



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Diplomado: Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de Capacidades.

Título del trabajo: "Implementación del modelo de atención integral centrado en la persona en el consultorio médico de la casa del adulto mayor de Huayamilpas, en la alcaldía de Coyoacán, Ciudad de México; como médica pasante del servicio social en el Proyecto Urbano de Salud, durante el periodo del 1 de Febrero 2021 a 31 de Enero 2022"

MPSS. YESSENIA PASTOR CASTILLO

MATRÍCULA: 2153062734

PROMOCIÓN: 1 DE FEBRERO DE 2021-31 DE ENERO DE 2022

Asesor Interno: Víctor Ríos Cortázar

Asesora Externa: Alejandra Gasca García

Fecha de entrega: 04 de Abril de 2022

1. Presentación

El origen y propósito de éste documento radica en sustentar y recopilar materiales y trabajos realizados durante mi desempeño del servicio social, esto para fines de acreditación del Diplomado “Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de capacidades”, así como también funge como trabajo final de culminación del año de servicio social.

Este documento consta de 2 apartados, en el primero se desarrolla “El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco”, en donde se explica éste modelo y se relaciona a lo llevado a cabo dentro del Proyecto Urbano de Salud. En el segundo apartado se adjuntan diversas actividades desarrolladas a partir de los módulos revisados durante las sesiones del diplomado y que nos brindan diversas herramientas para comprender desde distintas perspectivas el modelo de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas. Al final se plasman conclusiones sobre el diplomado, modelo de atención y su desarrollo dentro del Proyecto Urbano de Salud.

Antes de continuar con este documento, es preciso hablar un poco del Proyecto Urbano de Salud, que es en donde desempeñe mi año de servicio social; el cual es un proyecto que tiene su inicio en 1993 dirigido por la Coordinación de Primer Nivel y Salud Comunitaria de la Universidad Autónoma Metropolitana¹. El Proyecto Urbano de Salud busca contribuir a los nuevos modelos de promoción y atención a la salud para prevenir y resolver los principales problemas de salud pública que se presenten en nuestra población y en particular en los grupos vulnerables², como es el caso de las personas de la casa del adulto mayor de Huayamilpas; ya que a su vez en muchos de los casos son personas que no son derechohabientes de alguna institución de salud gubernamental y que la única atención médica que tienen al alcance es la que se les brinda por parte del Proyecto Urbano de Salud.

El modelo de atención que se busca en el Proyecto Urbano de Salud, es brindar una atención centrado en la persona, es decir en lugar de tratar a la enfermedad o enfermedades, está en primer lugar conocer a la persona y comprender su entorno, su dinámica familiar, es decir tener un acercamiento integral, y desde éste conocimiento comprender más la situación individual de cada persona y, en conjunto ir potencializando las capacidades de la persona, para así lograr un estado óptimo de salud. Es así como se busca empoderar a la persona y brindarle orientación médica para la toma de decisiones sobre su salud, desde las mejores alternativas que estén a su alcance. Se plantea realizar un seguimiento estrecho e individualizado con el objetivo de lograr el control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

2. El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco.

El modelo expandido de cuidados crónicos que utilizamos para la atención a personas con ECNT está compuesta por diferentes subsistemas. El primero del cual hablaremos ya que es en el que, como médicos pasantes nos desarrollamos durante el año del servicio social, y es el “Sistema de Salud”³, en el cual, uno de los pasos principales es reconocer al paciente como una persona, que está compuesta por múltiples factores, que no es la enfermedad en lo que solo nos debemos enfocar, sino en todo su entorno social, cultura, hábitos, creencias y apoyarnos de todos éstos factores para ir desarrollando las habilidades de la persona con enfermedades crónicas para lograr un automanejo y empoderamiento de la persona. Otro componente del sistema de salud es brindarle a la persona con ECNT una atención proactiva y un seguimiento regular, en el caso de Proyecto urbano de Salud se les brinda mínimo una consulta mensual si el paciente está en control y sin ninguna eventualidad durante el mes, en pacientes con cifras en descontrol se les da un seguimiento mucho más estrecho y además se acuerda con ellos que van a realizar también su auto monitorización y reportar sus cifras, previamente reafirmando el conocimiento sobre una buena práctica de esto. Así, al buscar la mejor alternativa para mejorar el estado de salud, las personas con ECNT están íntimamente involucradas en su autoconocimiento y participación en la toma de decisiones sobre su salud, siempre se la mano de la Medicina Basada en Evidencia (MBE). También en el proyecto urbano se trata de, que al menos una vez al año se lleve a cabo la evaluación metabólica por medio de parámetros por laboratorios séricos para así valorar el impacto de nuestro modelo y de las terapias utilizadas durante éste periodo.

Otro subsistema que forma parte del modelo expandido de cuidados crónicos es la comunidad³, en donde se busca construir políticas de salud pública, crear entornos más saludables. Este punto me parece sumamente importante ya que a partir de analizar éste punto de nuestro modelo en las sesiones del diplomado, es como en lo personal, cambie mi enfoque y empecé a percibir que la persona con enfermedades crónicas es más bien una víctima de su entorno y no podemos seguir culpándolo de sus ECNT conociendo el entorno en el que nos desarrollamos en nuestro país, México; lamentablemente faltan muchas políticas de salud pública que impacten directamente en la salud de nuestra población. Vale la pena mencionar la intervención que realizó el Instituto Nacional de Salud Pública, con quien trabajamos conjuntamente en éste diplomado, sobre el sistema de etiquetado frontal de alimentos y bebidas (SEFAB) para México⁴, el cual ha formado parte del conjunto de políticas implementadas con la intención de contrarrestar la llamada epidemia de obesidad, en conjunto con otras estrategias como la regulación de la venta de alimentos en el entorno escolar, las campañas educativas, la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas densamente energéticos dirigidos a la población infantil y el impuesto a las bebidas azucaradas. Esto es un claro ejemplo de implementación de políticas que tienen impacto directo con la salud de la población en general y así tratar de mejorar la salud. Y también

el subsistema del consejo asesor dentro del modelo expandido de cuidados crónicos que dentro del proyecto urbano lo podemos aterrizar con la orientación que tenemos de nuestros asesores clínicos como son La Dra. Alejandra Gasca y la Dra. Gabriela, en quienes los médicos pasantes podemos tener retroalimentación sobre cualquier decisión que tenga impacto en la salud de la persona con ECNT y así en el desarrollo e implementación de nuestro modelo, para lograr los objetivos trazados.

3. El diplomado

El diplomado de “Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de capacidades” tuvo una duración de 12 meses, dicho diplomado fue tomado a distancia en sesiones por la plataforma Zoom, esto en marco de la contingencia sanitaria por la COVID-19 que estábamos viviendo y por lo cual, las indicaciones de las autoridades fueron evitar reuniones numerosas, para así disminuir la cadena de contagios.

El diplomado se divide en 4 módulos que son:

Módulo 1: Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.

Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.

Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.

Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutorial de casos.

En cada uno de los módulos participamos en distintas actividades en grupo y en equipos más pequeños con otros médicos pasantes, y lo que me gustaba de estas actividades es que siempre se buscó una participación activa, ya sea al discutir los artículos que el Dr. Víctor Ríos nos enviaba antes de las sesiones de los viernes, al aterrizar lo mencionado en la literatura y la medicina basada en evidencias, así como con lo que cada pasante estaba viviendo en su consultorio y con su población en específico. El gran valor de realizar estas actividades, discusiones e intercambio de opiniones, desde mi perspectiva, es en primer lugar saber que a la mayoría de mis compañeros estaban pasando por situaciones muy parecidas a las mías, saber cómo actuaron ante tal situación, que les funcionó implementar ante esto, y basándonos en la medicina basada en evidencias, que es lo que se recomienda hacer ante este tipo de situaciones. Y sumando a esto la participación de nuestros asesores clínicos desde su amplia experiencia, en donde surge la riqueza de las sesiones logradas durante este año de diplomado.

Otra actividad dentro del diplomado fueron las exposiciones acerca de lecturas que nos brindan herramientas útiles para el desarrollo de nuestras capacidades como personal de salud. Tuve la oportunidad de exponer un capítulo del “Manual de habilidades avanzadas de la comunicación para estudiantes de Medicina del segundo trienio” de la Universidad de la Republica de Uruguay⁵; que se nos brindó en el diplomado en donde de manera general retomaba distintos puntos importantes para lograr una comunicación asertiva con los pacientes, herramientas que desde entonces, me llevo para mi práctica clínica diaria.

