

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA CIENCIAS  
BIOLOGICAS Y DE LA SALUD.**

**LICENCIATURA MEDICO CIRUJANO**

**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADO EN LA  
PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES  
CRÓNICAS EN UNIDADES DE PRIMER CONTACTO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO. ENFOQUE DE CAPACIDADES.**

**TITULO**

**MPSS JOSE MAURICIO ENRIQUEZ CONTRERAS  
253060061**

**(PROMOCIÓN FEBRERO 2021 – ENERO 2022)**

**ASESORA INTERNO: VICTOR RIOS CORTAZAR**

**ASESORA EXTERNA: ALEJANDRA GASCA GARCIA**

## **PRESENTACION**

Este documento tiene su origen en la búsqueda de la información, adaptación y mejoramiento del conocimiento de los médicos generales para poder transmitir y mejorar la calidad de la atención en la consulta con pacientes con enfermedades crónicas. al leer este documento tendrán un panorama amplio de lo que se vive día con día en la consulta general ya que como se darán cuenta observaremos como las patologías han cambiado a lo largo de la historia y actualmente todos los factores que pueden altera y exacerbar el curso de cada una de las enfermedades crónicas, además de que contiene información extra sobre el manejo de pacientes con dislipidemia grave un punto que en lo personal fue un obstáculo durante algunas semanas donde mi conocimiento no era el suficiente para cubrir las necesidades de mis pacientes por lo cual tuve que adaptarme ante este nuevo reto.

Este trabajo esta dividido en 5 módulos diferentes

- 1.- Modulo 1 fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica, enfoque de capacidades.
- 2.- Modulo 2 métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.
- 3.- Modulo 3 organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas
- 4.- Práctica clínica en la persona con enfermedad crónica, tutoría de casos

El módulo 1 contiene un documento con información novedosa con respecto al manejo de pacientes crónicos, como sabemos la información a diario va cambiando y adaptándose a las necesidades y conocimiento de nuestro entorno por lo cual el mejoramiento del conocimiento es constante y nunca termina. Mi investigación arroja como el modelo de atención centrada en la persona, aunque tiene bases excelentes para la transmisión de la información y mejoramiento de las personas con enfermedades crónicas, todos estos términos deben ser mejorados porque existe términos mejores o más actuales aptos para el tipo de fin que busca el modulo

El modulo 2 contine una revisión sistemática que habla sobre el manejo de pacientes con dislipidemia grave y hace una comparación entre el tratamiento farmacológico y el no farmacológico (dieta hipocalórica) y como este último tiene mayores beneficios a corto plazo así como disminuir el morbi-mortalidad de los pacientes en este estado crítico, aunque de igual forma pongo en duda este tratamiento al ser un tanto agresivo y difícil de seguir, la información siempre se tiene que poner en duda y adaptarla a nuestro entorno con las necesidades que se nos presenten.

El módulo 3 habla sobre el encuentro de pacientes que se realizó en la jurisdicción de Xochimilco en el teatro Carlos Pellicer donde pudimos vivir una experiencia única en la vida, donde convivimos con pacientes de diferentes centro de salud, en la cual durante 5 hrs vivimos, observamos, escuchamos y sentimos una parte de lo que involucra vivir con una enfermedad crónica, que en lo personal fue un valde de agua fría que me hizo reflexionar y entender todo lo que puede abarcar el modulo ya que no solo observamos y tratamos una patología sino un ser vivo que llora, ríe y se adapta. después del encuentro mi vida cambio y comprendí el fin que tiene el modelo de atención centrada en la persona

Mi incorporación al centro de salud y al modelo de atención centrada en la persona al principio fue torpe ya que sin asesora (se encontraba de resguardo) nos ponían en la consulta de IRAS diario, sin poder trabajar con pacientes crónicos lo cual limito y retraso mi incorporación de las consultas de enfermedades crónicas. sino fue hasta que la Dra Lorena Vergara Huitrón volvió fue cuando por fin pude vivir le experiencia de la consulta de crónicos, las asesorías, clases, talleres y vivencias de estas increíbles personas, donde ahora que me retiro tengo un sentimiento de felicidad por haber tenido la oportunidad de trabajar y estudiar este tipo de modelo novedoso.

## 2 EL MODELO EXPANDIDO DE CUIDADOS CRÓNICOS, LA ADECUACIÓN DE LA UAM XOCHIMILCO

El modelo expandido nos habla de 3 componentes importantes para la valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades crónicas, anteriormente la medicina se basaba en la patología como tal donde solo los factores homeostáticos internos eran los que podían alterar el curso de cada patología, sin embargo. Actualmente sabes que existe un sinfín de factores externos que pueden alterar el comportamiento de cada enfermedad y su pronóstico.



El modelo inicia con la enfermedad el cual contiene la historia de la misma y el examen físico realizado durante la consulta de inicio y las subsecuentes. Al momento de la llegada de nuestro paciente a la consulta vemos un individuo con una enfermedad pero durante el interrogatorio general de aparatos y sistemas complementada a la exploración física podemos observar como se expanden los signos, síntomas y enfermedades adyacentes a esta inicial, lo cual cambia el tratamiento y seguimiento que podemos tener ante esta persona, sino realizamos el adecuado interrogatorio y lo complementamos con la exploración física céfalo caudal podemos omitir factores importantes para el mejoramiento o empeoramiento de nuestro paciente. Este modulo al tener un amplio tiempo en la consulta a comparación de otros consultorios podemos realizar una exploración mucho más exhaustiva identificando todos los factores que envuelven a cada paciente. Continuamos con el padecimiento, la cual debemos observar desde un enfoque humano donde nos debemos adaptar a las necesidades del paciente y no el paciente a nuestras necesidades, ya que existe un sin número de factores y situaciones personales al paciente que pueden cambiar el curso de la patología. por ejemplo, todo el mundo piensa que el duelo es la perdida de un ser querido, sin embargo. No solo se enfoca en una perdida humana sino en la perdida de algo que era importante para nosotros y que ahora no tenemos como por ejemplo la salud por lo cual las expectativas, ideas y sentimiento que abarcan al paciente al momento del diagnostico son importantes para su seguimiento ya que como sabemos los factores emocionales puede desencadenar un descontrol constante con picos habituales por toda la carga emocional cambiante del paciente, por lo cual durante la consulta manejamos las perdidas y como sobrellevarlas poco a poco, también la forma en la que se debe informar a un paciente que es portador de una enfermedad crónica y como darle la noticia sobre su nueva patología, como esta cambiara su vida.

Por ultimo la salud es uno de los factores que todos buscamos como una meta en la vida y en las personas con enfermedades crónicas no es la excepción ya que ellos quieren llegar al famoso "control" de sus enfermedades, donde todas sus patologías se encuentren en rango óptimos donde su cuerpo este estable y en armonía, por lo cual el investigar en las personas con enfermedades crónicas que los motiva al ir a las consultas, tomar sus medicamentos, seguir los planes de alimentación o hacer ejercicio, cuales son sus aspiraciones ante la vida en esta nueva etapa y que significado va a tener o el impacto que podría tener en su vida ya que no somos individuos solitarios, somos animales sociales en la cual existe un grupo que puede ser afectado con nuestros afecciones.

