

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**



MPSS GARCIA LOPEZ BARBARA CECILIA

208231144

**INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA
LICENCIATURA EN MEDICINA
DEL 1 DE FEBRERO 2014 AL 31 DE ENERO 2015**

**ASESOR: DR. FILIBERTO DAVID ESTRADA
SALGADO**

FEBRERO 2015

INTRODUCCION

La realización del servicio social, constituye una obligación, prevista en ordenamientos del orden público e interés general, que tiene además una connotación de tipo moral y ético, relacionándose de manera directa con la solidaridad social.

Apegado a los criterios que orientan a la educación tanto pública como privada, como lo dispone el Art. 3° Constitucional, que debe contribuir a la convivencia humana, tanto por el fortalecimiento del prestador, como por el aprecio de la dignidad de la persona, la convicción del interés general de la sociedad; cuanto por el sustento de los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos los hombres, es lo que permite hacer del servicio social un instrumento de justicia social.¹

El Servicio Social es un periodo académico obligatorio para todos los profesionales, es un requisito previo a la titulación y tiene como propósitos principales la vinculación del estudiante con su entorno así como retribuir a la sociedad en forma de acción social, los beneficios, que como estudiantes, se recibieron durante su formación.

Para la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) el servicio social es “el conjunto de actividades teórico-prácticas de carácter temporal y obligatorio que contribuye a la formación integral del estudiante y que le permiten, al aplicar sus conocimientos, destrezas y aptitudes, comprender la función social de su perfil académico, realizando actividades educativas, de investigación, de asistencia, de difusión, productivas, de desarrollo tecnológico, económico y social en beneficio de la sociedad”.¹

En un país en donde aproximadamente el 40% de las unidades de primer nivel de atención, brindan el servicio médico a través de médicos pasantes de manera exclusiva, resulta muy conveniente contar con médicos pasantes con una capacidad de respuesta uniforme, con conocimientos técnicos, epidemiológicos, clínicos básicos, de promoción y prevención actualizados en el contexto de la problemática de salud estatal, a fin de mejorar la calidad de la atención médica. Por lo que la existencia y cumplimiento al Programa Académico de Servicio Social permitiría disminuir la variabilidad en la respuesta de cada médico a los problemas de salud, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de atención y coadyuvando en la formación del médico.¹

El servicio social dentro del sistema de salud implica uno de los mayores retos de un médico en formación, siendo éste la última etapa antes de obtener el grado de médico cirujano, requiere poner en práctica todos los conocimientos y habilidades adquiridos a lo largo de la educación profesional. Dada la enorme responsabilidad que adquirimos al encontrarnos por primera vez a cargo de la salud de un paciente, es necesario darle la importancia, compromiso y ética que el prestar este servicio lo demanda.

Para un médico de primer contacto como lo es el médico pasante, es indispensable portar las herramientas científicas y humanitarias para brindar una adecuada atención al paciente, así como una serie de valores que permitan que exista una óptima relación médico-paciente, con la finalidad de que este último reciba una atención integral y de calidad.

Dentro de los tres niveles de atención a la salud, el primero pretende ser el que tenga un impacto más importante en la población, debido a que es el que cuenta con mayores posibilidades de brindar atención preventiva y evitar la atención correctiva; al tener contacto inmediato con la población, puede generar en ésta, consciencia, autocuidado y educación en salud, las cuales son las bases para poseer una cultura de prevención y así disminuir la morbi-mortalidad en nuestro sistema de salud.

La atención médica en comunidades rurales o marginadas dentro de una zona urbana sigue siendo altamente requerida, ya que en estas regiones encontramos una concentración poblacional importante de bajos recursos económicos y socioculturales, mismos que traen consigo difícil o nulo acceso a educación, salud y a un nivel de vida de calidad. En consecuencia, es en estas comunidades donde se presentan mayores factores de riesgo para padecer diversas enfermedades y por su puesto mayor dificultad de prevenirlas.

Uno de los rubros con mayor importancia dentro de la atención en salud es la maternidad, el proceso gestacional, uno de los más importantes en la vida de la mujer y parte del ciclo vital humano, es también una etapa delicada que implica muchos cambios anatómicos, fisiológicos, hormonales y emocionales los cuales requieren seguimiento y vigilancia de los servicios de salud de principio a final y aún en semanas posteriores al nacimiento, lo que llamamos puerperio. En esta etapa aun existen riesgos a la salud de la madre y del recién nacido por lo que necesariamente deben recibir atención.

La reducción de la mortalidad materna ha sido uno de los temas que más interés han suscitado en los últimos años, tanto en el ámbito internacional como en la agenda de las preocupaciones nacionales más importantes en cuestiones de salud.

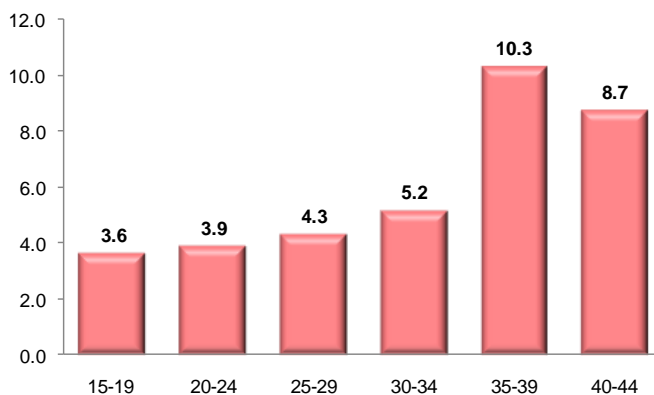
En la actualidad con todo el avance en la tecnología de apoyo a la medicina y en el manejo del paciente se esperaría una disminución notable en la morbi-mortalidad materna, sin embargo no es así. Ocurre que la deficiente calidad en el sistema de salud en nuestro país, falta de recursos materiales y también recursos humanos, hace incompetente la atención a la salud especialmente en zonas marginadas, e impiden que las mujeres reciban la atención médica necesaria en relación con cuestiones asociadas al embarazo, parto y puerperio.

La mortalidad debida a problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio (mortalidad materna) se considera un problema de salud, pero se traduce en uno social al considerar el impacto que tiene en la familia, considerando los efectos dentro del hogar. Las muertes maternas ocurren, sobre todo, por dificultades de acceso al servicio, problemas de atención y deficiencias de suministros; por lo general, están relacionadas con situaciones de discriminación, exclusión, pobreza y marginación.²

Según el INEGI en 2010, en el Distrito Federal, ocurrieron 76 defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. De acuerdo a esto, la razón de mortalidad materna en dicha ciudad es de 47 fallecimientos por cada cien mil nacidos vivos. El embarazo de las mujeres que se encuentran casi al final de su periodo reproductivo es particularmente de alto riesgo, se observa que la razón de mortalidad materna en las mujeres de 35 a 39 años y en las mujeres de 40 a 44 años es de 10.3 y 8.7 defunciones por cada diez mil nacidos vivos, respectivamente.³

Razón de mortalidad materna por grupos de edad, 2010

Por cada diez mil nacidos vivos

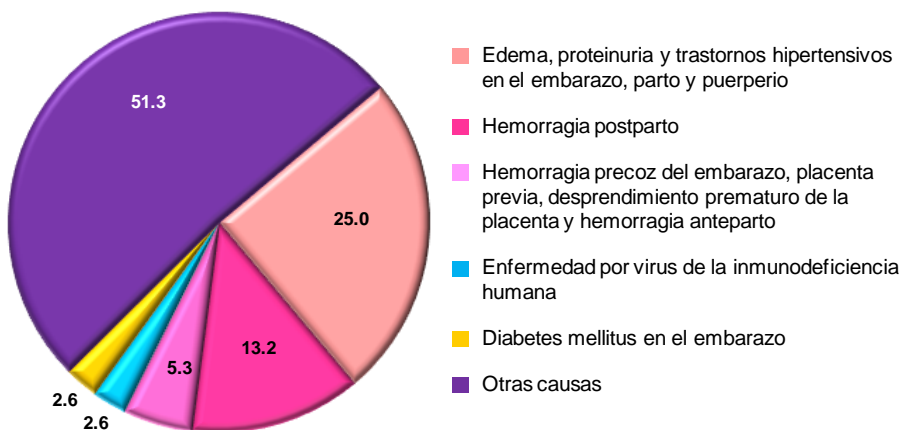


Nota: Para el grupo quinquenal de 45 a 49 años no se registraron muertes maternas en 2010.

Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad 2010. Base de datos. Estadísticas de natalidad 2010. Base de datos.

La principal causa de muerte materna se vincula con el edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (25.0%); la segunda se asocia con hemorragias posparto (13.2%) y la tercera por hemorragia precoz del embarazo, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta y hemorragia anteparto (5.3 %).³

Distribución porcentual de las muertes maternas por causa de defunción, 2010



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2010. Base de datos.

De acuerdo con la Secretaría de Salud (SSA) en 2010, el 29.3% de las mujeres residentes del Distrito Federal recibió su primera consulta en el primer trimestre de embarazo, 32.0% en el segundo trimestre y 38.7% durante el tercer trimestre. Considerando que durante el primero se desarrolla el feto, la revisión durante esta etapa es crucial para la prevención de malformaciones congénitas, por lo que resulta preocupante, que sólo 3 de cada 10 mujeres, se atiendan durante este periodo del embarazo.

Por su parte, la atención durante el parto es primordial para la prevención de complicaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde los años ochenta, propuso que el estándar de nacimientos por cesárea debe estar entre el 10 y 15 por ciento; a pesar de esta recomendación, durante 2010 el 43.9% de los nacimientos en la entidad fueron por cesárea (programadas o de emergencia).³

En el Distrito Federal durante el año 2011 se reportó una razón de mortalidad materna (RMM) de 40.8, con un total de 56 muertes maternas, a diferencia del año 2010 que reportó 76 muertes maternas con un número similar de Nacidos vivos arriba de ciento treinta y siete mil. De estas muertes encontramos que la causa más frecuente para el 2011 fueron las hemorragias (14), seguidas de los trastornos hipertensivos (12), y con menor número de casos el aborto.⁴ En el año siguiente, 2012, la RMM por cada 100 mil nacidos vivos habría sido de 41.9 según las estimaciones de nacimiento en el censo 2010, sin embargo en números reales hubo el mismo número de muertes maternas en el año anterior (56 muertes) con 139 492 nacidos vivos. En 2012, las muertes maternas tardías representaron el 10.5 por ciento de la totalidad de muertes maternas registradas entonces; sin embargo, no se contabilizaron en la cifra final de 960 casos.⁶

**Razón de mortalidad materna por delegación
Distrito Federal
2000 - 2011**

Cuadro 9.10

Delegación	Año											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011
Total	58.7	76.7	54.7	71.0	64.9	61.2	59.6	68.1	52.9	55.4	58.8	40.8 *
Azcapotzalco	88.4	79.3	58.6	76.2	32.0	16.9	85.8	17.4	53.1	90.0	55.0	93.5
Coyoacán	56.6	47.7	19.2	81.2	110.1	25.9	91.6	52.9	13.4	54.5	41.5	70.4
Cuajimalpa	28.3	34.7	119.7	31.8	65.1	127.4	62.0	30.2	59.2	57.9	56.8	27.9
Gustavo A. Madero	30.1	91.8	62.7	73.1	55.0	63.2	63.8	64.6	47.5	24.1	43.0	50.0
Iztacalco	53.1	83.0	47.3	47.6	49.9	69.7	52.9	160.6	36.3	147.4	56.3	0.0
Iztapalapa	75.9	55.3	63.9	73.9	83.4	76.5	53.9	47.3	56.6	47.2	53.6	60.1
Magdalena Contreras	86.9	80.6	101.1	100.5	52.1	78.1	25.9	77.4	25.8	25.8	77.5	25.9
Milpa Alta	49.7	175.7	0.0	50.3	50.0	45.9	0.0	128.2	83.0	80.4	39.0	76.0
Álvaro Obregón	60.1	65.0	57.0	86.9	80.9	36.3	18.1	45.2	27.2	45.4	109.5	36.7
Tláhuac	85.1	51.6	65.3	31.3	64.1	109.6	15.3	149.0	29.2	85.9	42.2	0.0
Tlalpan	26.5	120.4	28.5	51.8	53.9	55.0	109.4	54.5	65.4	32.7	43.8	11.0
Xochimilco	65.7	128.3	86.9	132.5	30.2	104.2	58.6	43.3	14.3	70.7	84.2	41.8
Benito Juárez	60.1	25.2	52.6	24.2	76.0	29.1	59.3	30.2	61.6	62.9	64.3	0.0
Cuauhtémoc	59.9	44.7	59.2	69.7	72.1	31.4	110.3	111.0	96.1	97.0	81.8	66.3
Miguel Hidalgo	110.1	112.6	16.9	41.1	0.0	45.4	91.5	46.2	93.6	71.1	24.0	24.4
Venustiano Carranza	12.7	111.3	28.6	90.7	63.1	33.8	34.2	138.8	140.9	17.9	54.7	37.1

**MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE EDAD POR DELEGACIÓN
DISTRITO FEDERAL
2012**

DELEGACIÓN	GENERAL ^{1/}	INFANTIL ^{2/}	PREESCOLAR ^{1/}	ESCOLAR ^{1/}	PRODUCTIVA ^{1/}	POSTPRODUCTIVA ^{1/}	MATERNA ^{4/}
Total	628.3	13.4	51.7	22.7	316.9	4,571.2	40.1
Azcapotzalco	769.7	13.7	84.0	24.5	361.8	4,791.5	31.5
Coyoacán	657.0	11.1	33.2	22.9	275.2	4,230.8	25.0
Cuajimalpa	448.3	13.0	76.6	15.4	263.4	4,316.0	86.5
Gustavo A. Madero	690.1	13.8	44.4	21.5	328.8	4,697.9	35.8
Iztacalco	757.3	13.1	53.5	14.4	376.2	4,751.2	35.5
Iztapalapa	532.3	13.6	59.7	20.8	317.4	4,391.6	46.0
Magdalena Contreras	520.8	12.9	26.3	27.8	256.5	4,371.0	25.8
Milpa Alta	454.0	20.1	30.0	15.7	265.4	4,420.7	77.2
Álvaro Obregón	575.7	12.9	50.7	23.8	289.4	4,421.8	26.1
Tláhuac	435.4	15.7	28.0	22.9	261.7	4,286.6	49.7
Tlalpan	483.8	9.8	42.9	22.0	254.5	3,919.8	29.7
Xochimilco	485.7	12.8	56.5	24.7	272.3	4,193.5	68.9
Benito Juárez	767.6	7.6	23.8	24.6	251.0	4,759.9	71.1
Cuauhtémoc	908.1	17.9	67.3	29.9	520.1	5,216.2	13.1
Miguel Hidalgo	724.2	17.7	50.9	31.2	289.5	4,693.6	56.4
Venustiano Carranza	810.2	13.7	76.5	21.1	374.7	5,209.8	29.6

1/ Tasa por 100,000 habitantes, en base a las Proyecciones de la Población de México, 2010-2050, CONAPO, 2013.

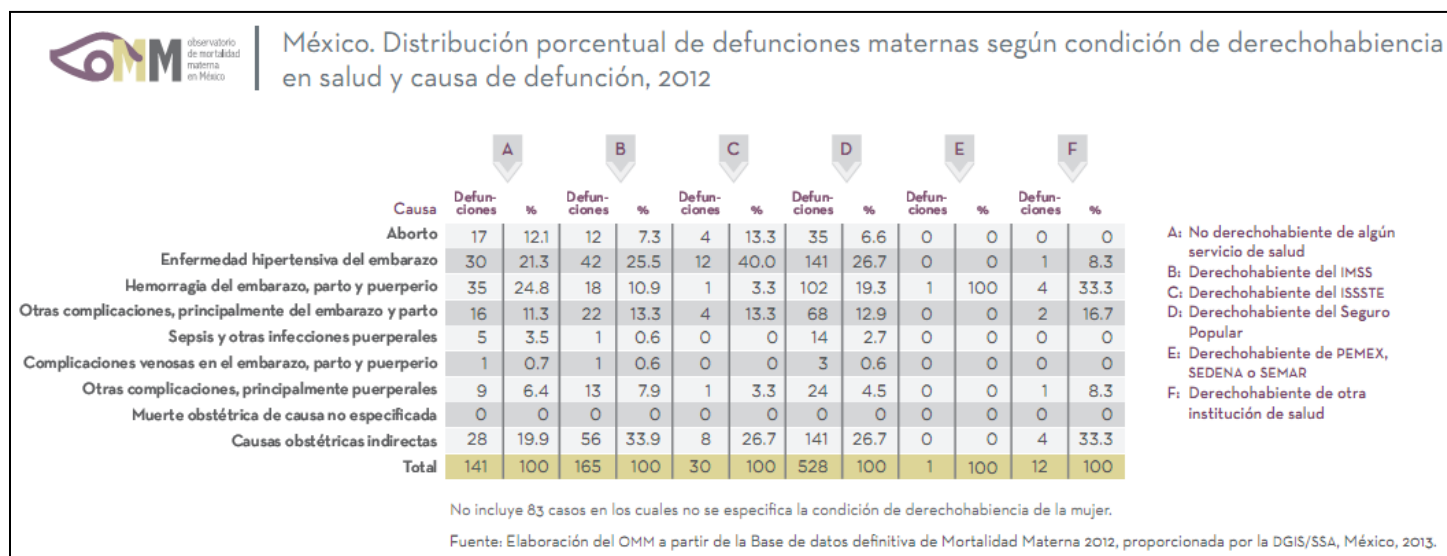
2/ Tasa por 1,000 Nacimientos de SINAC.

3/ Tasa por 100,000 habitantes menores de 5 años de edad, en base a las Proyecciones de la Población de México, 2010-2050, CONAPO, 2013.

4/ RMM: Razón de Mortalidad Materna, por 100,000 Nacimientos de SINAC.

Fuente: INEGI/SEDESA (Dirección de Información en Salud), con base en las defunciones 2012.

Mortalidad Según Grupo De Edad Por Delegación, Distrito Federal 2012



Indicadores 2012, Objetivo del desarrollo del Milenio 5: Avances en México, Observatorio de Mortalidad Materna en México

Para el 2013 la razón de mortalidad materna en México en fue calculada a 38 defunciones por cada cien mil nacimientos estimados, lo que representa una reducción de -9.1% respecto a lo registrado a la misma fecha del

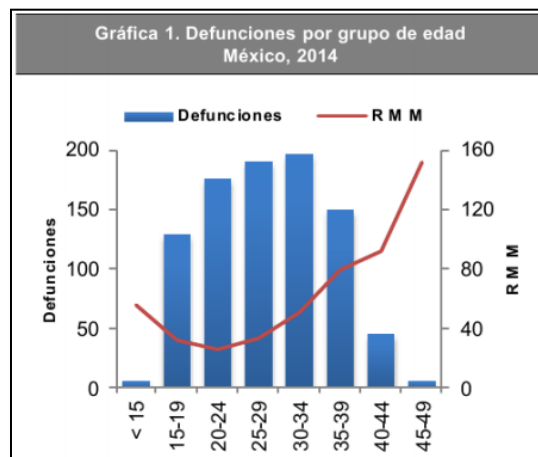
año anterior. Para diciembre de 2012 se tuvieron 888 defunciones, lo que en 2013 se reporto con 867, de estas el grupo de edad más representativo fue de 20 a 24 años.



Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica, Defunciones Maternas, SINAVE 2013.

Las entidades federativas con mayor número de defunciones maternas en el país fueron: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal y Chiapas, que reúnen el 38% del total de las defunciones registradas, teniendo el Distrito Federal un total de 62 muertes registradas; y dentro de las causas principales de defunción se reportaron: la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, edema y proteinuria con el 23.2%, la hemorragia obstétrica con el 17.2%, sepsis y otras infecciones puerperales con un 5.3%, complicaciones en relación a embarazo parto y puerperio con el 4.6 % y la embolia obstétrica con un 4.4% representando entre todas el 54.8% del total de causas.8

Para finalizar el 2014 concluyo con 893 defunciones maternas, a una razón de mortalidad de 39 por cada 100 nacimientos estimados, representando así una reducción del -1.4% respecto al año anterior en la misma fecha. Con variantes respecto a la edad en la que se presentaron más defunciones, siendo entre 30 y 34 años el grupo más afectado.9



Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica, Defunciones Maternas, SINAVE 2014.

En este caso los estados que mas defunciones presentaron, fueron el Estado de México nuevamente a la cabeza, Veracruz, Chiapas, el Distrito Federal y Jalisco que suman el 39.5% de las defunciones totales; teniendo el DF de 57 defunciones, mostrando una disminución de 5 muertes respecto del 2013.

Este año las principales causas de mortalidad materna registradas fueron la hemorragia obstétrica con una 19.6%, la Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en embarazo parto y puerperio con un 19%, Enfermedad del sistema respiratorio con un 10.1%, el Aborto con un 7.8%, y la embolia obstétrica con un 4.9%, que juntos constituyen el 61.5% del total del las defunciones en el año.⁹

La Organización Panamericana de la Salud aprobó en 2011 un Plan para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave, con los objetivos generales de: a) Contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad materna, b) Prevenir la morbilidad materna grave, y c) Fortalecer la vigilancia de la mortalidad y morbilidad maternas, a través de cuatro áreas estratégicas: I) Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos, II) Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud, III) Recursos humanos calificados, y IV) Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas. Para estas áreas estratégicas propone indicadores para su seguimiento.¹⁰

El trabajo que realice proporcionando mi servicio social como personal del sector salud, consistió prioritariamente en brindar atención prenatal a las pacientes embarazadas en cualquier etapa de la gestación, así como a las pacientes durante el puerperio.

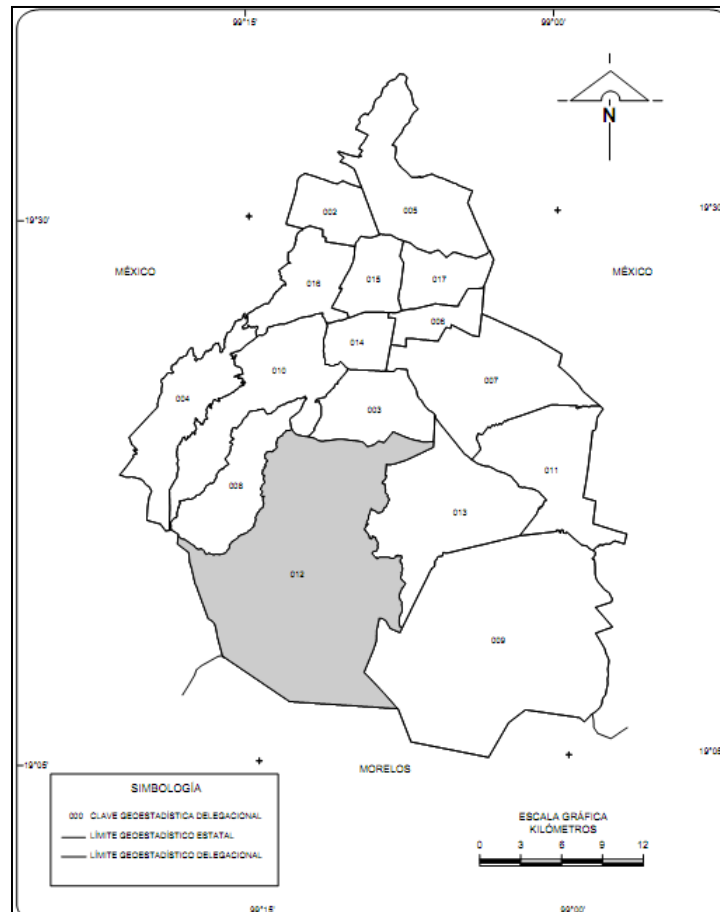
Mis servicios como medico pasante incluyeron consulta medica general como primer contacto con el paciente, sin embargo por medio del programa “Embarazo Saludable” que la Dirección de Salud de la Delegación Tlalpan en el Distrito Federal inicio, me dio la tarea de brindar, junto con un equipo, la atención médica necesaria, promover la cultura de la prevención, y como finalidad primordial disminuir hasta erradicar las muertes maternas en dicha delegación, misma en la que se reportaron en 2012 y 2013, tres muertes maternas, en el último año específicamente en las regiones de los Pueblos del Ajusco. Tomando en cuenta que las causas de estas fueron por Enfermedad Hipertensiva del Embarazo y complicaciones en el puerperio.

