

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco
Ciencias Biológicas y de la Salud
Licenciatura en Medicina

Proyecto Urbano de Salud

Diplomado: Atención integral centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México. Enfoque de capacidades.

Título del trabajo: Análisis del control de pacientes crónicos dentro del Consultorio Panamédica de Agosto 2021-Julio 2022, perteneciente al Proyecto Urbano de Salud, basado en el modelo de atención integral centrada en la persona con enfermedades crónicas.

- **MPPS:** María Guadalupe García Villegas
- Matrícula: 2153058794
- Promoción Agosto 2021- Julio 2022

- **Asesor Interno:** Víctor Ríos Cortázar
- **Asesora Externa:** Alejandra Gasca García

- Fecha de entrega del documento: 27 de Julio 2022, Ciudad de México.

CONTENIDO

Presentación.....	3-5
El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco	
• Estructura y los componentes del modelo expandido	6-8
El diplomado	
• Participación, dinámica de trabajo y esquema general del diplomado.....	9
Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica	
• Ensayo	10-18
Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.	
• Revisión sistemática.....	19-26
Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas. Análisis de:	27-52
• Número total de pacientes registrados (preexistentes y de nuevo ingreso) en el Proyecto Urbano de Salud	
• Distribución de la población atendida que permanece activa y colocada como no activa	
• Distribución de población colocada como no activa de acuerdo a motivos de esta condición.	
<i>Información demográfica:</i>	
• Distribución de pacientes atendidos durante el año de servicio social por sexo	
• Distribución de pacientes atendidos durante el año de servicio social por grupos decenales de edad	
<i>Motivos de atención</i>	
• Número de consultas totales durante el año	
• Por mes	
• Primera vez y subsecuentes (de seguimiento)	
• Por grupos de edad y sexo	
<i>Morbilidad atendida</i>	
• Población atendida por diagnóstico	
• Población atendida por diagnóstico y sexo	
• Población atendida por diagnóstico y grupos de edad	
• Población atendida con diagnóstico de obesidad y alguna otra enfermedad crónica cardiometabólica	
• Población atendida con diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2 y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)	
• Población atendida con diagnóstico de hipertensión arterial y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)	
• Población atendida con diagnóstico de dislipidemia y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)	
• Población atendida con más de dos diagnósticos	
<i>Resultados de control de enfermedad crónica</i>	
• Casos y porcentajes de control de diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a glicemia.	

- Casos de glucemia capilar de casos de glucemia venosa
- Casos y porcentajes de control de diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a hemoglobina glicada.
- Casos y porcentajes de control de hipertensión arterial de acuerdo a T.A.
- Casos y porcentajes de control de enfermedades cardiometabólicas en personas con dos diagnósticos
- Casos y porcentajes de control de enfermedades cardiometabólicas en personas con tres o más diagnósticos

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

Tutoría de casos

- Caso clínico presentado con análisis.....53-56

Conclusiones.....57-60

Referencias bibliográficas.....61-62

Anexos

- Presentación de caso clínico.....63-68
- Base de datos de consulta de pacientes del Proyecto Urbano, consultorio Panamédica.....69-76

1. Presentación

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), constituyen uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud a nivel mundial. Cada año mueren alrededor de 36 millones de personas por esta causa, principalmente debido a enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer.² Contrario a lo ocurrido décadas atrás, estas enfermedades no sólo afectan a naciones desarrolladas con poblaciones envejecidas, sino principalmente a los países de menores ingresos y a poblaciones cada vez más jóvenes (1)

Según estimaciones, las ECNT representan el 60 % de las muertes a nivel mundial y el 80 % en países de ingresos medios y bajos, esperándose un incremento de aproximadamente 17 % en la siguiente década. Aunado a esto, se debe mencionar el impacto sobre las familias y la sociedad en general, no sólo por las repercusiones a la salud, sino también por los altos costos de tratamiento, así como el impacto económico asociado a la incapacidad laboral prematura (1)

Las ECNT comprenden una serie de enfermedades caracterizadas por una larga latencia y una expresión clínica muy diversa. Su incidencia se encuentra asociada a una multitud de factores que se relacionan no sólo con el curso clínico sino con la velocidad de aparición del padecimiento, entre esos factores destacan el sobrepeso, la obesidad, altas concentraciones de lípidos en sangre, la hipertensión, la hiperglucemia, el síndrome metabólico, la inactividad física, regímenes alimentarios no saludables, el tabaquismo y el consumo de alcohol(1)

El presente trabajo constituye una herramienta que intenta integrar, consolidar y simplificar la implementación del modelo de atención integral centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas, basada en los módulos del diplomado cursado durante el año de servicio social en el Proyecto Urbano de Salud.

Se realiza un análisis del control de pacientes pertenecientes al Proyecto Urbano de Salud en el consultorio ubicado en la Cooperativa Panamédica durante el mes de Agosto 2021-Julio 2022; esta cooperativa trabaja en la atención primaria de los servicios de salud para todas las personas basado en los principios de economía solidaria, donde se promueve no lucrar con la salud y economía de las personas y así mismo reorganizar la gestión de servicios de salud bajo los principios de solidaridad y cooperación.

Es así como este trabajo nace a partir de comprender la importancia de recopilar lo aprendido y analizado durante la estancia en el año de servicio social y el enfoque cursando un diplomado que lleva por nombre “Modelo de atención integral centrado en la persona con enfermedades crónicas”, para finalizar sistematizando los procesos de prevención/atención centrados en la persona adulta en forma global y no en las patologías que pudiera padecer de forma aislada, en ese sentido, también presentan conclusiones de la adecuación de los servicios hacia un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto que garantice una buena calidad de atención, y facilite su seguimiento continuo y longitudinal.

- Organización del trabajo:

Al terminar la sección de organización del trabajo se encontrará un breve descripción de la incorporación a esta plaza de servicio social y la implementación del modelo de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto.

Como comienzo de este trabajo se brinda una explicación del modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación otorgada por parte del diplomado implementado en la UAM- Xochimilco, donde se describe la estructura y componentes de este modelo, relacionándolo con sus subsistemas y sus componentes con las actividades realizadas dentro del modelo el Proyecto Urbano de Salud. Luego se describe la participación en el diplomado, la dinámica de trabajo y puntos importantes de este como lo aprendido y concluido durante este año respecto al diplomado. En un tercer punto se desarrolla el ensayo realizado durante el módulo del diplomado basado en el fortalecimiento del autocuidado de pacientes con enfermedad crónica. Continuando con la organización de este trabajo se anexa como conclusión del módulo 2 una revisión sistemática realizada para aprobar el módulo basada en métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados, en esta sección se menciona que fue un trabajo conjunto con la pasante de estomatología donde se realizó una revisión del tema de interés de ambas ramas de la salud. Continuando con lo incluido se reportan también los resultados de las consultas durante el año de servicio social, donde se analiza el número de pacientes, enfermedades crónicas, control y descontrol de estas, en su mayoría serán representadas por gráficas de barras, de pastel y tablas para poder explicar la información obtenida; esto será parte de la aprobación del módulo 3 basado en la organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas. Como penúltimo punto a desarrollar se encuentra el módulo 4 que se distingue por abarcar el análisis de la práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica con presentación de casos clínicos durante las sesiones, para esto anexé un caso clínico presentado durante las sesiones del diplomado junto con su análisis y propuestas obtenidas y el aprendizaje obtenido de esa sesión. Como último punto importante se describen las conclusiones llegadas al final del servicio social basada en una serie de preguntas que serán analizadas para cada punto mencionado en este trabajo.

- Servicio Social de Medicina en el Proyecto Urbano de Salud (PUS) y la Implementación del Modelo de atención integral de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto.

El servicio social de estudiantes de medicina en México es obligatorio y se integra por dos componentes fundamentales, uno académico y el otro asistencial. En los planes de estudio de la licenciatura de medicina del país, corresponde al último año escolar y es indispensable para obtener el título.²

En su perspectiva educativa, el servicio social de medicina cobra mayor importancia, pues debe ser el año que por excelencia se enfoque a la vinculación de la clínica con la práctica de la Salud Pública, con el fin de proporcionar al futuro médico el escenario que favorezca no sólo la aplicación de conocimientos previos sino el desarrollo de competencias para un ejercicio médico integral y de calidad en el primer nivel de atención. ³

Referente a la descripción realizada en los renglones anteriores quiero relatar que dentro del Proyecto Urbano de Salud en conjunto con el diplomado incluido como parte del servicio social y asistiendo cada viernes del año, se cumplen los componentes fundamentales el académico y asistencial; con esto me refiero que dentro de esta plaza de servicio social los doctores asesores son acompañantes durante todo el año de servicio, con esto se conjuga la academia y la práctica clínica que se ve aún más favorecida con la implementación del diplomado basando la atención de pacientes con enfermedades crónicas en un modelo integral de salud que permite al pasante realizar las consultas de seguimiento conociendo el entorno de los pacientes además de la enfermedad; el llevar a cabo este modelo en mis consultas durante este año me capacitó para enfrentarme a resolver diferentes situaciones debido a que pueden existir tratamientos farmacológicos que llevan una secuencia y es metodológico, pero esta misma se vuelve un reto al enfrentarse a cada paciente, pues cada uno tiene distintas capacidades y entornos sociales y familiares, y debemos buscar la forma con alternativas y propuestas para lograr controlar las enfermedades crónicas de nuestros pacientes.

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

Los países han elaborado sus propias estrategias de acuerdo con sus sistemas de salud y han surgido diferentes modelos de atención a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, basados en el Modelo de Atención a Crónicos (CCM) desarrollado por Edward Wagner.⁴ Este trata de introducir un programa de calidad que mejore la atención ambulatoria en 6 áreas:

1. Autoayuda para el paciente con estas afecciones (participación de este y de su familia en el seguimiento global).
2. Soporte a la decisión profesional (guías clínicas y otros métodos).
3. Mejoras en la atención clínica (reparto de tareas y responsabilidades según necesidades del paciente).
4. Sistemas de información electrónica (para el seguimiento, la atención y la evaluación).
5. Cambios en la organización (por ejemplo, incentivos para mejorar la calidad).
6. Participación comunitaria (para movilizar recursos no sanitarios) .

Con el CCM se pretende cambiar la estructura y el proceso de la atención habitual sin contar con programas ajenos o ayudas externas específicas para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. ⁴

Este modelo ha sido implementado en numerosos escenarios. De hecho, ahora la mayoría de las políticas sobre estas afecciones en las naciones desarrolladas lo utilizan. En el 2003 dicho modelo fue revisado y algunos países han hecho adaptaciones; al respecto, las autoridades sanitarias de Vancouver, Canadá, decidieron incluir los componentes de promoción de salud de la población, tales como los determinantes sociales de la salud y la participación comunitaria. ⁴

Por otra parte, en la provincia canadiense de British Columbia se usa el modelo expandido de cuidados a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, el cual incorpora la promoción de salud y la prevención. En el Reino Unido, específicamente en Escocia, se desarrolló el modelo escocés para la atención de salud y en sus principios básicos se incluyen: vías de atención centradas en individuos con condiciones crónicas de largo término, colaboración entre profesionales y pacientes afectados, colaboración entre atención primaria, atención social y otras agencias, soluciones integradas que respondan a las necesidades de las personas con estas condiciones, enfoque en brindar cuidados en atención primaria y en la comunidad y, finalmente, el autocuidado.⁴

El modelo expandido incluye elementos del campo de la promoción de la salud de la población para que los esfuerzos de prevención de base amplia, el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y una mayor participación comunitaria también puedan ser parte del trabajo de los equipos del sistema de salud cuando trabajan con problemas de enfermedades crónicas.