### **3. EL DIPLOMADO**

Mi participación en el diplomado fue muy volátil ya que tiendo a ser una persona difícil de complacer y mas cuando se trata de los pacientes, la información que se me trasmite y el impacto que pueda tener mis conocimientos ante la sociedad por lo cual en más de una ocasión no estuve a favor de los ideales que se manejan durante el diplomado pero que con el pasar del tiempo pude observar que el poner en practica lo que aprendía durante el diplomado podía cambiar el curso de la enfermedad de cada paciente y como con pequeños cambios podía tener un gran impacto en la vida de ellos. por lo cual durante el pasar de las semanas mi participación se volvió mayor , aportando conocimientos, estrategias y modos del manejo de la consulta, todo para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas.

### **3.1 MÓDULO 1. FORTALECIMIENTO DEL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA ENFOQUE DE CAPACIDADES**



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO



**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA, UNIDAD XOCHIMILCO**

**ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD CENTRADA EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UNIDADES DE PRIMER CONTACTO EN LA CIUDAD DE MÉXICO. UN ENFOQUE DE DESARROLLO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS**

**MODULO 1: "FORTALECIMIENTO DEL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA, ENFOQUE DE CAPACIDADES"**

**TÉRMINO DE AUTOMANEJO EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS-GENERATIVAS**

**ALUMNO: JOSE MAURICIO ENRIQUEZ CONTRERAS**

**CURSO: SERVICIO SOCIAL FEBRERO 2021 - ENERO 2022**

**CS TIII TULYEHUALCO**

**FECHA DE ENTREGA 06/08/2021**

---

## **TABLA DE CONTENIDO**

INTRODUCCIÓN	8
OBJETIVOS	8
OBJETIVOS GENERALES	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
JUSTIFICACION	9
DESARROLLO	9
PANORAMA ACTUAL	9
ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA.	10
CONCEPTOS	10
AUTOCUIDADO	10
AUTOMEDICACION	11
AUTOCONTROL	11
AUTOMANEJO	11
CONCLUSION	12
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	13

---

## **INTRODUCCIÓN**

El problema epidemiológico que abarcan las enfermedades crónico-degenerativas son un impacto enorme a los servicios de salud pública de los cuales depende la mayor parte de la población.

En la población mexicana el porcentaje de personas que padecen sobrepeso, obesidad o diabetes por mencionar algunas de las enfermedades crónico-degenerativas representan el 75.3 % de la población total, por lo tanto, plantea importantes retos en los servicios médicos, ya que deben organizarse para brindar sus servicios a la población de manera extraordinaria.

Hoy en día la atención médica no solo abarca el brindar medicamentos y ver a la persona como una enfermedad ya que hemos visto que diferentes factores intra y extracorpórea de la persona pueden influir en la evolución de sus enfermedades por lo cual el enfoque de la consulta clínica actualmente abarca más ya que tenemos que ver a la persona como un todo.

Actualmente para elaborar una adecuada consulta hemos adoptado diferentes conceptos, que nos ayudan a comprender mejor el concepto integral de la persona, sin embargo, al ser una zona nueva de conocimiento que estamos adquiriendo podemos malinterpretar los conceptos, en este trabajo aprenderemos a diferenciar estos conceptos y cual debemos adoptar para la práctica clínica.**OBJETIVOS**

### **OBJETIVOS GENERALES**

EL OBJETIVO DE ESTE ENSAYO ES TENER UN CONCEPTO MÁS SÓLIDO SOBRE EL AUTOMANEJO DE LA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CÓMO PODEMOS DIFERENCIAR DE OTROS CONCEPTOS COMO AUTOCUIDADO, AUTOMEDICACIÓN Y AUTOCONTROL

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

CONOCER EL CONCEPTO DE AUTOMANEJO.

DIFERENCIAR EL CONCEPTO DE AUTOMANEJO CONTRA AUTOCUIDADO Y AUTOMEDICACIÓN.

ENTENDER EL CONCEPTO DE AUTOMANEJO COMO UN CONCEPTO INTEGRO PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LA PERSONA EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION

## **JUSTIFICACION**

El conocimiento actual sobre el manejo del paciente crónico degenerativo ha creado un enorme mundo de nuevos conceptos que hemos adoptado para poder comprender mejor todos los aspectos que engloban a un paciente.

Durante este proceso nos hemos perdido en un sin número de errores conceptuales que están mal planteados hacia el objetivo que buscamos, que es el manejo integral paciente en el cual abarcamos aspectos sociales, emocionales, laborales, sobre conocimiento de su enfermedad, tratamiento, automonitoreo, etc. que aunque algunos de los conceptos tiene ciertas características importas sobre lo que buscamos, el único concepto que maneja todo de forma global es el automanejo por lo cual su conocimiento y diferenciación a otros conceptos será una piedra angular para llevar un buen lineamiento hacia el mejoramiento del paciente que es el objetivo que se busca tanto por parte del paciente como nuestra que somos prestadores de servicios de salud.

## **DESARROLLO**

### **PANORAMA ACTUAL**

En México hay aproximadamente 15.4 millones de personas tienen más de 60 años lo cual representa el 12.3% de la población total, la cual hasta un 90% de los casos tienen o tendrán alguna enfermedad crónico degenerativa<sup>6</sup> esto representara un obstáculo para llevar a cabo un adecuado estilo de vida y no tener la calidad de vida esperada; por lo cual debemos hacer conciencia con respecto al manejo de estas enfermedades, ya que con el paso de los años las limitación fisiológicas funcionales se van deteriorando y estas a su vez se ven exacerbadas por el tener alguna enfermedad de base. esto es importante ya que en la consulta el no darle su papel a la persona podría limitar su adecuada evolución al no ver todos los parámetros que podrían influir en ella.

En México el 74.77% de la población total ocupan algún sistema de salud público y de este total aproximadamente entre el 13 y 20 % se quejan de una mala atención médica no tanto al proveer medicamento sino a la atención que se les da como personas.<sup>5</sup>

Se menciona entre algunas de las quejas de disconformidad que no los escuchan, no los comprenden, falta de compromiso, no los examinan, están apurados, son impuntuales, no se explican o les falta claridad todo esto lleva a la creación de una brecha enorme entre la persona y el medico donde no existe la confianza, empatía ni deseo por el mejoramiento de la persona lo cual conlleva a un deterioro y avance progresivo de la enfermedad.

En la actualidad la asistencia clínica no sólo debe abarcar la enfermedad desde el área fisiopatológica ya que aumentaría la enfermedad de las personas; es por ello

que se debe de fomentar la disciplina de examinar más a fondo con las personas para tener grandes cambios en la enfermedad.

## **ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA.**

Antes de iniciar con los conceptos de autocuidado, automanejo, automedicación o autocontrol debemos entender que la atención centrada en las personas se encarga de abarcar muchos aspectos que lleva a un mejor control de la consulta y del resultado de la evolución de la enfermedad de la persona.

La atención centrada en el paciente contiene varios componentes.

En primer lugar, la exploración de la dolencia, la enfermedad y la salud de la persona la cual se realizará mediante el interrogatorio, se verá muy influenciado por el grado de confianza que exista entre el personal de la salud y la persona.

El entendimiento de la persona como un todo, donde examinaremos aspectos intra y extracorpóreos que pueden afectar directa o indirectamente a la persona con lo cual tendremos un deterioro o mejoramiento de su enfermedad.

La búsqueda de un espacio común para definir problemas, metas y roles en el encuentro de la consulta, este espacio debe brindar seguridad y confianza a la persona para que él o ella puede expresarse sin problema alguno.