En otras sesiones tuvimos la gran dicha de presenciar ponencias y talleres de especialistas, quienes muy amablemente siempre mostraron disposición para resolver cualquier duda acerca de los temas vistos e incluso sobre algún otro tema de su especialidad, por ejemplo dudas que nos surgían en la consulta diaria. Estas ponencias fueron de infinita riqueza ya que impactan directamente en el desarrollo de nuestra práctica, así como afina las herramientas que tenemos, y amplía muchas veces el panorama que le podemos brindar a la persona con enfermedades crónicas no trasmisibles. Algunas de éstas ponencias fueron: “Taller de uso de insulina en el tratamiento de Diabetes y metas de control de las enfermedades crónicas no transmisibles”, “El envejecimiento exitoso” y “Síndromes geriátricos”, “Enfermedades renales y nutrición” entre otras. Lo cual agradezco infinitamente a nuestros asesores clínicos, quienes se hayan preocupado por acercarnos éstas oportunidades de enriquecer el conocimiento.

3.1 Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.

A continuación adjunto el ensayo elaborado y presentado para acreditar dicho módulo del diplomado:

Atención integral de la salud
centrada en la persona para el control de enfermedades
crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de
México. Un enfoque de desarrollo de capacidades
individuales y colectivas

**Módulo 1: Fortalecimiento del autocuidado en personas
con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.**

Ensayo

**“Cambio de perspectivas de la práctica médica.
Importancia de la atención centrada en la persona para el
desarrollo de capacidades.”**

MPSS Yessenia Pastor Castillo

Proyecto Urbano de Salud

Promoción Febrero de 2021

Ciudad de México a 13 de Agosto de 2021

Tabla de contenido:

Introducción:	8
Objetivos	9
Justificación	9
Desarrollo.....	10
El término paciente vs persona con enfermedades crónicas.....	5
Del roll pasivo al roll activo en personas con enfermedades crónicas.....	5
¿Cómo vamos a lograr el autoconocimiento y el desarrollo de capacidades?.....	6
Conclusión	12
Referencias bibliográficas.....	13

INTRODUCCIÓN:

En el inicio de la práctica clínica como Médicos Pasantes del Servicio Social, nos encontramos, ante un escenario con el cual, hasta cierto punto ya estamos familiarizados, pero ahora estamos parados desde una nueva perspectiva y un nuevo rol, del que hemos ejercido en años previos, durante la facultad y como Médicos Internos de Pregrado. Ante esta nueva perspectiva es inevitable que nos realicemos una serie de cuestionamientos, un choque entre los conocimientos teóricos que hemos podido recabar hasta el momento y el encuentro con la realidad de cada persona que acude a consulta, es aquí el punto de partida en donde, desde mi punto de vista, obtenemos una de las partes más importantes y enriquecedoras de nuestra formación como profesionales de la salud. Al tener una mayor responsabilidad y un impacto directo sobre la salud de las personas, y es desde este punto en donde nos damos cuenta la importancia de individualizar a cada persona, su entorno, red de apoyo, fortalezas y recursos para apoyarnos de estos y usarlos como las herramientas principales para los objetivos acordados en común. Es por esto que en próximos párrafos hablaremos sobre la individualización de las personas desde la atención centrada en la persona, así como en el proceso de desarrollo de habilidades y capacidades para el autocuidado de las personas con enfermedades crónicas atendidas en el primer nivel de atención.

Objetivos:

Objetivo general

El objetivo de este ensayo es reflexionar la importancia y el impacto del modelo de desarrollo de capacidades para el autocuidado de personas con enfermedades crónicas.

Objetivos específicos

- Destacar la importancia de la atención centrada en la persona.
- Definir que es el empoderamiento de la persona con enfermedades crónicas.
- Ubicar acciones que nos lleven al autoconocimiento y el desarrollo de capacidades.
- Reflexionar sobre estos conceptos y las ventajas al llevarlo a la práctica clínica.

Justificación

Éste ensayo está escrito desde la perspectiva de una Médico Pasante del Servicio Social, quien al comparar el abordaje “clásico” de la práctica clínica y una atención centrada en el paciente, se reflexiona sobre la importancia de individualizar a cada persona con enfermedades crónicas, empoderarla y trabajar en conjunto para potencializar sus capacidades en el autocuidado e independencia de las personas y así poder ser más activos en su estado de salud y calidad de vida.

Desarrollo

El término paciente vs persona con enfermedades crónicas

A diferencia de otras profesiones, por ejemplo los contadores, que tratan procedimientos fiscales los cuales ya llevan toda una metodología con fórmulas y en serie. El profesional de la salud trata con personas, a quienes en el sistema de salud institucional comúnmente les da el término de “pacientes”; pero, si buscamos este término en diccionarios, encontramos definiciones como las siguientes: *Paciente: (del latín patientis) p.a. de pati: padecer. Adjetivo y sustantivo. Persona enferma o en tratamiento.* Como ésta hay demasiadas definiciones que sólo se enfocan en el padecimiento, pero en realidad las personas con la que estamos tratando son más que un padecimiento o una enfermedad y de aquí es donde surge la importancia de tratar a la persona con enfermedades crónicas, como eso, una **persona multifactorial**, quien está en búsqueda de una orientación para un mejor bienestar. Es a partir de éste punto en donde entra la atención centrada en la persona, en donde los profesionistas de la salud tenemos que ampliar nuestro enfoque y cambiar nuestra perspectiva de la relación médico-paciente, ya que estamos tratando con todo el entorno de la persona, y somos guía para ayudar a destacar las herramientas que están al alcance del paciente para lograr obtener una salud lo más óptima posible. Es importante hacerle saber a la persona con enfermedades crónicas que es un trabajo en equipo, en el cual los profesionales de la salud estamos comprometidos en brindarle una guía para cumplir sus metas de salud, pero destacando que la persona con enfermedades crónicas tiene el mayor impacto ante su calidad de vida y salud, y que nosotros como médicos estamos para guiarlos y permanecer en este constante aprendizaje para ambas partes.

Del roll pasivo al roll activo en personas con enfermedades crónicas.

En el modelo “clásico” del sistema de salud de nuestro país, viéndolo desde una perspectiva institucional, del que la mayoría de las personas hemos sido testigos en algún momento de nuestra vida, en donde el personal de salud tiene el único roll desde su “supremacía” de brindar su conocimiento de manera unidireccional hacia

los pacientes, como si sólo este grupo de profesionistas pudieran ser el reservorio del conocimiento científico sobre el manejo de las patologías. Ante este modelo de práctica clínica la persona con enfermedades crónicas se queda en un rol pasivo el cual, en el mejor de los casos, sólo actúa por instrucciones del personal de salud, aunque esta actitud no termina de satisfacer las necesidades del paciente. Es por esto la importancia de acompañar a las personas con enfermedades crónicas a transpolarse, del rol inactivo al rol activo, participes de su propia atención de la salud.

En éste rol activo se busca que las personas desarrollen capacidades para participar en el control y mejoramiento de su estado de salud y su calidad de vida a través del autocuidado, compartiendo responsabilidades tanto con el equipo interdisciplinario de salud, como también con su principal red de apoyo. Dichos elementos forman parte de la atención centrada en la persona en donde tenemos que poner mucha mayor atención a la hora de individualizar a cada persona, es decir debemos de tener en cuenta tanto su red de apoyo, nivel escolar, acceso a tecnologías, nivel socioeconómico, apoyo institucional.

Todo esto es sumamente importante ya que a partir de esta información el médico logra tener un preámbulo de dónde se está situada la salud de la persona con enfermedades crónicas. Al indagar podemos conocer cuáles son las herramientas con las que cuenta cada persona y posibles capacidades a potencializar. En muchas ocasiones es posible que la persona con enfermedades crónicas no alcance a identificar sus capacidades potenciales, y es ahí en donde nosotros en nuestro rol de médicos y una vez ya exploradas las áreas tanto clínicas como, el medio en el que se desarrolla el paciente, vamos a guiar a la persona para llegar al autoconocimiento de sus capacidades y potenciarlas.

¿Cómo vamos a lograr el autoconocimiento y el desarrollo de capacidades?

