías urinarias. Las consultas por COVID-19 siguen predominando dentro de los principales motivos de consulta, con un aumento de la tasa hasta del 5 por ciento.

Tabla 7. Comparativo por los 10 principales motivos de consulta de primera vez 2021-2022

No.	Diagnóstico 2021	Total	Tasa	Diagnóstico 2022	Total	Tasa
1	Sospecha de Coronavirus SARS COV-2	2033	1.248	COVID (USO EMERGENTE)	10464	6.158
2	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1800	1.105	Faringitis	4155	2.445
3	SARS-CoV-2	1569	0.963	Examen general e investigación de personas sin quejas	3351	1.972
4	Faringitis aguda, Rinofaringitis	1992	1.223	Rinofaringitis	3310	1.948
5	Examen para fines administrativos, no especificado	1076	0.661	Examen para fines administrativos, no especificado	2416	1.422

6	Síndrome del colon irritable sin diarrea	852	0.523	Colitis y gastroenteritis alérgicas y dietéticas	2079	1.224
7	Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos especificados	776	0.476	Musculoesqueléticas	1823	1.073
8	Colitis y gastroenteritis alérgicas y dietéticas	728	0.447	Obesidad	1343	0.790
9	Lumbago no especificado	679	0.417	Control prenatal	974	0.573
10	Atención Médica otorgada en MARSS	668	0.410	Gastritis	815	0.480

Año	2021	2022
Población	162,881	169,915
Tasa	100	100

Fuente: Diagnostico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Tabla 8. Comparativo por los 10 principales motivos de consulta subsecuente 2021-2022.

No.	Diagnóstico 2021	Total	Tasa	Diagnóstico 2022	Total	Tasa
1	Hipertensión esencial (primaria)	66938	41.096	Diabetes mellitus	86851	51.114
2	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	40267	24.722	Hipertensión esencial (primaria)	53440	31.451
3	Obesidad	14546	8.930	Obesidad	26774	15.757
4	Artrosis, no especificada	12910	7.926	COVID (USO EMERGENTE)	12166	7.160
5	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	10522	6.460	Artrosis, no especificada	11647	6.855
6	Hiperlipidemia no especificada	9610	5.900	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	10841	6.380
7	Gastritis, no especificada	7607	4.670	Hipotiroidismo	8466	4.982
8	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	7130	4.377	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	8361	4.921
9	Seguimiento a distancia SARS-COV-2	6847	4.204	Musculoesqueléticas	8097	4.765
10	Hipotiroidismo, no especificado	6621	4	Enfermedad isquémica crónica del corazón	7389	4.349

Fuente: Diagnostico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Con la tabla 8, se puede realizar una comparación entre los principales motivos de consulta subsecuentes del año 2021 con el año 2022, en la cual es evidente que las tres principales causas de atención continúan siendo las mismas (diabetes mellitus 2, hipertensión arterial sistémica y obesidad); sin embargo, la atención para seguimiento de COVID-19 en el año 2022 se posicionó en el cuarto lugar, aumentando la tasa poco más de 3 por ciento. Por otra parte, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se mantuvo en el octavo lugar, sin variación considerable de la tasa correspondiente.

Cabe resaltar el incremento de la población total a la cual se le brindó atención durante el año 2022, equiparable al aumento significativo en personas que acudieron para atención por COVID-19.

MOTIVOS DE CONSULTA SUBSECUENTE

En la tabla 9 podemos constatar que el primer lugar como motivo de consulta subsecuente es la diabetes mellitus tipo 2, seguida de hipertensión arterial sistémica y obesidad; con esto se puede destacar la relación tan estudiada entre la obesidad como uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades crónicas antes mencionadas.

Tabla 9. Principales motivos de consulta subsecuente de la UMF 9

	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
DM2	4063	3454	3623	1884	3823	3524	4084	3851	50328	4453	3764	86851
HAS	5013	4352	4315	4989	5056	4603	4794	4250	6847	4896	4325	53440
OBESIDAD	1180	1348	1603	1500	1440	1344	58	1132	15093	1251	825	26774
USO EMERGENTE (COVID)	905	168	155	127	513	1303	645	152	7503	218	477	12166
ARTROSIS	673	468	410	532	515	445	446	400	6990	450	318	11647
ANSIEDAD	515	460	420	484	465	421	469	418	6249	505	435	10841

Fuente: Diagnostico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Otra de las enfermedades más frecuentes por las cuales se realiza seguimiento mensual es la artrosis, esto concuerda con que es el trastorno articular más común y una de las primeras causas de discapacidad a nivel mundial.

El mes que destacó por su productividad durante el año 2022, con el mayor número de consultas para seguimiento de las enfermedades antes mencionadas, fue el mes de octubre; durante el cual un 54.11% de la atención otorgada corresponde al seguimiento de diabetes mellitus 2, seguido de obesidad, abarcando el 16.22% de las consultas.

MOTIVOS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR GRUPO ETARIO

Tabla 10. Motivos de consulta de primera vez en niños de 0-9 años.

DIAGNÓSTICO PRIMERA VEZ 0-9 AÑOS											
ENFERMEDAD	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Control niño sano	37	32	35	47	36	41	36	36	37	34	958
Control infancia	5	7	6	8	6	12	4	2	5	26	383
RINOFARINGITIS	0	0	44	64	0	0	0	90	67	108	51
FARINGITIS	5	28	27	33	36	12	15	44	58	63	41
COVID	47	67	112	152	78	65	55	172	0	231	1433
COL. GASTROE	0	14	13	18	21	11	0	0	0	0	0

Fuente: Diagnóstico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Encabezando los diagnósticos de primera vez en el grupo etario 0-9 años de edad, se encuentra la enfermedad COVID-19, la cual incrementó considerablemente durante los meses de noviembre y diciembre. En segundo lugar, se observa la atención para control del niño sano, teniendo el mayor número de consultas en el mes de mayo y diciembre.

Otro punto para resaltar es la incidencia de la gastroenteritis durante los meses de mayo y junio, en contraste con el último cuatrimestre del año en el que no se brindó atención para dicho padecimiento.

Se puede confirmar que el mes de mayor productividad en consultas de primera vez en este grupo etario, fue el mes de diciembre, coincidiendo notablemente con el incremento de atención para infección por COVID-19.

Tabla 11. Motivos de consulta de primera vez en adolescentes de 10-19 años.

DIAGNÓSTICO PRIMERA VEZ 10-19 AÑOS											
ENFERMEDAD	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Desarrollo del adolescente	7	11	8	6	13	4	18	9	0	31	804
COVID	7	11	8	6	13	4	18	9	0	31	804
FARINGITIS	7	8	8	15	19	8	7	19	18	37	38
RINOFARINGITIS	0	0	14	17	0	0	0	27	36	46	39
ANSIEDAD	2	5	5	4	6	7	3	6	0	4	4
GASTRITIS	3	5	4	6	2	2	2	4	1	0	4
CONTROL PRENATAL	2	5	0	3	2	3	8	1	0	2	2
SX COLON IRRITABLE	0	8	3	4	4	1	1	2	1	0	0

Fuente: Diagnóstico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Como diagnóstico de primera vez en el grupo etario de 10-19 años de edad, predomina la atención por desarrollo del adolescente, así como atención por COVID-19; de igual forma teniendo el mayor número de consultas para enfermedades de vía respiratoria durante el mes de diciembre. También podemos observar en la tabla que, a partir de este grupo etario, se ha brindado atención para iniciar control prenatal en adolescentes.

En el grupo etario de mujeres con 20-59 años sigue predominando la enfermedad por COVID-19 como diagnóstico de primera vez. En cuanto a diabetes mellitus tipo

2, el mes en el que se diagnosticaron más casos fue durante agosto, duplicando los meses previos y posteriores por lo que es un resultado significativo.

Tabla 12. Motivos de consulta de primera vez en el sexo femenino de 20-59 años.

DIAGNÓSTICO PRIMERA VEZ 20-59 AÑOS FEMENINO											
ENFERMEDAD	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
COVID	337	60	40	70	272	633	168	62	0	116	357
FARINGITIS	66	48	64	77	68	59	55	62	88	154	163
RINOFARINGITIS	0	0	61	67	0	0	0	62	73	158	166
CONTROL PRENATAL	41	45	0	46	35	44	42	29	39	52	44
OBESIDAD	30	50	39	42	30	36	34	23	20	16	11
DM2	2	10	12	7	10	0	127	10	6	8	5
PESQUISA OTRAS ENF	0	0	0	0	0	0	0	46	54	0	0
SX COLON IRRITABLE	0	24	22	28	25	21	19	22	20	0	0
GASTRITIS	24	19	18	25	18	11	14	14	15	0	9
ANSIEDAD	14	13	18	14	22	10	23	21	8	15	3

Fuente: Diagnostico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Tabla 13. Motivos de consulta de primera vez en el sexo masculino de 20-59 años.

DIAGNÓSTICO PRIMERA VEZ 20-59 AÑOS MASCULINO											
ENFERMEDAD	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
COVID	227	22	29	40	194	391	108	27	0	78	198
FARINGITIS	43	28	44	40	37	35	43	34	37	99	116
RINOFARINGITIS	0	0	29	29	0	0	0	26	37	106	121
MUSCULOESQUELÉTICAS	31	18	12	24	32	26	25	21	33	26	0
COL. GASTROENT.	0	26	39	51	48	43	0	0	0	0	0
OBESIDAD	15	36	21	29	11	20	13	17	5	12	4
SX COLON IRRITABLE	0	7	10	8	8	10	15	5	17	0	0
HAS	8	5	6	5	5	4	3	4	4	3	13
ANSIEDAD	5	9	4	6	5	2	3	4	7	8	2
DM2	2	2	10	3	4	5	4	1	3	1	2
PESQUISA CA PRÓSTATA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
HPB	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0

Fuente: Diagnostico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Permaneciendo como diagnóstico de primera vez en el grupo etario de hombres con 20-59 años de edad, se encuentra la infección por COVID-19. En comparación con el mismo grupo etario en mujeres, la diabetes mellitus 2 se encuentra entre los diagnósticos menos frecuentes de primera vez, alcanzando apenas 37 veces dicho diagnóstico.

Tabla 14. Motivos de consulta de primera vez en mayores de 60 años.