El desarrollo de la relación médico paciente dependerá mucho del interés que se vea por parte del médico con respecto al padecimiento de la persona por lo cual se debe de hacer partícipe de su enfermedad donde pueda tomar decisiones con respecto a su tratamiento, manejo y conocimiento del mismo.

El llevar a cabo adecuadamente cada uno de las fases de la atención centrada en el paciente nos dará como resultado con adecuado autocuidado por parte del paciente ya que tomará conciencia de su enfermedad.

## **CONCEPTOS**

### **AUTOCAUIDADO**

El concepto de autocuidado hace referencia a toda aquella acción que realiza o realizará la persona para su propio beneficio con respecto a su salud, en la cual podemos englobar acciones tanto prácticas personas o grupales (familiares)<sup>2</sup> donde se van a promover conductas positivas de salud para la prevención y tratamiento de la enfermedad de igual forma la detección oportuna de signos y síntomas de nuevas patologías que puedan surgir ya que la persona es responsable de su salud.

La persona al ser responsable de su enfermedad podemos ver cómo se lleva a cabo un adecuado manejo del tratamiento en la cual puede tomar decisiones

dependiendo la sintomatología, complicación o alteraciones que pueden surgir a lo largo del día y así adquirir conocimiento de su enfermedad para poder tomar acción hacia su beneficio propio y de su salud.

## **AUTOMEDICACION**

El termino automedicación hace referencia a la capacidad que tiene el individuo al uso de medicamentos por iniciativa propia, sin la intervención medica tanto en el diagnóstico, como en la prescripción y en la supervisión del tratamiento. aunque nosotros queremos que el paciente forme parte activa de su enfermedad y principalmente de su enfermedad la automedicación podría acarrear muchas consecuencias desde falta de dosis o hasta una intoxicación por el medicamento<sup>5</sup>, aparte que no integra otros aspectos importantes en el manejo integral del paciente.

## **AUTOCONTROL**

Es la capacidad de control o dominio sobre uno mismo, el cual tiene una repercusión sobre el control de los propios impulsos y reacciones y que en algunos casos supone una serie de técnicas de relajación para tener la capacidad consciente de regular los impulsos de manera voluntaria<sup>2</sup>, este término sería muy poco ético utilizarlo en el manejo de pacientes crónicos ya que estaríamos limitándolos, ordenando y mandando sobre ellos, algo que debe ser eliminado de la ideología medica. la idea que tenemos poder sobre nuestros pacientes.

## **AUTOMANEJO**

El concepto de automanejo abarca un mundo más amplio de acciones, emociones y promueve una autonomía más amplia a comparación del autocuidado.

Abarca el manejo de funciones, el paciente al tener una enfermedad crónica puede crear mecanismo de adaptación para poder realizar todas sus actividades diarias sin ningún problema, manejo de emociones: como sabemos la exacerbación de las emociones se ven reflejadas por el tener una enfermedad de base, en la cual la persona podrá manejarlas sin ningún problema y el manejo médico que está relacionado con el auto monitoreo que la persona puede realizar al tener el suficiente conocimiento sobre su enfermedad y así poder manejar medicamentos, complicaciones y adaptarse a los cambios que puede aparecer durante su vida cotidiana<sup>3</sup>

Por eso la adopción del termino de manejo a comparación de otros nos da un panorama más amplio sobre cómo se puede manejar un paciente por si solo ya que abarca desde aspectos emocionales pasando por las actividades cotidianas y llevar

hasta el manejo de su propia enfermedad sin requerir el chequeo constante de una persona de la salud.

## **CONCLUSION**

La medicina es una de las ciencias más cambiantes que existen ya que día a día encontramos nueva información con respecto a enfermedades, fisiopatología, diagnóstico, clínica y tratamiento. Nosotros como personal médico debemos adaptarnos a todos estos nuevos cambios que van surgiendo, pero al igual que el área médico-teórica de la enfermedad debemos adaptarnos al nuevo conocimiento que surge en el área médico-teórica de la práctica clínica.

Parte importante del mejoramiento de los servicios médicos actuales es mejorar la calidad de atención en la consulta general donde se crea un vínculo entre el médico y el paciente el cual será fundamental para el mejoramiento y seguimiento de la persona. Aunque durante nuestro desarrollo académico el evaluar, conocer aspectos sociales que intervengan y afecten a nuestros pacientes no se nos fue enseñado, ya que no se le da la importancia que se merece, nosotros como médicos en desarrollo que contamos con una autonomía será un pilar importante para el mejoramiento continuo.

La excelencia en el manejo del paciente crónico-degenerativo se verá influenciado por factores independientes a la enfermedad y como herramientas en nuestro mejoramiento conocer y entender el concepto de automanejo será importante para poder identificar qué factores podremos y no intervenir directa o indirectamente en nuestro paciente y como el formará parte activa de su enfermedad. El automanejo como hemos visto engloba todas aquellas características que serán parte del individuo en estudio y el llevar a cabo un adecuado automanejo nos lleva a tomar y tener las mejores opciones posibles para nuestro paciente.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Pérez-Cuevas, R., Reyes Morales, H., Doubova, S. V., Zepeda Arias, M., Díaz Rodríguez, G., Peña Valdovinos, A., & Muñoz Hernández, O. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (2009). 26, 511-517.

Bonal Ruiz, R., & Cascaret Soto, X. ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas?: Acercamiento a su análisis e interpretación. *Medisan*, (2009). 13(1), 0-0.

Contel, J. C., Muntané, B., & Camp, L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención Primaria*, (2012). 44(2), 107-113.

Coronado-Vázquez, V., Gómez-Salgado, J., Cerezo Espinosa de los Monteros, J., Canet Fajas, C., & Magallón Botaya, R. Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España. *Gaceta Sanitaria*, (2020). 33, 554-562.

Grady, P. A., & Gough, L. L. El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (2015). 37, 187-194.

Beatriz, M. V. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, (2007). 15(2), 91-98.

Alarcón Luna, N. S., Rizo-Baeza, M., Cortés Castell, E., Cadena Santos, F., Leal David, H., & Alonso Castillo, M. M. Intervención educativa: implementación de la agencia de autocuidado y adherencia terapéutica desde la perspectiva del paciente diabético (2013)..

Millán Méndez, I. E. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista cubana de enfermería*, (2010). 26(4), 202-234.

Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*, (2014). 36(6), 835-845.

Rico-Blázquez, M., Gómez, S. S., & Gallego, C. F. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enfermería Clínica*, (2014). 24(1), 44-50.

Torres, M., Fabrellas i Padrès, N., Solà Pola, M., Rubio Merchán, A., Camañes García, N., & Berlanga-Fernández, S. Un modelo de atención integral al paciente crónico complejo. *ROL. Revista Española de Enfermería*, (2015). 2015, vol. 38, num. 3, p. 42-46

### **3.2 MÓDULO 2. MÉTODOS Y RECURSOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y EL MONITOREO DE RESULTADOS.**



**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**

**MODULO 2:** “Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados”

**REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**COMPARACIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO VS AYUNO PARCIAL EN PACIENTES CON DISLIPIDEMIA GRAVE**

**MPSS:** JOSE MAURICIO ENRIQUEZ CONTRERAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA: UNIDAD XOCHIMILCO

**PROMOCIÓN:** FEBRERO 2021

**UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:** CST- III TULYTEHUALCO

## **ÍNDICE:**

### **INTRODUCCIÓN**

### **OBJETIVOS**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **RESULTADOS**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

### **BIBLIOGRAFÍA**

## **INTRODUCCIÓN**

Las muertes por complicaciones de alteraciones cardiovasculares son la primera causa de muerte en México esto en la mayoría de los casos puede o esta relacionado alteraciones metabólicas como es el caso de la dislipidemia (aumento de triglicéridos, colesterol, HDL y LDL). En hombres mayores de 50 años el riesgo de tener o morir por enfermedad cardiovascular es del 38.7% si sus niveles de colesterol en sangre son <180mg/dl y si se eleva al 64.6% si estos son de 240 mg/dl o mayores<sup>1</sup> por lo cual debemos tener un mejor enfoque en el tratamiento de esta patología crónica ya que podríamos disminuir la morbi-mortalidad de esta patología en la población mexicana.