De acuerdo a lo adecuado dentro de la UAM Xochimilco se deben entender diferentes conceptos para proceder al análisis, para esto es importante recordar varias de las sesiones del diplomado donde se entendió que este modelo debe estar centrado en la persona con enfoques de capacidades y preservando el derecho a la salud.

Para esto se analizó en primer punto el concepto de promoción de la salud la cual es un proceso de desarrollo de las capacidades para aumentar el control de salud y así mejorar su calidad de vida; donde de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud esta es definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; pero en este modelo se plantea que el médico, paciente y demás entorno se debe ser capaz de identificar aspiraciones, satisfacer sus necesidades de acuerdo a modificaciones o adaptaciones del entorno donde se desarrolla el paciente.

Para comprender estos puntos debe quedar en claro que las capacidades que desarrolla el paciente son aquellas que tienen la libertad de hacer y les resulta valioso en su vida y tienen la libertad de escoger y valorar las que quieran para ellos.

Dentro del desarrollo de estas capacidades pueden existir de interacción social donde se favorezca que las personas que viven con enfermedades crónicas interactúen entre sí para que exista una expansión de conocimientos donde se pueda realizar una participación exitosa de los grupos; con esto debe quedar en claro que las capacidades de cada persona debemos favorecer su desarrollo sobre todo de forma colectiva.

La adecuación por parte de la UAM Xochimilco nos ayuda a comprender los factores de los cuales depende una persona para su buen control de enfermedades crónicas, entre ellas se incluyen que dependerá de la persona misma incluyendo sus alimentos, el realizar ejercicio, el acudir o no a consulta médica, la toma u olvido de medicamentos y la existencia de recursos económicos para llevar a cabo su tratamiento; también dentro de este punto se verá incluido la persona que lo trata es decir el médico y sistema salud donde se incluyen ciertos puntos a tocar los cuales muchas veces son reportados por los pacientes en general, estos están basados en los malos tratos recibidos por algunos médicos, la baja capacidad de preparación del médico y conocimientos sobre las distintas enfermedades y sobre todo la sobrecarga de trabajo la cual no permitirá en algunas instancias de salud llevar a cabo una consulta con el tiempo suficiente y necesario para cada paciente, la cual como se ha aprendido a lo largo del diplomado se debe otorgar de la mejor manera posible para en cada consulta desarrollar puntos importantes que serán valiosos para el tratamiento del paciente. Otros incluyentes dentro de lo que ayuda a un mejor control se encuentra la red de apoyo que incluye lo más cercano y lo extendido, refiriéndose a quienes son las personas con quien más convive que en su mayoría son familia y la red extendida incluye amigos y vecinos. El sistema de salud es otro del cual se debe valorar para un mejor control pues en ocasiones existen espacios poco equipados sin las herramientas necesarias para una buena y adecuada consulta. Por último se incluye al sistema económico social el cual se ve influido por medios de comunicación, políticas del gobierno que no son adecuadamente implementadas, corrupción por parte de diferentes instancias gubernamentales o privadas y la misma inequidad e injusticia dentro del sistema de salud.

Todas estas circunstancias hacen que se concluya que los estados de salud de las personas son consecuencia de los comportamientos individuales y contextos sociales además de las políticas públicas que tienen impacto en la salud de los pacientes; cada factor dentro de este modelo es importante por la interrelación que tiene cada uno siendo acumulativos, causales o protectores si pudiera ser el caso.

Concluyendo con esta sección debemos reconocer el papel del paciente como persona y, en consecuencia, proponer estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan entonces un sistema de salud orientado a la atención de personas con enfermedades crónicas, debe promover y facilitar que el equipo de atención pueda realizar controles periódicos, ajustar el tratamiento, poner en práctica medidas preventivas, fomentar la educación para el automanejo y hacer foco en la adherencia terapéutica, pero incluir la participación de la persona con enfermedad crónica llevando a cabo un trabajo médico paciente donde fortalezcamos la relación y genere puntos positivos en el control de enfermedades crónicas.⁵

3. El diplomado

La implementación del diplomado durante la estancia del servicio social es parte del desarrollo colectivo de aprendizaje y adquirir conocimientos enfocados en el tratamiento y atención de los pacientes con los que se trabaja en la consulta del proyecto urbano.

Este diplomado cuenta con datos importantes que se vuelven herramientas de apoyo al llevarlas a cabo en la consulta médica de pacientes con enfermedades crónicas, el desarrollo de este diplomado enfoca varias cualidades de atención clínica y áreas teóricas que se deben implementar diariamente en la consulta.

Las lecturas incluidas en este programa que forman parte de la base teórica de entender el modelo de atención centrada en la persona durante el primer módulo de este, se analizan de la forma correcta para así ir avanzando en los módulos e ir entendiendo cada uno de estos.

La forma de trabajo es adecuada al tiempo y capacidades de cada grupo y a pasante, en algunas sesiones se abordaron temas que fueron repetidos en varias ocasiones como insulinas llegando a la conclusión de que estos conocimientos ya debieron ser adquiridos durante la estancia universitaria y durante el servicio social ponerse en práctica; también las tutorías de casos clínicos forman un pilar importante en el desarrollo de este diplomado y del mismo servicio social porque el tener una base teórica y exponer los casos clínicos en una sesión aborda diferentes ámbitos que se explican y donde surgen dudas y son resueltas de la manera más oportuna, con estas sesiones se logra que la atención a cada paciente sea realizada de la forma más adecuada a su entorno.

Además como parte del desarrollo de este, se involucra un encuentro de pacientes con enfermedades crónicas, en el caso del Proyecto Urbano no se realizó, pero tuve la oportunidad de asistir a un encuentro de pacientes de Secretaría de Salud, donde existe una convivencia y conversación de distintos puntos como alimentación, ejercicio que son fundamentales en el tratamiento de estos pacientes, se pudieron observar puntos de vista de cómo llevan su enfermedad con estos cuidados y algunos otros pacientes se vieron alentados a vivir la enfermedad crónica de una forma más activa.

Como conclusión de este diplomado diré que así como es importante detectar oportunamente las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, es también primordial conocer las modificaciones en el estilo de vida de cada paciente, comportamientos antes y después de la enfermedad crónica y el manejo multidisciplinario, enfocado en el autocuidado de cada paciente, conociendo su red de apoyo más cercana y lejana.

Ensayo Módulo 1: “Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedades crónicas. Enfoque de capacidades”

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas se han convertido en una epidemia a lo largo de los años, la cual en muchas ocasiones no se ha considerado de vital importancia.

La mayoría de los países que han logrado reducciones drásticas en enfermedades crónicas lo han hecho mediante la adopción de enfoques amplios e integrados que abarcan tanto la prevención como el control, teniendo en cuenta los riesgos comunes subyacentes.(1) Dado que la mayor parte de las enfermedades crónicas se relacionan con el modo de vida, el *automanejo* representa una oportunidad de intervenir de manera directa al nivel individual que puede lograr efectos favorables sobre la salud y las conductas con respecto a esta. Un enfoque que haga hincapié en el automanejo, adaptado a diversos trastornos, grupos poblacionales y circunstancias, podría ser eficaz en todo el espectro de la prevención al establecer pautas saludables en la niñez (prevención primaria) y proporcionar estrategias para mitigar las enfermedades y atenderlas mejor en una etapa posterior de la vida (prevención secundaria y terciaria).

OBJETIVOS

- General: Desarrollar un ensayo enfocado en el tema de automanejo, para crear e innovar estrategias en la práctica clínica en el tratamiento de enfermedades crónicas.
- Específicos:
 - Conocer la definición del autocuidado
 - Conocer los fundamentos teóricos del autocuidado
 - Relacionar los factores ambientales y el modelo del autocuidado

JUSTIFICACIÓN

Tanto por razones clínicas como económicas, cada vez son más las personas que llevan adelante su vida con alguna enfermedad crónica, lo que representa una cuestión de salud pública cuya importancia está en aumento. (2)

Conocer los distintos modelos de atención al paciente que existen en el ámbito de la salud y que en ocasiones no los

tomamos en cuenta o no llevamos a cabo estas actividades, que han sido propuestas a lo largo del tiempo, generando un modelo de salud en donde el paciente es nuestro principal enfoque, esto viene para analizar la situación de que podemos cambiar en nuestro labor de médicos pasantes, estas estrategias ayudarán a nuestros pacientes con una enfermedad crónica a conocerla mas y a despertar interés en el autocuidado.

DESARROLLO

Las mejoras en la atención de la salud han permitido que hoy en día un número mayor de personas con varias enfermedades crónicas sobrevivan por más tiempo. Como consecuencia, ahora se concede más importancia a la atención de las enfermedades crónicas.(3) **FUNDAMENTOS DEL AUTOMANEJO DE LAS ENFERMEDADES**

Las ciencias de la enfermería contribuyen al campo del automanejo de las enfermedades mediante la investigación para definir el concepto, describir sus bases teóricas, elaborar intervenciones concretas de automanejo y examinar su eficacia en diversos entornos.

Hace más de 40 años que se describe y analiza el concepto del automanejo, término usado por primera vez por Thomas Creer para indicar que los pacientes son participantes activos en su propio tratamiento (4). En la actualidad, el término se usa laxamente, y la variedad de definiciones y conceptualizaciones hace que no haya claridad ni acuerdo al respecto en la bibliografía (5). En un sentido general, el automanejo se define como la atención diaria, por parte de los propios pacientes, de las enfermedades crónicas en el curso de estas.

Aunque es un término que a menudo se usa como sinónimo de otros como el autocuidado, la autorregulación, la educación del paciente y la orientación del paciente, el

automanejo ha evolucionado para dejar de ser simplemente la práctica de suministrar información y aumentar los conocimientos de los pacientes. Aunque estos conceptos están interrelacionados, el automanejo es considerado por muchos autores como aquellas tareas que las personas sanas realizan en el hogar para prevenir enfermedades, en lugar de tan solo atender una enfermedad existente (4,5)

COMPONENTES DEL AUTOCUIDADO

En el 2016 Pearce y cols.,⁹ bajo el proyecto Practical Systematic Review of Self-Management Support, (PRISM) (por sus siglas en inglés) (revisión sistemática

práctica de apoyo al automanejo de condiciones a largo plazo), con el afán de hacer más entendible este concepto proponen una taxonomía, en la que se ofrecen 14 componentes esenciales del apoyo al automanejo, siendo estos los siguientes:

1) - Ofrecer al paciente en un lenguaje comprensible información verbal, escrita, y/o visual sobre su estado o condición crónica y/o su abordaje. (Ejemplos: fisiología, fisiopatología, medicación, pronóstico, manejo emocional, aspectos psicosociales, entre otros).

2) - Información sobre recursos disponibles. (Ejemplos: fuentes de apoyo social o de pares [grupos educativos, asociaciones de ayuda mutua], organizaciones benéficas, consejerías de actividad física, nutrición, grupos de autoayuda, servicios de ambulancias etc.).

3) - Provisión de convenios, tratos, acuerdo/planes de acciones clínicos específicos y/o medicación de rescate o salvamento. (Ejemplos: plan de acción escrito para permitir autoajuste de medicamentos en respuesta a un empeoramiento del asma basado en los síntomas y/o de flujo espiratorio máximo. Asesoramiento específico sobre cómo ajustar la dosis de insulina, o manejo de la hipoglucemia. [diabetes]).