Por tales razones a inicios del 2014 se echa a andar este programa en los Centros Pro Salud antes llamados Casas de Salud, iniciando en San Miguel Ajusco y extendiéndose a los centros en las colonias Mesa Los Hornos, Belvedere, Lomas Hidalgo y Mirador.

Siendo San Miguel Ajusco el pueblo en el que llevé a cabo mi trabajo, quiero realizar una reseña breve acerca la de delegación y posteriormente de dicha comunidad aun perteneciente a la ciudad de México, para dar a conocer el contexto socioeconómico en que se trabajo este proyecto de salud.

TLALPAN

La Delegación Tlalpan colinda al Norte con las delegaciones Magdalena Contreras, Álvaro Obregón y Coyoacán. Al Oriente con Xochimilco y Milpa Alta; al Sur con los municipios de Huitzilac (Morelos) y Santiago Tianguistenco (Estado de México). Al Poniente nuevamente con Santiago Tianguistenco y con Xalatlaco, del mismo estado, así como con la Delegación Magdalena Contreras.



Cuaderno Estadístico Delegacional de Tlalpan, Distrito Federal, edición 2007. Mapas

Tlalpan tiene un área de 312 kilómetros cuadrados, lo que representa el 20.7 por ciento del Distrito Federal. La mayoría del suelo es rocoso y destacan numerosas estructuras volcánicas. La máxima altitud es de 3 mil 930 metros y corresponde al Cerro de la Cruz del Marqués. La mínima es de 2 mil 260 metros y se fija en los alrededores del cruce de las avenidas Anillo Periférico y Viaducto Tlalpan.11

Actualmente sólo existen los cauces de los que fueron ríos de caudal importante: San Buenaventura y San Juan de Dios. Ambos ríos sólo vuelven a formar su caudal en la temporada de lluvias por las corrientes de agua que bajan de los cerros y fertilizan los llanos de Tlalpan.

El clima varía de templado subhúmedo en la parte Norte a semifrío subhúmedo conforme aumenta la altitud hasta tornarse semifrío húmedo en las partes más altas.

Las temperaturas medias anuales son en las partes más bajas oscilan entre 10 y 12 grados centígrados, mientras que en las regiones con mayor altitud son inferiores a los 8 grados centígrados.

La flora de Tlalpan está constituida por el llamado “Palo Loco” en forma extensa y cubre todo el Pedregal. Esta especie es una variedad de matorral heterogéneo con diferencias de su composición floral.

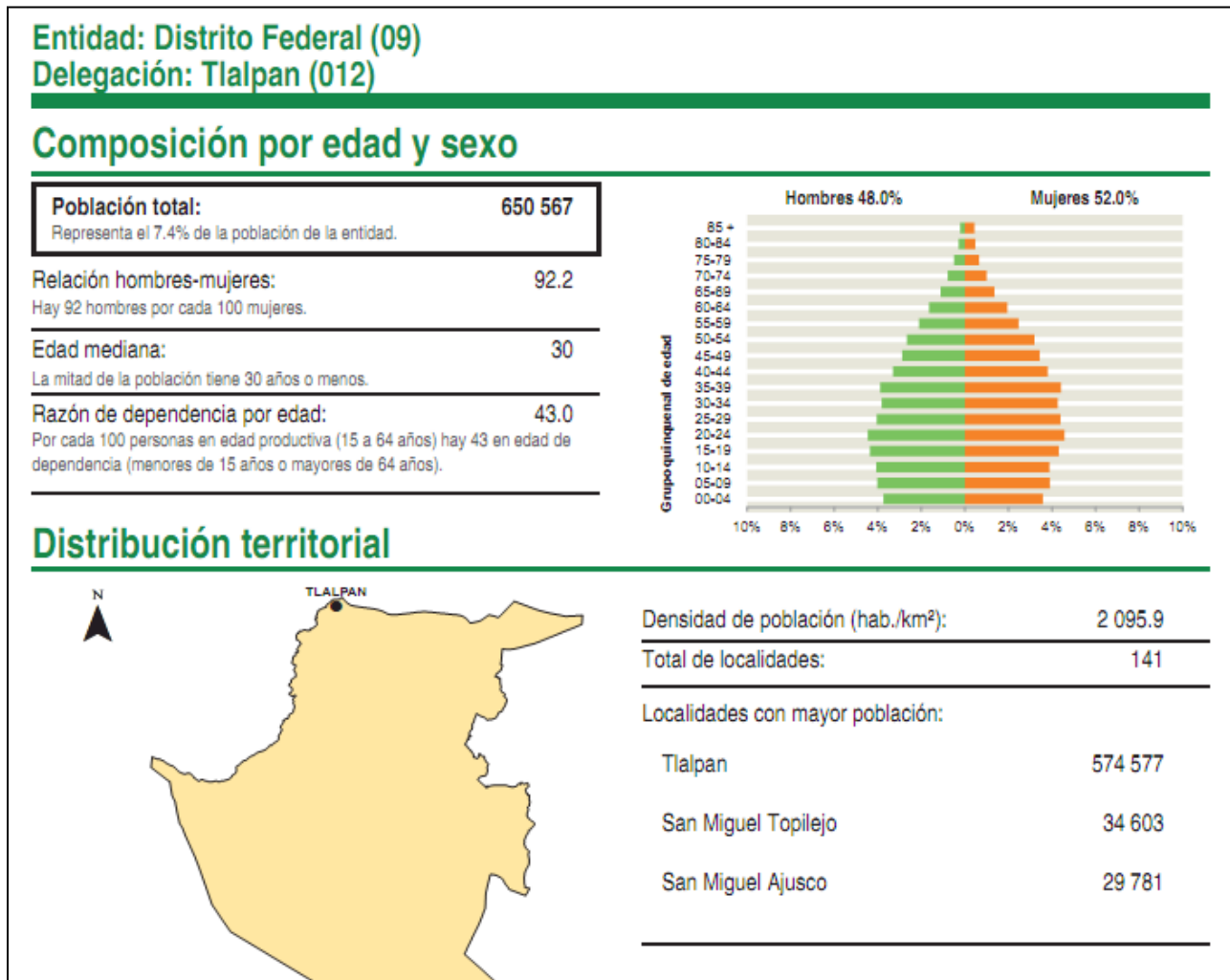
También se produce pirul y encino de varias especies duras principalmente. Le sigue la variedad del pino, al sur y sureste del Xitle, y en las regiones altas del Ajusco. Por último se dan variedades de ocote, jacalote, oyamel y aile. En las zonas montañosas se hallan los bosques de coníferas y diversas especies de cedros. La vegetación arbórea está integrada por el madroño, cuchara y huejote.

La fauna silvestre tiene su pleno desarrollo dentro del Pedregal porque en las fisuras de las rocas existe la vegetación del zacatón y palo loco, lo que propicia la proliferación de los roedores como el tlacuache, conejo, ardilla, armadillo y tuza, aunque en las regiones altas y apartadas existen mamíferos como el zorrillo y el coyote.

La agricultura es todavía una de las actividades productivas principales en la demarcación. El cultivo se extiende al Este y Sur y se abre hacia el Oeste y hasta las faldas del Ajusco. En estas zonas se cultiva fundamentalmente maíz, avena y alberjón, además de la alfalfa, papa, chabacano, pera, perón durazno, higo, membrillo, ciruela y capulín.

También la floricultura es importante en la economía de la demarcación. El pueblo de San Andrés Totoltepec es el principal productor de rosa, clavel, lluvia, gladiola y nube.

La actividad pecuaria se caracteriza principalmente por la crianza de ganado ovino, vacuno y porcino. El ganado que más abunda es el ovino y su producción es la lana sucia. Sigue en orden de importancia el ganado vacuno y el porcino.¹¹



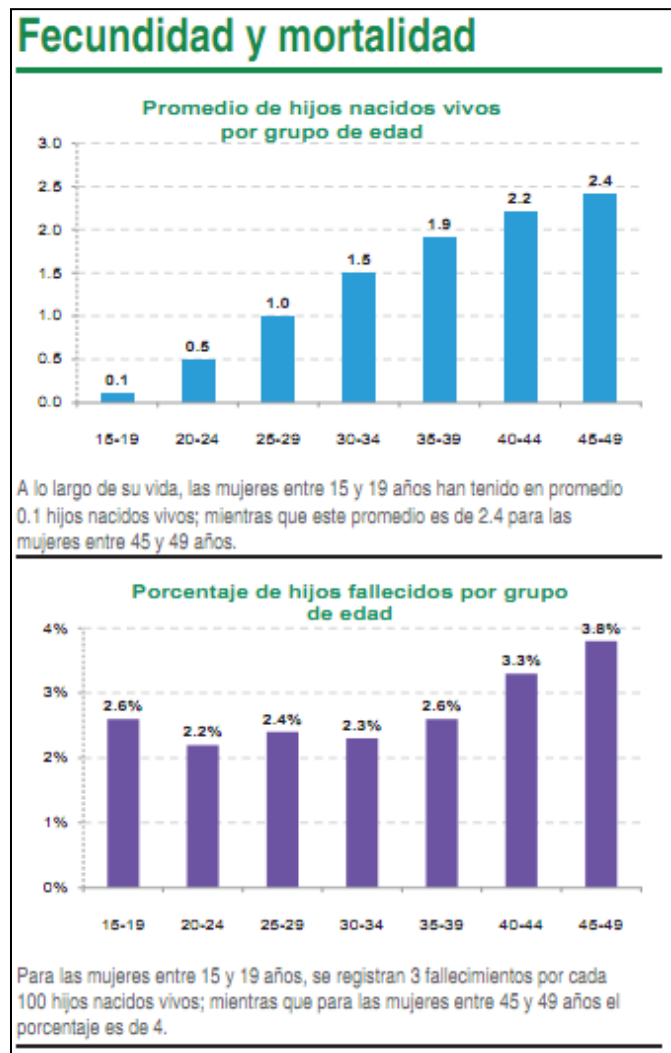
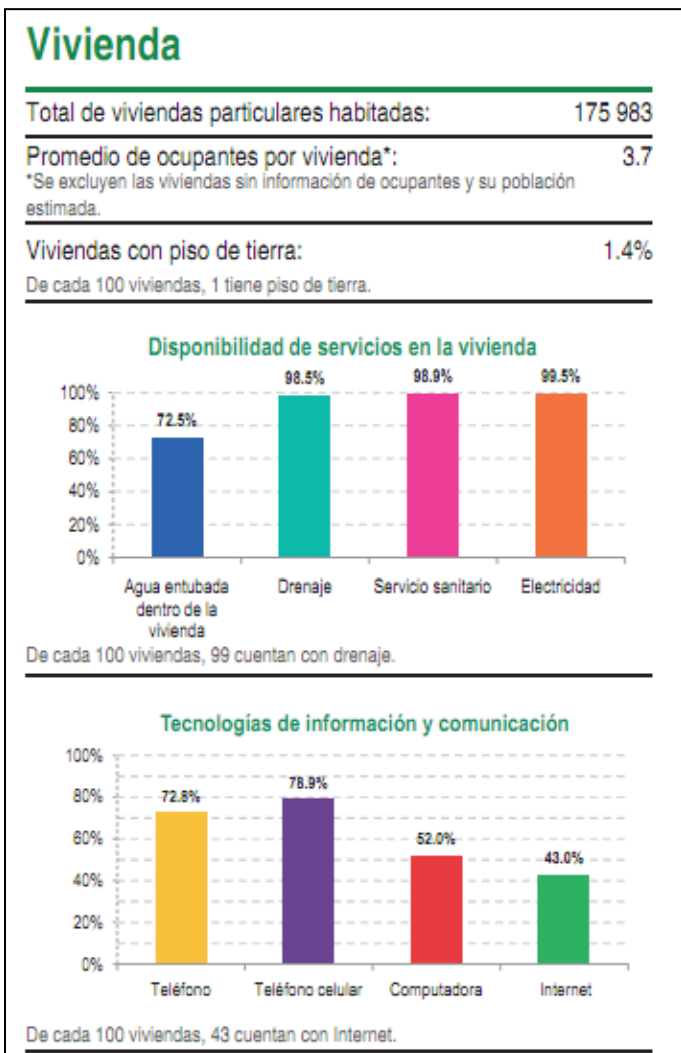
Perfil Sociodemográfico

El perfil socioeconómico nos arroja que alrededor del 16 por ciento de los habitantes de Tlalpan proviene de los estados del interior del país, principalmente del Estado de México, Oaxaca, Puebla, Veracruz y Guanajuato.