La dislipidemia aunada a alteraciones metabólicas como es el caso de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus aumentan las probabilidades de infarto agudo del miocardio, así como para la isquemia miocárdica<sup>1</sup> estos factores sumados a una edad avanzada, poca actividad física, alteraciones venosas, ser latino y una mala alimentación son una bola de nieve para el descontrol multisistémico

En la gastronomía de la población mexicana el consumo de comida rápida, comida chatarra, procesados, enlatados, etc. Es muy habitual ya que forma parte de nuestro acervo cultural, sin embargo. Todos estos tipo de alimentos tiene una característica similar y son sus niveles altos de grasas y aceites que en un consumo excesivo pueden llevar a tener repercusiones en la salud de los individuos principalmente aumento de los niveles de colesterol y triglicéridos por lo cual el tratamiento no farmacológico (adecuada dieta) es un pilar importante al momento de dar o recibir un tratamiento farmacológico para el control de un caso de dislipidemia<sup>2</sup>, hoy día nos damos cuenta que sin importa el tratamiento farmacológico que se otorga si el paciente no tiene una adecuada alimentación tienden a remitir el cuadro en un periodo no mayor a 3 meses. con esto nos hacemos varias preguntas muy importantes ¿Qué es más importante el tratamiento farmacológico ideal o una dieta

adecuada en calidad y cantidad? y si este último es el pilar ¿Cuál es la cantidad calórica que tiene un mejor efecto en casos graves de dislipidemia? donde la vida del individuo puede correr riesgo.

## **OBJETIVO**

### **PRINCIPAL**

Dar respuesta sobre el tratamiento ideal en el caso de pacientes con dislipidemia grave

### **ESPECÍFICOS**

Conocer el tratamiento farmacológico para dislipidemia grave.

Mencionar el conteo calórico adecuado en una dieta para dislipidemia grave.

Comparar la eficacia entre un tratamiento farmacológico y uno no farmacológico y observar cual disminuye mas la morbimortalidad de la enfermedad.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Es una revisión sistemática donde se realizo una búsqueda exhaustiva de información en diferentes bases de datos como: Google escolar, Redalyc, Pudmed, The New England Journal of Medicine, Cinhal y Scopus, los artículos seleccionados tuvieron un intervalo no mayor a 5 años (2016-2021) para tener una base de datos con una mayor actualidad, en su mayoría los artículos obtenidos fueron artículos científicos, publicaciones de gaceta y revistas médicas.

## **PALABRAS CLAVE**

“dislipidemia” “tratamiento farmacológico” “alimentación” “gravedad” “ayuno parcial”

## **RESULTADOS**

Se hallaron un total de 25 artículos, de estos 25 artículos se seleccionaron 15 artículos tras aplicar los criterios de selección correspondiente a los objetivos de la investigación y la utilización de las palabras clave. de todo el conjunto de artículos finales 2 fueron referentes a la epidemiología de la dislipidemia, 5 al control farmacológico, 6 tratamiento no farmacológico específicamente alimentación y 2 sobre manejo de la dislipidemia grave. 23 artículos fueron en español y 2 en inglés.

En estudios previos el manejo del tratamiento en dislipidemia se centrada en la administración de fármacos con resultados favorables en la mayoría de los casos a largo plazo, sin embargo. ya que la dislipidemia no tiene un limite como tal hablando de sus cifras, podemos observar como el tratamiento farmacológico se ve limitado en un caso de dislipidemia extrema hablando principalmente de hipertrigliceridemia > 1000mg/dl donde la administración de fibratos tienen resultados entre 1 a 3 meses por lo cual el prolongado tiempo para su remisión he afectada la calidad de vida del paciente al tener una fuerte vinculación con procesos isquémicos cardiacos o casos de infarto agudo del miocardio.

En un estudio donde nos da una guía de tratamiento farmacológico en dislipidemia menciona que el uso de fibratos solos o en combinación puede disminuir entre un 21 a 57% <sup>3</sup>los valores de triglicéridos en un periodo de 1 a 3 meses siempre y cuando sea una dislipidemia pura y no este combinado con alguna otra comorbilidad. los fibratos además de disminuir los triglicéridos nos ayudan a prevenir el riesgo de desarrollo de pancreatitis una complicación común en pacientes con hipertrigliceridemia grave.

En una artículo que se realizó en la sociedad española de aterosclerosis donde se hizo una comparación entre diferentes tratamiento farmacológico refieren que el uso de fibratos tiene un disminución de LDL del 8%, HDL 10% y triglicéridos de 36% <sup>4</sup> comparado con fármacos como fitoesteroles, ezetimiba, resinas, acido nicotínico y omega 3 donde sus resultados de eficacia van del 0.7% en LDL hasta un máximo de 30% en triliceridostodo<sup>9</sup> esto nos da como resultado que el uso de triglicéridos es el tratamiento ideal.

Anteriormente el tratamiento no farmacológico principalmente hablando de alineación era un tratamiento que estaba aunado al tratamiento farmacológico ya que este era utilizado para la disminución gradual de la dislipidemia y su mantenimiento a largo plazo donde la restricción de entre 300 y 500 kcal al día podían disminuir entre un 40% a 60% de los triglicéridos a largo plazo, sin embargo. en recientes estudios mención que el uso de un ayuno parcial puede tener beneficios mucho mayores y más rápido que el tratamiento farmacológico. se menciona que el ayuno parcial se enfoca en la eliminación de los carbohidratos, grasas saturadas, grasas trans, grasas insaturadas <sup>7</sup> dejando solo la fibra derivada de las frutas y las verduras mas un consumo de proteína de 150g al día esto en un periodo de 1 a 3 días con resultados sorprendentes de 40-60% de disminución de los valores de triglicéridos. el ayuno al ser una dieta demasiado hipocalórica se compensa con la proteína y el consumo abundante de verduras libres en un equilibrio de 5 comidas al día, esto siempre dependerá de la situación del paciente. la disminución radical de los triglicéridos nos ayuda a la disminución del riesgo de padecer un proceso isquémico o un infarto agudo al miocardio.

al finalizar el ayuno parcial de iniciara un control calórico de 1200 a 1500kcal al día por 6 mes con perdidas aproximadas de 5 a 10kg y el seguimiento con estatinas o fibratos dependiendo el caso del paciente.

al ser un ayuno demasiado estricto con respecto al consumo calórico es difícil para los pacientes su seguimiento y existen muchas adaptaciones que se tiene que realizar al momento de su indicación ya que como sabemos la mayoría de los casos de dislipidemia no tienden a ser patológicas puras sino que están acompañadas de otras alteraciones metabólicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus en los cuales el uso de medicamento y el historia de la enfermedad pueden ser un problema con este tipo de tratamiento radicales como es el caso de la suspensión de hipoglucemiantes orales e insulinas en pacientes diabéticos por el riesgo de sufrir hipoglucemias<sup>6</sup>

todo tratamiento sea farmacológico o no siempre estará acompañado de una valoración exhaustiva donde se compare el riesgo beneficio sobre el uso de este por lo cual el ayuno parcial tiende ser una adecuada alternativa siempre y cuando exista una valoración previa y una observación detallada del paciente.