DIAGNÓSTICO PRIMERA VEZ >60 AÑOS											
ENFERMEDAD	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
COVID	82	13	10	14	42	125	54	27	0	41	107
DM2	4	9	3	7	7	4	3	3	6	3	203
FARINGITIS	12	9	16	28	20	15	16	16	26	37	47
MUSCULOESQUELÉTICAS	13	9	13	11	14	16	20	14	9	17	0
RINOFARINGITIS	0	0	13	7	0	0	0	14	11	31	41
OBESIDAD	16	25	18	18	9	10	5	3	4	4	4
IVU	25	0	0	0	47	13	14	0	0	0	0
COL. GASTROENT.	0	11	16	19	22	11	0	0	0	0	0
GONARTROSIS	4	5	2	9	4	3	9	4	3	12	2
DISLIPIDEMIA	2	4	4	5	4	9	4	6	7	9	3
HAS	0	8	4	4	1	10	4	6	4	4	3
ARTROSIS	4	7	0	4	3	5	1	4	5	6	4

Fuente: Diagnostico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

En mayores de 60 años el diagnóstico de primera vez que destaca es diabetes mellitus predominando considerablemente en el mes de diciembre; resto de los meses prevalece el diagnóstico de infección por COVID-19. Dentro de este grupo etario se encuentra por primera vez el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, el cual tuvo el mayor pico de incidencia en el mes de julio.

MOTIVOS DE CONSULTA SUBSECUENTE POR GRUPO ETARIO

Tabla 15. Motivos de consulta de subsecuente en niños de 0-9 años.

DIAGNÓSTICO SUBSECUENTE 0-9 AÑOS											
ENFERMEDAD	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Control niño sano	136	146	153	159	143	126	171	154	175	178	276
Control primera infancia	15	11	15	24	14	7	24	19	12	89	89
COVID-19	30	15	15	9	47	32	45	5	0	9	12
FARINGITIS	7	15	22	23	24	5	13	15	27	30	16
EPILEPSIA	14	17	14	13	13	15	12	13	16	13	10
RINOFARINGITIS	0	0	14	13	0	0	0	23	38	31	26

Fuente: Diagnostico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Durante todo el año 2022 se observa que el diagnóstico subsecuente de los 0-9 años siempre estuvo encabezado por control del niño sano, incluso por encima de infección por COVID-19; por otro lado, es importante resaltar la epilepsia como diagnóstico subsecuente, ya que en este grupo etario es cuando frecuentemente pueden debutar con algún síndrome epileptógeno.

Tabla 16. Motivos de consulta de subsecuente en adolescentes de 10-19 años.

DIAGNÓSTICO SUBSECUENTE 10-19 AÑOS											
ENFERMEDAD	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Des. Adolescente	8	11	12	8	21	21	31	9	2	43	77
EPILEPSIA	36	34	32	30	39	35	34	22	0	41	32
ANSIEDAD	36	32	30	26	33	22	26	26	0	38	27
COVID	29	8	11	6	48	40	29	3	0	13	21
OBESIDAD	16	23	24	16	18	21	20	17	0	25	17
GASTRITIS	7	9	3	6	10	4	5	7	0	83	2
FARINGITIS	3	6	9	5	10	4	4	13	15	19	9
CONTROL PRENATAL	8	5	3	7	10	7	8	12	0	17	14
SX COLON IRRITABLE	0	7	4	13	14	9	12	12	0	0	0
DM2	7	0	0	4	7	3	5	2	0	5	1

Fuente: Diagnostico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Respecto al grupo etario de 10-19 años, se puede observar que se mantiene la atención subsecuente por epilepsia, incluso predominando en la mayoría de los meses sobre la atención para el desarrollo adolescente. En comparación con el grupo etario anterior, en esta gráfica, la obesidad comienza a ocupar uno de los primeros lugares.

Tabla 17. Motivos de consulta subsecuente en el sexo femenino de 20-59 años.

DIAGNÓSTICO SUBSECUENTE 20-59 AÑOS FEMENINO											
ENFERMEDAD	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DM2	933	800	816	941	958	903	922	737	820	1045	851
HAS	829	713	705	841	833	787	843	739	805	850	740
OBESIDAD	422	499	611	554	506	505	521	396	554	501	330
ANSIEDAD	247	208	203	241	235	205	228	209	252	258	218
COVID	2431	2220	2335	2577	2532	2400	2514	2081	0	2654	2139
HIPOTIROIDISMO	183	174	170	184	193	174	206	166	205	215	186
CONTROL PRENATAL	174	174	28	195	246	213	217	202	201	233	0
MUSCULOESQUELÉTICAS	129	145	187	166	149	130	161	153	187	160	0
ARTRITIS REUMATOIDE	144	130	120	126	143	121	134	114	116	75	113
ARTROSIS	134	85	0	108	101	92	91	83	125	118	70
DISLIPIDEMIA	82	61	72	97	94	85	88	84	103	90	75
SX COLON IRRITABLE	0	101	78	112	114	106	124	89	98	0	0
EPILEPSIA	84	79	64	84	90	68	76	58	69	79	8

Fuente: Diagnostico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Durante el mes de noviembre en el grupo etario de mujeres 20-59 años, se realizó el mayor número de consultas de seguimiento con diagnóstico de COVID-19; superando al diagnóstico por diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial. Una enfermedad que resalta por la prevalencia y la frecuencia específicamente en este grupo de edad y sexo es la artritis reumatoide.

Tabla 18. Motivos de consulta de subsecuente en el sexo masculino de 20-59 años.

DIAGNÓSTICO SUBSECUENTE 20-59 AÑOS MASCULINO											
ENFERMEDAD	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DM2	503	483	482	542	533	526	596	462	485	575	486
HAS	478	434	362	428	438	437	474	425	450	485	418
OBESIDAD	230	244	280	232	264	242	247	209	249	202	124
COVID	1211	1161	1124	1202	1235	1205	1317	1096	0	1262	1028
EPILEPSIA	104	77	88	96	95	79	88	70	98	80	68
MUSCULOESQUELÉTICAS	72	95	119	90	83	115	98	77	112	93	0
SAOHS	70	62	67	63	67	53	65	69	77	79	71
ANSIEDAD	61	62	59	71	63	61	60	57	65	68	66
DISLIPIDEMIA	54	53	48	51	51	58	64	36	47	61	54
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	59	46	41	50	57	46	45	39	68	53	47
HIPERPLASIA PROSTÁTICA	40	30	38	34	48	35	47	46	40	40	33
GONARTROSIS	28	19	25	27	37	26	45	52	32	45	22
GASTRITIS	0	34	22	46	36	37	53	36	40	0	36
ARTROSIS	49	26	0	34	38	26	25	24	27	19	22

Fuente: Diagnóstico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Así como en el mismo grupo etario del sexo femenino, el diagnóstico subsecuente por COVID-19 permanece como principal causa, seguido de diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial; sin embargo, desaparece la artritis reumatoide, la cual esta principalmente relacionada con el sexo femenino y aparece el diagnóstico de epilepsia entre las primeras 5 causas.

Tabla 19. Motivos de consulta subsecuente en mayores de 60 años.

DIAGNÓSTICO SUBSECUENTE >60 AÑOS											
ENFERMEDAD	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
HAS	3705	3202	3229	3718	3784	3379	3476	3086	3473	3560	3166
DM2	2617	2166	2321	2761	2782	2477	2951	2217	2349	2826	2259
OBESIDAD	503	579	676	695	645	565	608	507	649	516	352
ARTROSIS	490	353	384	389	376	327	330	293	340	313	226
EPOC	381	352	341	364	352	305	321	281	297	231	320
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	322	256	271	280	264	263	271	223	257	261	245
HIPERPLASIA PROSTÁTICA	228	207	196	244	219	224	232	200	182	0	213
SAOHS	195	172	166	161	157	145	145	158	182	169	176
HIPOTIROIDISMO	179	150	156	162	190	158	164	146	156	148	121
ARTRITIS REUMATOIDE	170	133	139	152	153	109	153	120	144	142	124
ANSIEDAD	169	157	124	144	133	132	153	126	128	140	122
GONARTROSIS	166	129	151	165	143	118	147	137	154	0	131
DISLIPIDEMIA	103	92	82	93	86	89	106	80	90	90	89
MUSCULOESQUELÉTICAS	117	106	92	94	97	98	89	85	105	117	0
GASTRITIS	86	70	65	93	79	75	77	51	79	0	77
COVID	472	397	390	445	405	380	419	353	428	207	297

Fuente: Diagnóstico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

En este grupo de mayores de 60 años, se distingue a la diabetes mellitus 2 e hipertensión como principales diagnósticos subsecuentes, teniendo un declive importante la infección por COVID-19, la cual se había mantenido en el primer lugar en los grupos etarios anteriores.

Una enfermedad que escala considerablemente es la artrosis; además, encontramos por primera vez a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y al igual que la artrosis, cobra relevancia ya que aumenta la prevalencia con el incremento de la edad.

MORTALIDAD

Según los datos recabados, hasta el mes de noviembre del 2022 se reportaron un total de 356 muertes, de las cuales 167 fueron femeninos y 189 del sexo masculino.

Tabla 20. Causas de muerte en derechohabientes de la UMF 9 durante el 2022.

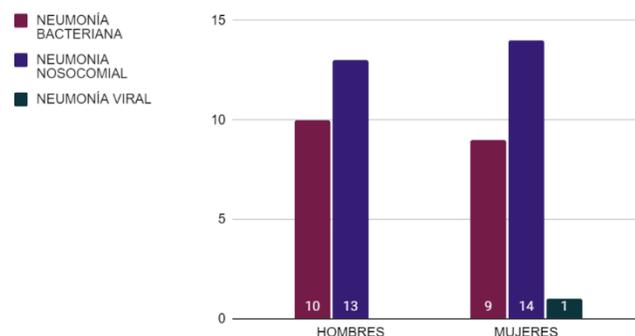
CAUSAS DE MORTALIDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
NEUMONIA NOSOCOMIAL	13	14	27
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	13	13	26
COVID-19 VIRUS IDENTIFICADO	15	8	23
NEUMONÍA BACTERIANA	10	9	19
INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	9	8	17
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES MÚLTIPLES	3	6	9
OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	3	5	8
PERITONITIS AGUDA	6	2	8
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	5	2	7
INFECCIÓN LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	4	3	7

Fuente: Diagnóstico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

Durante este período, predominaron dentro de las primeras 10 causas de muertes las infecciones de las vías respiratorias como causa de muerte principal la neumonía e infección COVID 19 en primer y cuarto lugar respectivamente, mientras que las enfermedades metabólicas y sus complicaciones también predominan como principal causa de muerte, incluidas diabetes mellitus, infarto al miocardio y enfermedad cerebrovascular.

Como principal causa de muerte se encuentra la neumonía, dentro de sus variantes la que prevaleció tanto en el sexo masculino como en el femenino fue la neumonía nosocomial, seguida de la bacteriana, en comparación con datos del 2020 y 2021, las muertes por COVID en los derechohabientes de la UMF han disminuido como se observa en la gráfica 1 (realizada a petición de la UMF N.º 9).

Gráfica 1. Neumonía como causa de muerte en el 2022



Fuente: Diagnóstico de salud IMSS UMF 9. ARIMAC 2022. Elaboración propia. [Consultado el 10 de enero del 2023].