4) - Revisión clínica regular. (Ejemplos: visitas o consultas clínicas regulares de revisión de la condición de la persona, consultas programadas; dispensarización, consultas grupales)

5) - Monitoreo de la condición crónica con retroalimentación. (Ejemplos: control o monitoreo de los síntomas, comportamientos o medidas objetivo relacionadas con la enfermedad, los pacientes podrían enviar información sobre el autocontrol, régimen de medicamentos y las variables fisiológicas a médicos, que revisan los datos y se envían recomendaciones personalizadas de nuevo a los pacientes.

6) - Apoyo práctico a la adherencia (comportamental y medicamentosa). (Ejemplos: diario de tomas y uso de medicamentos, envases de dosis de medicamentos, recambio de la receta médica y recordatorios de citas de mantenimiento [epilepsia], estrategias de mejora de la adherencia tales como: tomar medicamentos con un horario regular , llamadas telefónicas de recordatorio semanal para realizar el cuidado de los pies [diabetes tipo 2]).

7) - Provisión de equipamientos. (Ejemplos: bolsa de suministros que permitan

cuidado de los pies en los pacientes diabéticos [que contiene jabón, toalla, calcetines, espejo, cortauñas, muestras de loción], en los pacientes con asma [suministro de un medidor de flujo máximo de forma gratuita], en los pacientes con accidente cerebral [equipo de prueba de coagulación en casa]).

8) - Provisión de fácil acceso al consejo (consejería) o asesoramiento o apoyo cuando fuera necesario. (Ejemplos: información de contacto de asistencia de enfermería especializada de línea ayuda telefónica para información o apoyo en caso de deterioro clínico [accidente cerebral], prestación de un servicio fuera de horario de trabajo para consejo y apoyo).

9) - Entrenamiento/ensayo práctico de cómo comunicarse con profesionales de la salud. (Ejemplos: estrategias para enseñar a las personas con condiciones crónicas a desarrollar habilidades/técnicas de comunicación para mejorar las relaciones, comunicar mejor las necesidades y mejorar la toma de decisiones compartidas con profesionales de la salud, comunicación con proveedores de salud, tales como: grabar las visitas al médico, trabajadores de apoyo comunitarios que proporcionan abogacía y apoyo a grupos desfavorecidos para comunicarse con profesionales de salud.

10) - Entrenamiento / ensayo-práctico en actividades de la vida diaria. (Ejemplos: enseñar a las personas con CC a desarrollar habilidades que apoyen las actividades de la vida diaria y/o la apoyen a practicar las habilidades que se les han enseñado: actividades de terapia ocupacional, tales como: transferencias, cómo lavarse y vestirse [derrame], rehabilitación cognitiva [demencia]).

11) - Entrenamiento/ ensayo-práctico en actividades prácticas de automanejo. (Ejemplos: enseñar a las personas a desarrollar habilidades prácticas específicas que les permitan gestionar sus cuidados y/o la apoyen a practicar las habilidades que se les han enseñado: práctica de procedimientos de cuidado de los pies [diabetes tipo 2], enseñar a los pacientes a utilizar una máquina de diálisis en el hogar en caso de enfermedad renal crónica (ERC), enseñar a los pacientes a tomar su propia presión arterial [hipertensión]).

12) - Entrenamiento / ensayo-práctico en estrategias psicológicas. (Ejemplos: enseñar a las personas con CC a desarrollar habilidades en el uso de estrategias psicológicas que les ayuden a un mejor manejo de las consecuencias de una CC y/o apoyándolos para practicar las habilidades que se les ha enseñado. Puede

incluir: estrategias de resolución de problemas, técnicas de relajación, re-formulación, distracción, reestructuración cognitiva, colocación de metas y planificación de acciones.

13) - Apoyo social. (Ejemplos: facilitación de apoyo social, donde una persona se sienta cuidada y apoyada por los demás en una redsocial, puede incluir hacer amistad, apoyo y la socialización grupal: animar a los participantes a interactuar y evaluar su propio progreso hacia la gestión de su diabetes mediante el intercambio de ideas, consejos, y apoyo.

14) - Consejos de estilo de vida y apoyo. (Ejemplo: prestación de asesoramiento y apoyo en torno a la salud y estilos de vida, se relaciona con los consejos prácticos y apoyo en relación al manejo de estresores vitales, no a los elementos psicológicos relacionadas con los estresores vitales(8)

Factores ambientales

La capacidad de automanejo de las enfermedades crónicas se ve directamente influida por los factores relacionados con el entorno y los recursos tanto en la comunidad como en el hogar. Las disparidades demográficas contribuyen a que se produzcan algunas barreras en el entorno que pueden dar lugar a enfermedades crónicas. Por ejemplo, algunos grupos poblacionales tienen poco acceso a instalaciones recreativas y para realizar actividad física o tiendas de comestibles que vendan frutas y verduras frescas (6). La seguridad del vecindario y el temor a la violencia también pueden llevar a suprimir la actividad física y perjudicar la alimentación sana (6). Estas disparidades muestran que es necesario tener en cuenta los factores ambientales cuando se elaboran intervenciones para fomentar modos de vida saludables en estos grupos poblacionales

CONCLUSIONES

Todos los programas de automanejo pretenden aumentar la capacidad de las 7

personas de mejorar su estado de salud, independientemente del lugar en el que se encuentre cada persona en el espectro que va de la salud a la enfermedad. Además, el automanejo puede verse como la fuerza unificadora por detrás de los tres procesos: la prevención primaria, secundaria y terciaria; que pretenden mantener el bienestar y controlar los síntomas y la progresión de las enfermedades. Aunque no todas las definiciones de estos tres términos coinciden, la prevención primaria puede considerarse como los esfuerzos para evitar el comienzo de la enfermedad en las personas asintomáticas; la prevención secundaria supone la detección de la enfermedad en personas asintomáticas; y la prevención terciaria abarca los esfuerzos para prevenir el deterioro de la salud cuando la enfermedad ya está presente.(8)

A medida que las enfermedades crónicas cobran mayor importancia en el ámbito de la salud pública, el automanejo seguirá afianzándose como un enfoque crucial para tratar estas enfermedades, prevenirlas y promover el bienestar. Dado que las enfermedades crónicas suelen tener una progresión lenta y una duración larga, los resultados de la investigación en torno al

automanejo que puedan trasladarse a la práctica pueden ofrecer a las personas con enfermedades crónicas un medio para mantener o incluso mejorar su capacidad de vivir bien.

Con el apoyo continuo de las comunidades dedicadas a la investigación, la práctica clínica y la salud pública, el automanejo seguirá marcando un rumbo prometedor para atender las enfermedades crónicas, que son un motivo importante de inquietud económica y de salud; así mismo se ayudará a un sinnúmero de personas a vivir bien física, emocional y socialmente a pesar de la enfermedad.(8)

TABLA 1.

Estrategias de automanejo en pacientes.

Estrategia Acción a llevar a cabo
Animar a los participantes a interactuar Grupos de apoyo social y evaluar su propio progreso hacia la

9

gestión de su diabetes mediante el intercambio de ideas, consejos, y apoyo
Habilidades del cuidado: Enseñar Enseñanza de complicaciones agudas datos de cuidado en los pies de y crónicas de su enfermedad personas con diabetes mellitus 2.
Explicar síntomas de la enfermedad a Enseñanza de la enfermedad/ las personas, toma y uso de Recolectar en cada consulta la medicamentos información de medicamentos, para realizar el recordatorio al paciente.

Desafíos en la implementación del modelo de automanejo

- Comprensión de los conceptos y definiciones, componentes y dimensiones.
- Adaptación al contexto latinoamericano de las

experiencias más efectivas en el mundo. Motivación del personal de salud.

- Voluntad y motivación de los decisores de las políticas de salud. ● Superar el pensamiento de que es un asunto de países desarrollados. ● Autoaplicación a los propios proveedores de salud con condiciones crónicas y estilos de vida no saludables.
- Rescate y/o implementación de los grupos de ayuda mutua y auto-apoyo, apoyo de pares, mentoría, en pacientes con condiciones crónicas no transmisibles.
- Superar el enfoque de que las intervenciones de automanejo deben ser más dirigidos a poblaciones urbanas, a clases medias/ altas que a las poblaciones rurales y carentes.

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

IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE ENFERMEDADES PERIODONTALES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) y la enfermedad periodontal (EP) se encuentran entre las enfermedades más comunes del ser humano, y con frecuencia estos 2 problemas de salud están presentes al mismo tiempo en muchas personas. [1]

La diabetes mellitus incluye un grupo de enfermedades metabólicas, con alteración en el metabolismo de los carbohidratos, en las que la glucosa está infrautilizada y sobre producida, lo que conduce a hiperglucemia. [2]

Existen varios tipos de diabetes según la etiología: la diabetes mellitus tipo 1 (5-10% de los casos), está normalmente causada por la destrucción autoinmune de los islotes de células beta pancreáticas, con lo cual éstas no sintetizan ni secretan insulina; el tipo 2 (85-95% de los casos) se produce por una combinación de resistencia a la insulina y una inadecuada secreción de la misma; la diabetes mellitus gestacional, aparece en el embarazo (5-15% de los embarazos), con un comportamiento similar a la tipo 2, y desaparece tras dar a luz; y hay otras formas específicas, como las de origen genético o infeccioso. [2]

A largo plazo, el diabético puede desarrollar diversas complicaciones, que incluyen retinopatía, nefropatía, neuropatía periférica, neuropatía autónoma. Además, hay un incremento en la incidencia de aterosclerosis y enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y arteriales periféricas, Y en diversas investigaciones consideran a las enfermedades periodontales como otra complicación de la diabetes [2].

Las enfermedades periodontales son patologías que afectan al periodonto, es decir, a los tejidos que sostienen los dientes; son patologías infecciosas, causadas por bacterias, aunque la etiología es multifactorial y también influyen factores genéticos, ambientales y locales. Hay dos grandes grupos: cuando se afecta únicamente la encía, causando un proceso inflamatorio reversible, se denomina gingivitis. Si la gingivitis se mantiene mucho tiempo y además se dan otros factores, se inicia la periodontitis, en la que, además de la inflamación de la encía, se produce una destrucción más profunda que afecta a los otros tejidos del periodonto, es decir, el hueso alveolar, el cemento del diente y el ligamento periodontal. Esta destrucción es, irreversible, y favorece la progresión adicional de la enfermedad, al crear un espacio debajo de la encía que se denomina bolsa periodontal, en el que cada vez se acumulan mayor cantidad de bacterias que pueden poner en peligro la supervivencia de los dientes. [2]

Estas enfermedades pueden tener dos tipos de consecuencias, a nivel local (en la boca) y a nivel sistémico (en el resto del cuerpo): a nivel local, la consecuencia más importante es la pérdida de dientes, lo que produce efectos sobre la estética y

sobre funciones como la masticación. Pero, además, puede causar sangrado de encías, mal aliento, retracción, movilidad de dientes y dolor; a nivel sistémico, la presencia de gran cantidad de bacterias debajo de la encía hace que puedan pasar a la sangre y, ya sea directamente o por la inflamación sistémica que generan, afectar a otros lugares del organismo: aumento del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, riesgo de tener parto prematuro, riesgo de

descompensación de diabetes y otros. [2]

Se ha comprobado que la asociación entre las 2 afecciones es bidireccional; es decir, no solo la diabetes mellitus aumenta el riesgo de padecer enfermedades periodontales, sino que estas últimas pueden dañar el control de la glucemia. [1]