## **DISCUSIÓN**

en la actualidad el uso de tratamiento farmacológico en el caso de dislipemias leve, moderada o grave son eficaces a largo plazo disminuyendo significativamente la morbi-mortalidad de los pacientes esto sumado a una adecuada alimentación nos podría llevar a la remisión e la enfermedad, pero en los casos de una dislipidemia grave con un riesgo alto de alteración cardiovascular el uso de ayuno parcial es una gran herramienta a corto plazo, sin embargo. falta mucho por investigar en este caso por lo cual se seguirá investigado sobre la adaptación de los nuevos tratamientos a utilizar en diferentes casos de atención a individuos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Escobedo-de la Peña, J., de Jesús-Pérez, R., Schargrotsky, H., & Champagne, B. (2014). Prevalencia de dislipidemias en la ciudad de México y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. Resultados del estudio CARMELA. *Gaceta Médica de México*, 150(2), 128-136.

Lasses y Ojeda, L. A., Torres Gutiérrez, J. L., & Salazar, E. (2004). Dislipidemia en el anciano. *Archivos de cardiología de México*, 74(4), 315-326.

Aguilar Salinas CA, Gómez Díaz RA, Gómez Pérez FJ (2008) Tratamiento en condiciones especiales. En dislipidemias de lo clínico a lo molecular. 1(a) edición. México: Editorial Intersisyemas. Págs 260-261.

Evaluation and treatment of hypertriglyceridemia: and Endocrine Society clinical practice guideline *J Clin Endocrinol Metab* 97:2969-2989,2012

de Prevención, S., de la Salud, P., de Integración, S., del Sector Salud, D., & de Alta Especialidad, H. (2013). Guía de Tratamiento Farmacológico de Dislipidemias para el primer nivel de atención. *Rev Mex Cardiol*, 24(3), 103-129.

Pascual Fuster, V. (2016). Tratamiento farmacológico de la dislipemia en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18 (3), 95-108.

Canalizo-Miranda, E., Favela-Pérez, E. A., Salas-Anaya, J. A., Gómez-Díaz, R., Jara-Espino, R., del Pilar Torres-Arreola, L., & Viniegra-Ororio, A. (2013). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(6), 700-709.

Miguel Soca, P. E. (2009). Dislipidemias. *Acimed*, 20(6), 265-273.

Rodríguez Arias, O. D., Hodelín Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. *Medisan*, 16(10), 1600-1610.

Vilchez López, F. J., Campos Martín, C., Amaya García, M. J., Sánchez Vera, P., & Pereira Cunill, J. L. (2013). Las dietas de muy bajo valor calórico (DMBVC) en el manejo clínico de la obesidad mórbida. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 275-285.

Sierra, J. O., Puerto, M. J. G., Fernández, C. S., & Berrocal, A. G. (2015). PROTOCOLOS SEMI.

Benítez, SNG, Díaz, GEF, Cabodevilla, RCV, Yance, SFP, & Rodas, IGJ (2020). Hipertrigliceridemia: clasificación, riesgo cardiovascular y comportamiento terapéutico. *Correo Científico Médico de Holguín*, 24 (2), 701-719.

Candás Estébanez, B., Pocoví Mieras, M., Romero Román, C., Vella Ramírez, J. C., Esteban Salán, M., Castro Castro, M. J., ... & Puzo Foncillas, J. (2019). Estrategia para el diagnóstico de las dislipidemias. Recomendación 2018. *Rev. lab. clín*, e21-e33.

Oliveira, K. H. D. S. P. (2015). Hiperlipemias: uma abordagem para o diagnóstico.

Berglund, L., Brunzell, J. D., Goldberg, A. C., Goldberg, I. J., Sacks, F., Murad, M. H., & Stalenhoef, A. F. (2012). Evaluation and treatment of hypertriglyceridemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(9), 2969-2989.

### **3.3 MÓDULO 3. ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA AUMENTAR EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.**

Para el encuentro de personas con enfermedades crónicas se les invito a todos ellos a participar en un evento donde se reunirían con otras personas de otros centro de salud, en la cual podrían compartir experiencias personas de cómo es vivir con una enfermedad crónica, como sobrellevan esto, que cosas han aprendido y que aprendizajes les ha dejado el módulo de atención centrada en la persona, en la cual se hizo un intercambio de diferentes miembros de cada centro de salud, se hicieron grupos donde por turno explicaron su vida y como impacto el tener esta enfermedad, posteriormente que les había dejado el modulo

---

**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**

- **ACTIVIDAD: ENCUENTRO DE PACIENTES**

**ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES COLECTIVAS**

- **LUGAR: AUDITORIO DEL CENTRO CULTURAL CARLOS PELLICER**
- **FECHA: Jueves 15 de Julio de 2021**
- **JURISDICCIÓN: Xochimilco**

<b>GRUPO PARTICIPANTE:</b>
<b>COORDINADOR: MPSS Jose Mauricio Enriquez Contreras</b>
<b>RELATORA: MPSS Daniela Angélica Medellín Olguin</b>
<b>REPRESENTANTE UAM-XOCHIMILCO: Dr. Víctor Ríos</b>

<b>Personas participantes</b>	<b>Genero</b>	<b>Centro de Salud</b>
Leticia Perez	F	C.S.T.III TULYEHUALCO
Carmen Herrera	F	C.S.T.III SAN MATEO XALPA
Alvaro Zavala	M	C.S.T.III SAN GREGORIO ATlapulco
Guadalupe Ruiz	F	C.S.T.III TULYEHUALCO
Araceli Velazquez	F	C.S.T.III SAN MATEO XALPA
Rosa Maria Silva	F	C.S.T.III TULYEHUALCO
Griselda Camarco	F	C.S.T.III TULYEHUALCO
Esther Palma	F	C.S.T.III TULYEHUALCO

Artemio Santiago	M	C.S.T.III SAN MATEO XALPA
------------------	---	---------------------------

#### OBJETIVO

Conocer e intercambiar las fortalezas y debilidades que identifica en cada uno de los niveles que intervienen en el control de las enfermedades crónicas (personal, relación profesional de la salud, servicio de salud, comunidad).

#### AGENDA DE LA ACTIVIDAD

9:00-9:15 Bienvenida  
 9:15-10:00 Informe de avance  
 10:00-12:00 Grupos de discusión  
 12:00-13:00 Plenaria  
 13:00-13:10 Clausura

#### DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

**Hora de inicio:** 9:30 hrs  
**Hora de término:** 10:30 hrs

#### *Descripción detallada de la sesión:*

Antes de dar acceso al Auditorio se otorga gel antibacterial y se pide colocarse de forma adecuada su cubrebocas. Momento después de que el Dr. Víctor Ríos finalizará con el informe del avance se procedió a la formación de los grupos de discusión.

Se formaron cuatro grupos de 9 personas aproximadamente, le tocó coordinar al MPSS José Mauricio Enríquez Contreras y relatar a la MPSS Daniela Angélica Medellín Olguin, se presentan y explican brevemente el objetivo de la actividad, la entrevista grupal, y la dinámica en la que el grupo debe seguir para lograr el objetivo, incluyendo el tiempo que se dedicaría a la actividad del Encuentro de Pacientes.