Ante la necesidad de responder ésta cuestión es necesario hablar del empoderamiento de las personas con enfermedades crónicas, el cual es un proceso

y un resultado derivado de la comunicación entre los profesionales de la salud y las personas con enfermedades crónicas, en el que, se intercambia información sobre los recursos con los que se cuenta para mejorar el estado de salud de la persona, y que logra aumentar el autocontrol, las habilidades de afrontamiento y la capacidad de lograr un cambio de su condición. En otras palabras es resaltar las habilidades y guiar los conocimientos de las personas con enfermedades crónicas para que participen activamente en la toma de decisiones. Ante esta nueva actitud y trabajo en equipo se fortalece la relación de confianza mutua y respeto a la autonomía, que se desarrolla al mismo tiempo que la retroalimentación dinámica y centrada en el paciente, su entorno y sus objetivos individuales.

Conclusión

Dentro de las acciones que podemos realizar para el empoderamiento del automanejo de las personas con enfermedades crónicas es promover la participación de la persona en el proceso de atención y toma de decisiones para el manejo y tratamiento, así como llegar a realizar acuerdos para lograr las metas acordadas por ambas partes (personal de salud-persona con enfermedades crónicas). Lograr la capacidad del autocontrol por medio de herramientas y conocimiento con los que cuente la persona con enfermedades crónicas contando con el apoyo y soporte de su red de apoyo.

En lo personal valoro mucho el contenido de éste módulo del diplomado, ya que como lo manifesté anteriormente, me ubicó ante conceptos con los que no estaba muy familiarizada y por lo tanto antes de formar parte de éste proyecto, no los había llevado a la práctica clínica diaria. Ahora que puedo ver los resultados de la atención centrada en la persona, empezando con una mejor relación médico-paciente, he desarrollado aún más la empatía con lo cual puedo entender más a la persona con enfermedades crónicas. Desde el empoderamiento de las personas, también eh aprendido mucho de cada una de ellas en las consultas y ahora estoy segura de que en esta relación médico- persona con enfermedad crónica, tanto los acuerdos como el conocimiento es bidireccional.

Estoy expectante de lo que pueda aprender en estos próximos seis meses tanto en el diplomado “Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Un enfoque de desarrollo de capacidades individuales y colectivas” como en la práctica médica con mi grupo de personas de la tercera edad de la casa de adulto mayores de Huayamilpas.

Referencias bibliográficas

- ✿ González Mestre A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enferm Clin.* 2014;24(1):67–73.
- ✿ Cerezo PG, Juvé-Udina M-E, Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(4):667–74.
- ✿ Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open.* 2019;9(7):e027775.
- ✿ Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS, 2013.
- ✿ Higuera-Dagovett, Elkin, and Dora Isabel Garzón. "Posturas de autocuidado, relaciones y significado de la hipertensión arterial." *Revista Cubana de Medicina General Integral* 35.2 (2019): 1-14.
- ✿ Ofman, Silvia Deborah, C. Pereyra, and Dorina Stefani. "Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. Diferencias según género." *Boletín de Psicología* 108.1 (2013): 91-106.

3.2 Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.

Asociación entre polifarmacia y el impacto a la salud de personas de la tercera edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; una revisión sistemática.



MPSS. Pastor Castillo Yessenia

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de esta revisión sistémica fue recabar información sobre la relación de la polifarmacia y el impacto en la salud de adultos de la tercera edad con diabetes mellitus tipo 2, así como sintetizar la evidencia disponible. **Métodos:** Se trata de una revisión sistémica en donde se realizaron búsquedas en cuatro bases de datos bibliográficas (PubMed, Cochrane, Web of Science Google Academic) del 12 de Noviembre al 8 de Diciembre de 2021. Se incluyeron todos los estudios y publicaciones encontrados (revistas científicas, artículos, editoriales) que abordan la asociación entre polifarmacia y control glucémico, medicamentos potencialmente inapropiados, interacciones fármaco- fármaco, mortalidad etc. También se analizaron los resultados estadísticos de 2 revisiones sistémicas afines a nuestro tema de interés. **Resultados:** de los dieciséis estudios que fueron incluidos en la revisión, de los cuales se incluyen dos estudios de metanálisis y revisión sistémica, en uno de ellos se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la polifarmacia y la mortalidad por todas las causas (OR = 1,622, IC del 95% (1,606-1,637) P <0,001) e infarto agudo al miocardio (OR = 1,962, IC del 95% (1,942-1,982), P < 0.001 Se encontró una asociación no estadísticamente significativa con evidencia de heterogeneidad moderada entre la polifarmacia y el accidente cerebrovascular (OR = 1.335; IC del 95% (0.532-3.346), P = 0.538, I² = 45%) y la hospitalización (OR = 1.723; IC del 95% (0,983-3,021), P = 0,057, I² = 57%). En otro de los metanálisis se obtuvo la prevalencia del uso de PIM en adultos ≥ 70 ° años fue del 35% en los que tomaron más medicamentos (≥5,5 / día) fue del 27% y en adultos que usaron un número elevado de PIM (≥3) fue del 29%. Éste análisis de subgrupos mostró que los estudios transversales tenían una mayor prevalencia combinada de polifarmacia del 55% que las cohortes del 45%. **Conclusiones:** la polifarmacia se asocia con un aumento de la mortalidad por todas las causas, las complicaciones macrovasculares y la hospitalización utilizando definiciones categóricas. Estos hallazgos afirman la necesidad de intervenciones que optimicen el equilibrio de beneficios y daños en la prescripción de medicamentos.

Palabras llave: Adulto mayor; polifarmacia; Diabetes mellitus tipo 2.

INTRODUCCIÓN

Las personas de la tercera edad con diabetes mellitus tipo 2 son cada vez más recurrentes en la consulta clínica debido al envejecimiento de la población de EE. UU y en general ocurre de manera global. [1,2] Entre los residentes de EE. UU. de 65 años, 10,9 millones (26,9%) tenían diabetes en 2010 [3] y se prevé que este número aumente a 26,7 millones en 2050.[4] La mayoría (> 95%) de los adultos mayores con diabetes tienen diabetes mellitus tipo 2.

La Diabetes Mellitus tipo 2 se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte a nivel mundial [5]; Si las tendencias continúan en aumento, para el año 2045 existirán 629 millones de personas de 20 a 79 años con Diabetes Mellitus tipo 2 de acuerdo a las proyecciones elaboradas por la Federación Internacional de Diabetes. [5].

La resistencia a la insulina y la función alterada de las células beta contribuyen a la patogenia de la diabetes tipo 2 en adultos mayores. Envejecimiento está asociado con la acumulación de grasa en los tejidos del hígado y los músculos y con tasas reducidas de actividad mitocondrial en los músculos y el cerebro, lo que contribuye a la resistencia a la insulina. [6] Junto con estos cambios, el envejecimiento se asocia con defectos en la secreción de insulina, que contribuyen aún más a la hiperglucemia y diabetes tipo 2.

La polifarmacia, de la cual cabe mencionar que hay diversas definiciones, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como un “síndrome geriátrico que envuelve el uso concurrente de tres o más fármacos”; es decir, la medicación de las personas de la tercera edad, que en su consumo habitual, toman al menos tres o más medicamentos.

La OMS estima que más del 85% de los ancianos mayores de 65 años están en esta situación. Esto se debe a que los adultos mayores presentan generalmente más de una enfermedad que los obliga a ser valorados por varios médicos especialistas, lo que incrementa el número de medicinas que consumen. [7]

Los pacientes de edad avanzada suelen estar asociados a condiciones más crónicas como la hipertensión, Dislipidemia, enfermedad coronaria y enfermedad renal crónica [8,9].

Un estudio transversal en Canadá encontró que (48%) de los pacientes de la tercera edad con diabetes mellitus tipo 2 en estado de fragilidad, estaban tomando 9 medicamentos al día [10]. Otro estudio en Grecia encontró que (43,4%) estaban usando 7 medicamentos al día [11]. Ya que se necesitan múltiples medicamentos para controlar las enfermedades crónicas y condiciones comórbidas asociadas, esos pacientes a menudo requieren tomar más de una docena de diferentes clases de medicamentos [12].

La polifarmacia se puede asociar con resultados adversos, cómo aumentar el riesgo de hipoglucemia, disminución de la adherencia al tratamiento, riesgo de interacciones farmacológicas y probabilidad de empeorar la calidad de vida que puede resultar en un mayor riesgo de hospitalización, tasa de mortalidad y aumento de costos sanitarios [13].

El manejo de estos pacientes es un proceso complejo debido a las características de éste grupo de personas, que requieren individualizar el régimen de medicación y posología para equilibrar el efecto de los fármacos y controlar la diabetes mellitus, así como otras condiciones como comorbilidades y / o complicaciones y minimizar y / o prevenir los medicamentos riesgos relacionados [14].

OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión sistémica fue recabar información sobre la relación de la polifarmacia y el impacto en la salud de adultos de la tercera edad con diabetes mellitus tipo 2 y sintetizar la evidencia disponible.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de una revisión sistémica en donde se realizaron búsquedas en cuatro bases de datos bibliográficas (PubMed, Cochrane, Web of Science y ScienceDirect) del 12 de Noviembre al 8 de Diciembre de 2021. Se incluyeron todos los estudios y publicaciones encontrados (revistas científicas, artículos, editoriales) que abordan la asociación entre polifarmacia y complicaciones macrovasculares, hospitalización las principales causas de mortalidad, control glucémico, medicamentos potencialmente inapropiados, interacciones fármaco- fármaco y caída en personas con diagnóstico de diabetes mellitus.

También dentro de la revisión sistémica encontramos dos revisiones sistémicas asociados a nuestro tema de interés, en el cual, en uno de dichos estudios se utilizó un programa estadístico OpenMeta [Analyst]. Los odds ratios (OR) agrupados y los intervalos de confianza (IC) del 95% se calcularon con un modelo de efectos aleatorios. Se realizó estadística I² para evaluar la heterogeneidad.

En otro de las revisiones sistémicas afines a nuestra revisión **Los** estudios se identificaron utilizando las bases de datos de Medline / PubMed, Scopus y Google Scholar publicadas desde el inicio (2002) hasta el 31 de septiembre de 2020. Del total de 1890 artículos, 27 se incluyeron en el estudio.

Las palabras clave utilizadas fueron: Type 2 diabetes mellitus, polypharmacy, elderly, morbidity.

RESULTADOS

Características del estudio: de los artículos y publicaciones encontradas se tomaron en cuenta estudios observacionales (transversales estudios, estudios de cohortes, series de casos y estudios de casos y controles), que fueron considerados. Sólo se incluyeron estudios publicados en inglés o español. Población de estudio de los artículos y publicaciones utilizados fueron participantes que tenían 65 años y diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2. Se incluyó estudios que definieron la polifarmacia [15,16].

Selección de estudios: La búsqueda en las bases de datos electrónicas proporcionó un total de 139 citas.

De estos, 123 fueron eliminados debido a que la copia de texto completo no estaba disponible, o los artículos no estaban en español o inglés. Los textos completos de los 16 restantes las citas se examinaron con más detalle.

Finalmente, dieciséis estudios fueron incluidos en la revisión, de los cuales se incluyen dos estudios de metanálisis y revisión sistémica que fueron usados para analizar sus resultados estadísticos.

De uno de los metaanálisis el número total de pacientes incluidos en dicha revisión fue 1.205.821, de los cuales el 50,22% eran mujeres. 1,179,325 (97,80% del total de pacientes) eran ancianos. La definición más común de polifarmacia era utilizar cinco o más medicamentos, en el 50% de los estudios y la prevalencia estuvo entre (6.25-93.4%). La revisión encontró que entre el 26% y el 48,7% de los ancianos los pacientes con diabetes tipo 2 tenían HbA1c entre (8,0% a 8,5%) a pesar de recibir intensificación del tratamiento. La mediana de tiempo hasta la intensificación del tratamiento fue más corta en aquellos con polifarmacia. (18,5 meses) que aquellos sin polifarmacia (20.4 meses). No se encontró asociación entre la HbA1c y la polifarmacia [17-19].

La prevalencia de medicamentos potencialmente inapropiados (PIM) fue variado entre los estudios, que van desde el 22,7% al 79% utilizando Beer y el 48% utilizando criterios STOPP. Dentro de los medicamentos potencialmente inapropiados más comúnmente identificados esta la metformina en personas de la tercera edad con diabetes mellitus tipo 2 de 85 años de edad, benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, aspirina, no esteroideos medicamentos antiinflamatorios (AINE) y betabloqueantes.

La polifarmacia se asoció con la presencia de PIM [20-22]. Se informó hipoglucemia grave por la interacción entre sulfonilureas (gliburida y glipizida) con cotrimoxazol antibiótico más en pacientes en polifarmacia.

Interacciones entre agentes hipoglucemiantes orales (metformina, gliburida, metformina más gliburida y acarbosa), también se notificaron hidroclorotiazida, furosemida, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), simvastatina y prednisolona [23-25].

Otro de los metanálisis y revisiones sistémicas que se analizaron en esta revisión a cabo con población de la india publicado en Mayo de 2021 se encontraron los siguientes resultados: La prevalencia del uso de PIM en adultos ≥ 70 años fue del 35%, en los que tomaron más medicamentos ($\geq 5,5$ / día) fue del 27% y en adultos que usaron un número elevado de PIM (≥ 3) fue del 29%. El análisis de subgrupos mostró que los estudios transversales tenían una mayor prevalencia combinada de polifarmacia del 55% que las cohortes del 45%. La hiperpolifarmacia en entornos de atención hospitalaria fue del 37%, mientras que el uso de PIM fue mayor en los hospitales privados 31% que en los hospitales gubernamentales 25%.

La Tabla 3 resume las OR estimadas (IC del 95%) obtenidas de cada estudio para la asociación entre polifarmacia con mortalidad por todas las causas, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y hospitalización.

Table 3 – ORs and 95% CIs for the association between polypharmacy with all-cause mortality, myocardial infarction, stroke and hospitalization.

Outcome	Study reference	Study design	Odd ratio (95% CI)
All-cause mortality	Yashkin et al. 2018	Cohort	1.622 (1.606–1.637)
	Patel et al. 2012	Cohort	1.169 (0.468–2.918)
	Noale et al. 2016	Cross-sectional	4.569 (3.056–6.829)
Myocardial infarction	Yashkin et al. 2018	Cohort	1.962 (1.942–1.982)
	Patel et al. 2012	Cohort	1.544 (0.526–4.596)
	Noale et al. 2016	Cross-sectional	4.67 (3.01–7.25)
Stroke	Yashkin et al. 2018	Cohort	1.718 (1.701–1.735)
	Patel et al. 2012	Cohort	0.559 (0.109–2.860)
	Noale et al. 2016	Cross-sectional	1.56 (0.96–2.52)
Hospitalization	Raval et al. 2015	Cohort	1.438 (1.371–1.509)
	Patel et al. 2012	Cohort	2.714 (1.197–6.149)

La asociación entre polifarmacia y todas las causas de la mortalidad se informó en dos estudios de cohortes y uno estudio transversal. Al combinar el estimado efectos basados en estudios de cohortes, la polifarmacia fue significativamente asociado con la mortalidad por todas las causas (OR combinado, 1,622; IC del 95%: 1,606 a 1,637, $P < 0,001$, $I^2 = 0\%$) Cifra complementaria 2. Incluido el estudio transversal, una estadística no significativa asociación con evidencia de alta heterogeneidad fue observado (OR combinado, 2,151; IC del 95%: 0,971 a 4,765, $P = 0,059$, $I^2 = 92\%$).

La asociación entre polifarmacia e infarto al miocardio se informó en dos cohortes y una sección transversal estudio. Al combinar los efectos estimados basado en estudios de cohortes, la polifarmacia fue significativamente asociada con infarto de miocardio (OR combinado, 1,962; 95% IC 1.942 a 1.982, $P < 0.001$, $I^2 = 0\%$) Incluyendo el estudio transversal, una asociación significativa También se observó, con evidencia de nivel de heterogeneidad (OR combinado, 2.790; IC del 95%: 1.140 a 6.828, $P = 0.025$, $I^2 = 94\%$). Datos sobre la asociación entre polifarmacia e ictus se informó en dos cohortes [29,30] y una sección transversal estudio [26].

En otro de los metanálisis y revisiones sistémicas que se llevó a cabo con población de la india publicado en Mayo de 2021 se encontraron los siguientes resultados: La prevalencia del uso de PIM en adultos ≥ 70 años fue del 35% en los que tomaron más medicamentos ($\geq 5,5$ / día) fue del 27% y en adultos que usaron un número elevado de PIM (≥ 3) fue del 29%. El análisis de subgrupos mostró que los estudios transversales tenían una mayor prevalencia combinada de polifarmacia del 55% que las cohortes del 45%. La hiperpolifarmacia en entornos de atención hospitalaria fue del 37% mientras que el uso de PIM fue mayor en los hospitales privados 31% que en los hospitales gubernamentales 25% (27).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al investigar la literatura sobre las consecuencias adversas para la salud de polifarmacia, cabe destacar que no existe síntesis disponible de datos que examinan múltiples resultados de pacientes. Por tanto, es importante examinar la literatura disponible para determinar el riesgo de consecuencias de salud adversa de la polifarmacia entre esos pacientes.