Los mecanismos que explican esta relación bidireccional son complejos. El sistema inmunitario participa activamente en la patogénesis de la DM, sus complicaciones y en la fisiopatología de la EP. Esta activación está principalmente relacionada con la vía de las citoquinas, que también poseen una función central en la respuesta del huésped frente a la biopelícula bacteriana periodontal. [1]

El predominio de la EP muestra duplicado el número de pacientes diabéticos que de aquellos que no lo son. Un cuadro de DM tipo 2 pobremente controlado es asociado a una mayor prevalencia y gravedad de periodontitis; a tal punto, que existen evidencias crecientes que sustentan el hecho de que la infección periodontal puede afectar el control de los valores de glucemia. [1]

La EP se convierte en factor de riesgo de la DM porque en ella la secreción de productos finales de glucosilación avanzados, se unen con receptores de membranas de células fagocíticas (neutrófilos y macrófagos) y sobre regulan las funciones de los mediadores químicos proinflamatorios que mantienen una hiperglucemia crónica, tal y como ocurre en la diabetes mellitus. Ambas entidades clínicas poseen factores genéticos y alteraciones microbiológicas e inmunológicas en común. La evidencia es que los niveles de glucosa se estabilizan después del tratamiento periodontal y la EP produce desestabilización de la glucemia. [1]

El control metabólico constituye un factor fundamental en el mantenimiento de la EP en los pacientes diabéticos. Existe, además, una diferencia notable en la flora microbiana entre diabéticos y no diabéticos, e inciden otros factores, como los cambios vasculares, la disfunción de células polimorfonucleares, la síntesis de colágeno anormal y la predisposición genética. [1]

La prevención de las afecciones periodontales en el paciente diabético es el mejor tratamiento del que se dispone en la actualidad; el conocimiento y la actualización permanente de los aspectos fisiopatológicos en la correlación de ambas entidades, es clave para seleccionar y ejecutar un temprano y adecuado

tratamiento, no solo con el fin de reducir la morbilidad de la infección local, sino también de influir indirectamente en la salud general. [3]

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de esta revisión sistemática es identificar las consideraciones más importantes de detectar oportunamente enfermedad periodontal en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar una revisión sistemática que aporte información a los médicos y estomatólogos para mejorar la toma de decisiones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas relacionadas con la atención de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedad periodontal.
- Buscar y discriminar de la información necesaria proveniente de artículos

científicos relevantes respecto a la implicación que hay de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedad periodontal.

- Analizar la implicación de enfermedad periodontal en pacientes con Diabetes Mellitus 2.
- Analizar los beneficios de detectar oportunamente y tratar la enfermedad periodontal en pacientes con Diabetes Mellitus 2.

-

PROTOCOLO

Justificación de la revisión

La diabetes es una enfermedad metabólica de alta prevalencia y con gran morbilidad, por lo que las medidas preventivas de las complicaciones derivadas y el control de la enfermedad son esenciales. [4]

Se ha comprobado que la asociación entre las 2 afecciones es bidireccional; es decir, no solo la diabetes mellitus aumenta el riesgo de padecer enfermedades periodontales, sino que estas últimas pueden dañar el control de la glucemia. [2] De hecho, la prevención de las afecciones periodontales en el paciente diabético es el mejor tratamiento del que se dispone en la actualidad; de manera que el conocimiento y la actualización permanente de los aspectos fisiopatológicos en la correlación de ambas entidades, resulta clave para seleccionar y ejecutar una temprana y adecuada terapia, con el fin no solo de reducir la morbilidad de la infección local, sino también de influir indirectamente en la salud general. Tomando en consideración dichos argumentos, se decidió comentar sobre el tema. [1]

La enfermedad periodontal (EP) es la segunda patología más frecuente y la complicación oral más común en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con un riesgo aproximado de tres veces más que en un paciente que no tiene el padecimiento, su severidad aumenta en pacientes sin control glucémico donde los hábitos higiénicos bucales juegan un papel importante en el estado periodontal. El panorama epidemiológico de la diabetes mellitus tipo 2 exige replantear un adecuado control de los padecimientos interrelacionados con la patología con atención integral. En este sentido los profesionales de la salud deben orientarse hacia la consecución de un grado metabólico aceptable y prevención de complicaciones orales como la EP. [5]

Formulación de la pregunta PICO

P: Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

I: Detección temprana de enfermedad periodontal en pacientes con DM2.

C: En comparación con aquellos que no son detectados oportunamente.

O: Importancia de la detección oportuna de patología periodontal en pacientes con Diabetes Mellitus 2.

Pregunta de investigación

¿Existe mejor control glucémico en pacientes detectados oportunamente con enfermedad periodontal?

Para la realización de esta revisión sistemática analizaremos artículos, estudios de

casos, ensayos clínicos, metaanálisis y revisiones de literatura que presenten una evaluación de la relación entre diabetes tipo 2 y Enfermedad Periodontal, incluyendo datos estadísticos de dicha comparación, publicados en revistas científicas de odontología, medicina general y ciencias.

Los criterios de exclusión serán artículos con poca fiabilidad metodológica y artículos que no cumplan con los objetivos de la revisión sistemática.

El material revisado tendrá que ser en un intervalo de tiempo de los últimos 10 años.

Para la estrategia de la búsqueda emplearemos las bases de datos MEDLINE en www.pubmed.com, Cochrane, Scielo, Nature entre otros. Se escogerán criterios de selección y se analizarán aquellos artículos que aporten información sobre las características generales de la diabetes y su implicación con la enfermedad periodontal.

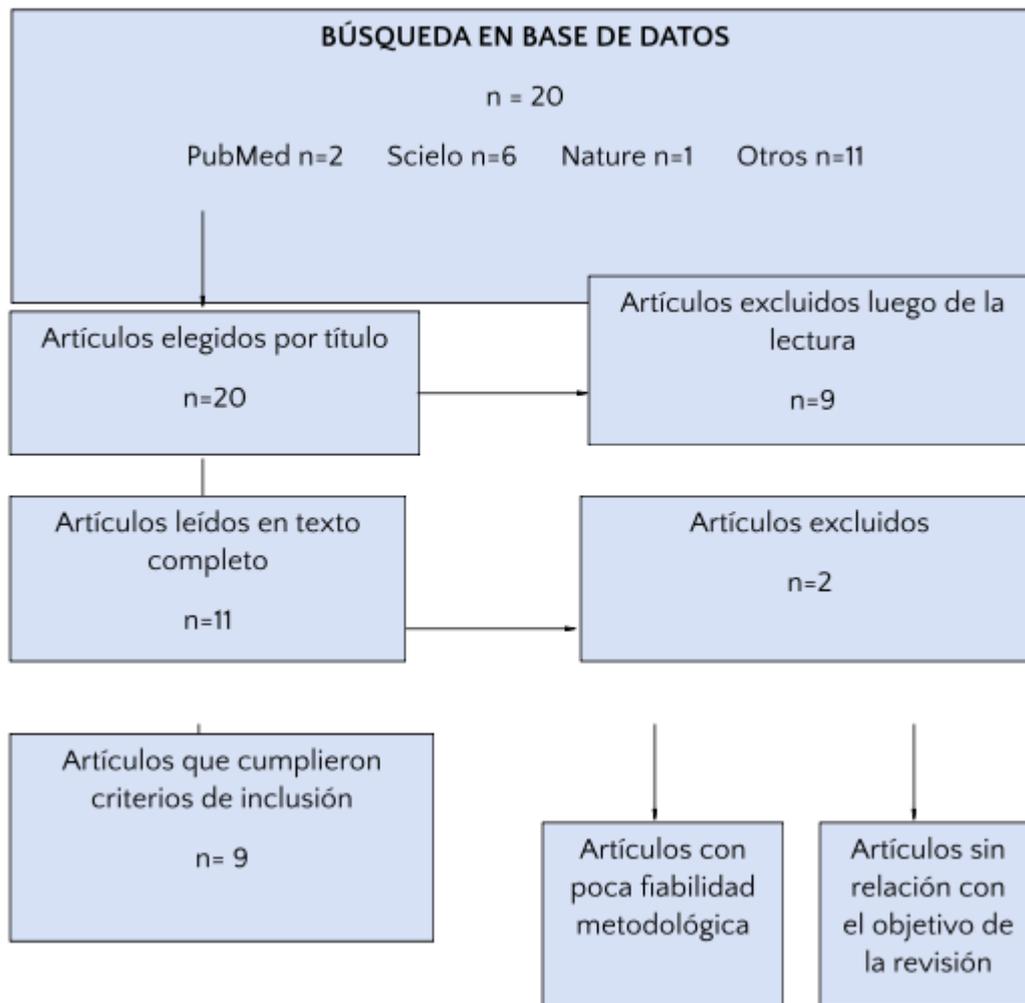
Las palabras clave que emplearemos son: diabetes, enfermedad periodontal, gingivitis, periodontitis, control glucémico.

EJECUCIÓN

Se realizó una revisión exploratoria de la literatura publicada entre los años 2012 y 2022. La estrategia de búsqueda comprendió artículos completos en español e inglés, que explicaran la relación entre la Enfermedad Periodontal y DM2. Las bases de datos usadas para esta exploración fueron Medline en PubMed, Cochrane, Scielo, Nature entre otros.

La búsqueda de artículos se realizó en 2022, en ésta participaron las dos investigadoras. Las palabras claves fueron: diabetes, enfermedad periodontal, gingivitis, periodontitis, control glucémico. Las ecuaciones de búsqueda se configuraron con combinaciones: “Enfermedad Periodontal AND diabetes mellitus tipo 2”, “Gingivitis” AND “diabetes mellitus tipo 2”, “Periodontitis AND diabetes mellitus tipo 2”, “control glucémico AND enfermedad periodontal”. Los criterios de inclusión de los artículos fueron, fecha de publicación entre 2012 y 2022 e idioma, español e inglés. Se excluyeron aquellos artículos que no presentaban relación alguna con los objetivos de investigación y que presentaban poca confiabilidad metodológica. La búsqueda de los artículos arrojó 36 resultados, de los cuales 20 se seleccionaron por título, se excluyeron 9 posterior a la lectura del resumen e introducción y 2 después de la lectura del texto completo. Finalmente, se incluyeron 9 estudios.