Iniciado el dialogo cada uno de los participantes se presentaron con su nombre, edad y el motivo por el que acudieron al encuentro. Leticia "Acudo para mejorar mi autoestima y controlar mis enfermedades" La mayoría expresó que les preocupa su salud y quieren saber que es lo mejor para ellos y principalmente para mejorar su calidad de vida.

Una vez presentado el grupo se discutió el tema a tratar.

#### **Nivel A: Nivel Personal**

- **Como personas que vivimos con alguna enfermedad crónica: ¿Cuáles son las fortalezas que tenemos para lograr un buen control de esta enfermedad?**

¿Cuál es el significado que dan a la fortaleza que sea nombrada?

¿Por qué es una fortaleza?

¿Cómo podemos mejorar o aumentar las fortalezas que hemos identificado?

Se empezó el diálogo de que la fortaleza es: Griselda “Luchar por conseguir lo que se propongan, mi fortaleza es escuchar música, porque me cambia el estado de ánimo”. María “mi fortaleza es seguir adelante por mi nieta y seguir mi medicamento y cuidarse para no dar molestias a mis hijos”. Isabel “Mi mayor fortaleza fue buscar ayuda, porque yo tengo problemas con comer de más y estoy en un grupo de comedores compulsivos, para mí era muy difícil tener una buena alimentación, pero aquí he encontrado una atención diferente que me llena de ánimo y motivación”.

Otra de las fortalezas que se logró reconocer es el autocuidado

Leticia compartió: “Por el trabajo no me dio oportunidad de ir con mi mamá, ella había sufrido un accidente y se complicó por sus enfermedades, veía como la limitaban en su alimentación en sus últimos momentos y me da miedo vivir lo que paso con mi mamá, por eso asisto a estos grupos porque me ayudan mucho y me motivan”.

Álvaro: “Fui chef, trabajaba y comía mucho, fue donde subí mucho de peso, ya no me soportaba, decidí que no quería seguir con ese estilo de vida, a mi hermano lo estaban dializando y yo sabía que también podía llegar a eso.

Después de haber identificado algunas fortalezas, el grupo menciona algunas maneras de mejorarlas como:

Carmen: “Yo tengo retinopatía diabética, fue muy desgastante porque no recupere la vista al 100%. Estos grupos son una buena oportunidad para corregir los errores, podemos hacer un recetario de recetas fáciles y saludables. Griselda: “Querernos a nosotros mismos para ayudar a nuestro entorno”.

- **Como personas que vivimos con alguna enfermedad crónica: ¿Cuáles son las debilidades que tenemos para lograr un buen control de esta enfermedad?**

¿Cuál es el significado que dan a la debilidad que sea nombrada?

¿Por qué es una debilidad?

¿Cómo podemos superar las debilidades que hemos identificado?

Una de las debilidades que se identificó rápido fue la gula y esta pandemia. Así nos comenta Griselda: “Mi debilidad es el pan, no lo logro controlar ni quitarlo de mi alimentación, este encierro me provoca mucha ansiedad y más porque mi hija se fue de la casa y se llevó a mi nieta”. Rosa: “En mi casa se acostumbran celebrar todas las costumbres y hacemos tamales y las tortillas y pues por eso uno engorda, preparan un mole tan sabroso, pero mi debilidad son las tortillas”. Guadalupe: Identifico 2 cosas difíciles en mi proceso, a mí no me agrada lo dulce, pero soy adicta a comer grandes cantidades de comida.

Al final se mencionaron algunas formas de disminuir estas debilidades y el grupo llegó al acuerdo de tener más opciones de comida saludable y comer a nuestras horas para evitar tener atracones de comida chatarra.

Concluido este apartado, se mencionaron unas propuestas del grupo para mejorar ambas partes tanto fortalezas como debilidades.

Una vez concluida la discusión en el nivel personal, el coordinador dio cierre al grupo y se terminó con una ronda de aplausos.

Se invita a reunirse de nuevo a todos los participantes en el auditorio y el Dr. Víctor Ríos se encargó de preguntarle a los coordinadores de cada grupo como fue su experiencia con los participantes y que propuestas salieron.

Al finalizar se agradece de nuevo por la participación de las personas en el grupo y en el Encuentro en general, posteriormente se les informa que se les hará llegar la "Memoria del Encuentro" a fin de que cuenten con la información generada por todas las personas participantes en los grupos del Encuentro. Se regalaron tazas en agradecimiento por haber asistido a este 2do encuentro y se hace la clausura del Encuentro.

Después del encuentro mi vida y como veía la consulta de una persona con enfermedades crónicas cambio por completo ya que pude ver como este modelo impacta de tan manera en sus vidas que puede hacer que sean individuos diferentes, mejores y que se sientan plenos consigo mismo, mucho mencionaban que no se sentían enfermos. también después del encuentro muchos de mis pacientes en la consulta me mencionaban que les había gustado mucho el encuentro ya que les sirvió el conocer historias parecidos a las suyas, además de que pudieron compartir vivencias y como resolvieron todos estos obstáculos que se presentaron y con su historia poder ayudar a alguien que este pasando por lo mismo

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

La estructura del módulo de atención centrada en la persona fue bastante buena ya que iniciamos con el aspecto general sobre el conocimiento de un paciente crónico, su manejo como personas y todos los factores que puede afectar su desempeño aunado a esto conceptos que nos ayuda a comprender el nuevo método de valoración y estructuración de la consulta de un paciente crónico.

Iniciamos con el modulo de atención centrada en el paciente el cual se enfoca el el estudio de la exploración de la dolencia, la enfermedad y la salud de la persona la cual se realizará mediante el interrogatorio, se verá muy influenciado por el grado de confianza que exista entre el personal de la salud y la persona. ya que sin esta podemos omitir factores importantes que podrían mejorar estabilidad de sus patologías. El entender a la persona como un todo, donde examinaremos aspectos intra y extracorpóreos que pueden afectar directa o indirectamente a la persona. por lo cual este modulo tuvo un impacto favorable para ir preparando el terreno para todos los cambios que venían ya que fuimos educados en un modulo muy diferente al diplomado.

En los siguientes módulos empezamos a ver casos clínicos de pacientes que mis compañeros que veían en la consulta, empezábamos con el paciente como individuo y como persona, así podemos observar como su entorno externo afecta su patología, en este inicio del apartado podíamos observar un panorama general y cuando entrabamos en la patología como tal podíamos vincular como sus factores personales afectaban su salud, posteriormente y mi parte favorita es cuando veíamos el tratamiento ya que podíamos intercambiar conocimiento y tips para el mejoramiento del cuadro clínico y así llegar al control de la enfermedad esto aunado a las sesiones de grupo donde comentaba y analizábamos las clases, lecturas y temas.

las sesiones con el análisis de casos retroalimentan el conocimiento adquirido hasta el momento lo cual hace que pongamos en práctica nuestras diferentes habilidades del manejo de pacientes crónico

#### **4. Conclusiones.**

La adquisición de un diplomado de enfermedades crónicas durante el servicio es una herramienta de gran ayuda, ya que esta población es grande y creciente en México, sin embargo. Aunque son patologías muy comunes es difícil su control y seguimiento, pero con el diplomado pudimos analizar y comprender todos los factores que afectan estas patologías y como si manejamos estos factores externos podemos llegar al control.