En cuanto a causas de muerte por género, en el sexo masculino la neumonía y la diabetes mellitus son la primer causa de muerte, mientras que la infección por COVID-19 fue mayor que las defunciones por infarto agudo al miocardio en comparación con los datos globales.

Mientras que en el género femenino las defunciones por infecciones de vías urinarias son una de las principales causas de muerte, superando incluso a las muertes por infección de COVID 19, el resto de las patologías tuvo un comportamiento similar a las causas globales.

CONCLUSIONES

En la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del IMSS durante el año de 2022 se brindó atención a un total de 169,915 pacientes, predominando la atención a mujeres ya que representan un 52% de la pirámide poblacional.

Como se pudo apreciar a lo largo del reporte, uno de los meses con mayor productividad en consulta de medicina familiar como en atención médica continua, fue el mes de octubre; ese mismo mes en el módulo de atención respiratoria se realizó la mayor cantidad de consultas de primera vez para atención por COVID-19. Como diagnóstico más frecuente de consulta subsecuente, siguen predominando la diabetes mellitus 2, hipertensión arterial sistémica y la obesidad, de la misma forma que en años anteriores, sin embargo, el cuarto lugar lo ocupó la enfermedad por COVID-19.

Cabe resaltar que la causa más frecuente de muerte durante el año 2022 fue neumonía, siendo igual en hombres como en mujeres, quedando en segundo lugar diabetes mellitus 2; con estas gráficas se pueden realizar las estrategias y acciones preventivas correspondientes para lograr disminuir la tasa de mortalidad a causa de estas enfermedades.

REFERENCIAS

1. IMSS. Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar N.º 9. Archivo histórico de la UMF 9 “San Pedro de los Pinos”. 2021. [Citado el 16 de enero de 2023].
2. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 16 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019
3. Censo de Población y Vivienda 2020. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2021. México. [citado el 16 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197520.pdf
4. Historia [Internet]. Alcaldía Benito Juárez. [citado el 16 de enero de 2023]. Disponible en: <https://alcaldiabenitojuarez.gob.mx/historia/>
5. Wikipedia. Benito Juárez (Ciudad de México) [Internet]. Wikipedia. Wikimedia Foundation; 2023 [citado el 16 de enero de 2023]. Available from: [https://es.wikipedia.org/wiki/Benito_Ju%C3%A1rez_\(Ciudad_de_M%C3%A9xico\)#Geograf%C3%ADa_urbana](https://es.wikipedia.org/wiki/Benito_Ju%C3%A1rez_(Ciudad_de_M%C3%A9xico)#Geograf%C3%ADa_urbana)
6. El Universal CPNM. Estrena Escudo La delegación Benito Juárez [Internet]. El Universal. 2015 [citado el 16 de enero de 2023]. Available from: <https://archivo.eluniversal.com.mx/ciudad/25307.html>
7. Gaceta Oficial de la Ciudad de México. Programa de acción climática a cargo de la delegación Benito Juárez [Internet]. Cambio climático. 2016 [citado el 16 de enero de 2023]. Disponible en: http://www.data.sedema.cdmx.gob.mx/cambioclimaticocdmx/images/biblioteca_cc/PACDEL_Benito_Juarez.pdf
8. De Varona F. Benito Juárez. Población y Vivienda. 2022. [citado el 16 de enero de 2023]. Disponible en:

[https://datamexico.org/es/profile/geo/benito-juarez#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20total%20de%20Benito,29%20a%C3%B1os%20\(37%2C175%20habitantes\).](https://datamexico.org/es/profile/geo/benito-juarez#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20total%20de%20Benito,29%20a%C3%B1os%20(37%2C175%20habitantes).)

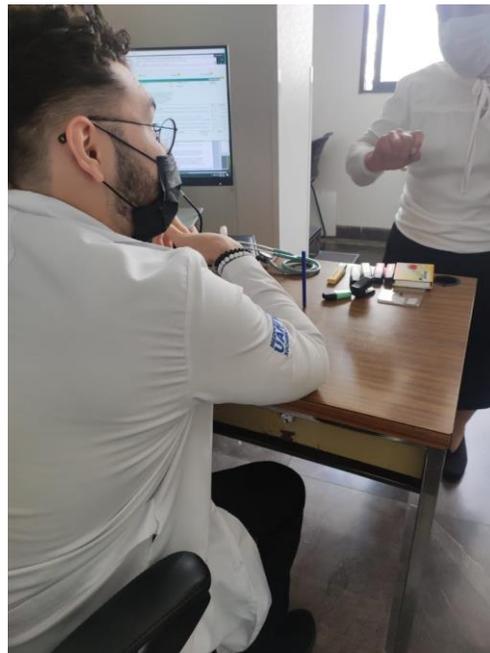
9. Gobierno de México. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2019-2024 [Internet]. AMLO. 2019 [citado el 16 de enero de 2023]. Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/2019/05/01/plan-nacional-de-desarrollo-2019-2024/>
10. Procuraduría Ambiental y del Ordenamiento Territorial de la CDMX. Programa delegacional de desarrollo urbano de Benito Juárez [Internet]. PAOT. 2022 [citado el 16 de enero de 2023]. Disponible en: <https://paot.org.mx/centro/programas/delegacion/benito.html#sgmfn>
11. Benito Juárez: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública [Internet]. Data México. [citado el 16 de enero de 2023]. Disponible en: <https://datamexico.org/es/profile/geo/benito-juarez#population-and-housing>
12. Alcaldía Benito Juárez. [citado el 16 de enero de 2023]. Disponible en: <https://alcaldiabenitojuarez.gob.mx/>

CAPITULO 4: ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

CONSULTA EXTERNA

Gran parte de mi Servicio Social (SS) lo realicé apoyando en el área de consulta externa (imagen 1). Durante todo el proceso fui apoyado por parte de los médicos responsables de mi formación, quienes me ayudaron a utilizar de manera rápida y eficaz el Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF), es decir el expediente electrónico de uso en el IMSS, y me brindaron pautas y consejos para desenvolverme de una forma más segura con los pacientes. En los primeros 3 meses de mi SS me permitieron rotar en 4 diversos consultorios con sus respectivos adscritos adjuntos, posteriormente me invitaron a mantener este ritmo de atención o anexarme a un consultorio en específico, yo elegí esta última opción para mantener el seguimiento de los pacientes.

Imagen 1. Atención en la Consulta externa.



Fuente: fotografía propia.

Imagen 2. Atención en la Consulta externa.



Fuente: fotografía propia.

La consulta comenzaba a las 08:00 horas de la mañana, de lunes a viernes (existiendo consulta externa algunos sábados del mes), los cuatro primeros pacientes eran aquellos denominados “por ficha” es decir, acudían de la forma más temprana posible para ser asignados al consultorio respectivo, gran parte de estos pacientes presentaban patologías del aparato musculoesquelético, por lo que mayoritariamente eran lesiones que requerían evaluación clínica y una posterior expedición de incapacidad (como se observa en la imagen 2)

acorde a las “Guías de Duración de la Incapacidad por Patología en apoyo a la Prescripción de la Incapacidad Temporal para el Trabajo” (o guías ITT de forma resumida) proporcionadas por el IMSS, por ejemplo acudían muchos pacientes con el diagnóstico de Esguince y torcedura del tobillo (usualmente grado 1, imagen 3) para el cual suele corresponder de 7-10 días de incapacidad acorde al tipo de carga de trabajo que realiza el paciente. La evaluación clínica de estas lesiones también suele estar acompañada por una valoración por parte del servicio de Salud en el Trabajo (ST) siempre y cuando las condiciones del evento traumático hayan ocurrido durante el horario laboral o realizando el traslado físico hacia el área laboral, por lo que estas lesiones podrían calificarse como probables riesgo de trabajo o probables riesgo de trayecto de forma respectiva, para lo cual se realizaba el formato de “Probable Accidente de Trabajo” (formato ST-7) durante la consulta externa y se calificaba de forma pertinente acorde a la valoración del servicio de ST, una vez transcurrían los probables días de recuperación y la condiciones clínico-físicas evaluadas en las subsecuentes consultas de seguimiento eran aptas para un correcto desempeño laboral se tenía que otorgar el formato de “Aviso de alta por riesgo de trabajo” (formato ST-2) para que el paciente pudiera acudir a su empresa (razón social) e integrarse a su horario laboral.



Fuente: fotografía propia.

Cabe resaltar que también se realizaron consultas para el control prenatal, con un seguimiento estricto acorde a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 (para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio). La consulta de primera vez en este tipo de pacientes poseía la mayor importancia, ya que se tenía que realizar el interrogatorio completo y dirigido para determinar el

grado de riesgo obstétrico de la paciente, así como su edad gestacional y probable fecha de parto, además se interrogaban datos clínicos de alarma obstétrica, principalmente datos de vasoespasmo, datos clínicos de edema, infecciones de vías urinarias o infecciones vaginales, con esto se realizaban las detecciones pertinentes y los envíos a los servicios de Medicina preventiva para realizar VDRL, prueba rápida de VIH y revisión de cartilla de vacunación completa; Trabajo Social para acoplar a la paciente a pláticas de interés gestacional; Estomatología para localizar y controlar probables focos bacterianos que pudieran alterar la dinámica del periparto y la salud del recién nacido; Nutrición para valorar el estado nutricional de forma integral de la paciente y adecuar su consumo dietético acorde a los requerimientos gestacionales; laboratorios de sangre y orina dependiendo el trimestre de evolución del embarazo; y ultrasonido gestacional con requerimientos específicos al trimestre de gestación. En caso necesario, si las detecciones de rutina eran anómalas o el riesgo obstétrico de la paciente embarazada era muy alto se realizaba la interconsulta pertinente al tercer nivel de atención, siendo en este caso al Hospital de Gineco Obstetricia Numero 4 (HGO 4) para una valoración multidisciplinaria.

Por otro lado se realizaban múltiples consultas de control del niño sano a la semana, en este caso el grupo etario mayormente valorado era el del recién nacido y el lactante de hasta los 2 años de edad. Los pacientes recién nacidos eran valorados de forma integral con ayuda de la madre o tutor, principalmente para conocer su estado clínico en el hogar, interrogando por su consumo alimenticio, sus evacuaciones y diuresis, así como su desarrollo neurológico acorde a la edad, se exploraba al paciente de pies a cabeza y se le descubría con previo consentimiento de la madre para evaluar todos los aparatos y sistemas posibles, la exploración neurológica tomaba un importante papel en este tipo de pacientes para identificar retrasos en el desarrollo psicomotor y poder realizar su valoración y envío correspondiente al segundo nivel de atención siendo en este caso al Hospital General Regional 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sanchez Navarro” (HGR 1) para una valoración con mayor profundidad por parte del servicio de pediatría. Además,

durante los meses de invierno existió un repunte evidente de pacientes pediátricos con alteraciones atópicas, desde rinitis alérgica, hasta incremento en las crisis asmáticas, los cuales en la mayoría de los casos fueron controlados de forma exitosa en la consulta con el uso de fármacos y cambios en los hábitos higiénicos.