Casi el dos por ciento de la población local habla alguna lengua indígena, principalmente náhuatl, mixteco y otomí.

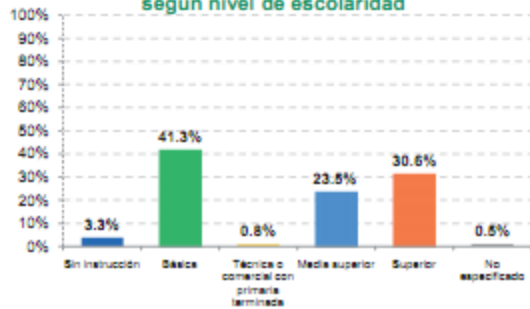
De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del INEGI en 2010, la Delegación Tlalpan tiene una población de 650 mil 567 personas. De esta cifra, 312 mil 139 son hombres y 338 mil 428 son mujeres.

La tasa de crecimiento anual intercensal de 2000 a 2010 fue de 1.09 por ciento. Predomina la religión católica con un 81.8 por ciento de la población que practica alguna.¹¹



Características educativas

Distribución de la población de 15 años y más según nivel de escolaridad



De cada 100 personas de 15 años y más, 31 tienen algún grado aprobado en educación superior.

Tasa de alfabetización por grupo de edad:

15-24 años	98.3%
25 años y más	96.3%

De cada 100 personas entre 15 y 24 años, 98 saben leer y escribir un recado.

Asistencia escolar por grupo de edad:

3-5 años	62.9%
6-11 años	97.2%
12-14 años	95.3%
15-24 años	53.6%

De cada 100 personas entre 6 y 11 años, 97 asisten a la escuela.

Características económicas

Población de 12 años y más	Total	Hombres	Mujeres
Económicamente activa:	57.0%	71.4%	44.1%
Ocupada:	95.3%	94.5%	96.3%
No ocupada:	4.7%	5.5%	3.7%

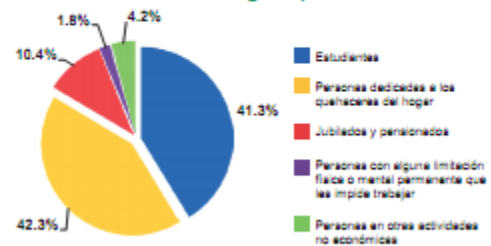
De cada 100 personas de 12 años y más, 57 participan en las actividades económicas; de cada 100 de estas personas, 95 tienen alguna ocupación.

No económicamente activa:	42.4%	28.0%	55.4%
---------------------------	-------	-------	-------

De cada 100 personas de 12 años y más, 42 no participan en las actividades económicas.

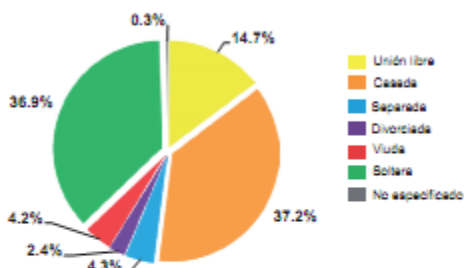
Condición de actividad no especificada:	0.6%	0.6%	0.5%
---	------	------	------

Distribución de la población de 12 años y más no económicamente activa según tipo de actividad



Situación conyugal

Distribución de la población de 12 años y más según situación conyugal



De cada 100 personas de 12 años y más, 37 son casadas y 15 viven en unión libre.

Religión

Religiones más frecuentes:

Católica	81.8%
Sin religión	6.3%

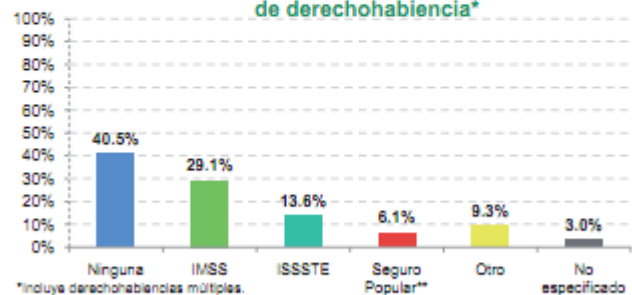
De cada 100 personas, 82 son de religión católica.

Derechohabencia

Población derechohabiente: 56.5%

De cada 100 personas, 57 tienen derecho a servicios médicos de alguna institución pública o privada.

Distribución de la población según institución de derechohabencia*



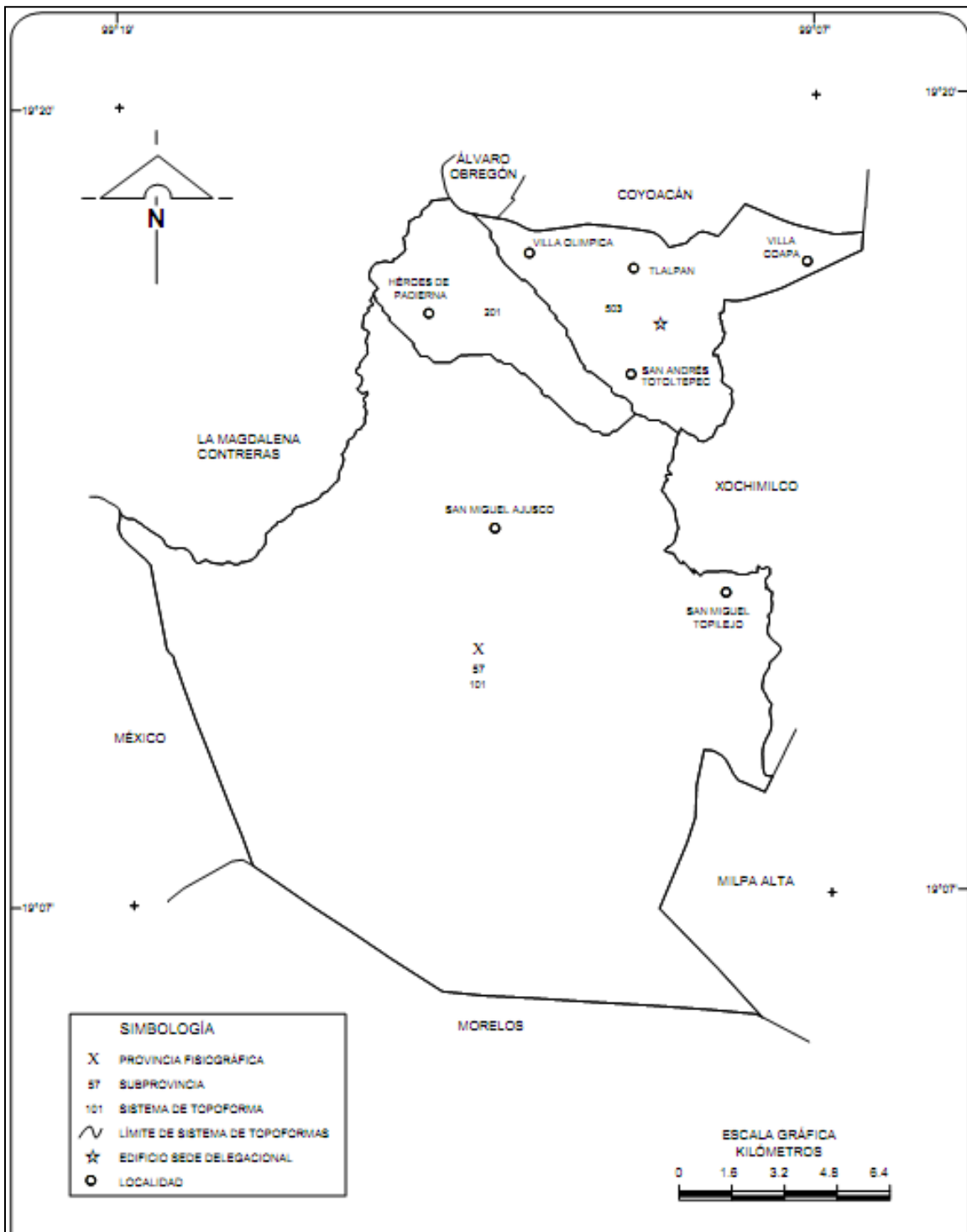
*Incluye derechohabencias múltiples.

**Incluye seguro para una nueva generación.

De cada 100 personas, 29 tienen derecho a servicios médicos del IMSS.

SAN MIGUEL AJUSCO

El pueblo de San Miguel Ajusco se ubica al sureste de la Delegación Tlalpan en la zona del Ajusco, a una longitud de $99^{\circ}12'18''$, latitud de $19^{\circ}13'2''$ y a una altitud de 2,900 msnm; en el año 2010 se calculó una población de 29 781 habitantes, cuya densidad corresponde a la baja, es decir 100 habitantes por hectárea. Éste se encuentra en la zona de poblados rurales, en él predomina el uso habitacional, y el comercio se concentra en la parte central.



Año	2005			2010		
	Datos demográficos	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total de población en la localidad	12,635	13,014	25,649	14,657	15,124	29,781
Viviendas particulares habitadas	5,948			7,188		
Grado de marginación de la localidad	Bajo			Medio		
Grado de rezago social localidad	Muy bajo			Muy bajo		

Para el pueblo de San Miguel Ajusto, su principal vía de comunicación es la carretera Camino al Ajusto, que se une con la calle Mariano Escobedo. Al oeste del pueblo se encuentra la carretera Ajusto-Picacho, mediante la cual se comunica al barrio de San Miguel Ajusto con la ciudad. Dentro del pueblo las principales vías son Mariano Escobedo como ruta de acceso, por la cual pasan dos rutas de transporte público, la segunda vía es la de Mariano Matamoros y cuenta con una ruta.

En cuanto a viviendas, el nivel de consolidación de éstas es de 85 a 90%, pues la mayoría es de tabique, concreto y de materiales durables. La imagen del barrio es de deterioro, ya que a pesar de tener las viviendas un buen nivel de consolidación, se encuentran con aspecto de deterioro. Las viviendas son habitadas por dos familias, con cinco miembros promedio; el tipo de propiedad predominante es comunal.¹⁴

El pueblo cuenta con todos los servicios: agua potable, drenaje y energía eléctrica con una cobertura de 90%, presentando principalmente problemas en el suministro de agua, ya que esta es obtenida por medio de pipas.

Las vialidades se encuentran pavimentadas en su mayoría con asfalto, a excepción de dos calles empedradas; carecen de banquetas y guarnición a excepción de la principal, Mariano Escobedo. El mobiliario urbano (paradas de camión, cestos de basura, puestos de periódico, bancas, etcétera) es deficiente. Gran parte del servicio de alumbrado público funciona adecuadamente, carece de teléfonos públicos.