Mi experiencia en el diplomado tuvo un sube y baja de emociones que evidentemente se vio reflejado en mis participaciones en el diplomado, pero con el tiempo puse en práctica todo lo aprendido en cada sesión con mis pacientes y pude ver el cambio radical en sus controles por lo cual entendí la importancia del enfoque global de los pacientes crónicos, estos pequeños cambios hicieron que poco a poco me fuera involucrando cada día mas a las sesiones y ser más participativo, hoy en día agradezco el haber cursado el diplomado.

las ventajas que ofrece la SEDESA con respecto al módulo es la prestación de la instalaciones y los excelentes asesores, sin embargo tiene mas desventajas ya que la mayoría de las ocasiones están en desacuerdo con el tiempo que se le brinda los pacientes, los insumos que se consumen, las sesiones de los días miércoles, las notas que se realizan y el que nosotros agendamos las citas a los pacientes, en lo personal el éxito de mis pacientes esta mas reflejado por la lucha que tiene mi asesora la Dra Lorena Ines Vergara Huitron contra la directora y el sistema todo con el fin de darles una consulta de calidad a cada paciente.

Mi cambio a lo largo de mi servicio social fue impactante en lo personal ya que nunca había tenido la oportunidad de dar consulta y poner en practica mi conocimiento, pero lo mas radical y con lo que tuve que luchar durante mucho tiempo es mi idea de ver a una persona solo como una patología y no como un individuo que piensa, siente y sufre. ideas que poco a poco fueron cambiando y que hoy en día me hacen un mejor

médico, el camino aun es largo ya que debo seguir estudiando y conocer pero ahora se que debo estudiar al paciente desde varios aspecto y así tendré más éxito con mis tratamientos

## REFERENCIAS

Escobedo-de la Peña, J., de Jesús-Pérez, R., Schargrotsky, H., & Champagne, B. (2014). Prevalencia de dislipidemias en la ciudad de México y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. Resultados del estudio CARMELA. *Gaceta Médica de México*, 150(2), 128-136.

Lasses y Ojeda, L. A., Torres Gutiérrez, J. L., & Salazar, E. (2004). Dislipidemia en el anciano. *Archivos de cardiología de México*, 74(4), 315-326.

Aguilar Salinas CA, Gómez Díaz RA, Gómez Pérez FJ (2008) Tratamiento en condiciones especiales. En dislipidemias de lo clínico a lo molecular. 1(a edición). México: Editorial Intersisyemas. Págs 260-261.

Evaluation and treatment of hypertriglyceridemia: and Endocrine Society clinical practice guideline *J Clin Endocrinol Metab* 97:2969-2989,2012

de Prevención, S., de la Salud, P., de Integración, S., del Sector Salud, D., & de Alta Especialidad, H. (2013). Guía de Tratamiento Farmacológico de Dislipidemias para el primer nivel de atención. *Rev Mex Cardiol*, 24(3), 103-129.

Pascual Fuster, V. (2016). Tratamiento farmacológico de la dislipemia en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18 (3), 95-108.

Canalizo-Miranda, E., Favela-Pérez, E. A., Salas-Anaya, J. A., Gómez-Díaz, R., Jara-Espino, R., del Pilar Torres-Arreola, L., & Viniegra-Osorio, A. (2013). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(6), 700-709.

Miguel Soca, P. E. (2009). Dislipidemias. *Acimed*, 20(6), 265-273.

Rodríguez Arias, O. D., Hodelín Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. *Medisan*, 16(10), 1600-1610.

Vilchez López, F. J., Campos Martín, C., Amaya García, M. J., Sánchez Vera, P., & Pereira Cunill, J. L. (2013). Las dietas de muy bajo valor calórico (DMBVC) en el manejo clínico de la obesidad mórbida. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 275-285.

Sierra, J. O., Puerto, M. J. G., Fernández, C. S., & Berrocal, A. G. (2015). PROTOCOLOS SEMI.

Benítez, SNG, Díaz, GEF, Cabodevilla, RCV, Yance, SFP, & Rodas, IGJ (2020). Hipertrigliceridemia: clasificación, riesgo cardiovascular y comportamiento terapéutico. *Correo Científico Médico de Holguín*, 24 (2), 701-719.

Candás Estébanez, B., Pocoví Mieras, M., Romero Román, C., Vella Ramírez, J. C., Esteban Salán, M., Castro Castro, M. J., ... & Puzo Foncillas, J. (2019). Estrategia para el diagnóstico de las dislipidemias. Recomendación 2018. *Rev. lab. clín*, e21-e33.

Oliveira, K. H. D. S. P. (2015). Hiperlipemias: uma abordagem para o diagnóstico.

Berglund, L., Brunzell, J. D., Goldberg, A. C., Goldberg, I. J., Sacks, F., Murad, M. H., & Stalenhoef, A. F. (2012). Evaluation and treatment of hypertriglyceridemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(9), 2969-2989.

Pérez-Cuevas, R., Reyes Morales, H., Doubova, S. V., Zepeda Arias, M., Díaz Rodríguez, G., Peña Valdovinos, A., & Muñoz Hernández, O. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (2009). 26, 511-517.

Bonal Ruiz, R., & Cascaret Soto, X. ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas?: Acercamiento a su análisis e interpretación. *Medisan*, (2009). 13(1), 0-0.

Contel, J. C., Muntané, B., & Camp, L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención Primaria*, (2012). 44(2), 107-113.

Coronado-Vázquez, V., Gómez-Salgado, J., Cerezo Espinosa de los Monteros, J., Canet Fajas, C., & Magallón Botaya, R. Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España. *Gaceta Sanitaria*, (2020). 33, 554-562.

Grady, P. A., & Gough, L. L. El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (2015). 37, 187-194.

Beatriz, M. V. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, (2007). 15(2), 91-98.

Alarcón Luna, N. S., Rizo-Baeza, M., Cortés Castell, E., Cadena Santos, F., Leal David, H., & Alonso Castillo, M. M. Intervención educativa: implementación de la agencia de autocuidado y adherencia terapéutica desde la perspectiva del paciente diabético (2013)..

Millán Méndez, I. E. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista cubana de enfermería*, (2010). 26(4), 202-234.

Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*, (2014). 36(6), 835-845.

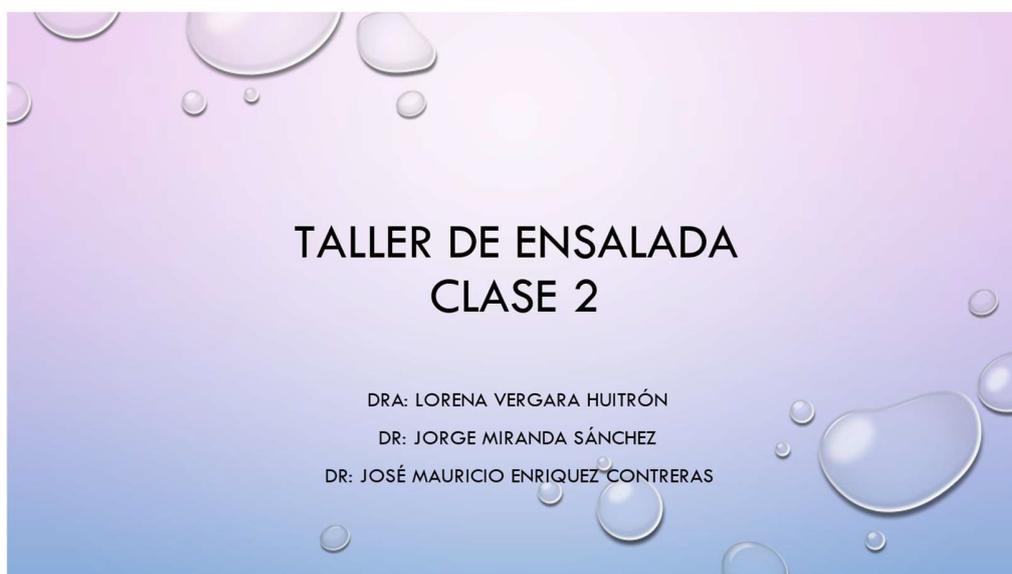
Rico-Blázquez, M., Gómez, S. S., & Gallego, C. F. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enfermería Clínica*, (2014). 24(1), 44-50.