Ante la presente pandemia por SARS-CoV-2 es importante remarcar que una parte de la consulta externa estaba asignada al seguimiento a distancia de pacientes con resultado positivo de COVID-19, se realizaban múltiples llamadas vía telefónica a los pacientes que brindaron su número de celular, y se les interrogaba el día en que fue positiva su prueba, la presencia enfermedades concomitantes, datos de dificultad respiratoria, cambios en el estado hemodinámico, evacuatorio y diurético, así como el uso de un nuevo medicamento prescrito por parte del IMSS llamado Paxlovid (Nirmatrelvir / Ritonavir) y sus efectos secundarios de estar presentes, por otro lado si fuera posible se les preguntaba por su oximetría, frecuencia cardíaca y pulso arterial si contaban con pulsioxímetro y baumanómetro respectivamente, se les hacía hincapié en reconocer los datos de alarma y de ser necesario acudir al servicio de urgencias en caso de dificultad respiratoria y/o alteraciones neurológicas que pudieran poner en peligro su vida. Usualmente el término del seguimiento a distancia ocurría a los 5 días desde la prueba rápida positiva y sin que existieran datos de alarma presentes.

La mayoría de la población atendida padecía enfermedades crónico-degenerativas, principalmente obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica y Síndrome Metabólico por lo que era necesario hacer hincapié no solo en la correcta toma de los medicamentos si no en los cambios de estilo vida y el seguimiento continuo para el control de sus patologías multifactoriales. Quisiera remarcar principalmente a la DM2 como enfermedad, ya que representó una de las patologías con mayor número de consultas subsecuentes en el año 2022, pues la mayoría de los pacientes acudían de forma mensual para su control metabólico, tanto por la atención brindada como por el abasto de medicamentos presentes en la UMF 9, desde medicamentos orales como la metformina, la linagliptina/sitagliptina,

la pioglitazona, la dapagliflozina (en caso de buscar mayor nefroprotección), hasta los inyectables como la insulina (Glargina y NPH), y la liraglutida, un análogo de GLP-1 adecuado para reducir el gran riesgo cardiovascular prevalente en la población adscrita a la unidad.

Tuve un maravilloso equipo durante mi estadía en el Consultorio 15 de la UMF 9 (Imagen 4), la convivencia siempre fue amena y nos organizábamos adecuadamente para dar una atención de calidad a los pacientes, especialmente al considerar que el tiempo por consulta es de 15 minutos por persona, aun así siempre existía un pequeño espacio para realizar el consumo oportuno de la colación matutina (imagen 5).

Fue un gran año para aprender, reflexionar, practicar, convivir, mejorar, experimentar, avanzar e inclusive cumplir años (imagen 6).

Imagen 4. Equipo del C-15 UMF 9.



Fuente: fotografía propia.

Imagen 5. Consumo oportuno de la colación.



Fuente: fotografía propia.

Imagen 6. Celebración de cumpleaños.



Fuente: fotografía propia.

ENSEÑANZA

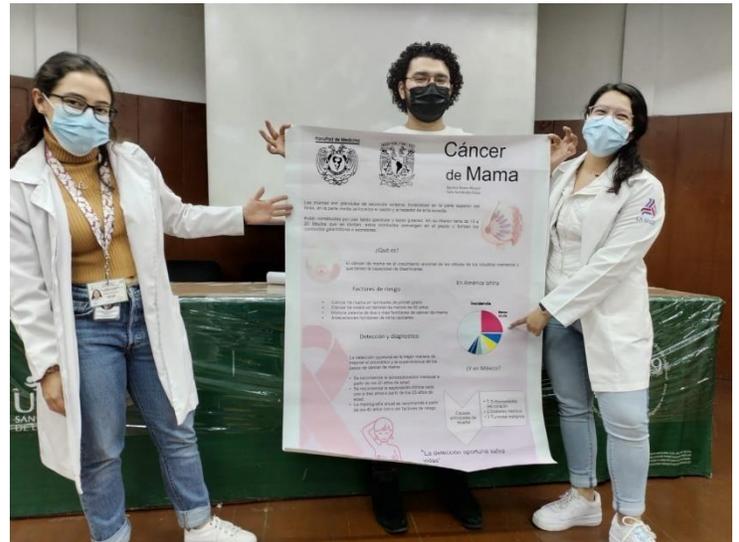
Algunas de las actividades que se me asignaron en el SS fueron la difusión y capacitación de médicos, enfermeras y asistentes médicos en diversos temas de salud pública.

Por ejemplo, durante el día internacional de lucha contra el cáncer de mama se apoyó en los eventos de difusión en el Auditorio de la UMF 9 (imagen 7). A la vez se impartió una plática de difusión respecto a los

temas de mayor relevancia acerca de la Hipertensión Arterial y los medicamentos disponibles en la unidad para realizar el control de dicha patología, esto mediante el uso de material de apoyo en físico (imagen 8) como proyectado.

Además cada miércoles laboral en un horario de 14:00 – 16:00 horas se realizaban sesiones generales en dicho auditorio para la capacitación del personal médico, principalmente en temas de importancia epidemiológica (COVID 19, Viruela Símica, influenza estacional, etc.), con ello hacían hincapié en su detección primaria, su manejo en caso de ser posible y su referencia oportuna a servicios de epidemiología y al segundo nivel de atención.

Imagen 7. Día Internacional de lucha contra el cáncer de mama.



Fuente: fotografía propia.

Imagen 8. Actualización en Hipertensión Arterial



Fuente: fotografía propia.

CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN

Durante el mes de abril se apoyó en las campañas de vacunación para la colocación del refuerzo contra COVID-19 en el Centro de Estudios Navales en Ciencias de la Salud (CENCIS) de la Secretaría de Marina (SEMAR), en un horario de 08:00 - 16:00 horas, orientando a los pacientes sobre los Efectos adversos asociados a la vacunación en el área de espera (Imagen 9 y 10).

Existieron contados casos de Efectos adversos asociados a la vacunación, ninguno de ellos comprometió la vida de los pacientes, por ejemplo se generaban reacciones locales de inflamación en los sitios de aplicación, algunos individuos reaccionaban mediante la hiperventilación sin generar otra alteración ventilatoria, una persona con el diagnóstico de Hipertensión Arterial olvido tomar su medicamento el día de la aplicación de la vacuna, por lo que tuvo una ligera elevación de presión arterial y se mantuvo en vigilancia estrecha por al menos 1 hora, en ningún caso se presentó compromiso cardiorrespiratorio o existieron datos de alarma durante la asistencia.

Imagen 9. Asistencia en campañas de vacunación vs COVID-19.



Fuente: fotografía propia.

Imagen 10. Asistencia en campañas de vacunación vs COVID-19.



Fuente: fotografía propia.

CURSOS REALIZADOS DURANTE MI ESTADIA EN LA UMF N° 9

Imagen 11. Curso 1.



Este curso realizado el 1 de febrero del 2022 me fue de utilidad para conocer las medidas de prevención y el uso de equipo de protección personal contra el COVID-19. El EPP mayormente está representado por el cubrebocas (de preferencia N95, FFP2 o equivalente), protección ocular (goggles o careta), gorro desechable, bata de manga larga impermeable desechable, y guantes desechables (látex o nitrilo), así su correcta colocación es tan importante como su propio uso, sobre todo al momento de manipular muestras o estar en contacto con pacientes con alta sospecha de COVID-19 e inclusive otras enfermedades que se transmiten vía respiratoria.

Imagen 12. Curso 2.



Este curso realizado el 2 de febrero del 2022 me fue de utilidad para conocer y reforzar las medidas de prevención contra el COVID-19. Desde el uso adecuado de cubrebocas (triple capa o N95 en casos necesarios) principalmente en áreas con inadecuada ventilación, las practicas básicas para disminución del contagio, es decir estornudo de etiqueta, evitar hablar o gritar en espacios concurridos, evitar tomarse de las manos o realizar saludos beso-mejilla o cualquier otra interacción que genere intercambio de fluidos corporales al momento de saludarse, y por supuesto el lavado de manos oportuno, evitando el uso de guantes en un contexto de uso civil u ocasional ya que dan una sensación falsa de seguridad y exponen a su portador a tocarse la cara o los ojos y aumenta el riesgo de transmisión de COVID-19.



Este curso realizado el 10 de abril del 2022 me fue de utilidad para conocer la epidemiología, factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y manejo en el primer nivel de atención sobre el Cáncer de Próstata. Cabe resaltar que esta patología es la segunda causa de cáncer en hombres y la principal causa de muerte por cáncer en nuestro país, su variante más común es el adenocarcinoma acinar y se suele asentar en la zona periférica de la próstata, generando en el peor de los casos metástasis a hueso (principalmente en columna lumbar). Su principal factor de riesgo es la edad, así como el consumo de alcohol y tabaco, suele manifestarse por síntomas urinarios obstructivos, pérdida ponderal y mal estado general, su cribado suele ser mediante el uso del Antígeno Prostático Específico, y su diagnóstico de confirmación mediante biopsia, al ser un tipo de cáncer su manejo puede ser quirúrgico, hormonal y/o mediante radioterapia o quimioterapia en estadios avanzados.



Este curso realizado el 11 de abril del 2022 me fue de utilidad para conocer la epidemiología, factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y manejo en el primer nivel de atención sobre el Trastorno Depresivo. Cabe recalcar que el trastorno depresivo se caracteriza por una disminución de la actividad de la serotonina, dopamina y la acetilcolina a nivel de Sistema Nervioso Central, así el trastorno depresivo mayor se diagnostica cuando se presenta por al menos 2 semanas datos clínicos como la tristeza, la anhedonia, alteraciones ponderales, insomnio, sentimiento de culpa e inutilidad, disminución de la concentración y en el peor de los casos sentimientos de muerte e ideación suicida; se puede manejar en la consulta externa mediante el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina como la fluoxetina, siempre con apoyo psicológico o psiquiátrico oportuno.



Este curso realizado el 12 de abril del 2022 me fue de utilidad para conocer la epidemiología, factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y manejo en el primer nivel de atención sobre la Diabetes Mellitus. Esta enfermedad ha generado mayor repercusión en las últimas dos décadas, con una prevalencia global de hasta el 10% y una prevalencia en México de hasta el 14%, se suele presentar mayormente en mujeres y aumenta de forma exponencial en riesgo cardiovascular, se divide clásicamente en una forma autoinmune de inicio temprano (Diabetes tipo 1) y una forma no autoinmune de inicio tardío (Diabetes tipo 2; DM2), siendo esta última más prevalente. Su diagnóstico se realiza actualmente en México con los criterios de Asociación Estadounidense de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) y su tratamiento más allá de los medicamentos antidiabéticos requiere de intervenciones educativas y promover prácticas de estilo de vida saludables.