SELECCIÓN DE REPORTES DE INVESTIGACIÓN



SÍNTESIS DE DATOS

Los estudios epidemiológicos han demostrado consistentemente que la diabetes se asocia con un mayor riesgo de periodontitis. La mayor parte de la investigación se ha centrado en la diabetes tipo 2, aunque la diabetes tipo 1 parece tener un efecto idéntico sobre el riesgo de periodontitis. Se sabe que la magnitud del aumento del riesgo de periodontitis depende del nivel de control de la glucemia, como ocurre con el riesgo de todas las complicaciones de la diabetes. Por lo tanto, en la diabetes bien controlada con hemoglobina glucosilada (HbA1c) de alrededor del 7 % (53 mmol/mol) o menos, parece haber poco efecto de la diabetes sobre el riesgo de periodontitis. Sin embargo, el riesgo aumenta exponencialmente a medida que se deteriora el control glucémico. [6]

En general, se estima que el aumento del riesgo de periodontitis en pacientes con diabetes es de 2 a 3 veces, es decir, aumenta el riesgo de periodontitis de 2 a 3 veces.[6]

La diabetes aumenta la prevalencia de la periodontitis, la extensión de la periodontitis (es decir, el número de dientes afectados) y la gravedad de la

enfermedad. Se ha informado que los pacientes con diabetes pueden presentarse ante el profesional dental con múltiples abscesos periodontales recurrentes y, aunque a veces puede ser el caso, no es típico. Por lo tanto, normalmente no hay ninguna presentación clínica característica particular de la periodontitis en pacientes con diabetes distinta de las características clínicas normales de la afección anteriormente descritas. [6]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció el vínculo intrínseco entre la salud bucodental, la salud general y la calidad de vida. Se ha sugerido que la salud bucodental es un área descuidada de la salud mundial. La enfermedad periodontal y la diabetes son enfermedades crónicas asociadas directa e independientemente de alta prevalencia en la población, y la prevalencia mundial de la diabetes tipo 2, en particular, está aumentando dramáticamente. [7]

La creciente carga humana y económica de la diabetes requiere un enfoque multidisciplinario para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones, incluida la periodontitis. [7]

Artículos que cumplieron
criterios de inclusión

n= 9

Un estudio de los EE. UU. ha demostrado que una combinación de edad (más de 45 años), presencia de enfermedad periodontal y al menos otro factor de riesgo de diabetes (por ejemplo, antecedentes familiares positivos, índice de Masa Corporal (IMC) auto informado >25, hipertensión) tuvo mucho éxito en identificar casos no diagnosticados de diabetes. [8]

Recientemente, se llevó a cabo un programa de detección de diabetes en pacientes dentales en diferentes entornos clínicos en el Reino Unido (prácticas dentales generales, una clínica de un hospital dental y una clínica de extensión de la facultad de odontología). Los odontólogos realizaron el procedimiento de detección y los pacientes que estaban determinados para tener un riesgo moderado o alto de diabetes se les recomendó visitar a su médico de cabecera para una mayor investigación. Este estudio identificó que los profesionales de la odontología que fueron capacitados en el procedimiento de tamizaje valoraron muy favorablemente este proceso, al igual que los pacientes, que recibieron el tamizaje de diabetes en el ámbito odontológico. [9]

Autor/Año	País	Diseño del estudio	Conclusión
Herrera et al 2012	España	Revisión	La salud bucal y periodontal debe ser parte integrante en el manejo de la diabetes.

Britos et al 2019	Argentina	Revisión bibliográfica	La incidencia y progresión de la periodontitis está relacionada a un inadecuado control glucémico en pacientes con diabetes.
Trocha Mendoza et al 2021	Colombia	Revisión sistemática	Según la evidencia científica publicada existen factores de virulencia y mecanismos por los cuales la Porphyromonas gingivalis influye en el desarrollo de insulinorresistencia y diabetes mellitus tipo 2.
Korcher et al 2018	Estados Unidos	Revisión sistemática	El papel potencial de los profesionales de la salud dental para ayudar a los pacientes a controlar los factores de riesgo que son idénticos para la periodontitis y la diabetes.
Fajardo Pulg et al 2016	Cuba	Revisión	El mal control metabólico mantenido en personas diabéticas contribuye al desarrollo y la progresión de la enfermedad periodontal.
Romero y Hernández 2017	Colombia	Ensayo	Importancia de interdisciplina de la enfermedad periodontal en su real dimensión como problema complejo donde se compromete no solo los tejidos de soporte del diente; si no, además, se afecta un individuo, su calidad de vida y la de su grupo familiar; sus oportunidades laborales, de relaciones interpersonales y autoestima.
Casanova et al 2014	Estados Unidos	Revisión	La diabetes aumenta el riesgo de periodontitis (particularmente si está mal controlada) y la evidencia sugiere que la periodontitis avanzada también compromete el control glucémico.
Gutiérrez Hernández et al 2011	México	Revisión	Existe alta prevalencia de enfermedad periodontal y baja en control glucémico; en estos se refleja un mejor estado periodontal e higiene bucal lo que habla del beneficio que esto implica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Wright, Weston, Fortune 2014	Estados Unidos	Revisión sistemática	Las personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 podrían identificarse en entornos de atención dental primaria, comunitaria y secundaria.
---------------------------------------	-------------------	-------------------------	--

RECOMENDACIONES

RELEVANCIA CLÍNICA:

- Es importante desarrollar estrategias de diagnóstico temprano adecuadas para ambas afecciones, especialmente en hombres adultos jóvenes.
- Diversos estudios señalan que la periodontitis está relacionada con la diabetes mellitus y, al mismo tiempo, tiene un efecto negativo en el control glucémico.

PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA

- El mejor control de la diabetes disminuye la prevalencia de enfermedad periodontal y el tratamiento de esta podría reducir los niveles de HbA1c.
- Los médicos generales deben incluir en la exploración de pacientes consejos y normas sobre la salud bucodental y, además, incidir sobre su higiene y los beneficios de esta, ya que es esencial para una buena salud oral y un bienestar general.
- Los signos más característicos para identificar enfermedad periodontal son:
 - a) gingivitis: Encías inflamadas o hinchadas, de color rojo oscuro o violáceo, encías que sangran fácilmente al cepillado de los dientes o usas hilo dental, mal aliento, encías retraídas y encías sensibles.
 - b) periodontitis: además de los signos de la gingivitis agregar las siguientes características, pus entre los dientes y las encías, dientes flojos o pérdida de éstos, dolor al masticar, se crean espacios entre los dientes, encías que se retraen de los dientes (se reabsorben), lo que hace que los dientes se vean más largos de lo normal y cambio en la manera en que se unen los dientes al morder.
- El tratamiento más importante para estas enfermedades es la buena higiene oral, de 2 a 5 minutos cepillar dientes después de cada alimento, utilizar cepillos suaves, utilizar enjuague bucal (el recomendado por el especialista en la salud oral) y buen control de niveles de azúcar.

CONCLUSIONES

La salud periodontal es un componente notable en la salud general del paciente; especialmente en los que padecen enfermedades crónicas como la diabetes mellitus. Debido a la omnipresencia de las enfermedades periodontales y la creciente epidemia global de diabetes, es oportuno revisar el control de la periodontitis en los mecanismos moleculares involucrados en los procesos fisiopatológicos en ambas enfermedades. Los efectos perjudiciales de la

periodontitis sobre la DM se explican, potencialmente, por el aumento de los niveles de mediadores proinflamatorios sistémicos, lo que agravaría el estado de resistencia a la insulina. La relación que se establece entre DM y periodontitis es bidireccional. La DM es un modelo de enfermedad sistémica que predispone a una infección y esta, una vez establecida, empeora la condición sistémica de la DM. Se establece así, una relación en dos sentidos, creándose un círculo vicioso, de retroalimentación positiva que complica y agrava el desarrollo de ambas patologías en caso de estar presentes y coexistir en un paciente.

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

En este punto desarrollaré el análisis de datos durante cada consulta realizada a los pacientes crónicos del Proyecto Urbano en la Cooperativa Panamédica. Es importante porque estos datos arrojan el control periódico de la persona con enfermedad crónica; para evaluar su seguimiento de enfermedades. Se debe detallar que dentro del consultorio de Panamédica ubicado en Avenida Miguel Angel de Quevedo 740, Alcaldía Coyoacán, CDMX; se cuenta con un total de 6 pacientes activos durante el periodo Agosto 2021- Julio 2022; los cuales acudían cada mes a consulta de seguimiento, sin tener en este año nuevos ingresos de pacientes al Proyecto Urbano; cabe recordar que dentro de este consultorio se vivieron ciertos cambios de acuerdo a su ubicación, anteriormente se encontraba ubicado en Copilco el Bajo y por situaciones externas al proyecto se tuvo que realizar un cambio de ubicación, este misma mudanza trajo consigo algunas limitaciones para la movilidad de pacientes por ejemplo la mayoría de los pacientes se encuentran ubicados en la zona de Copilco el Bajo, por lo tanto deben utilizar transporte público o particular para acudir a la consulta lo cual en ciertos momentos llegó a dificultar la llegada de pacientes; así mismo para hacer crecer el Proyecto Urbano dentro de este consultorio debe darse a conocer dentro de la nueva zona ubicada.

1. Número total de pacientes registrados (preexistentes y de nuevo ingreso) durante el año de servicio social.

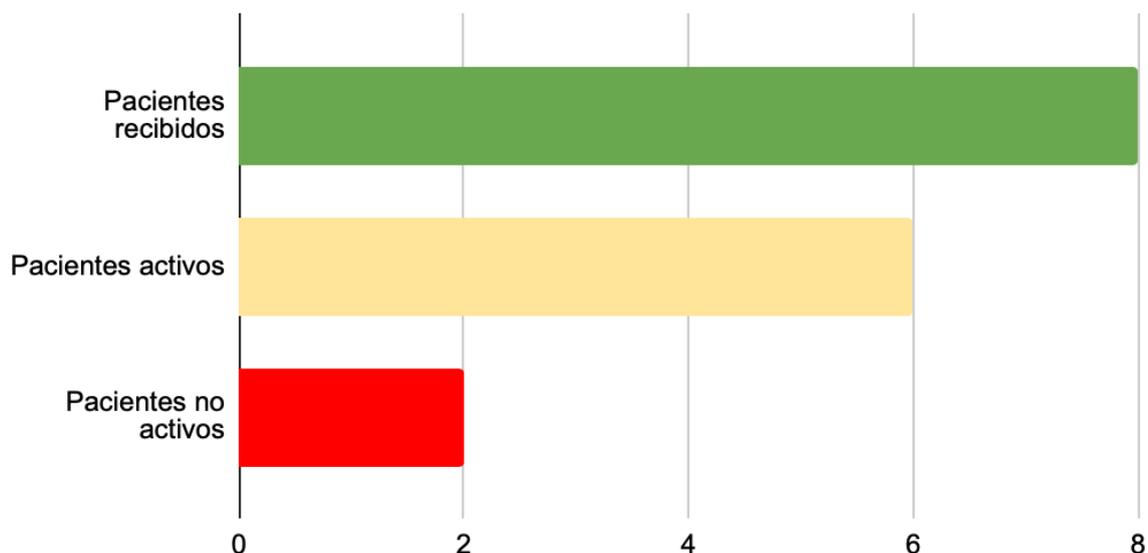
Debido a la situación de la pandemia vivida en estos años, durante Agosto 2021 los pacientes se encontraban en su mayoría tomando consulta en línea, los cuales poco a poco fueron retomando la consulta presencial a lo largo del año.

Al inicio del servicio social durante el mes de Agosto, fueron recibidos 8 pacientes, de los cuales por motivos que se describirán en las siguientes gráficas ya no se encuentran activos dentro del Proyecto Urbano de Salud, por lo tanto en el Consultorio Panamédica se queda un registro de 6 pacientes activos para el periodo Agosto 2022- Julio 2023.

Tabla 1: Pacientes registrados

Pacientes recibidos	Pacientes activos	Pacientes no activos
8	6	2

Total de pacientes



Gráfica 1: Total de pacientes registrados activos y no activos

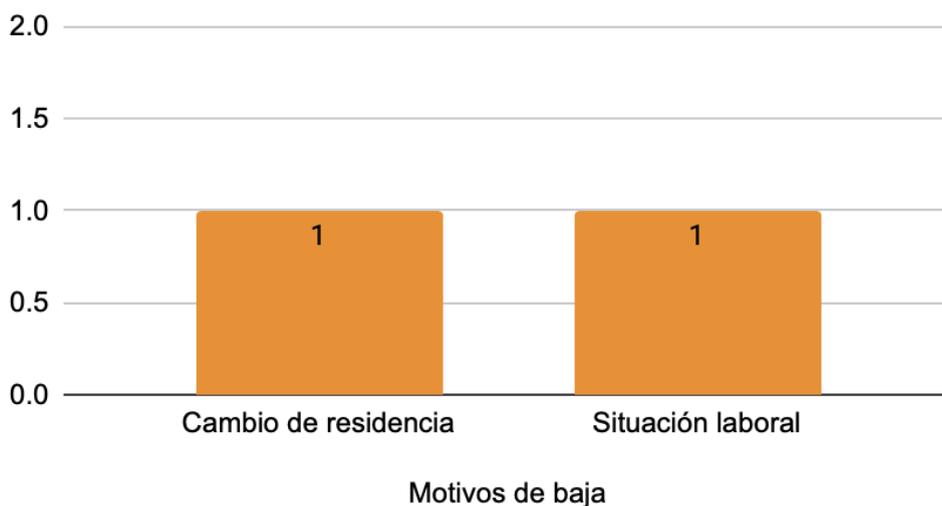
Representación gráfica de los 8 pacientes recibidos en Agosto 2021 de los cuales 6 se encuentran activos y 2 no activos.