Es importante tener un mayor conocimiento sobre este problema y deben diseñarse e implementarse intervenciones.

La guía de la Federación Internacional de Diabetes (FID) recomienda considerar la reducción de la polifarmacia, sugiriendo realizar una revisión integral de la medicación, considerar la posibilidad de prescribir cuando sea seguro y posible, titulación de la dosis, identificar dificultades de adherencia, aplique listas de medicamentos como Beer o (STOPP) y herramienta de detección para alertar sobre el tratamiento adecuado (START), implementación de opciones no farmacológicas, proporcionar educación sobre medicamentos individualizada, e involucrar familiares / cuidadores en el plan de cuidados.

Por otro lado, la guía de la Asociación Estadounidense de Diabetes recomienda evitar la polifarmacia y someterse a la desintensificación de un régimen complejo siempre que posible, teniendo en cuenta una atención especial mientras exista una prescripción y seguimiento continuo de terapias farmacológicas, costes de los medicamentos y presencia de otras comorbilidades [29,29].

BIBLIOGRAFÍA

1. Cheng YJ, Imperatore G, Geiss LS, et al. Secular changes in the age-specific prevalence of diabetes among US adults: 1988-2010. *Diabetes Care*. 2013; 36(9):2690-2696.
2. Gregg EW, Cheng YJ, Saydah S, et al. Trends in death rates among US adults with and without diabetes between 1997 and 2006: findings from the National Health Interview Survey. *Diabetes Care*. 2012;35(6):1252-1257.
3. Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States, 2011. http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2011.pdf. Accessed February 1, 2016.

4. Boyle JP, Thompson TJ, Gregg EW, Barker LE, Williamson DF. Projection of the year 2050 burden of diabetes in the US adult population: dynamic modeling of incidence, mortality, and prediabetes prevalence. *Popul Health Metr.* 2010;8:29.
5. IDF Diabetes Atlas 8th Edition 2017
6. Chang AM, Halter JB. Aging and insulin secretion. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2003; 284(1):E7-E12.
7. Informe Mundial sobre la Diabetes. Resumen de Orientación. Organización Mundial de la Salud. www.who.int/diabetes/global-report © World Health Organization 2016 WHO/NMH/NVI/16.3 Consenso de Expertos
8. Lipska KJ, Krumholz H, Soones T, Lee SJ. Polypharmacy in the aging patient. *Jama.* 2016;315(10):1034.
9. Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;16(5):CD008165. Available from: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008165.pub2/pdf/standard>>.
10. National Institute for Health and Care Excellence. Falls: assessment and prevention of falls in older people. *Natl Inst Clin Excell*; 2013.
11. Steinman MA, Beizer JL, DuBeau CE, Laird RD, Lundebjerg NE, Mulhausen P. How to use the American geriatrics society 2015 beers criteria – a guide for patients, clinicians, health systems, and payors. *J Am Geriatr Soc* 2015.
12. Good CB. Polypharmacy in elderly patients with diabetes. *Diabetes Spectr* [Internet]. 2002;15(4):240–8. Available from: <<http://spectrum.diabetesjournals.org/cgi/doi/10.2337/diaspect.15.4.240>>.
13. Ruths S, Viktil KK, Blix HS. Classification of drug-related problems Available from. *Tidsskr Nor Laegeforen* [Internet] 2007;127(23):3073–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18049498>.
14. Bailey C, Peddie D, Wickham ME, Badke K, Small SS, Doyle-Waters MM, et al. Adverse drug event reporting systems: asystematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2016;17–29.
15. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Medication adherence in the elderly. *J Clin Gerontol Geriat* 2016;7(2):64–7. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.05.001>.
16. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr* 2017;17(1):1–10.
17. Hamada S, Gulliford MC. Drug prescribing during the last year of life in very old people with diabetes. *Age Ageing* 2017;46(1):147–51.
18. Ajmera M, Raval A, Zhou S, Wei W, Bhattacharya R, Pan C, et al. A real-world observational study of time to treatment intensification among elderly patients with inadequately controlled Type 2 diabetes mellitus. *J Manage Care Spec Pharm* 2016;21(12):1184–93.
19. Huri HZ, Lim LP, Lim SK. Glycemic control and antidiabetic drugs in type 2 diabetes mellitus patients with renal complications background: good glycemic control can delay the progression of kidney diseases in type 2 dia. *Drug Des Devel Ther* [Internet]. 2015;9:4355–71. Available from: <http://www.dovepress.com/permissions.php>.
20. Caughey GE, Barratt JD, Shakib S, Kemp-Casey A, Roughead EE. Medication use and potentially high-risk prescribing in older patients hospitalized for diabetes: a missed opportunity to improve care?. *Diabet Med* 2017;34(3):432–9.

21. Arellano C, Saldivia G, Córdoba P, Fernández P, Morales F, López M, et al. Using two tools to identify Potentially Inappropriate Medications (PIM) in elderly patients in Southern Chile. *Arch Gerontol Geriatr* 2016;67:139–44. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.08.001>.
22. Caughey GE, Roughead EE, Vitry AI, McDermott RA, Shakib S, Gilbert AL. Comorbidity in the elderly with diabetes: identification of areas of potential treatment conflicts. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;87(3):385–93. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2009.10.019>.
23. Tan A, Holmes HM, Kuo YF, Raji MA, Goodwin JS. Coadministration of co-trimoxazole with sulfonylureas: hypoglycemia events and pattern of use. *J Gerontol – Ser A Biol Sci Med Sci* 2015;70(2):247–54.
24. de Araújo MFM, dos Santos Alves PDJ, Veras VS, de Araújo TM, Zanetti ML, Damasceno MMC. Drug interactions in Brazilian type 2 diabetes patients. *Int J Nurs Pract* 2013;19(4):423–30.
25. Chiba Y, Kimbara Y, Kodera R, Tsuboi Y, Sato K, Tamura Y, et al. Risk factors associated with falls in elderly patients with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications* 2015;29(7):898–902. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2015.05.016>.
26. Al-Musawe L, Martins AP, Raposo JF, Torre C. The association between polypharmacy and adverse health consequences in elderly type 2 diabetes mellitus patients; a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract*. 2019 Sep;155:107804. doi: 10.1016/j.diabres.2019.107804. Epub 2019 Jul 31. PMID: 31376400.
27. Bhagavathula, AS, Vidyasagar, K., Chhabra, M., Rashid, M., Sharma, R., Bandari, DK y Fialova, D. (2021). Prevalencia de polifarmacia, hiperpolifarmacia y uso de medicamentos potencialmente inapropiados en adultos mayores en la India: una revisión sistemática y metaanálisis. *Fronteras en farmacología*, 12, 685518. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.685518>
28. Hamilton H, Gallagher P, Ryan C. Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients. *Arch Int Med* 2011;171(11):1013–9.
29. 2011;171(11):1013–9.

3.3 Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.

En el Proyecto Urbano de salud, no tuvimos la oportunidad de realizar el encuentro de pacientes, y menos aún con mi grupo de pacientes de la casa del adulto mayor de Huayamilpas, ya que aún se mantenían en resguardo por la contingencia sanitaria.

Pero tuve la oportunidad de ser voluntaria para asistir y participar en el encuentro de pacientes del Centro de salud de la Jurisdicción sanitaria de Tlalpan CS III Gerardo Varela Mariscal, de Secretaría de Salud de la CDMX, en donde lleve a cabo el papel de coordinadora, así como mi compañero Omar Bolaños, quien es quien está a cargo de éste grupo de personas, fungió el papel de relator.

Esta actividad fue muy enriquecedora desde la preparación previa al encuentro, en donde fijamos el objetivo del encuentro, que era conocer e intercambiar las experiencias acerca de fortalezas y debilidades que han presentado las personas con ECNT para lograr el control de las enfermedades crónicas.