Torres, M., Fabrellas i Padrès, N., Solà Pola, M., Rubio Merchán, A., Camañes García, N., & Berlanga-Fernández, S. Un modelo de atención integral al paciente crónico complejo. *ROL. Revista Española de Enfermería*, (2015). 2015, vol. 38, num. 3, p. 42-46

## **6.-ANEXOS**

### **CLASES IMPARTIDAS A LOS PACIENTES DURANTE MI ESTACIA EN EL CENTRO DE SALUD**

#### **EL TALLER DE ENSALADA MAS LA REALIZACION DEL RECETARIO DE ENSALADAS SON COMPLEMENTARIOS PARA MEJOR LA ALIMENTACION DE LOS PACIENTES**



**SE CAPACITO AL PERSONAL PARA PODER TENER UN ADECUADO VALORACION DE LA SOMATOMETRIA EN LOS PACIENTES CRONICOS**

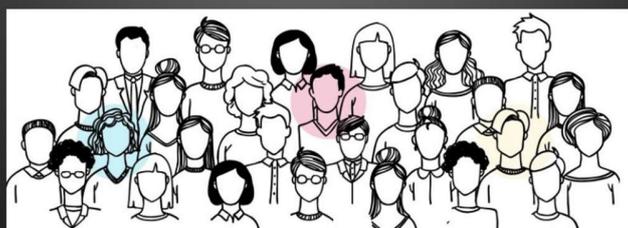
# SOMATOMETRIA

DR: JOSE MAURICIO ENRIQUEZ CONTRERAS

COORDINADORA: DRA LORENA VERGARA HUITRON



## MODULO DE SALUD EN TU VIDA



DETECCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

**ESTO SE REALIZO DESPUES DE CONOCER LA ALIMENTACION DE CADA UNA DE LAS PACIENTES.**

# ALIMENTACION

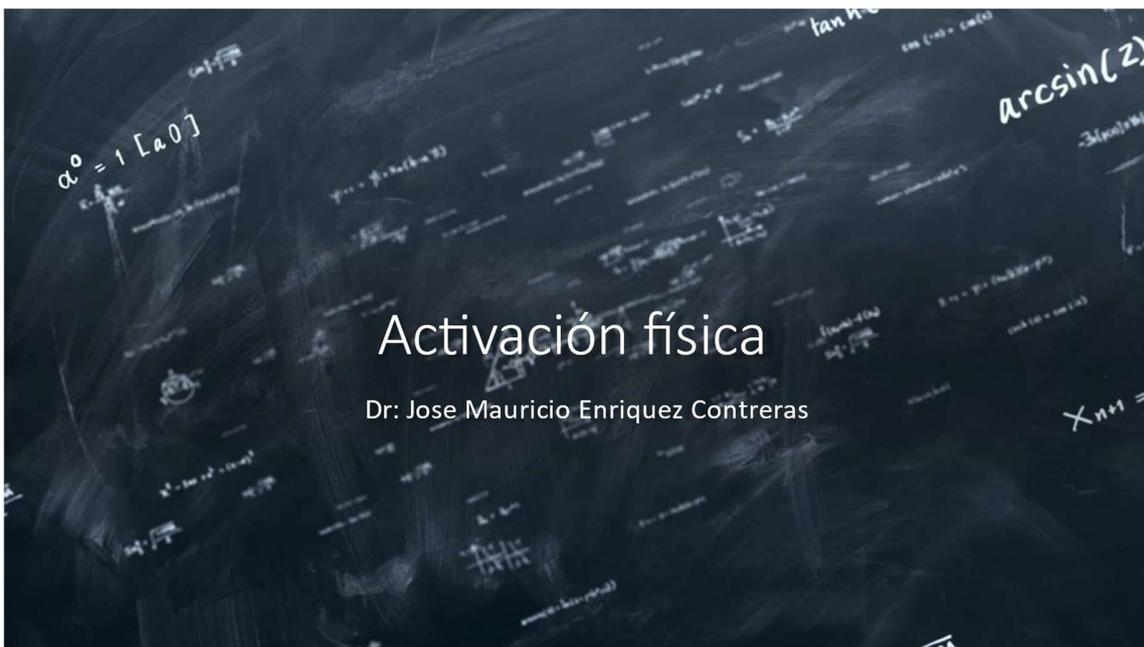
---

DR. JOSE MAURICIO ENRIQUEZ CONTRERAS  
COORDINADORA: LORENA VERGARA HUITRON

# HIPOGLUCEMIA

COORDINADOR: DRA LORENA VERGARA HUITRON  
ALUMNO: DR. JOSE MAURICIO ENRIQUEZ CONTRERAS

CUANDO ME DI CUENTA DE LOS FACTORES EXTERNOS QUE PUEDEN ALTERAR LAS PATOLOGIAS ME DI CUENTA QUE ERA IMPORTAR EL MANEJO DEL DUELO Y LA DEPRESION CAUSADO POR LA PANDEMIA Y TODAS SUS PERDIDAS FAMILIARES



## 8.-ACTIVIDADES EXTRAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

### JUNIO

---

- SE INICIO CON LA REALIZACION DE ELECTROCARDIOGRAMAS
  - SE TUVO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PACIENTES PARA LA TOMA DE FOTOS DURANTE EL PROCEDIMIENTO
- 



- INICIA DE CLASES A LOS PACIENTES DE ALIMENTACION Y ENFERMEDADES CRONICAS
- 



## JULIO

---

- SE ABORDAFON TEMAS COMO DEPRESION Y MANEJO DEL DUELO POR LAS SITUACIONES PERSONALES QUE VIVIA CADA PACIENTE POR LA PANDEMIA
- 



## AGOSTO

---

- SE INICIO CON EL MANEJO DE COMPLICACIONES DE SUS ENFERMEDADES CRONICASD COMO ERA LA HIPO E HIPERGLUCEMIA Y MANEJO DE INSULINAS
- 



## SEPTIEMBRE

---

- ABORDAMOS EL TALLER DE ENSALADAS
- 



## **OCTUBRE**

---

- **CONTINUAMOS CON EL TALLER DE ENSALADAS**
  - **CAPACITACION AL PERSONAL DE SALUD PARA EL MANEJO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRONICAS**
  - **TALLER DE NUTRICION**
-

## **NOVIEMBRE**

- **SE INICIARON LAS CLASES DE PSICOLOGIA Y MANEJO DE EMOCIONES**
- **SE RELIZARON CAMPAÑAS DE DETECCIONES EN LA CALLE PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRONICAS O QUE NO SABIAN QUE TENIAN ALGUNA ENFERMEDAD**