Distribución de población colocada como no activa de acuerdo a motivos de esta condición.

Lamentablemente durante este año se tuvo baja de 2 pacientes que formaban parte de este proyecto, debemos comprender que existen factores externos a la consulta en la cual la asistencia a esta disminuye o aumenta, de la misma forma existen ciertos factores o razones por las cuales los pacientes dejan de asistir a la consulta de seguimiento, dentro de este consultorio se tienen 2 pacientes no activos que durante el año 2020-2021 se encontraban tomando esporádicamente consultas por teléfono, pero que en su momento en la entrega de pacientes no fueron presentados, sólo se entregaron resúmenes, al retomar la consulta presencial 1 de los pacientes informó que se encontraba viviendo en el Estado de Puebla y que continuamente viajaba fuera del país y por ese motivo no podría asistir y retomar la consulta; en cuanto al otro paciente mencionó que los horarios de trabajo no le permitían acudir a la consulta pues él tenía libre los días viernes y entre semana después de las 5pm.

Para concluir este apartado se tiene que entre los motivos de baja de los pacientes fueron 2, uno por cambio de residencia a otro estado dentro del país y un paciente al cual el horario de la consulta no era adecuado con su horario laboral; ambos serán representados gráficamente.

Motivo de baja



Gráfica 2: Pacientes no activos de acuerdo a motivos de condición

Los pacientes no activos son 2, de los cuales 1 de ellos no acude por cambio de residencia y el otro por situación laboral.

2. Información demográfica posible:

Distribución de pacientes atendidos durante el año de servicio social por sexo

En el consultorio de panamédica se tienen registrados un total de 6 pacientes activos, dentro de los cuales al separarlos por sexo en su mayoría son mujeres; se cuenta con una población de 4 pacientes mujeres y 2 pacientes hombres tratados con enfermedades crónicas.

Tabla 2: Total de pacientes y mujeres.

Total de mujeres	Total de hombres
4	2

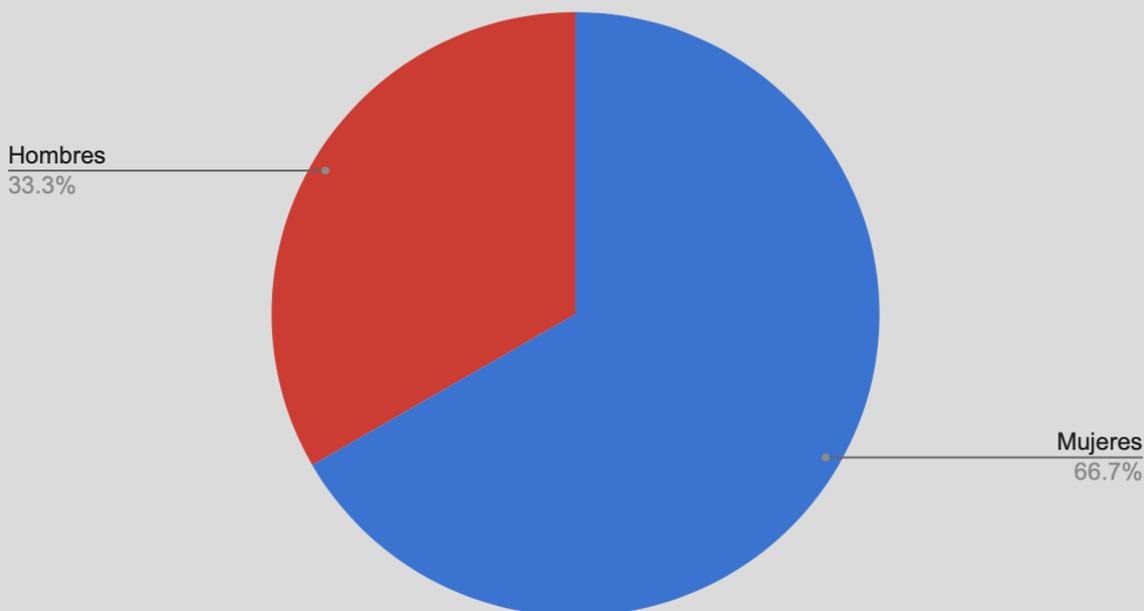
Total de pacientes por sexo



Gráfica 3: Total de pacientes por sexo.

Dentro de los pacientes se encuentran 4 mujeres y 2 hombres, su distribución por porcentaje se encuentra en la gráfica 4.

Distribución de pacientes por sexo



Gráfica 4: Distribución de pacientes por sexo.

De los pacientes activos en su mayoría son mujeres con un 66% y en menor cantidad hombres con 33% de pacientes registrados.

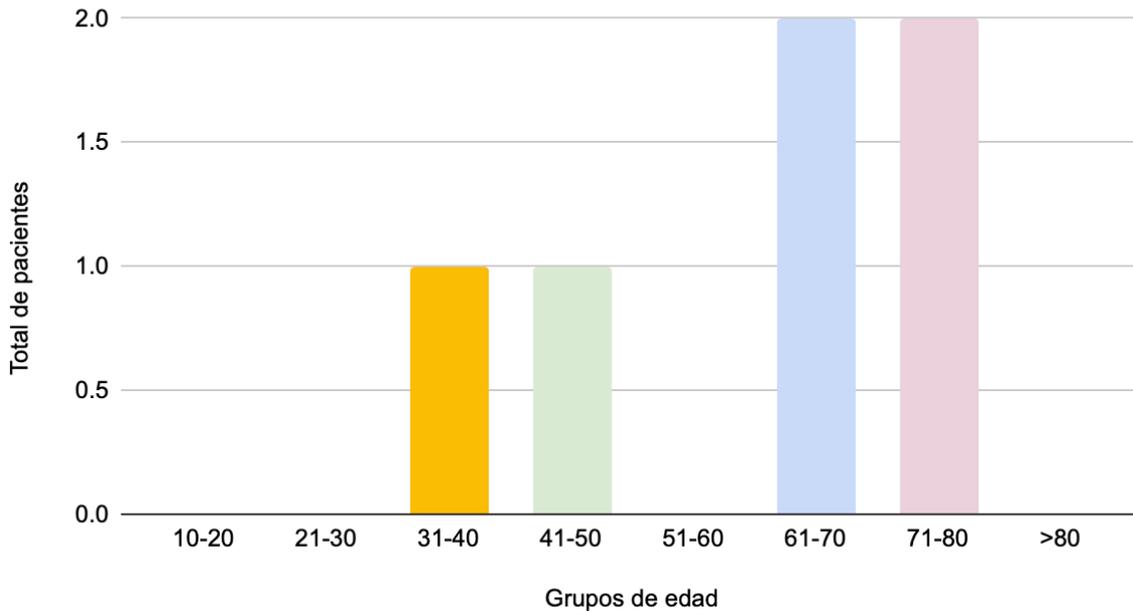
Distribución de pacientes atendidos durante el año de servicio social por grupos decenales de edad

Los 6 pacientes de este consultorio serán representados por grupos decenales, ubicándose en los grupos de 31-40 años, 41-50 años, 61-70 años y 71-80 años, se anexa una tabla del total de estos pacientes y gráficas correspondientes.

Tabla 3: Grupos de edad y total de pacientes para cada grupo.

Grupos de edad	Total de pacientes
10-20	0
21-30	0
31-40	1
41-50	1
51-60	0
61-70	2
71-80	2
>80	0

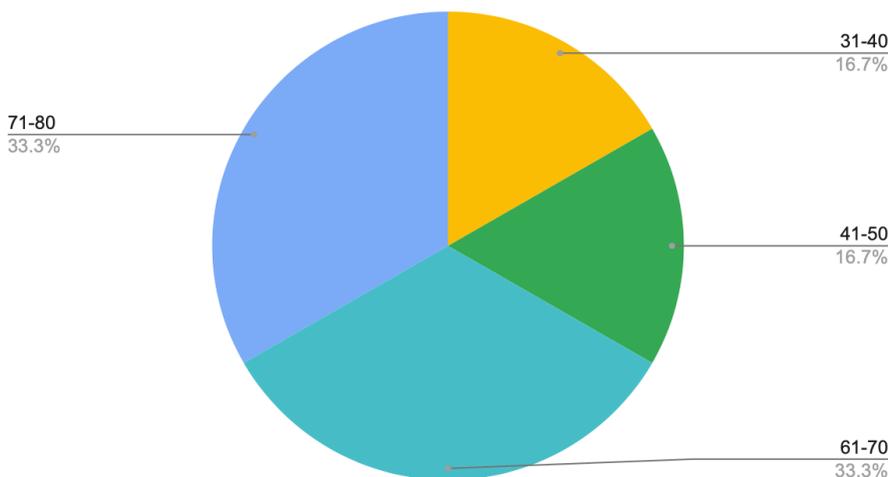
Pacientes atendidos por grupo de edad



Gráfica 5: Representación gráfica de los pacientes registrados de acuerdo a su grupo de edad.
 Se registra 1 paciente de 31-40 años, 1 de 41-50 años, 2 pacientes de 61-70 años y 2 de 71-80 años.
 Resto de grupos decenales sin pacientes registrados

Es importante para este trabajo hablar de porcentajes de pacientes en su mayoría los pacientes que se atienden en este consultorio son personas de 61-70 años y 71-80 años conformando los adultos mayores el 66% de los pacientes en panamédica y los adultos jóvenes de 31-40 años y 41-50 años el 32% de la población que acude a consulta.

Pacientes por grupos decenales de edad



Gráfica 6: Representación de la distribución de pacientes por grupos de edad en porcentajes de atención.
 31-40 con 16%, 41-50 con 16%, 61-70 años con 33.3% y 71-80 años 33%
 Se concluye que la mayoría de pacientes se encuentra entre 61-70 años y 71-80 años.