Cuentan con el Centro de Salud “Dr. Gerardo Varela Mariscal” y el “Deportivo Ajusto, Campo 20 de Noviembre”. Se cuenta con guarderías, jardín de niños, primaria, secundaria y una biblioteca, así como una Lechería Liconsa; además con pequeños equipamientos de carácter local, como farmacias, consultorios, tiendas, etcétera.

Con respecto a los riesgos ambientales, existe un arroyo que pasa por la vía principal, el cual es utilizado como tiradero de basura; el cual implica un riesgo importante para la salud de la población, ya que ahí se vierten aguas grises (agua proveniente de lavabos, regaderas, lavado de ropa y trastes) y negras (provenientes del baño).¹⁴ Además es importante comentar que el hacinamiento en la viviendas y el clima extremoso en la región contribuyen de manera importante a la morbilidad en la población.

En la comunidad se ubica el Centro de salud “Dr. Gerardo Varela Mariscal”; es de nivel tres y cuenta con servicios más amplios que los de un centro de salud básico; está en buenas condiciones, presta buen servicio y de acuerdo con el rango de población y del Sistema Normativo de Equipamiento Urbano (SNEU) la demanda de la población está cubierta. Sin embargo al brindar mis servicios de atención en salud, la población refiere un problema de sobredemanda en el centro de salud, lo que genera permanecer de varias horas en espera del turno para recibir el servicio por lo que mucha población se abstiene de solicitar el mismo.

Al prestar mis servicios como medico en el Centro Pro Salud durante el periodo de febrero de 2014 a enero del 2015, se atendio un promedio entre 7 y 12 pacientes al dia, brindando atencion medica general y enfocada en el programa de control prenatal Embarazo Saludable, en el cual se atendieron 97 mujeres, las cuales son provenientes de los pueblos San Miguel Ajusco, Santo Tomas Ajusco, Magdalena Petlascalco, San Miguel Xicalco, San Andres Totoltepec y una paciente habitante del Centro de Tlapan.



Se les invito a recibir atencion prenatal gratuita con consultas medicas integrales, que incluyeran toma de glucometria capilar, revision de niveles de tension arterial, prueba rapida de orina, asi como monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal del producto de gestacion. Otro de los beneficios ofrecidos a las pacientes fue recibir la atencion mensual por medio de una cita con horario libre, ademas de poder acudir a consulta con cita abierta en caso de presentar datos de alarma o algun sintoma. Se les proporciono ácido folico y vitaminas en caso necesario, de manera gratuita, y por supuesto se les proporciono referencia a Segundo nivel de atencion al momento de requerirlo. Ademas se ofrecio atencion medica en la etapa del puerperio, para la madre y el recién nacido, con seguimiento hasta los tres meses de edad. Con la finalidad de detectar y prevenir cualquier factor de riesgo para la salud del binomio.

Al estar en coordinacion con los principales hospitales de Segundo Nivel en la zona, (Hospital General Ajusco Medio y Hospital Materno Infantil De Topilejo), fue mas facil trabajar en conjunto para brindar una atencion completa y de calidad, con la opcion de referir a las pacientes en diferentes etapas de la gestacion en especial a pacientes muy jovenes y que por ende cursaron un embarazo de alto riesgo.

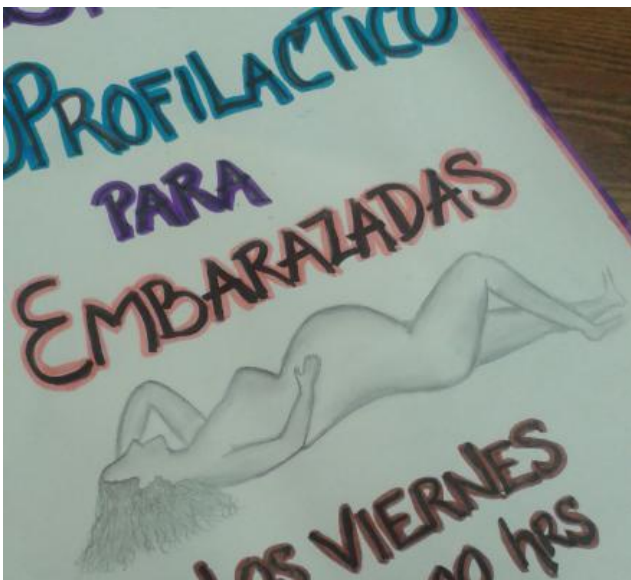
Tambien se gestiono un acuerdo con el Centro de Investigacion en Enfermedades Infecciosas (CIENI) perteneciente al Instituto Nacional De Enfermedades Respiratorias (INER), para realizar al las pacientes embarazadas analisis clinicos para deteccion de VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, Toxoplasmosis, Sífilis, Gonorrea y Clamidia; para lo cual parte del personal de la Direccion de Salud, incluyendome, recibimos capacitacion con valor curricular, en enfermedades infecciones, especialmente por VIH, asi como en consejeria para realizacion de las pruebas.



En el caso de mis pacientes las pruebas se realizaron en tres ocasiones a lo largo del año, por grupos de pacientes, llevándose a cabo en las instalaciones del Centro Pro Salud por personal capacitado y con medidas de higiene óptimas. Las muestras de las pacientes fueron llevadas al CIENI a procesar y al obtener los resultados serían entregados al médico a cargo. Cabe señalar que en caso de encontrar un resultado positivo, el mismo centro se encargaría de informar directamente a la paciente y le brindaría tratamiento y seguimiento de manera gratuita, lo cual no sucedió con ninguna de las pacientes a mi cargo. El inconveniente que presentó este servicio fue que al ofrecerlo a toda la delegación, no se programaron suficientes toma de muestras para cubrir a todas las pacientes, que por supuesto ingresaron a lo largo de los meses en el año.

ATENCION EMBARAZO SALUDABLE 2014		
CENTRO PRO-SALUD SAN MIGUEL AJUSCO		
MES	USUARIAS ATENDIDAS EMBARAZADAS	ATENDIDAS USUARIAS PUERPERIO/RN
FEBRERO	33	-
MARZO	39	-
ABRIL	48	5
MAYO	43	10
JUNIO	36	21
JULIO	40	19
AGOSTO	30	16
SEPTIEMBRE	31	15
OCTUBRE	34	20
NOVIEMBRE	13	16
DICIEMBRE	7	8
ENERO	4	1

En el transcurso de mi servicio social, se brindo a las pacientes embarazadas un curso psicoprofilactico, como apoyo a la gestacion, mismo que se impartia una vez a la semana de manera gratuita y por una terapeuta especializada que ademas paralelamente lleva a cabo las mismas actividades en el hospital general Ajusco Medio al que acudieron varias de las usuarias referidas. En este curso realizaron ejercicios de activacion, de relajacion y de respiracion adecuada, ademas de interaccion y platicas para compartir experiencias mutuamente. A pesar de que se invitaba a las pacientes en repetidas ocasiones a tomar el curso, la participacion de estas se mantuvo de 3 a 7 pacientes por sesion, lo cual evidentemente era baja, con razones comentadas principalmente como falta de tiempo, otras ocupaciones o tener que cuidar a sus otros hijos, en otros casos era falta de interes. El curso se impartio durante seis meses, con resultados satisfactorios para las pacientes que acudieron a las sesiones.

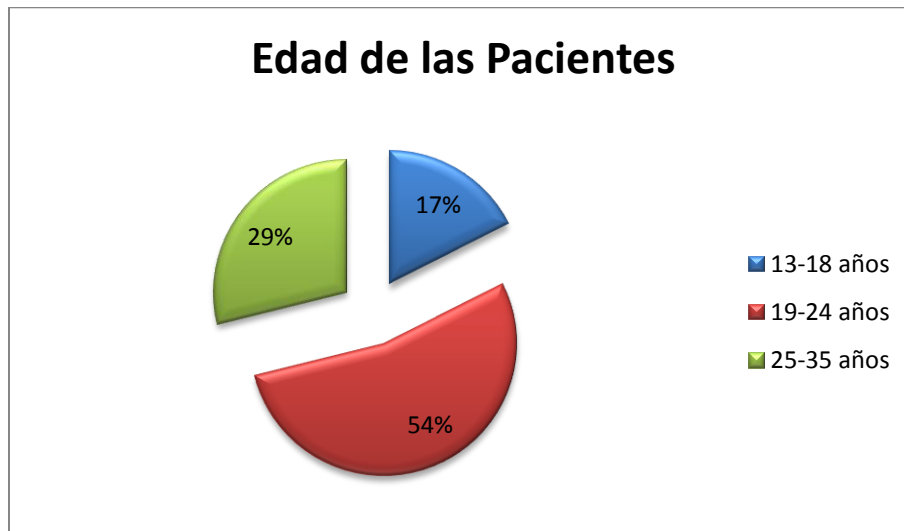


Como se menciona previamente, a lo largo del año atendí 97 pacientes, aunque hubo un numero reducido de pacientes que solo acudieron a una consulta, al 100% de las mujeres en etapa de gestacion se les otorgo una atencion prenatal integral. En su primera consulta con apoyo de la enfermera asignada, se registro a cada paciente solicitando datos personales y algun numero telefonico para poder estar en contacto en caso necesario con cada una, se les realizo una historia clinica completa, asi como una exploracion fisica detallada. Se les entrego un carnet de citas en el cual se llevo el registro de somatometria, signos vitales de la madre y el producto de gestacion en cada consulta.

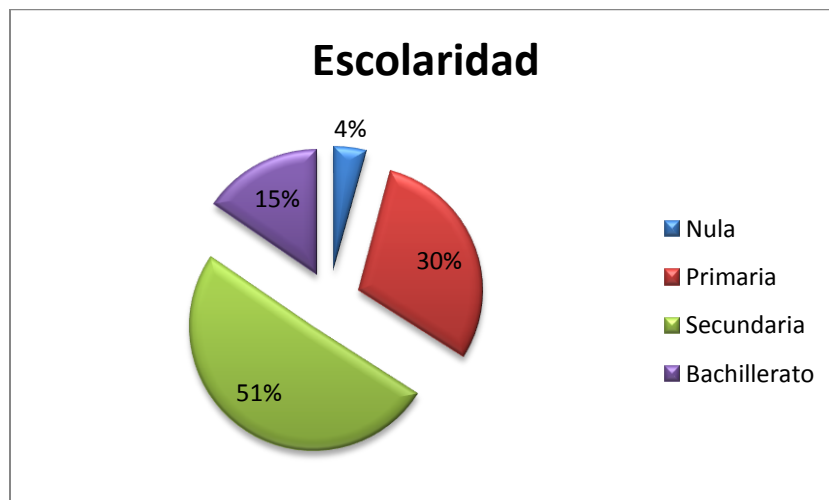
Las pacientes se citaron a revision cada mes a excepcion de que requiriera un seguimiento mas estrecho, ellas tenian un dia programado, con horario libre, lo cual facilito mucho la atencion, ya que rara vez tenian que esperar por mas de 10 minutos para entrar a consulta.

Del total de las pacientes se realizo un concentrado de datos estadisticos acerca de su condicion social y medica, y se obtuvieron los siguientes resultados: la edad predominante de pacientes en gestacion fue de 19 a 24 con 52 pacientes, tuvimos 29 pacientes de 25 a 35 años, y en menor cantidad atendimos 17 mujeres de 13 a 18 años, un grupo de pacientes por supuesto cursando un embarazo de alto riesgo por el simple hecho de no tener fisiologicamente la edad reproductiva adecuada, siendo las edades mas bajas unicamente una paciente de 13

años y otra de 15; a todas ellas se les refirió a segundo nivel en la primera consulta, sin embargo algunas continuaron acudiendo a revisión al Centro Pro Salud al mismo tiempo que al Hospital.