Este curso realizado el 13 de abril del 2022 me fue de utilidad para conocer la epidemiología, factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y manejo en el primer nivel de atención sobre la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y la Crisis Hipertensiva. Cabe recalcar que la HAS tiene una prevalencia de hasta el 25% en la población general en México, siendo gran parte de estos pacientes asintomáticos, por lo que existe un gran subdiagnóstico, en el 90% de los casos su origen es primario, y su diagnóstico puede ser simple al realizarse 2 o más tomas de la presión en 2 diferentes consultas con cifras de presión arriba de 140/90 mmHg, hoy en día está claro que la reducción del peso genera un gran impacto en la disminución de las cifras arteriales (5-20 mmHg) por lo que además de la toma de medicamentos antihipertensivos de debe recalcar los adecuados hábitos dietéticos y de actividad física.



Este curso realizado el 14 de abril del 2022 me fue de utilidad para conocer la epidemiología, factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y manejo en el primer nivel de atención sobre el Sobrepeso y la Obesidad en Adultos. La obesidad caracterizada por un exceso de tejido adiposo y un constante estado proinflamatorio es una enfermedad crónica, multifactorial y neuroconductual, y se ha instaurado como la principal patología metabólica en el siglo XXI, representa un factor independiente de riesgo cardiovascular y sus complicaciones van desde la DM2, hasta la hipertensión arterial y los eventos isquémicos, su diagnóstico es obligado en la consulta externa y su manejo inicial depende de la dieta, el ejercicio, e inclusive la terapia conductual, para así alcanzar la meta de perder 5% del peso corporal total en 3-6 meses.

Imagen 19. Curso 9.



LA SECRETARÍA DE SALUD
A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL
DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Iván Gutiérrez Moctezuma

Por haber concluido satisfactoriamente el Curso a Distancia:

Lenguaje Incluyente Libre de Estigma y Discriminación para Prestadores de Servicios de Salud

con una duración de 20 horas,
obteniendo una Calificación de 94.71 %

Se extiende la presente constancia el 26 de octubre de 2022



DRA. MAGDALENA DELGADO BERNAL
Directora de Educación en Salud

Folio

1fdde040-557a-11ed-bab5-cb43af5d751c

Este curso realizado el 26 de octubre del 2022 me fue de utilidad para identificar y practicar de forma pertinente el lenguaje incluyente y libre de estigma o discriminación durante la consulta externa de la UMF N° 9. Hoy en día el uso del lenguaje incluyente es más que un tema de debate o de moda, opino que sí así lo demanda el paciente este debe ser aplicado de forma adecuada en la práctica médica, todo para generar un ambiente de respeto y propiciar un intercambio fluido de información que tiene como objetivo alcanzar una salud integral, lo que va más allá de una buena condición física, sino también un adecuado desempeño emocional y psicológico.

Imagen 20. Curso 10.



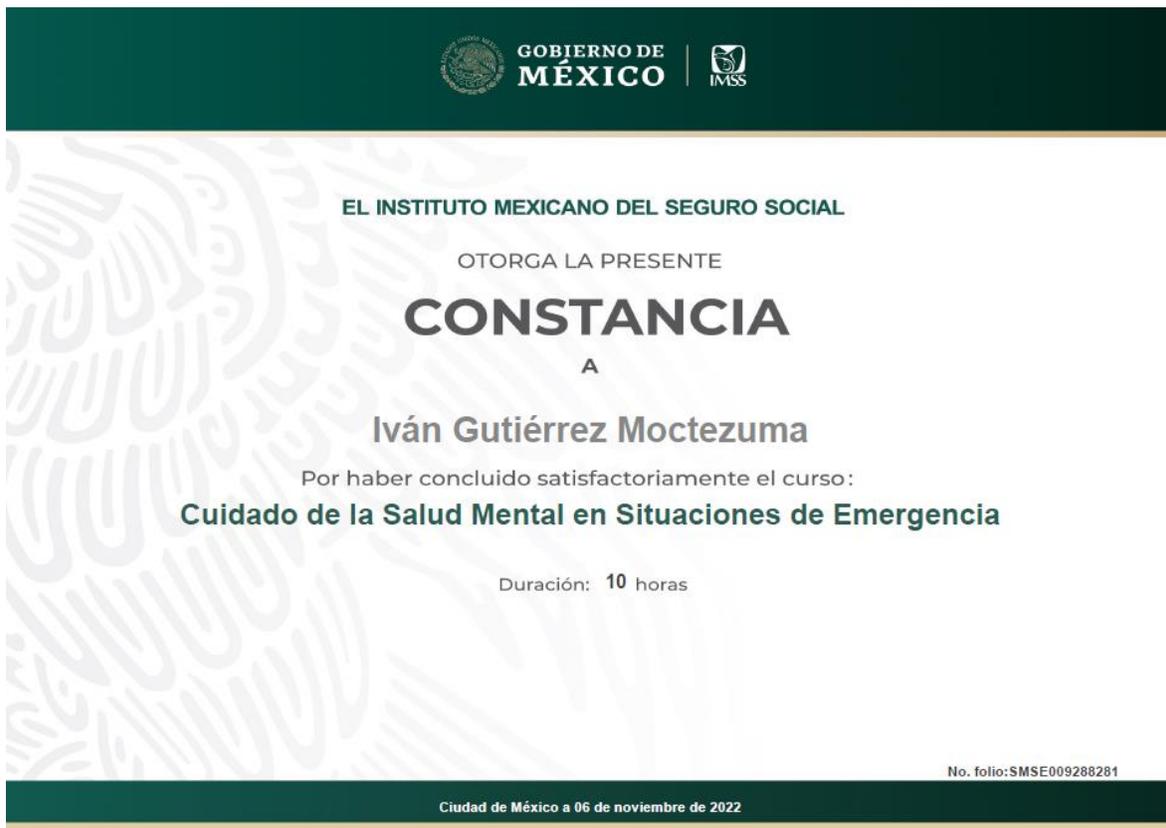
Este curso realizado el 05 de noviembre del 2022 me fue de utilidad para conocer las generalidades, el transporte, el resguardo, las indicaciones como las contraindicaciones y los efectos adversos asociados a la aplicación de la vacuna COVID-19 Pfizer-BioNTech. La vacuna de la farmacéutica Pfizer es una de ARN mensajero (ARNm) la cual codifica la proteína S del virus SARS-CoV-2, su uso actual va desde la población pediátrica hasta la adulta, tiene pocas contraindicaciones, siendo una de ellas la alergia a algún componente de la vacuna o dosis previa, puede ser aplicada como dos dosis para una protección básica hasta una tercera o más dosis como refuerzo, al momento no se sabe con certeza cuánto dura la protección contra el COVID-19 al aplicarse la vacuna, pero se estima una protección mínima de 6 meses.



Este curso realizado el 05 de noviembre del 2022 me fue de utilidad para conocer las generalidades, el transporte, el resguardo, las indicaciones como las contraindicaciones y los efectos adversos asociados a la aplicación de la vacunas COVID-19: SPUTNIK, CanSino, y SinovacTech. Cabe recalcar que este curso hace hincapié en conocer la cadena de frío y como movilizar los envases con la vacuna mediante la preparación de hieleras validadas de grado médico, no se recomienda agitar los viales y su duración estimada suele ser de 6 horas una vez abierto el frasco, recomendando que para la administración de la vacuna es indispensable seguir la técnica aséptica de aplicación y realizar inmediatamente la observación postvacunación por al menos 30 minutos una vez aplicada la vacuna. En general los efectos secundarios reportados han sido dolor, hinchazón y enrojecimiento en el sitio de la inyección.



Este curso realizado el 05 de noviembre del 2022 me fue de utilidad para conocer las generalidades, el transporte, el resguardo, las indicaciones como las contraindicaciones y los efectos adversos asociados a la aplicación de la vacuna COVID-19 AstraZeneca. El curso recalca que son necesarias 3 dosis para que tenga eficacia la vacuna, la segunda a los 14 días de la aplicación de la primera, y la tercera a los 80 días respectivamente. Con esto se muestra una protección que comienza aproximadamente a las 3 semanas después de la primera dosis de la vacuna y persiste hasta 12 semanas, además se sugiere que las personas que presenten anafilaxia ante la primera dosis no deben recibir la segunda dosis de esta vacuna.



Este curso realizado el 06 de noviembre del 2022 me fue de utilidad para conocer las principales características de la salud mental y como abordarla tanto en situaciones de emergencia como en la consulta externa. Ante la actual pandemia por COVID-19 se recalcó la evidente necesidad de mantener una adecuada salud mental, este curso sugiere que el punto de partida para el tratamiento de salud tanto físico como mental debe ser mediante el médico general, quien puede determinar qué es lo más recomendable acorde al grado de afectación o intensidad de los síntomas. Resaltando que si bien el tratamiento médico es importante, también lo es el manejo de las situaciones de estrés, la socialización y el reconocimiento de las emociones adecuadas para el autocuidado.

INFOGRAFÍAS REALIZADAS DURANTE MI ESTADIA EN LA UMF N° 9

Durante mi estadía en la UMF N° 9 se me encargo realizar 4 infografías que fueran de mi interés, las cuales son las siguientes:

Cisticercosis

Taenia solium

Cisticercosis

Teniasis

La cisticercosis es una enfermedad tropical parasitaria ocasionada por un helminto *Taenia solium*.

>> Considerada un marcador biológico de subdesarrollo socioeconómico, por lo que puede ser una enfermedad endémica de distribución restringida a los países en vías de desarrollo.

Epidemiología

- << La NCC es la infección parasitaria más frecuente del SNC.
- << En México su frecuencia oscila entre 2,8 a 3,6%
- << El ciclo de vida de este parásito tiene 3 fases: huevo, larva y adulto. Involucra dos huéspedes: el cerdo y el humano como intermediarios y el hombre como único huésped definitivo.

Figura 1. Zonas con Cisticercosis Endémica*

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas neurológicas de esta entidad van a depender de la localización de la lesión, del tamaño y número de los cisticercos dentro del tejido encefálico.

La clínica puede presentarse meses o años después de la infección inicial y es ocasionada desde el punto de vista fisiopatológico por la reacción inflamatoria del huésped y el efecto de masa.

Algunos son:

- **Convulsiones** (Síntoma debut 50% casos)
 - más comunes en pacientes jóvenes, pudiendo ser parciales simples con generalización secundaria y/o crisis tónico clónicas
- **FORMA PARENQUIMATOSA:** Cefalea, crisis convulsiva, déficit focal neurológico, deterioro intelectual, encefalitis cisticercosa, evolución en semanas o meses.
- **FORMA MENINGEA:** Síndrome de Hipertensión endocraneana (HEC), hidrocefalia, déficit campímetro, disminución de la agudeza visual.
- **FORMA VENTRICULAR:** Hidrocefalia, HEC, ependimitis granular.