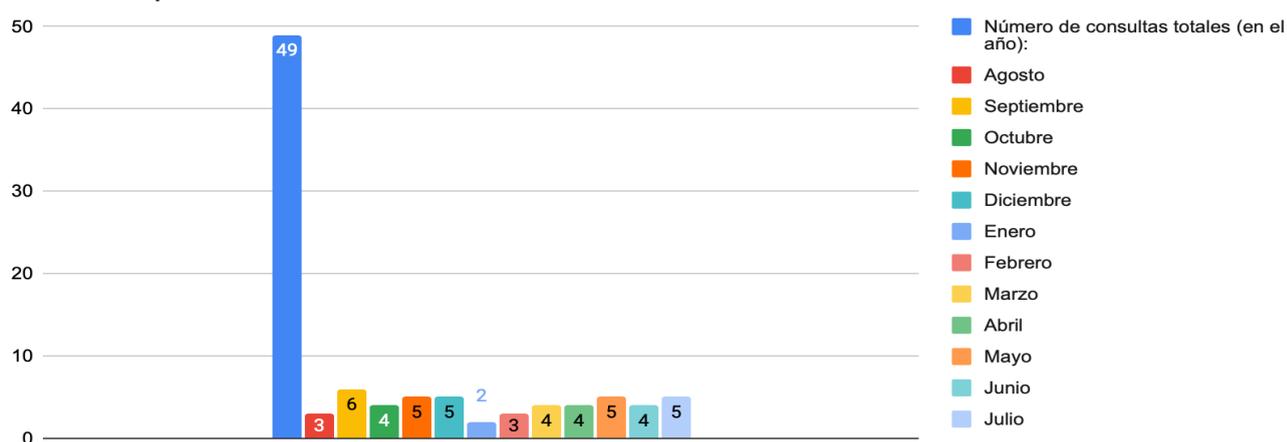
3. Motivos de atención

Se describe la atención brindada durante el año a los pacientes, con 49 consultas registradas en total tomando en cuenta todas las asistencias de las personas que acuden,, se puede observar en la siguiente tabla el número de consultas atendidas por mes desde Agosto 2021 a Julio 2022.

Tabla 4: Número de consultas totales de Agosto 2021- Julio 2022.

Número de consultas totales (en el año):	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
49	3	6	4	5	5	2	3	4	4	5	4	5

Consultas por año



Gráfica 7: Consultas por año

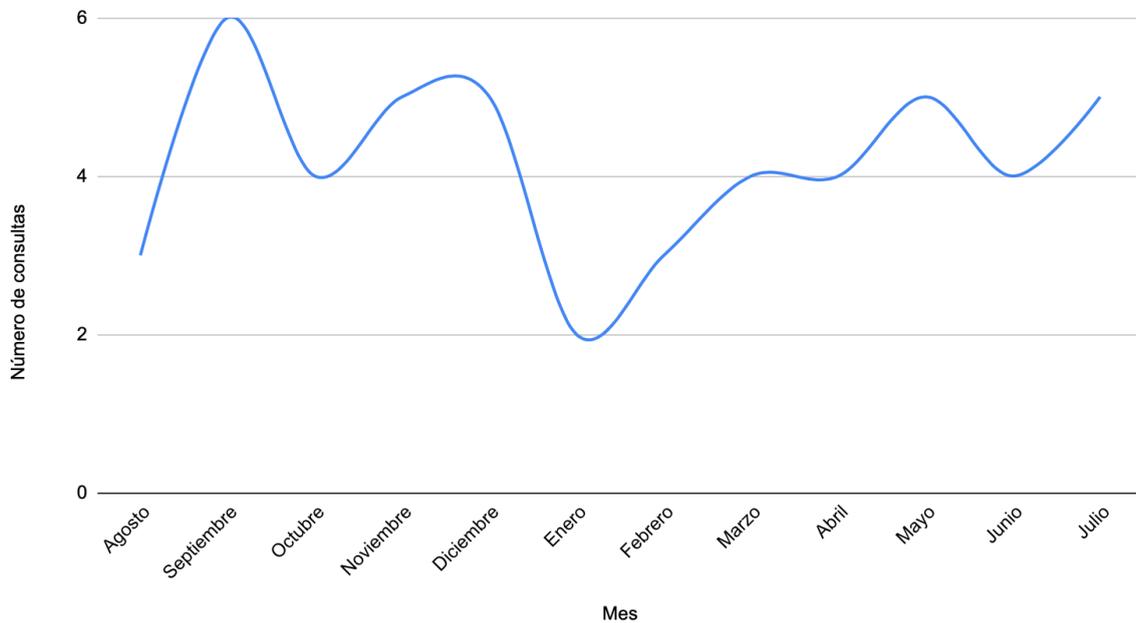
En color azul se muestran las 49 consultas del año; el resto es la distribución por mes de estas consultas.

Durante el mes de Enero 2022 fue donde una menor cantidad de pacientes acudieron a consulta(2), seguido por, Agosto 2021 y Febrero 2022 con 3 consultas respectivamente, Octubre 2021, Marzo 2022, Abril 2022, Junio 2022 con 4 consultas en cada mes; Noviembre y Diciembre 2021, Mayo 2022, Julio 2022 con 5 consultas atendidas y siendo Septiembre donde asistieron todos los pacientes a su consulta mensual.

Al inicio del periodo se puede observar una poca participación de los pacientes a la asistencia de la consulta, para ir aumentando su asistencia durante los siguientes meses, durante el mes de Diciembre - Enero, donde este último mes mencionado la participación de los pacientes en la consulta fue poca, es de importancia mencionar que durante ese periodo se presentó la 4^o ola de Covid19 y los pacientes decidieron no asistir hasta que la situación de la pandemia lo permitiera, es por ello que a partir

del Mes de Febrero la mayoría de los pacientes registrados dentro del proyecto iba asistiendo continuamente a su seguimiento.

Consultas realizadas por mes



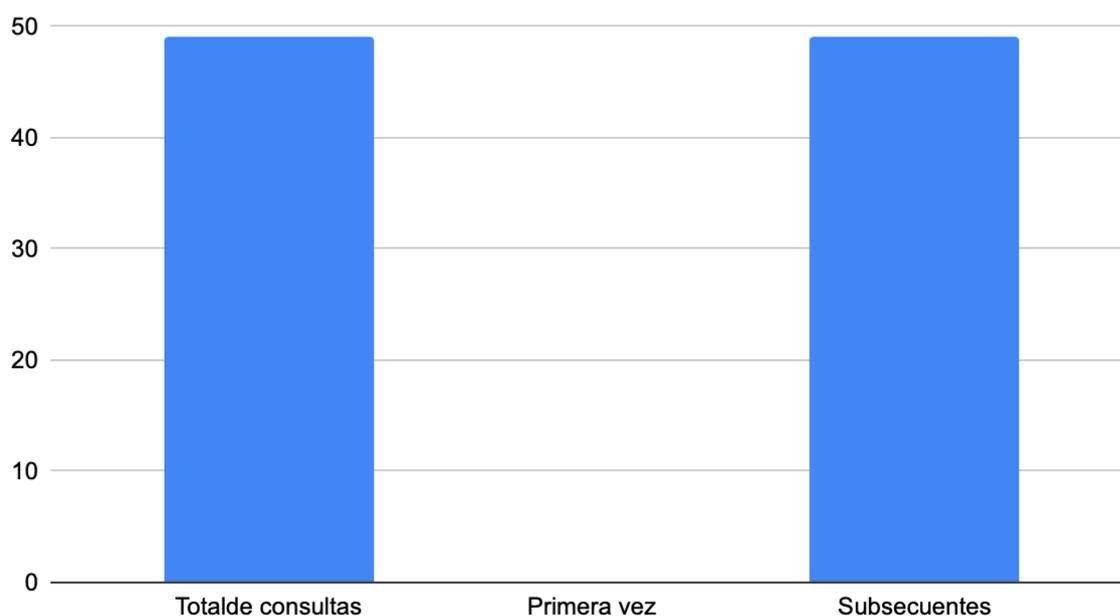
Gráfica 8: Consultas realizadas por mes

Se inició en Agosto 2021 con la mitad de los pacientes registrados que asistieron a consulta durante ese mes, cayendo su asistencia marcada en el mes de Enero 2022, para ir aumentando la asistencia de los pacientes a la consulta en los meses restantes de Febrero 2022- Julio 2022. Septiembre acude el 100% de los pacientes; Enero acude solo el 30% de los pacientes.

Primera vez y subsecuentes.

Durante mi estancia en el servicio social del año 2021 a 2022 no hubo pacientes que se agregaron al proyecto, es decir de las 49 consultas registradas al año, las 49 fueron subsecuentes, sin un aumento de pacientes.

Consultas de primera vez y subsecuentes 2021-2022



Gráfica 9: Consultas de primera vez y subsecuentes

No hay registro de pacientes de primera vez.

De las 49 consultas, las 49 fueron subsecuentes.

Por grupos de edad y sexo

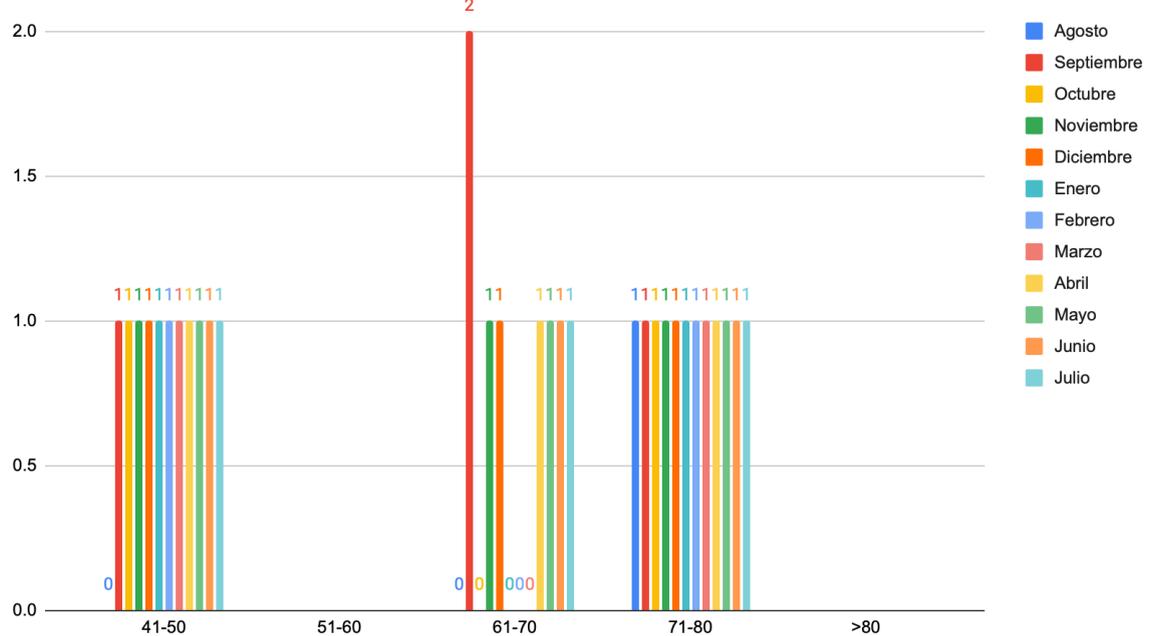
En el consultorio Panamédica hay mayor cantidad de mujeres dentro del proyecto, recordando en líneas anteriores descritas, 4 de los 6 pacientes son mujeres, y su asistencia a la consulta se analizará por grupos decenales de edad.

Se cuenta con 1 paciente entre 41-50 años la cual acudió a 11 consultas durante el año, 2 pacientes registradas entre 61-70 años las cuales acudieron 2 durante el mes de Septiembre pero únicamente asistía 1 de ellas en los meses de Noviembre, Diciembre, Abril, Mayo y Julio; mientras que la paciente registrada entre 71-80 años asistió mensualmente a todas las consultas de seguimiento.

Entre las situaciones que impedían la asistencia a las consultas se mencionan las siguientes: viajes prolongados fuera de la Ciudad y situación laboral que impedía

llegar a tiempo a la consulta; en ocasiones para que algunas pacientes pudieran asistir se tenía que realizar el cambio de fecha de consulta debido a motivos de interés familiar.