En el rubro de la escolaridad, la mitad de las pacientes tiene el grado de Secundaria concluida, seguida por 29 pacientes con nivel de primaria, 15 con bachillerato y únicamente 4 tienen estudios nulos. No se saben las causas de la marcada diferencia y predominancia hasta el nivel básico, pero es muy probable que sea resultado de la falta de planteles educativos de nivel medio superior o bachillerato en los pueblos del ajusco, por los gastos que implica el trasladarse hasta el centro de la delegación o más allá, además de la alta probabilidad de que muchas de las pacientes truncaron sus estudios por el embarazo actual o los previos. Como dato relevante cabe mencionar la relación que existe registrada en el año 2012 para mortalidad materna en México, según el Observatorio de Mortalidad Materna, las cifras más elevadas de defunciones, ocurrieron en mujeres con grado de estudios a nivel secundaria y en aquellas que contaban con Seguro Popular como seguridad social, al igual que la población con la que trabajé en el transcurso del año.



México. Distribución porcentual de defunciones maternas según condición de derechohabencia en salud y escolaridad de la madre, 2012

Escolaridad	A		B		C		D		E		F	
	Defunciones	%	Defunciones	%	Defunciones	%	Defunciones	%	Defunciones	%	Defunciones	%
Sin escolaridad o preescolar	36	25.5	14	8.5	0	0	121	22.9	0	0	0	0
Al menos un año de primaria	22	15.6	23	13.9	2	6.7	140	26.5	0	0	2	16.7
Al menos un año de secundaria	46	32.6	72	43.6	6	20	149	28.2	1	100	4	33.3
Bachillerato/Preparatoria	4	2.8	28	17	20	66.7	16	3.0	0	0	2	16.7
Profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Posgrado	0	0	2	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0
No especificada	33	23.4	26	15.8	2	6.7	102	19.3	0	0	4	33.3
Total	141	100	165	100	30	100	528	100	1	100	12	100

A: No derechohabiente de algún servicio de salud
 B: Derechohabiente del IMSS
 C: Derechohabiente del ISSSTE
 D: Derechohabiente del Seguro Popular
 E: Derechohabiente de PEMEX, SEDENA o SEMAR
 F: Derechohabiente de otra institución de salud

No incluye 83 casos en los cuales no se especifica la condición de derechohabencia de la mujer.

Fuente: Elaboración del OMM a partir de la Base de datos definitiva de Mortalidad Materna 2012, proporcionada por la DGIS/SSA, México, 2013.

Indicadores 2012, Objetivo del desarrollo del Milenio 5: Avances en México, Observatorio de Mortalidad Materna en México

México. Distribución porcentual de defunciones maternas tardías según escolaridad y entidad de residencia habitual de la madre, 2012

Porcentaje según escolaridad

Entidad de residencia habitual	Ninguna	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Bachillerato o preparatoria incompleta	Bachillerato o preparatoria completa	Profesional	No especificado	Total
Nacional	4.42	11.50	14.16	7.08	27.43	6.19	9.73	7.96	11.50	100

Fuente: Elaboración del OMM a partir de la Base de datos definitiva de Mortalidad Materna 2012, proporcionada por la DGIS/SSA, México, 2013.

Indicadores 2012, Objetivo del desarrollo del Milenio 5: Avances en México, Observatorio de Mortalidad Materna en México

En cuanto a la ocupación de las pacientes, 85 de las 97 se dedican a su hogar, 11 son empleadas y solo 5 se refirieron como estudiantes. Aunque me gustaría atribuir esta predominancia de amas de casa al entorno social de las pacientes denominado “pueblo” con ciertas tradiciones y costumbres, prefiero dejarlo a criterio del lector, ya que a pesar de lo anterior, hay otros factores que pueden influir en la ocupación de las pacientes, como la dificultad para encontrar empleo con un nivel educativo básico, más hijos que requieren atención, o decisión propia de la usuaria. En este caso encontramos nuevamente una relación importante entre la mayor mortalidad materna y la ocupación “inactiva” o “trabaja”, lo que sugiere que las mujeres empleadas o con alguna actividad fuera del hogar pudiera implicar un factor protector en el desarrollo de la maternidad.



Ocupación	A		B		C		D		E		F	
	Defun- ciones	%	Defun- ciones	%	Defun- ciones	%	Defun- ciones	%	Defun- ciones	%	Defun- ciones	%
No trabajan o inactivas	114	80.9	87	52.7	7	23.3	453	85.8	1	100	6	50.0
Profesionistas	1	0.7	9	5.5	1	3.3	1	0.2	0	0	2	16.7
Técnicas	0	0	3	1.8	2	6.7	0	0	0	0	0	0
Trabajadoras de la educación	0	0	1	0.6	12	40.0	0	0	0	0	2	16.7
Trabajadoras del arte, deportes y espectáculos	0	0	0	0	0	0	1	0.2	0	0	0	0
Funcionarias y directivas	0	0	0	0	0	0	1	0.2	0	0	0	0
Trabajadoras en actividades agrícolas, ganaderas, caza y pesca	1	0.7	1	0.6	0	0	5	0.9	0	0	0	0
Personal de control en el proceso de producción industrial	0	0	1	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabajadoras en la industria de la transformación	1	0.7	7	4.2	0	0	5	0.9	0	0	0	0
Operadoras de maquinaria fija	0	0	3	1.8	0	0	0	0	0	0	0	0
Ayudantes en el proceso de producción artesanal	0	0	1	0.6	1	3.3	0	0	0	0	0	0
Conductoras de maquinaria móvil y medios de transporte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabajadoras administrativas de nivel intermedio	0	0	2	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabajadoras administrativas de nivel inferior	3	2.1	39	23.6	6	20.0	20	3.8	0	0	1	8.3
Comerciantes, empleadas de comercio y agentes de ventas	7	5.0	3	1.8	0	0	9	1.7	0	0	0	0
Vendedoras ambulantes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabajadoras en servicios personales en establecimientos	1	0.7	3	1.8	0	0	4	0.8	0	0	0	0
Trabajadoras de servicio doméstico	3	2.1	0	0	0	0	2	0.4	0	0	0	0
Trabajadoras de fuerzas armadas, protección y vigilancia	0	0	0	0	0	0	2	0.4	0	0	0	0
No especificada	10	7.1	5	3.0	1	3.3	25	4.7	0	0	1	8.3
Total	141	100	165	100	30	100	528	100	1	100	12	100

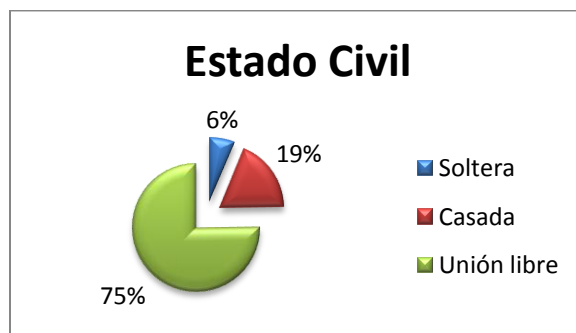
A: No derechohabiente de algún servicio de salud
 B: Derechohabiente del IMSS
 C: Derechohabiente del ISSSTE
 D: Derechohabiente del Seguro Popular
 E: Derechohabiente de PEMEX, SEDENA o SEMAR
 F: Derechohabiente de otra institución de salud

Indicadores 2012, Objetivo del desarrollo del Milenio 5: Avances en México, Observatorio de Mortalidad Materna en México



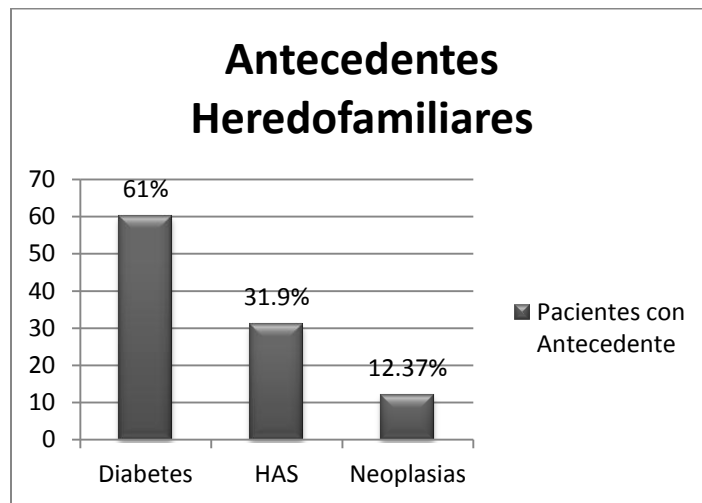
Indicadores 2012, Objetivo del desarrollo del Milenio 5: Avances en México, Observatorio de Mortalidad Materna en México

Haciendo referencia al estado civil de las pacientes, 73 de ellas se encuentran en union libre, 18 son casadas y 6 son solteras.



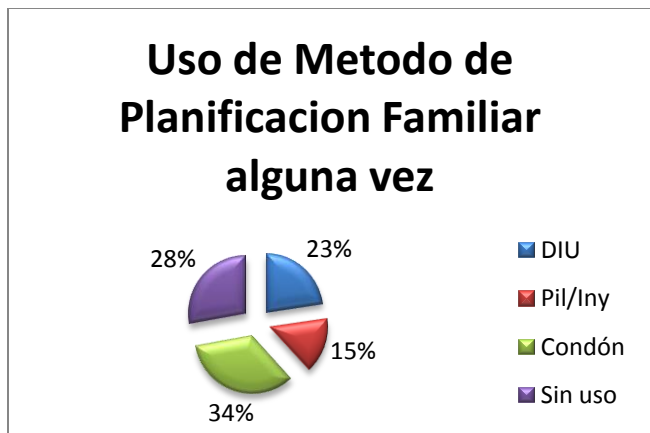
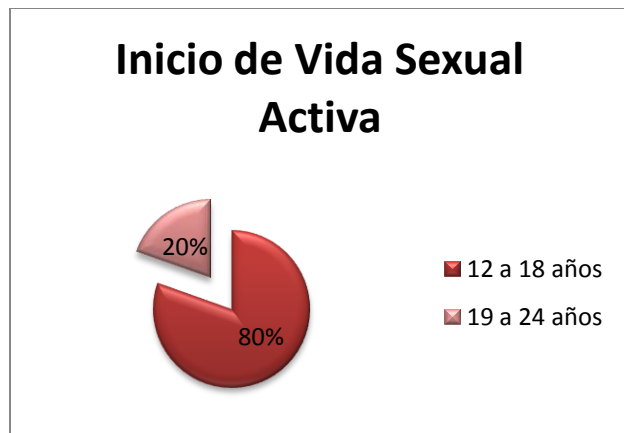
De las 97 pacientes unicamente 2 reportaron alguna patologia existente, una de ellas se trataba de artritis reumatoide Juvenil, y la otra con una lesion vertebral no complicada.

Dentro de los antecedentes heredofamiliares interrogados en la historia clinica como factores de riesgo, se eligieron los tres mas frecuentes: Diabetes Mellitus tipo 2 presente en linea directa de 60 pacientes, Hipertension Arterial Sistemica de 31 del total e historial familiar para Neoplasias de cualquier tipo en 12 de ellas. Cabe mencionar que algunas de las pacientes refirieron contar con los tres antecedentes y en mas de un familiar directo. En base a esto, se presto especial atencion al seguimiento de ganancia de peso, alimentacion y valoracion de niveles de glucosa central y periferica en todas las pacientes, con recomendaciones oportunas. Unicamente una de las pacientes desarrollo diabetes gestacional en el ultimo trimestre del embarazo sin complicaciones aparentes y sin evolucion a diabetes mellitus tipo 2.