De lo más enriquecedor desde mi punto de vista fue recalcar que para lograr el control de una enfermedad crónica se requiere de la participación de muchas personas, incluyendo además del propio paciente, el equipo de salud que le atiende; la familia del paciente e incluso sus amigos y vecinos. Además, intervienen también las prácticas, los conocimientos y las emociones de todas estas personas, no sólo las del paciente. Desde luego, cuentan también los recursos necesarios, como medicamentos, pruebas de laboratorio y otros recursos del centro de salud y alimentos, entre otros recursos más. El hacerles sentir que están acompañados durante todo el seguimiento y que toda la información de avance que de ellos se genera, se utiliza para mejorar un modelo de atención más óptimo y seguir trabajando conjuntamente para lograr los objetivos sobre su salud.

Otra cosa que llevo muy presente del encuentro, son los comentarios de las personas que asistieron, quienes acudieron en la mejor disposición y sumamente interesados sobre su salud. Mencionaron que ésta actividad nunca la habían llevado a cabo, ya que en éste centro de salud es el primer año que se implementa el programa de crónicos con nuestro proyecto, así que agradecieron mucho el espacio, ya que es la primera vez que tienen la oportunidad de ser escuchados sobre qué es lo que ellos ven, desde su perspectiva, que se puede mejorar en la atención a las personas con enfermedades crónicas.

A continuación presento la relatoría de dicho encuentro de pacientes con ECNT.



Casa abierta al tiempo

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
ÁREA DE ENSEÑANZA

RELACION MÉDICO-PACIENTE

Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México.

Un enfoque de capacidades

Encuentro de Pacientes:

Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas

NOMBRE DE ACTIVIDAD:		
ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA		
JURISDICCION SANITARIA: TLALPAN CS TIII GERARDO VARELA MARISCAL		
FECHA: 14 DE JULIO DEL 2021		
AGENDA DE ACTIVIDAD		
09:30-09:45: BIENVENIDA		
09:45-10:45: INFORME DE AVANCE		
10:45-12:00: GRUPOS DE DISCUSION		
12:00-13:00: PLENARIA		
13:00-13:10: CLAUSURA Y RIFA		
NIVEL		
B. RELACION MÉDICO -PACIENTE		
GRUPOS PARTICIPANTES		
COORDINADOR(A): PASTOR CASTILLO YESSENIA		
RELATOR(A): HERNANDEZ BOLAÑOS OMAR		
REPRESENTANTE JURISDICCION SANITARIA TLALPAN: LIC. MARÍA DE JESÚS MÁRQUEZ BELTRÁN		
PERSONAS PARTICIPANTES	SEXO	CENTRO DE SALUD
REYES VARGAS ANGEL RODRIGO	M	C.T.III GERADO VARELA MARISCAL
TORIBIO HIGINIO MARTHA	F	C.T.III GERADO VARELA MARISCAL
GUTIERREZ CASTRO MARIA SOLEDAD	F	C.T.III GERADO VARELA MARISCAL
MIGUEL HERNANDEZ SARA	F	C.T.III GERADO VARELA MARISCAL
APAEZ ROJAS RAFAEL	M	C.T.III GERADO VARELA MARISCAL
BALDERAS BOLAÑOS MARGARITA	F	C.T.III GERADO VARELA MARISCAL
GONZALEZ PEÑA ELIA	F	C.T.III GERADO VARELA MARISCAL



Casa abierta al tiempo

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
ÁREA DE ENSEÑANZA

RELACION MÉDICO-PACIENTE

Descripción detallada de la sesión: (1 de 3)

Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda de la sesión

Utilice tantas hojas como sea necesario

No omita cada una de las preguntas (No anote, por ejemplo, "Pregunta 1")

El director de la unidad, el Dr. Guillermo Quiñones brinda la bienvenida, y presenta a las autoridades que nos acompañan. La coordinadora toma la palabra se presenta, presenta al relator y pide a cada uno de los participantes se presenten, posteriormente cede la palabra al relator a quien le pide explique en que consiste su función en estas actividades, se proyecta el mensaje de bienvenida de la Dra. Olivia López Arellano titular de la secretaria de salud en la Ciudad de México.

Se pide que todos se sientan cómodos, se ofrece un refrigerio, se presenta la agenda de las actividades y se inicia con el informe de avance del proyecto, que es presentado por el relator.

Una vez concluido el informe se procede a formar un grupo de discusión, ya que se contaba con 7 participantes.

Se proyecta el mensaje de Dra. Yerania Emiree Enríquez López jefa Jurisdiccional de la delegación Tlalpan.

Se da inicio a la actividad donde la coordinadora explica en qué consisten, las reglas y los objetivos establecidos para esta actividad.

Una vez iniciada la actividad se pidió a cada uno de los participantes presentarse nuevamente, y que expresaran por que habían decidido acudir al encuentro.

Los participantes se presentaron y comenzaron a explicar sus padecimientos y algunas experiencias personales lo cual fue valioso y ayudo al grupo a prestar más atención entre ellos, aunque se desviaba un poco la pregunta central, por lo que la coordinadora, les hacia hincapié en expresar por que habían acudido al encuentro una vez que terminaban de expresarse, algunos de ellos comentaron, acudir para obtener mayor información sobre el proyecto, que se sintieron importantes al ser tomados en cuenta, el ver qué beneficios se podían obtener, saber más sobre sus enfermedades, porque les preocupa tener un buen control, por apoyo al centro de salud, al proyecto y a su médico.



Casa abierta al tiempo

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
ÁREA DE ENSEÑANZA

RELACION MÉDICO-PACIENTE

Una vez concluida esta primera parte, se les recordó el objetivo de la actividad y se inició dando a conocer de manera general las reglas.
Se recordó el nivel que teníamos programado a trabajar y se iniciaron las preguntas.

NIVEL B: RELACION MÉDICO -PACIENTE

1. Como personas que vivimos con alguna enfermedad crónica y que acudimos al centro de salud a la consulta con nuestra doctora o doctor:
¿Cuáles son las fortalezas que tenemos en esta relación para lograr un buen control de nuestras enfermedades crónicas?

Al escuchar la pregunta los participantes voltearon a verse, y al identificar que de forma voluntaria nadie respóndala coordinadora comenzó a dirigir la pregunta de forma directa, para estimular la participación lo que permitió que el dialogo comenzara a fluir de manera más dinámica, una de las fortalezas mencionadas y donde se hizo mayor hincapié fue la confianza que se les brinda al ser escuchados, al permitirles participar y expresar lo que realmente sienten e interesarse por las personas.

Como fortalecerla:

Siendo sincero con mi médico, siendo atendido de forma correcta, que realmente sirva el tratamiento y no solo me den más pastillas en cada consulta, que es lo que anteriormente me pasaba y siguiendo las indicaciones de mi médico.

Otra fortaleza fue el Interés: como un medio para generar confianza, tanto de la persona al médico, como del médico a la persona.

Como fortalecerla:

Haciendo un compromiso con el tratamiento, acudiendo a todas las consultas, llevando una buena dieta.

Otra fortaleza fue la Comunicación: como una parte esencial para seguir el tratamiento y generar confianza.



Casa abierta al tiempo

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
ÁREA DE ENSEÑANZA

RELACION MÉDICO-PACIENTE

Como fortalecerla:

Siendo sincero con mi médico, ya que una buena comunicación va de la mano con la confianza.

Expresando lo que realmente siento.

Otra fortaleza fue la Autonomía: ser de alguna forma independientes, generada por nosotros y por el médico, no solo depender de él, si no también participar.

Como fortalecerla:

Informándonos buscando en medio electrónicos y no solo esperar a que el medico me brinde todo.

Se finalizo la primera pregunta cuando todos guardaron silencio y se pidió al relator hacer una retroalimentación, el coordinador del grupo pregunto si alguien más quería agregar o comentar algo. Nadie quiso aportar más ideas y se continuo a la segunda pregunta, cabe mencionar que tras cada fortaleza se cuestionaba sobre cómo podía mejorarse, para no perder la secuencia de ideas.

2. Como personas que vivimos con alguna enfermedad crónica: ¿Cuáles son las debilidades que tenemos en la relación que establecemos con nuestro médico o médica para lograr un buen control de nuestras enfermedades crónicas?

Una de las fortalezas menciona fue el Desapego: cuando el medico ya tiene una adecuada relación con su paciente y de pronto lo cambian de lugar, genera un impacto negativo en la persona.

Como mejorarla:

Generando independencia en la persona, de tal modo que al llegar otro médico no se sienta vulnerable y pueda llegar a establecer la misma relación que con el anterior.

Otra debilidad identificada fue el tiempo de consulta: muchas veces es insuficiente, ya que anteriormente nos atendían muy rápido.