Metodos diagnosticos

La RM específicamente con contraste y la técnica de FLAIR es más sensible que la TAC para el diagnóstico de la enfermedad:

- Permite identificar un mayor número de lesiones.
- Clasificar los distintos estados de la NCC.
- Evidenciar la presencia del escólex dentro del quiste y
- Determinar el grado de respuesta inflamatoria (edema perilesional y ruptura de la barrera hematoencefálica)

ELISA en Líquido cefalorraquídeo
PCR (5:83-96.7%) (E.100%)

TAC **La lesión característica en el tejido encefálico denominada cisticercos, es una vesícula de la larva de la *Taenia solium* que puede medir desde 5mm hasta 2 cm, la cual posee en su interior el escólex como producto de una invaginación ** LESIÓN PATOGNOMONICA

Tratamiento

- Albendazol, 15mg/kg/d vía oral por 7 días o más.
- Se aconseja administrarlo simultáneamente con Dexametasona a una dosis de 0.1mg/kg/d durante al menos 7-10 días.
- Alternativa: Praziquantel:
 - Régimen de un solo día dividido en 3 dosis de 25mg/kg dado en intervalos de 2 horas
 - Régimen estándar de 50-100mg/kg/d durante 15 días.

Cisticercosis	
Cisticercosis asintomática	Cisticercosis asintomática
• Inmunograma serológico del parásito en líquido cefalorraquídeo (LCR) en estudio de cisticercosis asintomática.	• Criterios diagnósticos de NCC en estudio de cisticercosis asintomática.
• Presencia de lesiones quísticas asintomáticas de cisticercosis en TAC o RM.	• Manifestaciones clínicas sugestivas de NCC.
• Resolución de las lesiones asintomáticas de cisticercosis al cabo de 6 meses.	• Presencia de la calcificación en TAC o RM.
Cisticercosis sintomática	Cisticercosis sintomática
• Criterios diagnósticos de NCC en estudio de cisticercosis sintomática.	• Involucramiento clínico sugestivo de NCC.
• Presencia de la calcificación en TAC o RM.	• Involucramiento clínico sugestivo de NCC.
• Resolución de las lesiones quísticas sintomáticas de cisticercosis al cabo de 6 meses.	• Presencia de la lesión patognomónica.
• Resolución de las lesiones asintomáticas de cisticercosis al cabo de 6 meses.	• Presencia de la lesión patognomónica.
Resolución de lesiones	Resolución de lesiones
• Resolución de lesiones.	• Resolución de lesiones.
• Resolución de lesiones.	• Resolución de lesiones.
• Resolución de lesiones.	• Resolución de lesiones.

Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco
Instituto Mexicano del Seguro Social - Unidad de Medicina Familiar N° 9 San Pablo de las Ptas.
Ejido de San Juan, N.P.T.S.S., Cuahuacán, Puebla, México

Cáncer de Colon y Recto

Anatomía

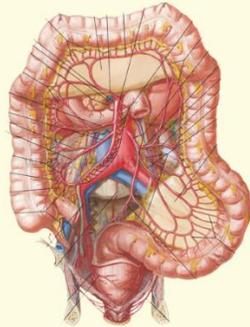
El colon y el recto conforman la última porción del sistema digestivo.

El colon

1. Es casi toda la totalidad del intestino grueso.
2. Consta de cuatro secciones: el colon ascendente, el colon transverso, el colon descendente, y el colon sigmoideo.
3. Mide 1,5 metros, sus funciones principales son las de almacenar residuos, extraer agua, mantener el equilibrio de hidratación y absorber algunas

El recto.

1. Mide aproximadamente unos 15 cm.
2. Es la última porción del sistema digestivo.
3. Guarda las heces fecales para posteriormente ser expulsadas por el ano.



Ocupa el 4to lugar en todas las neoplasias en México



Estados con mayor incidencia:

- CDMX
- Chihuahua
- Baja California
- Jalisco
- Baja California Sur
- Sonora.

¿Qué es el cáncer colorrectal?

...Es una enfermedad caracterizada por el crecimiento descontrolado de células en cualquiera de las porciones del colon o en el recto

- Estos crecimientos anormales, conocidos como pólipos, suelen ser benignos y posteriormente malignizar (10-15 años promedio).
- Histología: Adenocarcinoma 95%, adenocarcinoma mucinoso 15%

6-8 años para un diagnóstico oportuno.



- 2da neoplasia más frecuente en países occidentales.
- 2da causa más frecuente de cáncer tanto en Hombres y en mujeres.
- Se presenta en personas mayores de 50 años, siendo 65-75 los de mayor incidencia.

Factores protectores.

Uso de AINES factor protector



Factores de riesgo

- Edad >50 años: 9/10 personas diagnosticadas tienen 50 años o más
- AHF en primer grado duplica el riesgo y se aumenta si es mayor de 80 años
- Polimorfismos genéticos en MTHFR
- Judíos ashkenazi, aumenta la probabilidad 6-28%
- Sx de poliposis familiar, con 1%, carácter autosómico dominante.
- Cáncer colorrectal no polipósico hereditario
- Sx de poliposis hammanriortomata: incluyen al Sx De Peutz Jegher y Sx de poliposis juvenil o infantil
- Historia familiar o personal de adenomas
- Uso de terapia hormonal
- Alimentación rica en carnes rojas, alimentos ahumados y grasas.
- Alcohol y tabaco R.R.=1.0
- Sobrepeso / Sedentarismo

Generalmente los signos y síntomas aparecen en estadios ya muy avanzados, por lo que es importante estar atento a cambios en los hábitos intestinales.

Metástasis: 1 de cada 5 pacientes
 • Ganglios linfáticos regionales, hígado, pulmones y peritoneo

Dolor abdominal tipo cólico
 • Cauda de oclusión intestinal
 • distos de abdomen agudo

Cambios en la defecación:
 • Diarrea intermitente
 • Estreñimiento
 • Heces delgadas/acintadas

Sangrado:
 • Forma submucosa
 • Rectorragia
 • Hematoquecia
 • Melena
 • Síndrome anémico

Síntomas inespecíficos:
 • Pérdida de peso
 • Anorexia
 • Astenia

Laboratorios y estudios complementarios

- **BH:** Anemia microcítica hipocrómica frecuente.
- **Sangre oculta en heces** (Tamizaje inicial a partir de los 50 años en MX, ANUAL).
 - Guayaco: actividad de la pseudoperoxidasa del grupo Hem (S del 12.9 - 79.4 %).
 - Inmunológico: Ac 's contra Hb humana. (S del 94.1% y una E del 97.5%).
- **Enema opaco con doble contraste:** imagen de manzana mordida o en sillerito
- **Colonoscopia con toma de biopsia:** puede diagnosticar lesiones en todo el intestino grueso. Todo pólipo encontrado debe reseccarse o ser sujeto a biopsia.
- **RM Y TAC:** Los estudios de imágenes pueden dar apoyo al diagnóstico, pero su principal rol es la estadificación.
- **Antígeno carcinoembrionario (ACE):** Utilidad pronóstica en el seguimiento posoperatorio (valor posquirúrgico debe disminuir).



Tratamiento y estadificación

- Estadio 0-1; Cirugía, poliplectomía con márgenes claros. (0), resección quirúrgica con márgenes amplios.
 - Sobrevida a los 5 años del 70-90%
- Estadio II resección quirúrgica con márgenes amplios
- Estadio III resección quirúrgica con márgenes amplios más QMT (5-FLUORACILO, OXALIPLATINO Y LV).
- Estadio IV cirugía paliativa; resección quirúrgica con márgenes amplios más QMT (5-FLUORACILO, OXALIPLATINO Y LV).



Síntos de metástasis: Hígado y pulmones.

Tumor primario (T)

- Tx Tumor primario no evaluable
- T0 Sin evidencia de tumor primario
- Tis Carcinoma in situ
- T1 Tumor invade la submucosa
- T2 Tumor invade la muscular propia
- T3 Tumor invade la grasa perirectal
- T4a Tumor penetra la superficie del peritoneo visceral
- T4b Tumor invade o se adhiere a órganos o estructuras adyacentes

Linfonodos regionales (N)

- Nx No se puede determinar
- N0 Sin linfonodos comprometidos
- N1 Compromiso de 1-3 linfonodos
- N1a Compromiso de 1 linfonodo
- N1b Compromiso de 2-3 linfonodos
- N1c Depósitos tumorales en subserosa, mesenterio, tejidos pericólico o perirectal no cubiertos por peritoneo
- N2 Compromiso de 4 o más linfonodos
- N2a Compromiso de 4 - 6 linfonodos
- N2b Compromiso de 7 o más linfonodos
- Metástasis a distancia (M)
- M0 Sin metástasis a distancia
- M1 Con metástasis a distancia
- M1a Metástasis confinada a un órgano o sitio
- M1b Metástasis en más de un órgano o sitio



Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco
 Instituto Mexicano del Seguro Social - Unidad de Medicina Familiar N° 9 San Pedro de las Pintas
 Elaborada por M.P.S.S. Gutiérrez Macquerzuma Iván



Fibrilación Auricular



¿Qué es?...

La fibrilación auricular (FA) es una taquiarritmia supraventricular caracterizada por despolalizaciones auriculares desorganizadas con frecuencias superiores a 300 lpm que impiden la contracción auricular efectiva.