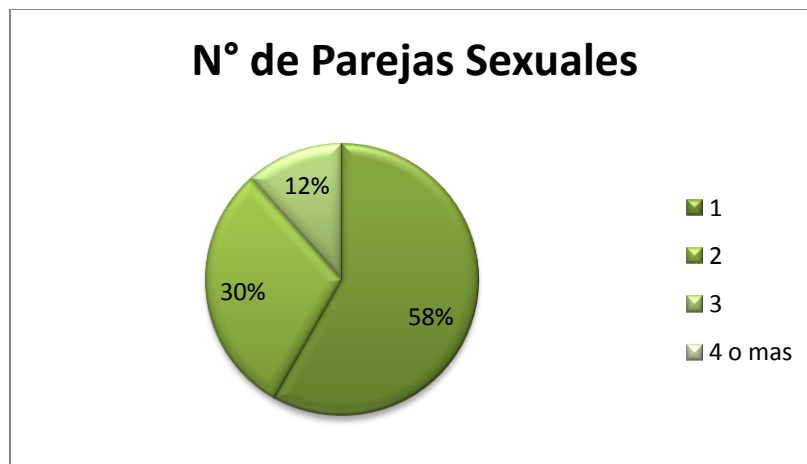


En relacion a los antecedentes ginecoobstetricos de las pacientes se eligieron los que se consideraron los de mayor relevancia, de acuerdo a la atencion a las mismas. En cuestion de salud reproductiva y factores de riesgo encontramos que el Inicio de vida sexual activa se presento con un rango amplio entre los 12 y los 27 años, con predominio de los 12 a los 18 años en 78 pacientes, recordando la importancia de esto como factor de riesgo para padecer cancer cervicouterino.

Por otro lado encontramos que del total de pacientes atendidas, 70 han usado algun metodo de planificacion familiar. Con un numero de 33 pacientes que refirieron haber hecho uso de condon masculino, 15 realizaron uso de pildoras o inyecciones mensuales y 22 menciono el uso de Dispositivo Intrauterino (DIU). Sin embargo el 28% de esta poblacion, refirio nunca haber utilizado algun metodo anticonceptivo, y a pesar de no representar la mayoria, sigue siendo una cantidad importante de pacientes. Dichos datos deben ser tomados en cuenta ya que la falta de prevencion por medio del uso de metodos anticonceptivos, es un importante factor de riesgo para contraer infecciones de transmision sexual ademas de embarazos inesperados, lo cual es un foco rojo para reforzar la informacion de la importancia del uso de los mismos asi como mejorar la cultura de prevencion y el acceso a ellos, a todos, no unicamente a los preservativos.

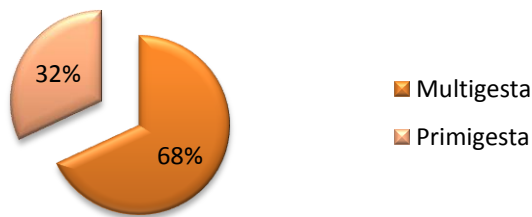


Otro rubro a tomar en cuenta es el numero de parejas sexuales de las pacientes, principalmente en relacion a la actividad sexual no protegida y que puede aumentar el riesgo de transmision de infecciones. En este caso encontramos un predominio en la pareja sexual unica referida por 53 pacientes, seguida por 31 pacientes que refieren haber tenido 2 parejas sexuales, 11 del total refieren 3 parejas y solo 2 mujeres refirieron 4 o mas parejas. Dichos resultados tambien podrian atribuirse al entorno social, ya que en estas comunidades es frecuente que al presentarse el inicio de vida sexual activa y sin metodo de planificacion familiar, suele sobrevenir un embarazo el cual genera a su vez la union conyugal de la pareja indefinidamente.



En la parte de antecedentes obstetricos brindamos atencion a 31 pacientes primigestas y 66 pacientes multigestas, de las cuales 45 terminaron gestacion por medio de parto y 19 por medio de cesarea secundaria a diversas causas. Del total de las pacientes 16 refirieron abortos previos a la gestacion actual, referidos por todas excepto dos de ellas, como espontaneos. Y solo 4 refirieron antecedente de haber cursado preeclamsia en embarazos previos, a las cuales se les dio seguimiento especial al presentar algun signo de alarma e indicaciones especificas.

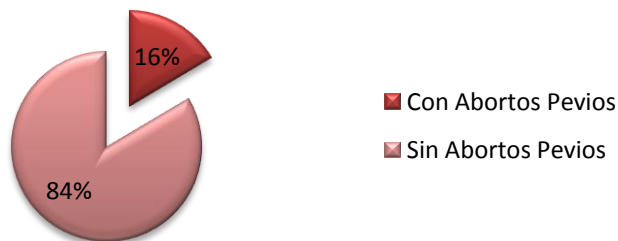
Gestas



Resolución de Gestas Previas

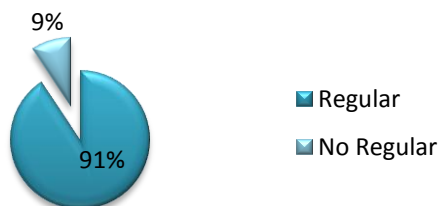


Historial de Aborto

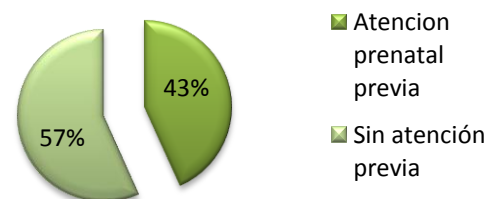


Durante la atención prenatal realizada en el año, aproximadamente 90% de las paciente tuvo la asistencia regular a consulta, tomando en cuentas las que ingresaron al termino de su embarazo pero continuaron en puerperio. De las 97 mujeres, 42 mencionaron haber tenido una atención prenatal previa a su ingreso conmigo, en diferentes medios, como servicio medico privado, en el centro de salud de la comunidad e incluso dos refirieron acudir con una partera tradicional. Todas ellas acudieron en busca de otro sitio de atención debido a que consideraban no estarla recibiendo adecuadamente, o por tener que esperar mucho tiempo para recibirla.

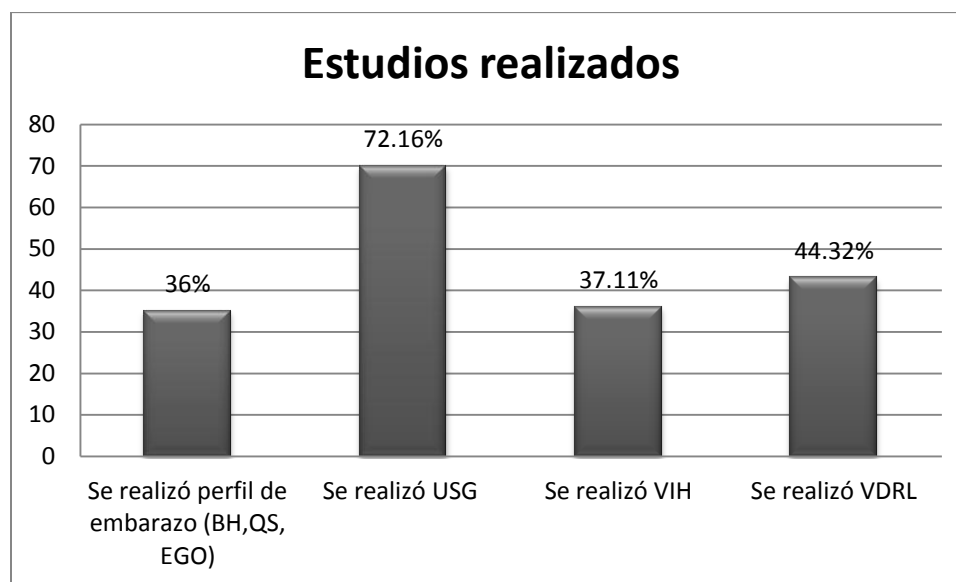
Asistencia Regular a Control



Atención previa

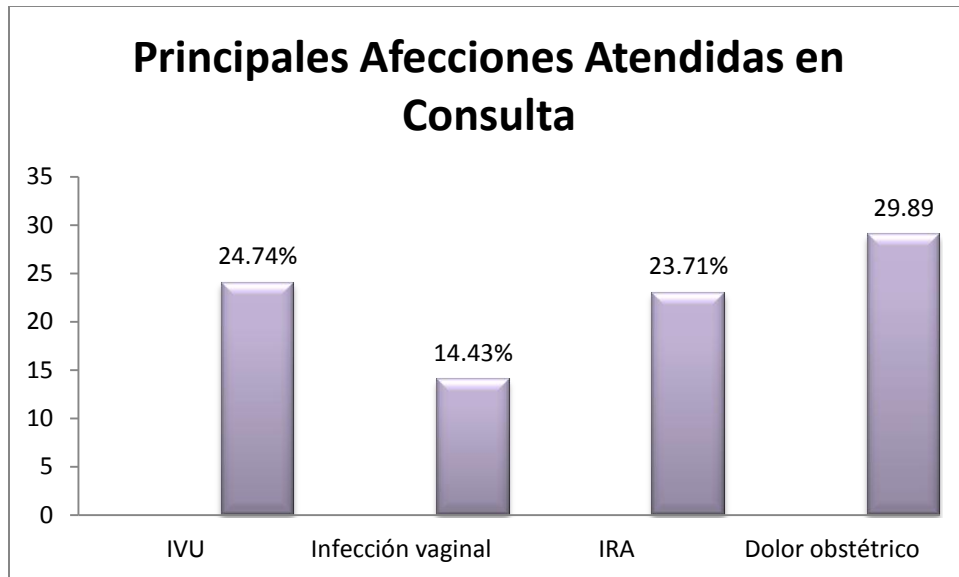


Es importante mencionar que a todas las pacientes se les solicitaron estudios de laboratorio que incluyeron Biometría Hemática, Química Sanguínea, Examen General de Orina, y un Ultrasonido Obstétrico en la primera consulta y en subsecuentes como parte de una atención integral y a fin de detectar alguna patología a tiempo, sin embargo fue necesario solicitarlos más de una vez, ya que las pacientes no acudían a realizarse los estudios, por falta de dinero principalmente, por falta de tiempo referían o por olvido. Sin embargo siempre se les hizo incapie a las pacientes acudir a su consulta programada, incluso si no se habían realizado los estudios, con el fin de no perder el seguimiento. Para tales fines, según los registros de las consultas a mi cargo se determinó que, un total de 70 pacientes se realizaron uno o más ultrasonidos obstétricos a lo largo del control prenatal, pero solo 35 se realizaron los estudios de laboratorio (BH, QS, EGO). Por otro lado tenemos que de las 97 mujeres, aproximadamente 43 se realizaron análisis para detección de VDRL y 36 para VIH, como parte del apoyo brindado por el CIENI y de manera independiente. No fue reportada ninguna con resultado positivo.



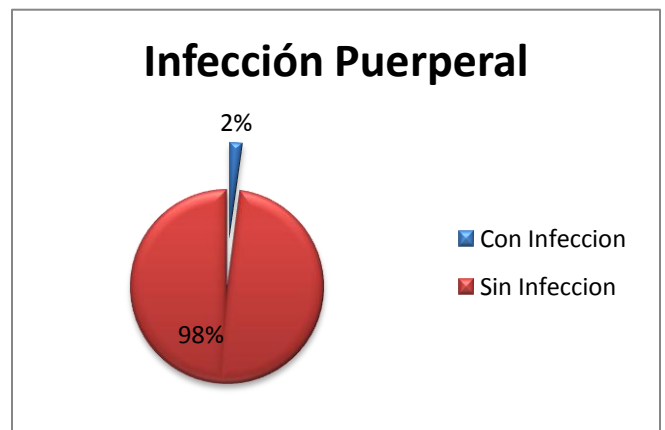
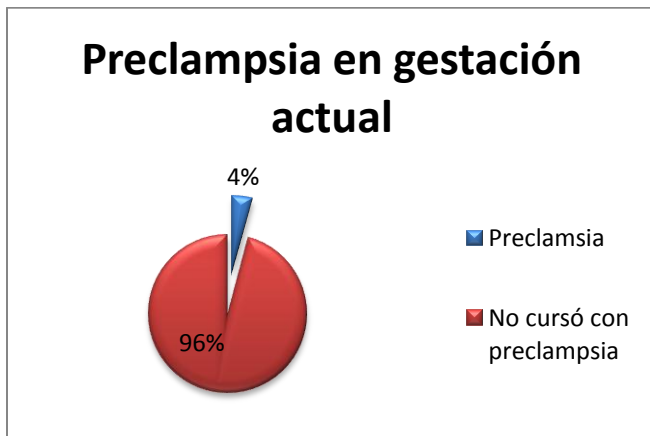
Estos datos representan un gran avance y fue una importante oportunidad y apoyo a las mujeres de estas poblaciones en detección y prevención oportuna durante el embarazo, sin embargo no es suficiente. La meta en cada servicio de salud debe ser el poder cubrir el cien por ciento de pacientes en gestación con estas pruebas, previniendo riesgos para el binomio de manera integral.