Casa abierta al tiempo

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
ÁREA DE ENSEÑANZA

RELACION MÉDICO-PACIENTE

Como mejorarla:

siendo consciente el médico, quien debe brindar cierto tiempo en su consulta con cada paciente, y siendo consciente el paciente que no puede estar tanto tiempo en consulta por respeto a los demás pacientes y a la carga de trabajo. Tomar en cuenta las necesidades del paciente y del médico, de forma recíproca siendo empático.

Otra debilidad identificada fue la escases de medicamentos, que aunque desvió un poco el tema central y se enfocó en el Centro de Salud, la mayoría de los participantes, lo identifican como una debilidad para la relación médico paciente, comentando que repercute en el tratamiento o manejo ya que algunos no pueden comprar sus medicamentos.

Como mejorarla: haciendo el esfuerzo por conseguir el medicamento y tener buen apego al tratamiento, algunas veces se nos brinda receta y tratamos de conseguirlo en otros centros de salud.

Todos los pacientes mencionaron estas debilidades de forma general, aunque se mencionaba que esto cambio a partir de que fueron incluidas al proyecto ya que han notado que la atención es distinta y se sienten privilegiados por ello.

Conclusiones:

- La confianza es la base fundamental para la adecuada relación médico paciente
- La confianza se va a construir a partir de comunicación y autonomía.
- El adecuado apego y control de la persona no solo depende del médico si no también del paciente.
- La persona debe generar habilidades como la autonomía, para que se pueda obtener un buen control.
- Tanto el medico como la persona deben tener empatía esta debe ser mutua para una adecuada relación.



Casa abierta al tiempo

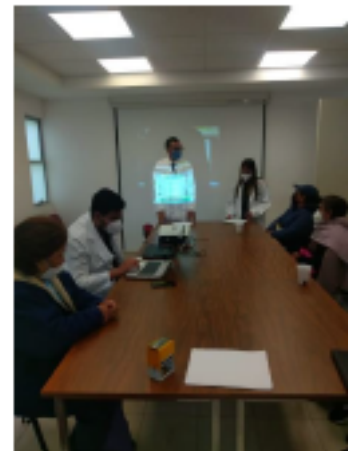
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
ÁREA DE ENSEÑANZA

RELACION MÉDICO-PACIENTE

Una vez concluida la discusión en el nivel de relación médico-paciente, el coordinador dio cierre al grupo y se terminó con una ronda de aplausos, posteriormente se organizó una rifa de dos glucómetros y algunos cubrebocas kn95, como agradecimiento a los participantes los cuales fueron proporcionados por la LIC. MARÍA DE JESÚS MÁRQUEZ BELTRÁN y se brindó un refrigerio y se otorgó a cada uno de los participantes un reconocimiento impreso personalizado por su destacada participación en el encuentro.

ANEXOS:

6





Casa abierta al tiempo

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
ÁREA DE ENSEÑANZA

RELACION MÉDICO-PACIENTE



7



3.4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.

Para el contenido del último módulo que se titula “**Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos**” se presentaron diversos casos clínicos reales de personas que forman parte de este modelo de atención, de algunos de los consultorios en donde están mis compañeros pasantes. Ésta actividad se trató de que presentaban a la persona con ECNT desde una perspectiva integral, dando a conocer todo su entorno social, económico, la perspectiva que tiene el paciente, creencias, objetivos, expectativas, etc. Y desde este ángulo más abierto valorar y discutir lo que el resto hubiéramos hecho. Éste ejercicio siempre fue desde un enfoque de respeto, y constructivismo, para justamente llegar a la conclusión de la importancia del enfoque integral a la persona con enfermedades crónicas no transmisibles.

En la presentación de los casos se hizo notar la importancia de una buena relación médico-paciente, la empatía y confianza que había en este vínculo, ya que de esto depende el desarrollo de las actividades y acciones para el manejo y acompañamiento conjunto de la persona.

Estas sesiones fueron muy fructíferas ya que había mucha retroalimentación entre los compañeros pasante y asesores clínico, con el fin de brindar una mejor atención a la persona, resolviendo dudas y de ser necesario nos remitió a consultar la medicina basada en la evidencia, para sustentar o no las decisiones tomadas en cada caso.

4. Conclusiones.

- ¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a la realización de su servicio social en el Proyecto Urbano de Salud y en este proyecto en particular, cursando un diplomado como parte de ese servicio social?

Después de un año de estar realizando el servicio social y al mismo tiempo tener la oportunidad de tener acceso al contenido de éste diplomado, me siento muy afortunada de haber estado acompañada durante este proceso, ya que, al tener una sesión semanal con compañeros miembros del proyecto que estaba pasando situaciones similares a las que yo estaba experimentando, el exponerlas en la sesión y poder realizar retroalimentación conjuntamente con los asesores clínicos, me ampliaba mucho el panorama para saber si en el desarrollo del modelo de atención con mis pacientes iba en lo correcto o tenía que direccionarme ante alguna situación, y así lograr una mejor relación médico-paciente. Otra gran virtud que experimente durante el diplomado fue tener una orientación desde la medicina basada en la evidencia, por nuestros asesores clínicos, ya que con los Artículos que nos enviaba el Dr. Víctor Ríos cada semana, que a decir verdad, a primera instancia parecían un poco tediosos, éste contenido fue fundamental para poder comprender la importancia y los fundamentos de la atención centrada en el paciente, y que, más que para

alguna actividad del diplomado, estos conocimientos se nos quedaron para la práctica médica diaria.

Me siento muy afortunada por haber formado parte de éste diplomado, ya que los temas que abordamos durante este año de diplomado son sumamente importantes, y ahora suman a nuestro acervo de conocimientos, que tenemos la obligación de seguir cultivando. Desde mi perspectiva, el diplomado es uno de los muchos aciertos que tiene este proyecto de atención centrada en la persona con enfermedades crónicas no transmisibles, ya que si o si nos involucramos en los fundamentos de éste modelo, y en lo personal más que haberlo llevarlo a cabo solo en mi año de en el servicio social, me lo llevó para el resto de mi práctica médica.

- ¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a su experiencia con la atención de sus pacientes con enfermedades crónicas conforme a un modelo de atención integral centrado en la persona?

Mi principal conclusión es que, el ver al “paciente” como una persona, y que no sólo representa una enfermedad, si no que es el resultado de todo su entorno y que al presentarse a solicitar orientación médica, es porque es el principal interesado en hacer mejoras por su salud. En mi experiencia entender esto la verdad significó mucho ya que quizás indirectamente a lo largo de mi formación médica, me vendieron la idea de que el paciente estaba con su enfermedad “porque quiere”, “por no cuidarse” o por “malas decisiones” y, que dentro de ésta ideología, solo estaba viviendo las consecuencias, ideología que ahora no comparto, ya que ahora sé que al conocer primero el entorno de la persona y desde la empatía, puedo tratar de comprender mejor su situación, no solo saber acerca de la enfermedad, y así conjuntamente con la persona con enfermedad crónica, hacer un vínculo que nos permita empezar a tomar acuerdos conjuntamente, dependiendo las metas de la persona, expectativas y perspectivas, para ir realizando acciones que impacten en el control de las enfermedades crónicas, pero que sumado a esto, dichas acciones impacten en el desarrollo de su vida en general, secundario al empoderamiento de la persona para la toma de decisiones acerca de su salud, con todas las áreas que ésta abarca. Y así las personas agradecen y valoran la atención brindada desde este modelo de atención.

- ¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a las ventajas y a las desventajas que ofrece el Proyecto Urbano de Salud, con la implementación de este modelo?

Hablando de la implementación del modelo centrado en la persona, con mi grupo de personas de la casa del adulto mayor de Huayamilpas, al no tener alguna jerarquía de manera presencial en el consultorio (ya que soy la única medico ahí) o un modelo institucional de atención impuesto, la mayor ventaja que le veo, es que dispongo de autonomía para la toma de decisiones, desde la manera organizarme con los pacientes y así brindarles el tiempo suficiente en cada consulta, y que al tener mayor disposición de

tiempo, podemos aprovecharlo para conocer mejor al paciente y así poder desarrollar el modelo de atención centrado en la persona. El estar sola en el consultorio sin alguien que me supervise en las decisiones médicas, me hace sentir mayor responsabilidad con mi paciente y me obliga a estar estudiando constantemente, y consultar la medicina basada en evidencias para así saber cuáles son las alternativas posibles con las que se cuenta, y una vez conversando con la persona con ECNT y valorando cada alternativa, conjuntamente tomar decisiones y realizar acuerdos sobre nuestro plan de acción.