Epidemiología

- FA es el trastorno del ritmo cardíaco más común
- Riesgo de por vida de 1/6 veces para desarrollar FA
- > 40 años el riesgo aumenta 1/4 veces
- Incidencia anual: cerca de 5 millones.
- 60.7% de antitromb en México eran FA (65.7% eran no valvular) (2007)
- La FA puede estar presente en 3 a 5% de los pacientes ingresados en un hospital con afecciones agudas.
- **Incrementa 5 veces el riesgo de IVC.**

Factores de Riesgo

Factores de Riesgo	OR (IC 95%)	Factores de Riesgo	OR (IC 95%)
Apnea ¹⁰	OR 1.1 (0.6, 1.7) a 1.4 por hora de apnea	Cardiomegalia izquierda	OR 1.1 (0.6, 1.7) a 1.2-2.0*
Maltrato ¹¹	OR 2.0 (0.5, 1.1) a 3.0*	HTA ¹²	HR 1.36 (0.95, 1.95) a 1.43
Obstrucción de la vía aérea ¹³	HR 1.1 (0.6, 1.7) a 1.13	CAPO ¹⁴	HR 1.4 (0.6, 1.7) a 1.2-2.0*
Metformina ¹⁵	HR 1.0 (0.6, 1.7) a 1.2	Metformina ¹⁵	HR 1.1 (0.6, 1.7) a 1.2-2.0*
Dilatadores beta ¹⁶	OR 1.0 (0.6, 1.7) a 1.1*	HTA ¹²	HR 1.1 (0.6, 1.7) a 1.2-2.0*
CAPO ¹⁴	OR 1.0 (0.6, 1.7) a 1.1*	Valvulopatía ¹⁷	OR 1.0 (0.6, 1.7) a 1.2-2.0*
ICD ¹⁸	OR 1.0 (0.6, 1.7) a 1.1*	Valvulopatía ¹⁷	OR 1.0 (0.6, 1.7) a 1.2-2.0*
ICD ¹⁸	OR 1.0 (0.6, 1.7) a 1.1*	Valvulopatía ¹⁷	OR 1.0 (0.6, 1.7) a 1.2-2.0*
ICD ¹⁸	OR 1.0 (0.6, 1.7) a 1.1*	Valvulopatía ¹⁷	OR 1.0 (0.6, 1.7) a 1.2-2.0*
ICD ¹⁸	OR 1.0 (0.6, 1.7) a 1.1*	Valvulopatía ¹⁷	OR 1.0 (0.6, 1.7) a 1.2-2.0*

Clasificación



Pat. duración

Tipos de FA	Definición
FA paroxística	La FA no ha sido diagnosticada antes, espontáneamente o de acuerdo de la historia o generada por la presencia de los síntomas de la fibrilación auricular.
FA paroxística	Identificada en el momento de su inicio o en 48 h. Algunas variaciones de FA paroxística pueden tener hasta 7 días. Los episodios de FA que se repiten en los próximos 7 días se clasifican como FA paroxística.
FA persistente	La FA se resuelve durante más de 7 días, las hebras las que persisten que se resuelve por procedimientos farmacológicos o eléctricos a través de 7 a 30 días.
FA permanente de larga duración	El paciente se declara como FA permanente a largo plazo.
FA permanente	El paciente se declara como FA permanente a largo plazo.

Pat. Condición clínica asociada

- Uso de fármacos:**
 - Anticoagulantes orales
 - Fármacos antiarrítmicos
 - Fármacos para el control de la fibrilación auricular
- Fisiología:**
 - Fisiología específica

Clinica



- Sintomáticos (60-75%)
 - Fatiga cansancio
 - Dificultad con el ejercicio
 - Palpitaciones y el dolor de pecho
 - **Ausencia de ondas "P" en pulso venoso yugular** (la onda a indica contracción auricular efectiva).
 - **Pulso deficitario:** hay una diferencia entre la frecuencia cardíaca y la frecuencia del pulso arterial (medida por auscultación precordial y periférica).

Diagnóstica



- Anamnesis y Exploración Física
- Estudios complementarios
 - Electrocardiograma
 - Ausencia de ondas P (presencia de ondas "f" variables)
 - Respuesta ventricular variable (promedio 140 a 180 lpm)
 - R-R absolutamente irregular (excepción en FA + Bloqueo AV y FA + Taq. Ventri.)
 - QRS estrecho
 - Duración: >30 segundos
 - Ecocardiografía Transtorácica (ECOT)
 - 30% de los pacientes con FA tiene algún tipo de valvulopatía



Manejo

- Objetivos:**
 - **Control de frecuencia** (<100 lpm en reposo)
 - Más fácil, menos efectos adversos o toxicidad por fármacos
 - Desvirtúa no se controlan síntomas
 - **Control de ritmo cardíaco** (restaurar y mantener ritmo sinusal)
 - Mejor control de síntomas y calidad de vida
 - En px jóvenes sin cardiopatía estructural (previene cardiomiopatía)
 - Más efectos adversos
 - **Valorar riesgo de IVC** y necesidad de anticoagulación
 - TODOS los px requieren ECOT.

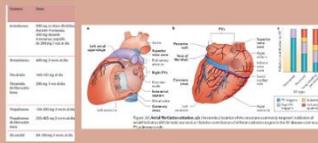
Control de Frecuencia

- **Estabilidad Hemodinámica**
 - BE: metoprolol, esmolol, propranolol, bisoprolol, nebivolol, carvedilol
 - Verapamilo o diltiazem
 - Amiodarona si inestabilidad hemodinámica o FEVI reducida
 - Digoxina solo si hay IC y como última opción
 - REFRACTARIOS: Ablación del nódulo auriculoventricular (con implante de marcapasos permanente)
- **Inestabilidad Hemodinámica**
 - CARDIOVERSION ELÉCTRICA instantánea o IOZ
 - Clínica <48 horas: Cardioversión inmediata
 - Clínica >48 horas: ECOT; para descartar trombo intraauricular

Medicamento	Indicaciones	Contraindicaciones	Efectos secundarios
Metoprolol	Control de frecuencia	Insuficiencia cardíaca, bradicardia	Fatiga, mareos
Verapamilo	Control de frecuencia	Insuficiencia cardíaca, bradicardia	Fatiga, mareos
Amiodarona	Control de frecuencia	Insuficiencia cardíaca, bradicardia	Fatiga, mareos
Digoxina	Control de frecuencia	Insuficiencia cardíaca, bradicardia	Fatiga, mareos

Control de Ritmo

- **Amiodarona** (de elección, también ayuda para prevenir recurrencias)
 - De preferencia para px con FEVI reducida
- **Dronedarona:** Contraindicado en falla cardíaca.
- **Propafenona o flecainida**
 - Contraindicados: FEVI reducida, TFG <50 ml/min, cardiopatía isquémica.
- **Sotalol:** contraindicado ICC, asma, prolongación de QT, TFG <50 ml/min.
- **REFRACTARIOS:** ablación con catéter de venas pulmonares (solo en FA paroxística o persistente)



Anticoagulación

- Si FA >48 horas o duración desconocida
- Mantener INR 2-3 durante 3 semanas antes de cardioversión y 4 semanas posterior.
- Si **CHA2DS2-VASc** es alto es permanente (≥1 punto los varones, ≥2 puntos en mujeres).
- **Anticoagulantes orales directos (NAACO)**
 - Dabigatran: inhibidor directo de la Trombina
 - Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban: inhibidores directos del Factor Xa.
 - No requieren medir INR.
 - Menores tasas de sangrado.
- **FA de origen valvular: warfarina**
 - Siempre se anticoagulan.

Medicamento	Indicaciones	Contraindicaciones	Efectos secundarios
Warfarina	Anticoagulación	Insuficiencia cardíaca, bradicardia	Fatiga, mareos
Dabigatran	Anticoagulación	Insuficiencia cardíaca, bradicardia	Fatiga, mareos
Rivaroxaban	Anticoagulación	Insuficiencia cardíaca, bradicardia	Fatiga, mareos
Apixaban	Anticoagulación	Insuficiencia cardíaca, bradicardia	Fatiga, mareos

HAZ-SIED

- Para valorar el riesgo de sangrado al año en pacientes anticoagulados por fibrilación auricular
- Una puntuación de 3 o más indica un alto riesgo de sangrado y justifica vigilancia estrecha

Factor de Riesgo	Puntuación
Edad > 75 años	1
Uso de fármacos que aumentan el riesgo de sangrado	1
Uso de fármacos que disminuyen la capacidad de coagulación	1
Uso de fármacos que aumentan el riesgo de sangrado	1
Uso de fármacos que disminuyen la capacidad de coagulación	1
Uso de fármacos que aumentan el riesgo de sangrado	1
Uso de fármacos que disminuyen la capacidad de coagulación	1

Gota

¿Qué es?...
La gota es una enfermedad crónica de depósito de cristales de ácido úrico en los tejidos caracterizada por brotes de artritis y dislipoproteidemia.



Epidemiología

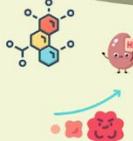
- La prevalencia de gota varía entre 0.2 y 1.6% con un brote promedio de 1.2% en los países occidentales.
- En México se estima una prevalencia de gota de 1% con un pico a finales de los 80 y principios de los 90.
- La prevalencia de hiperuricemia es de alrededor de 1%.
- El 60% de los individuos con hiperuricemia padecen gota y entre 80 y 90% de los pacientes con gota tienen hiperuricemia.
- La enfermedad crónica se desarrolla en aproximadamente el 15% de los pacientes y se caracteriza por múltiples subataques con períodos intercrónicos (brotos).

Factores de Riesgo

- Hereditario** (Así como el 80 mg/dL)
 - Es un factor de riesgo necesario pero insuficiente por sí solo.
 - 50% de personas con 10 mg/dL tienen gota.
- Sexo masculino
- Edad avanzada
- Obesidad
- Hipertensión arterial crónica (HTA)
- Síndrome metabólico y sus componentes
- Metformina
- Dieta rica en purinas de origen animal (carne roja y mariscos)
- Consumo de alcohol (50 g y más de alcohol al día)
 - Incremento en el riesgo de presentar un episodio de gota.
 - Relacionados con alto contenido en fructosa.
 - El 60% de las bebidas azucaradas (surtidos y refrescos) contienen fructosa.
- Medicamentos
 - Diuréticos osmóticos: aumentan la liberación de urato.
 - Acido acetilsalicílico a dosis bajas (0.75g/día): Por alteración de la secreción de urato monoalcohólico.
 - Diuréticos tiazídicos.
 - Retardantes de la coagulación.
 - Antihistamínicos H1 y H2.



Fisiopatología



- Por aumento de síntesis de ácido úrico (Hidroperoxido / 5-HT2)
- Aumento de su reabsorción (5-transportador / 1-transportador sintético)
 - Déficit de HAT (Hidroxilasa de la xantina-hidroperoxido transferasa)
 - Síndrome de Lesch-Nyhan
 - Síndrome de Kelley-Siegelman
- Por aumento en catabolismo de purinas (fermentados microbacterianos y fitopurinas)
- Por disminución en la excreción renal (XO2).

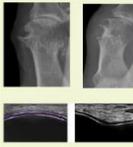
Clínica

Fases

- Hiperuricemia asintomática**
- Ataque agudo de gota**
 - a. Primer evento: 40-60 años
 - b. Nocturno, dolor intenso, mayor en la noche, en el primer dedo del pie (podagra) o mano o tobillo.
 - c. Aumento de sensibilidad, no soportar ni roce ni toque en la articulación.
 - d. Puede ser poliartricular en mujeres.
 - e. Con factores
 - 1. Aumento de UUA y PCU
 - 2. No padecer ácido úrico (AU) sus niveles se ven afectados en un evento agudo (puede ser normal).
 - 3. Cálculo la semana de inicio del dolor, aún sin tratamiento.
- Gota intermitente**
 - a. Hecho entre ataques agudos.
 - b. 75% sobreviven al segundo ataque a los 2 años.
- Artritis gástrica crónica y tofos**
 - a. Aparición de tofos en zonas de estrés: codos, manos, tendones como el Aquiles, pablos auriculares.
 - b. Aumento de la concentración de urato en suero.
 - c. Aumento del riesgo de nefropatías por cálculos de AU como otro tipo de cálculos.