Dentro de la atención a la gestación, encontramos algunas patologías de manera frecuente, que se atendieron en las pacientes, ya sea en el momento de su cita mensual o fuera de ella, estas fueron el dolor obstétrico reportado por 29 pacientes, infección de Vías Urinarias presente en 24 pacientes, infección de las Vías Respiratorias en 23 mujeres y finalmente Infección vaginal reportada en 14 pacientes. Estas afecciones fueron las más atendidas en consulta, pero es importante mencionar que cada una no representa una parte de la población atendida ya que varias de las pacientes presentarían una o más de ellas, así como hubo pacientes que cursaron todo el embarazo sin presentar alguna de ellas. En el caso de dolor obstétrico tuvo la particularidad de presentarse en la mayoría de las pacientes como resultado de un esfuerzo excesivo, al realizar carga pesada, labores domésticas o caminatas prolongadas en pendientes.



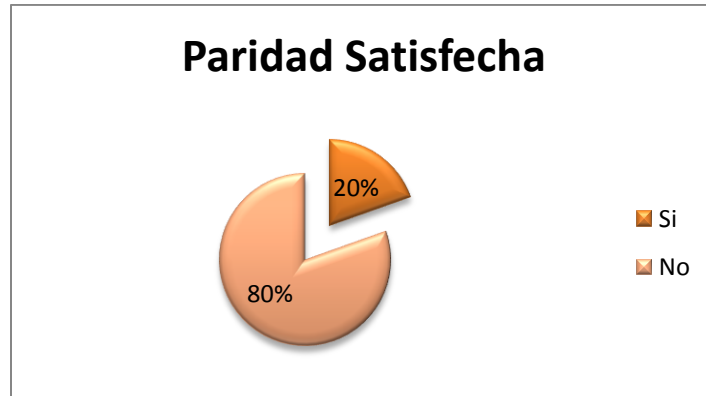
Por otro lado, una de las patologías en las que tuvimos atención y uno de los objetivos principales de brindar atención en el embarazo fue detectar y prevenir las consecuencias de la preeclampsia desde sus primeros indicios, y en ese sentido, logramos detectar de manera oportuna a 4 pacientes, que fueron referidas a tiempo a segundo nivel y se evito su progreso; a las cuales por supuesto se les dio seguimiento en el periodo del puerperio.

Tocando el tema de esta etapa posterior al nacimiento, unicamente 2 pacientes presentaron una infección no complicada en la herida quirurgica, misma que se resolvió sin inconvenientes



En el caso de los recién nacidos llevados a revisión inmediata posterior al nacimiento entre los 3 y 15 días, únicamente dos presentaron una patología, como defecto de nacimiento. Uno presentó labio y paladar hendido, de nacimiento en gestación pretermino y el otro presentó gastrosquisis, de nacimiento a gestación de término. Con la particularidad de ser hijos de hermanas, y ambos con buena evolución y pronóstico.

En el transcurso del año se obtuvo un registro de paridad satisfecha en 19 pacientes, las cuales al momento de ser referidas, llevaban solicitud de oclusion tubaria bilateral. En este rubro tuvimos pacientes que a pesar de estar cursando su cuarta o quinta gestacion, se negaron al metodo de planificacion familiar definitivo, y algunas se les fue negado el mismo en el medio hospitalario debido a tener una edad menor a los 25 años.



En cuanto a las consultas durante el puerperio, las pacientes en todo momento fueron invitadas con de manera insistente a regresar para revision del recién nacido y de ellas mismas por un minimo de tres meses, consultas en las que igualmente se vigilaba evolucion de ambos, en cuanto a somatometria, signos vitales, presencia de datos de infeccion o alguna otra patologia asociada, en especial con las pacientes que cursaron preeclamsia y diabetes gestacional. De tal manera que se obtuvo una buena respuesta de algunas de las pacientes a partir del mes de abril, brindando 131 consultas para mujer puerpera y recién nacido a lo largo del año, aunque algunas otras decidieron no continuar en vigilancia al concluir su embarazo.



En el mes de octubre, tuvo lugar una actividad muy importante para las pacientes embarazadas adolescentes que acudian a control prenatal. La llamada Red Materno Infantil crea el programa de “Atención Integral en el Embarazo Adolescente” el cual tiene como objetivo general brindar acompañamiento a la embarazada adolescente, usuaria del centro de salud, a fin de proporcionar una atención integral en el cuidado de su salud y la prevención de la morbi-mortalidad materno-infantil de la zona. Para esto personal de Red Materno, se coordinó con los diferentes centros Pro salud para poder interactuar con las pacientes adolescentes y ofrecerles dicho taller, el que se componía de 4 sesiones con duración de dos horas, donde se abordaron los temas de “Comprender mi embarazo”, “Integrar la maternidad en mi vida”, “Familia y maternidad Responsable” y “¿Cuál es mi Proyecto de Vida?”. Se me solicitó convocar a mis pacientes embarazadas adolescentes, obteniendo una respuesta favorable en la primera sesión, sin embargo en las subsecuentes, el número de asistentes disminuyó por motivos desconocidos, a pesar de que al preguntarles sobre el taller tuvieron opiniones positivas y de agrado.

Un servicio complementario a la gestación, brindado por el centro, fue el de Estimulación temprana para los niños de 45 días de nacidos hasta un año de edad, aunque posteriormente se amplió el rango hasta niños de 3 años, el taller fue impartido una vez a la semana por la enfermera que formaba parte del equipo del centro, previamente capacitada. El servicio no tuvo mucha demanda, acudían entre 1 y 4 niños a cada sesión en el transcurso de 6 meses aproximadamente.

Otros de los servicios ofertados en el Centro Pro Salud, fue el brindar orientación sobre métodos anticonceptivos en pro de evitar infecciones de transmisión sexual así como embarazos inesperados, en especial tomando en cuenta la cantidad de pacientes embarazadas en edad no óptima para una gestación. Se promovió especialmente el uso del condón masculino y femenino, proporcionándolos de manera gratuita, existió cierta cantidad de píldoras de emergencia a disposición de las usuarias, además se ofreció referencia médica para solicitar colocación de Dispositivo Intrauterino (DIU), Implante Subdérmico, o anticoncepción definitiva (OTB, Vasectomía) en segundo nivel. Desafortunadamente, a pesar de la difusión realizada de estos métodos, la población mostró poco interés en solicitar los servicios, a pesar de conocer los beneficios, no poseen una cultura de la prevención.

En el mes de Octubre del 2014 se lanzó el programa delegacional para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), con la finalidad de otorgar el derecho de decidir si continuar la gestación o no, ofreciendo las opciones de Interrumpir la gestación de manera segura en un hospital especializado, con seguimiento y atención integral incluyendo la psicológica; continuar el embarazo hasta término y otorgar al recién nacido en adopción o invitar a la paciente a continuar la gestación y conservar a su hijo. Sin embargo, en mi experiencia con esta población, existe poca confianza para una interrupción legal y asistida, por lo que siguen prefiriendo las opciones populares que se conocen en la comunidad, aunque implique grandes riesgos para la salud.

Podemos observar que todo el trabajo realizado a lo largo del periodo y en especial el llevado a cabo con las pacientes en gestación, tuvo contrastes importantes. A pesar de la poca confianza que se tiene en los servicios de salud hubo una respuesta por parte de la población favorable, por lo menos en tomar la responsabilidad de acudir a sus chequeos mensuales, de seguir el tratamiento como era indicado, y en realizarse los estudios correspondientes, aunque en este rubro, aparece una de las cuestiones a seguir trabajando, ya que no debe ocurrir que ninguna paciente en gestación, curse todo el embarazo sin realizarse los estudios pertinentes, con mayor razón si la causa es la falta de recursos económicos. La cobertura en estas pacientes debe ser integral.

En cuanto a los resultados obtenidos a corto y mediano plazo de brindar atención a estas mujeres, se puede afirmar que fueron positivos, ya que aunque fue una porción pequeña de la población, siempre es importante el impacto que se pueda generar, cuando no se quedan descubiertas y se pudieron prevenir y detectar factores de riesgo a tiempo, siendo mínima la población afectada por infecciones o complicaciones.

Algo en lo que se debe trabajar mucho aun, se trata de la educación reproductiva y de actividades recreativas, se debe impulsar a la población a no desaprovechar, las oportunidades que tienen en estos rubros, ya que muchas de las cuestiones que falta por mejorar son resultado del desinterés de la población y el desconocimiento de sus beneficios.

Al concluir el año de servicio social, puedo asegurar haber obtenido experiencia clínica, conocimientos médicos y además sociales. El entorno en el que trabajé me permitió tener mayor conciencia y generar conciencia en la población acerca de la importancia de la salud, como un derecho y como una responsabilidad. Algo de lo más relevante de este trabajo es destacar las deficiencias que existen aun en el sistema de salud de nuestro país, y más en comunidades como esta, que teórica y geográficamente pertenecen a una urbe, distan mucho de contar con todos los beneficios de la mayor parte de la delegación a la que pertenecen; aun hace falta mejorar las viviendas, los servicios y la educación principalmente para que como resultado se aspire con bases a que la población tenga una cultura de prevención, autocuidado y salud en general, evitando así las altas cifras de morbi-mortalidad por padecimientos completamente prevenibles y tratables.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Secretaria de Salud, Administracion del Servicio Social en Salud
<http://dgces.salud.gob.mx/siass/programaAcademico.php>
2. Metodología para calcular la razón de mortalidad materna: un mejor registro y un indicador deficiente, Arambúru, Marcela E, Realidad, Datos Y Espacio Revista Internacional De Estadística Y Geografía, Vol. 3 Núm. 1 enero-abril 2012
3. “Estadísticas a propósito del día de la madre” Datos del Distrito Federal, INEGI, México D.F., 10 de Mayo de 2012
4. Indicadores De Monitoreo Y Evaluación Para Entidades Federativas En México 2010-2011, Observatorio de Mortalidad Materna en México
<http://www.omm.org.mx/index.php/el-plan-para-acelerar-la-reduccion-de-la-mortalidad-y-morbilidad-materna-grave.html>
5. Razón de Mortalidad Materna por Delegación, Distrito Federal 2000-2011, Agenda Estadística 2012,
<http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda2012/INDEX.html>
6. Indicadores 2012, Objetivo del desarrollo del Milenio 5: Avances en México, Observatorio de Mortalidad Materna en México.
7. Mortalidad Según Grupo De Edad Por Delegación, Distrito Federal 2012,
8. Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica, Defunciones Maternas, SINAVE 2013.
9. Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica, Defunciones Maternas, SINAVE 2014.
10. Observatorio de Mortalidad Materna en México www.omm.org.mx
11. Página electrónica de la Delegación Tlalpan: www.tlalpan.gob.mx
12. Cuaderno Estadístico Delegacional de Tlalpan, Distrito Federal, edición 2007. Mapas
13. Panorama Sociodemográfico del Distrito Federal 2011, INEGI Censo de Población y Vivienda 2010.
14. Plan integral de mejoramiento barrial San Miguel Ajusco, Diseño y Sociedad, Otoño 2006