Una de las desventajas es que con personas que no son derechohabientes de alguna institución gubernamental, no se les pueda brindar el servicio de laboratorios o medicamentos, y que están fuera de su alcance económico y que esto obstaculice temporalmente el estado de salud de la persona. Pero en el otro extremo también tenemos a pacientes que aunque son derechohabientes activos y acuden a su control en instituciones de salud, prefieren seguir con su seguimiento metabólico y acudir a la consulta con el proyecto urbano justamente, por la calidad del servicio, que es basado en la atención centrada en la persona.

- ¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a las aspiraciones y las realizaciones de quienes viven con enfermedades crónicas y que pudo atender más de una vez a lo largo de su servicio social?

Para la gran mayoría de las personas con enfermedades crónicas que se atendieron durante este año de servicio social, su principal aspiración al inicio del año era lograr o mantener el control tanto de presión arterial y/o sus niveles de glucemia en metas. Al llevar a cabo la medición metabólica presencial en el mes de Septiembre de 2021, por laboratorios séricos y parámetros como la medición de TA. Encontramos que, se ha mantenido el control de glucosa en el 82% de los pacientes con DM2 que acudieron a la medición; así como la mayoría de los pacientes con HAS se encuentran en cifras meta por debajo de 140/90 mmHg de TA. La gran mayoría de las personas está logrando sus objetivos sobre el control de su ECNT, y estos logros se celebraron a cada una de las personas del proyecto, ya que son personas autónomas, empoderadas y también son conscientes de sus fortalezas y debilidades y se incentivó a seguir con su autocuidado.

También tenemos claro que aún hay retos con los cuales debemos seguir trabajando y que sin duda son el resultado de casi dos años de confinamiento secundario a la pandemia por la COVID-19, en especial para ésta población; como es el control de niveles de lípidos en sangre, el sobrepeso y la obesidad en nuestra población, por lo cual se acordó según la valoración individual, mejoras al estilo de vida, así como tratamiento farmacológico a quien lo ameritó, por lo que se empieza a ver mejoras en la mayoría de los casos.

- ¿Cuáles son las conclusiones a las que llega respecto a lo que fue su formación profesional de pregrado, incluyendo desde luego el año de servicio social, y lo que tendrá que mejorar en su futuro inmediato?

Desde mi perspectiva, durante mi formación profesional de pregrado siento que la prioridad de las instituciones en las que nos formamos, se dirigen únicamente a brindarnos el conocimiento médico, centrado precisamente en la patología. En nuestras rotaciones por áreas clínicas observamos múltiples formas de llevar a cabo la práctica de la medicina pero en su mayoría se limitan únicamente en el padecimiento físico que le aqueja a la persona en ese momento, le dan su medicamento y pasan al siguiente paciente, en éste momento y desde nuestro rol como estudiantes de pregrado solo estábamos para observar, tratar de poner en práctica los conocimientos médicos, pero el objetivo nunca era conocer primero al paciente más allá de una historia clínica. Durante mi formación de pregrado solo puedo recordar 3 médicos que se salían de esta constante, y que quizás por eso son de los médicos que recuerdo siempre con admiración y cariño, ya que desde la manera abordar al paciente, empanizar con él, hasta que el paciente se iba con una sonrisa, una nueva idea de pensar sobre lo que le aqueja, muy aparte de su receta en mano. Durante mi año de internado, que es en donde tuve la oportunidad por primera vez de tratar a un paciente de manera directa, recuerdo que durante los días más ajetreados, solo “sacabas los pendientes” de cada paciente y lo conocías al momento de realizar la historia clínica, pero recuerdo muy bien en mi rotación de cirugía cuando había que hacerles curaciones y muchas veces solo había tiempo en la madrugada, y le hacía la plática a mis pacientes para tratar de mitigar el dolor o la molestia que les aquejaba ese momento, era ahí donde tuve la oportunidad de conocer un poco más a mis pacientes y que tuviera quizás mayor confianza hacia mí, o preguntara sobre su pronóstico. En este momento se está fijando el vínculo y de pasar a ser el paciente de la cama “X” se volvía la “Sra. Anita” o “Don Gregorio” y es aquí donde en lo personal me di cuenta de la importancia de no solo conocer el diagnóstico, si no a la persona. Y bueno, llegando al servicio social, tengo la oportunidad de estar en el Proyecto Urbano de salud y además la oportunidad de tener el diplomado de “Atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto. Un enfoque de Capacidades”, en donde por primera vez me doy cuenta que ya existe un modelo a seguir en donde la atención se centra en la persona, y que hay personas expertas sobre el tema, y también personas ocupadas en llevar éste modelo de atención a mas poblaciones, como lo son el Dr. Víctor Ríos y la Dra. Alejandra Gasca con éste proyecto en el cual no solo estamos personas de la UAM, si no también ya hay más instituciones como, el IPN, el INSP y la misma Secretaria de Salud, lo cual si lo razonamos, es sumamente importante que la perspectiva de este modelo llegue a más lugares y de ser posible como un modelo de atención en todo nuestro país, ya que estoy segura, esto cambiaría mucho nuestro sistema de salud.

Una vez llegado a éste punto del termino del servicio social, y preguntarme, ¿qué sigue? Lo primero que se me viene a la cabeza es llevar a cabo lo aprendido hasta ahora, brindarles a mis pacientes una atención integral centrada en la persona y en el desarrollo de sus capacidades y autonomía. Me queda claro que tengo mucho más que trabajar en mí, en siempre estar a la vanguardia de la medicina basada en evidencia, pero sobre todo, no perder de vista que cada paciente es un mundo de capacidades por desarrollar, que en realidad todos lo somos. Y yo como ser individual también tengo se desarrollar mis capacidades, aprovechar más mi tiempo y nunca perder la oportunidad de conocer a la otra persona.

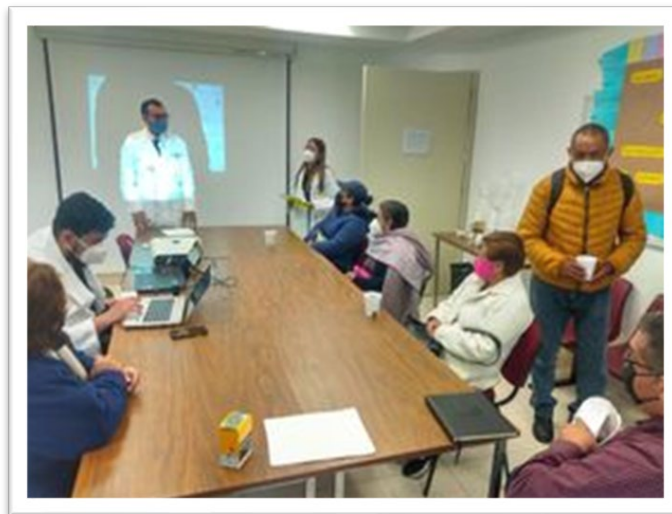
¡GRACIAS!

5. Referencias bibliográficas

1. Ríos Cortázar , V., Gasca García , A., & Bolaños Méndez , G. Z. (2021). Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID19. CDMX: Coordinación de Primer Nivel y Salud Comunitaria.
2. Secretaría de Inclusión y Bienestar Social. (2022). Sistema de Información del Desarrollo Social. Cdmx.gob.mx. <http://www.sideso.cdmx.gob.mx/index.php?id=58>
3. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q.* 2003;7(1):73-82. doi: 10.12927/hcq.2003.16763. PMID: 14674182.
4. Gobierno de México (2020). Sistema de etiquetado frontal de alimentos y bebidas para México. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://www.insp.mx/avisos/4771-etiquetado-alimentos-bebidas-gda.html>
5. Inés, A., Juan, G., Dapueto, J., & Varela, B. (n.d.). Manual de habilidades avanzadas de la comunicación para estudiantes de Medicina del segundo trienio. Montevideo : Udelar. CSE, 2018 <https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2018/12/Manual-de-habilidades-avanzadas-Ana-Ine%CC%81s-Galain.pdf>

Anexos

Las siguientes son algunas fotografías tomadas durante éste año del servicio social.



1. Encuentro de pacientes CS TIII Gerardo Varela Mariscal



2. Detalle de bienvenida a la consulta presencial a las personas de la casa del adulto del adulto mayor de Huayamilpas.



3. Personal de atención de la casa del adulto mayor de Huayamilpas periodo Feb 2021- Enero 2022.