Diagnóstico



- Definición **ASOCIATIVAS**
 - Visualización de cristales de urato monoalcohólico en forma de **aguija**.
 - Microscopio de la polarización: **Artritis uricémica reactiva**.
 - Aumento de reactantes de fase aguda (VSG, PCR).
- IMAGEN**
 - Radiografía de articulaciones:
 - Mantenerse deositas
 - Tofos
 - Errores de mercurio
 - Ultrasonido
 - Depositar tofos en articulaciones (signo de doble contorno).
 - Tomografía Computarizada de Energía Dual: esta con depósito de urato monoalcohólico.



Manejo

Hiperuricemia (asintomática)

NO FARMACOLÓGICOS

- Dieta mediterránea
- Mantener peso adecuado
- Estar hidratado (se recomienda)
- Evitar alcohol (se recomienda)
- Evitar hipotiazid (ECA), AHA, (excepto losartán)

Allopurinol (inhibe la síntesis de ácido úrico)

- Indicaciones:
 - 1. Hiperuricemia sintomática
 - 2. EBC
 - 3. Litiasis renal
 - 4. Pí con 1+2 ataques agudos de gota
 - 5. De gota tofosa.

Ataque agudo de Gota

ANES (Inhibidores)

- Manejo del dolor: 4-5 días hasta la desaparición de los signos de inflamación.

COLCHICINA

- Inhibe factor quimiotáctico leucocitario inducido por los cristales al bloquear su depuración de quimiotácticos.
- 15 mg/día hora, Vía Oral (VO) 1er día / a partir del día 2 10 mg/día hora por 7-8 días.
- Contraindicaciones: Síndrome hepático, IRC-KDGO 4-5, uso concomitante con inhibidores del citocromo P450 (3a4 y gopiprimina) (p.ej, claritromicina)
- Efecto adverso: diarrea

Ataques gota crónica

- Manejo profiláctico al 2do ataque de gota
- Asesorar con Colchicina dosis profilácticas (0.5-0.6 g/día) hasta alcanzar metas y el paciente está libre de brotes durante al menos 1 mes.

1. Allopurinol (inhibe la síntesis de ácido úrico)

- 1. Inicio 100 mg/día y después 300 mg/día
- 1. Efectos adversos: Riesgo de Steven-Johnson
- 1. Contraindicaciones: Uso concomitante de Azatioprina o Mercaptopurina

2. Febuxostat (inhibe la síntesis de ácido úrico)

- a. De preferencia en pacientes con IRC.
- b. Aumenta el colesterol y triglicéridos (FDA 2006) aumenta riesgo cardiovascular: embolia y crisis cardíacas.
- c. Contraindicaciones: Uso concomitante de Azatioprina o Mercaptopurina

3. Uricosuricos

- a. Probenecid o benzbromarón.
- b. Si hay litiasis en el manejo previo y así en otro tipo.
- c. Riesgo de Hepatotoxicidad.

2.4. INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA

- Glucocorticoides (prednisona o equivalente), intravenosa (de preferencia) o vía oral (metilprednisolona o ANES) y colchicina.

Metas:

- Uricemia < 6 mg/dL
- Gota crónica (con tofos) < 0.1 mg/dL

CAPITULO 5: CONCLUSIONES

CONCLUSION DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL

Mi estadía en la Unidad de Medicina Familiar Número 9 del IMSS fue ampliamente gratificante y retroalimentativa, desde un punto de vista educativo, formativo y personal.

Me parece que el cuidado de la salud desde el primer nivel de atención es la piedra angular de la medicina, ya que permite trabajar desde la medicina preventiva, un aspecto que a menudo es menospreciado en nuestro país, lo cual se ve reflejado en las altas tasas de morbilidad asociadas a patologías crónico-degenerativas. Recalcando que, más que consecuencias, la pandemia por COVID-19 sacó a relucir la alta necesidad de atención sanitaria y por supuesto personal de salud, todo ello adaptado al frenético estilo de vida asociado a la tecnología y la comunicación perpetua de la que “goza” la sociedad. Por ello, hoy más que nunca debe existir un interés común en la búsqueda de la salud pública, y creo que esto incluye aspectos que van desde una atención digna en la consulta externa hasta una adecuada relación médico-paciente, elementos que se realizan y refuerzan en el servicio social.

Además, quiero añadir, que la capacitación proporcionada por parte de los médicos adjuntos así como del coordinador de enseñanza fue siempre de respeto, atención y cordialidad, ya que en todo momento me brindaron las herramientas necesarias para que mi formación como médico y persona fuese integral y para que la atención de los derechohabientes fuese la más oportuna y eficaz.

Imagen 24.



Fuente: fotografía propia.

CONCLUSIÓN DEL PASANTE EN RELACION A SU FORMACION COMO PERSONA

La propia elección de cursar la Licenciatura en Medicina requiere un perfil específico de persona, lo cual va más allá de la necesidad de adquirir conocimientos tanto teóricos y prácticos, si no que requiere de individuos con un pertinente sentido de responsabilidad y empatía, un buen médico no siempre va de la mano con ser una buena persona, este aspecto puede ser constatado por todo médico egresado que ha vivido las experiencias necesarias para ser llamado como tal. La formación del médico a lo largo de los años le permite conocer el sufrimiento y las necesidades de la población a la que atiende, la empatía es un valor que se adquiere durante este tiempo y me parece que es de vital importancia, sobre todo en estos últimos tiempos donde aparentemente la atención a la salud está siendo deshumanizada y se vuelve sistemática y automatizada.

Considero que la carrera de medicina está llena de momentos positivos y negativos emocional y psicológicamente hablando, por lo que pienso que mi formación como persona ha sido enriquecida por todas estas experiencias, y me ha generado una fuerte determinación a ser mejor cada día, no solo en el ámbito profesional, si no desde un punto de vista intra e interpersonal, reforzando valores como el respeto, la responsabilidad y la empatía.

El servicio social me permitió discernir el punto de partida que quiero tomar como individuo, procurando siempre mi bienestar y con ello el de las personas que me rodean, lo que va desde amigos, compañeros y por supuesto pacientes.

CONCLUSION DEL PASANTE EN RELACION A SU FORMACION COMO PROFESIONAL

La formación profesional del médico es sin duda difícil, ajustarse a los tiempos para el estudio, las prácticas y la propia vida personal parece un reto imposible, sin embargo esta percepción invita al individuo en desarrollo a ser ordenado con sus responsabilidades.

Por otro lado, además de aprender de forma pertinente los temas que se requieren de forma teórica y adquirir las habilidades prácticas, me parece importante recalcar el ambiente al cual un médico se encuentra sometido, principalmente a nivel de jerarquías y el trato para con sus superiores y semejantes, ya que todos conocen los abusos que pueden cometerse en nombre de la salud, no solo en instituciones públicas, si no también privadas, con ello quiero reforzar la necesidad que requiere un médico para formar un criterio propio, siempre desde el respeto, la empatía y por supuesto la medicina basada en evidencia actualizada, todo ello para lograr una adecuada atención al paciente y entablar una apropiada relación con su círculo profesional.

El servicio social permite plasmar todos los conocimientos que se adquirieron a lo largo de la carrera, desde el uso de la clínica para generar un diagnóstico, hasta el uso adecuado de los paraclínicos para confirmarlo, todo para realizar un adecuado tratamiento y trabajar en los factores de riesgo asociados. Es este momento, el que determina nuestras capacidades y por su supuesto nuestras limitantes, invitando a mantener una formación actualizada y solicitar apoyo en los casos que sean necesarios. Además, permite proyectar nuestras aspiraciones y deseos, lo que conlleva una preparación para un posgrado o especialidad, pero no limitando nuestras elecciones a este último.

CONCLUSION DEL PASANTE EN RELACION A SU APORTACION A LA COMUNIDAD

Ser parte de una sociedad no solo conlleva gozar de sus beneficios, si no que implica una retribución proporcional a lo que nos otorga. El servicio social de medicina es una forma de agradecer a nuestro país y a las instituciones públicas tanto de educación como de salud el generar los ambientes necesarios para una formación médica completa, lo que conlleva no solo el desarrollo académico si no también el permitir el contacto en primera instancia con la población que solicita asistencia médica y por lo tanto representa el mejor mecanismo de aprendizaje que un médico puede obtener.

La búsqueda determinada por el conocimiento y las variables que representan la salud permite aportar a la población una atención médica integral, me parece que el servicio social posibilita poner en práctica todas las habilidades que han sido adquiridas en los últimos años y de las cuales los pacientes son los primeros beneficiados, esto puede verse reforzado con el apoyo de médicos adscritos quienes apoyan o corrigen nuestras aportaciones y nos invitan a seguir ayudando a la gente que lo requiere.

Por otro lado, la pasantía representa una manera dinámica de aportar no solo beneficio clínico-medico a los pacientes, sino que también permite apoyar a las clínicas o unidades de atención a la salud que suelen estar saturadas en tiempo y forma para cubrir la demanda de pacientes que solicitan asistencia médica, por lo que nuestro apoyo es multidisciplinario y se adapta a las necesidades de nuestro ambiente, obteniéndose con ello diversas experiencias a la vez que se apoya a nuestra comunidad.

CONCLUSION DEL PASANTE EN RELACION CON SU INSTITUCION EDUCATIVA

La Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), en este caso la Unidad Xochimilco ha representado uno de los principales pilares en mi formación no solo profesional si no también personal, al abrirme las puertas de una de las 3 principales universidades públicas del país, permitiendo complementar y fomentar mi desarrollo académico, representando no solo una institución con fines educativos si no un centro de investigación y de divulgación cultural, el cual incita tanto a adquirir conocimiento, como a mejorar y diversificar los recursos académicos obtenidos.

El sistema modular fue el punto de partida que me permitió expandir mi criterio y me invito a reflexionar respecto al tipo de enseñanza y formación que se requiere en la actualidad, pues el conocimiento unidireccional y sistematizado en mi opinión no tiene cabida en los nuevos tiempos, por lo que me orillo a no ser solo un receptor de información, si no a cribar los datos obtenidos, discutirlos y reformarlos para obtener un conocimiento más integral, un aspecto que opino vale muchísimo la pena, principalmente en la licenciatura de medicina.

Por otro lado, la universidad aportó centros de practica y rotaciones correspondientes para complementar mi formación teórica, un aspecto que me sorprendió gratamente al observar la gran diversidad de campos clínicos ofertados, desde hospitales de segundo nivel hasta institutos de tercer nivel de atención, estos últimos representando una forma diferente de observar la atención de la salud pública, lo que me permitió reconocer la magnitud que representa el sistema de salud mexicano y ampliar mis horizontes, por lo que desearía que dichos campos clínicos no solo se conservaran, si no que cada vez se diversificaran aún más.

Estoy muy agradecido con las oportunidades que me brindó la UAM, hoy más que nunca me siento parte de la Casa Abierta al Tiempo.