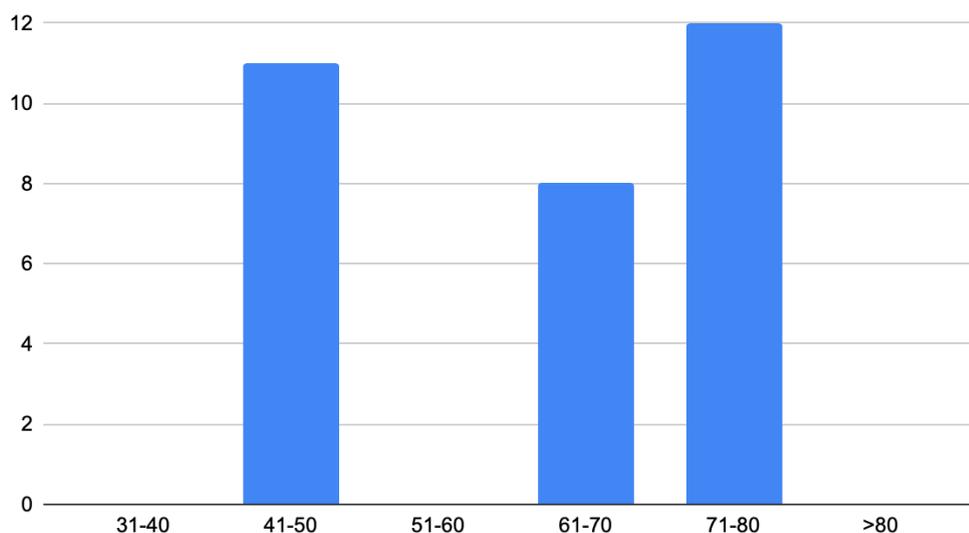
Mujeres por grupos de edad que asistieron a la consulta por mes



Gráfica 10: Mujeres por grupos de edad que asistieron a consulta por mes.
 El grupo de 41-50 años asistió 11 meses a consulta desde Septiembre 2021 a Julio 2022.
 El grupo de 61- 70 años: asistieron las 2 pacientes en el mes de septiembre, de ahí solo 1 en los meses de Noviembre, Diciembre, Abril, Mayo, Junio y Julio.
 En cuanto a la paciente perteneciente al grupo de 71-80 años asistió a sus consultas mensuales durante los 12 meses del servicio social.

Se agrega en esta sección una gráfica correspondiente a la asistencia por grupos de edad de acuerdo a las 49 consultas totales, de las cuales las mujeres abarcan 31 consultas del año.

Consultas de mujeres por grupos de edad



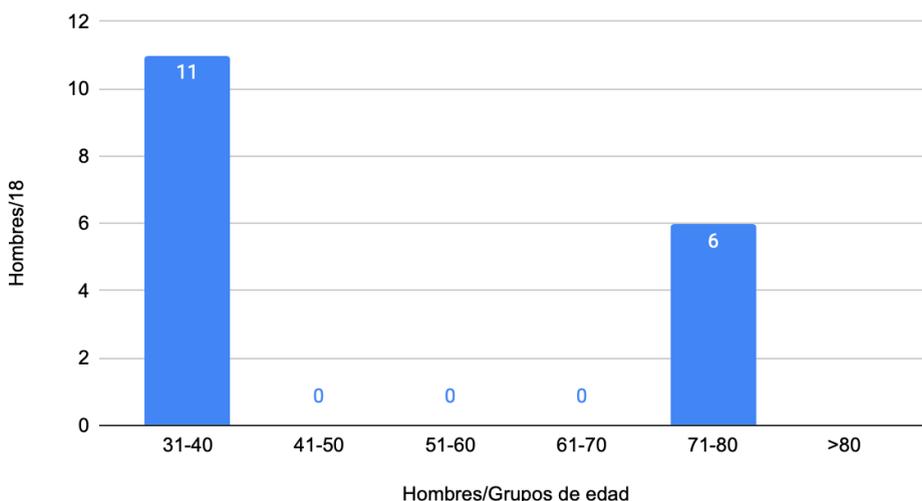
Gráfica 11: Consultas de mujeres por grupos de edad.

La paciente de 41-50 años asistió a 11 consultas, mientras que el grupo de 61-70 años asistió a 8 consultas del año.

la paciente de 71-80 años asistió a las 12 consultas mensuales,

En el caso de los hombres se tienen registrados 2, de los cuales el paciente de 31-40 años asistió a 11 consultas del año y el paciente entre 71-80 años acudió a 6 consultas dentro del año de servicio social; entre los motivos de ausencia a las consultas se encontraron las olas de Covid19 presentadas durante el año, fallecimientos de familiares, salidas fuera de la ciudad por vacaciones.

Consultas de hombres por grupos de edad



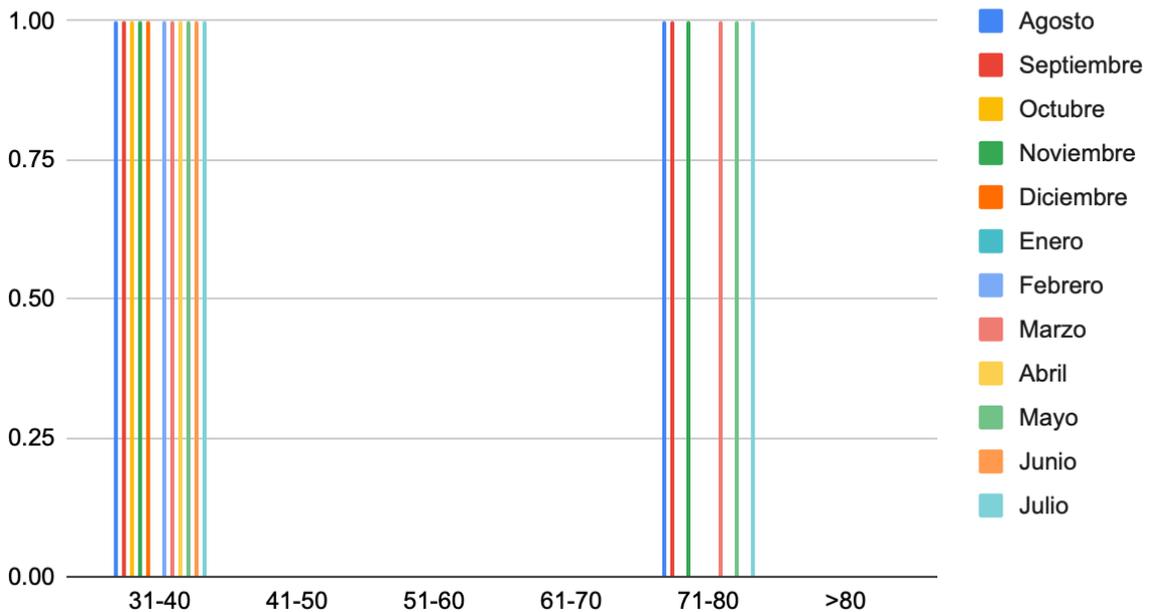
Gráfica 12: Hombres. Consultas por grupos de edad

Grupo de 31-40 años asistió a 11 consultas y el grupo de 71-80 asistió a 6 consultas durante el año.

Al principio del año ambos pacientes asistían a la consulta, volviéndose esporádica en el paciente de 71-80 años durante algunos meses de inasistencia encontrándose mayor ausencia entre diciembre y febrero de 2022.

Al término del año de servicio social ambos pacientes hombres asistieron a su última consulta de seguimiento.

Hombres que asistieron a consulta por grupo de edad por mes

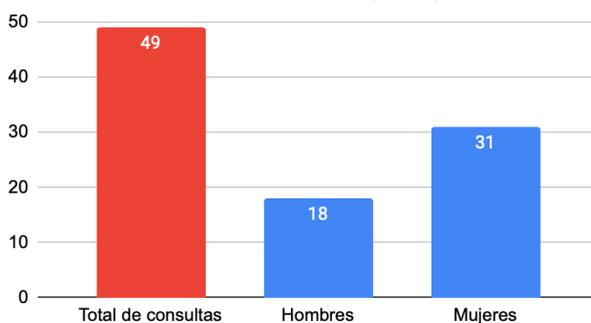


Gráfica 13: Hombres. Asistencia a consulta por grupo de edad por mes

Grupo de 31-40 años únicamente no asistió en el mes de Enero, mientras que el grupo de 71-80 años asistió en los meses Agosto, Septiembre, Noviembre, Marzo, Mayo y Julio.

Anexo esta gráfica que representa el total de consultas para los hombres las cuales de las 49 del año, 18 fueron de hombres, donde no es muy viable el análisis debido a que dentro del consultorio se encuentra un mayor registro de mujeres comparado con los hombres registrados, pero servirá para realizar un conteo de las consultas otorgadas por sexo del paciente.

Total de consultas hombres y mujeres



Gráfica 14: Total de consultas de hombres y mujeres

De las 49 consultas del año, 31 fueron para mujeres y 18 para hombres.
Nota: Recordar que el 66% de los pacientes son mujeres y 33% hombres.

4. Morbilidad atendida

Población atendida por diagnóstico

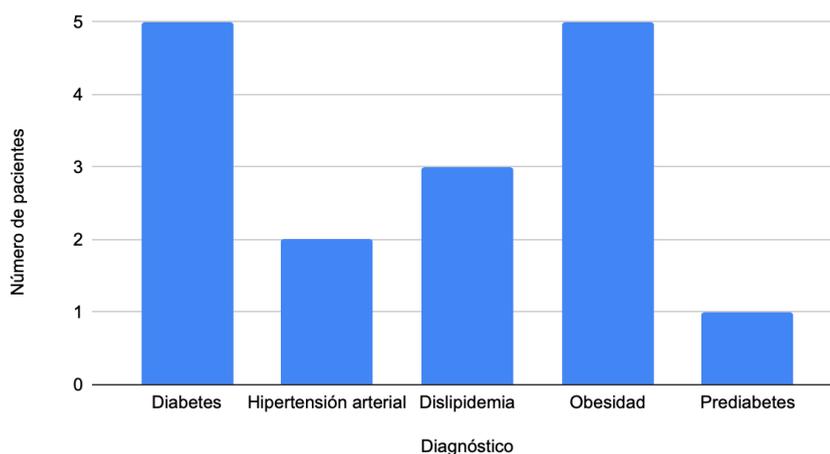
Desde el inicio del siglo pasado, los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales, culturales, aunados a los avances en el campo de la atención a la salud, han ido transformando las características de México y han influenciado el comportamiento epidemiológico de las enfermedades así como las características relacionadas con la presencia de patología o muerte en la población mexicana⁶

Durante estos años se ha observado una transición de riesgos, ya que durante la primera mitad del siglo XX, la población estaba expuesta a los riesgos propios de un país con desarrollo social e infraestructura incipiente, que se fueron modificando con el desarrollo y la urbanización. Esto trajo como consecuencia cambios en los estilos de vida y el surgimiento de exposición a otros tipos de riesgo, que se constituyen como los principales factores responsables de enfermedad; entre ellos estrés, tabaquismo, hipertensión arterial, sedentarismo, patrón alimentario diferente compuesto por alimentos de alta densidad energética, sobrepeso, obesidad y niveles de colesterol elevado.⁶

Las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentran entre uno de los mayores que enfrenta diariamente el sistema de salud, es por ello que en este proyecto es de importancia entender a cada uno de los pacientes basado en el modelo de atención integral centrada en la persona con enfermedades crónicas; por esta razón a partir de los datos obtenidos que se concretan en que en el Consultorio Panamédica existe un registro de 6 pacientes activos de los cuales 4 pacientes son mujeres y 2 hombres, se debe analizar las enfermedades que predominan en ellos, las cuales enlistan a continuación en las siguientes tablas y gráficas.

Se recibieron 6 pacientes con los siguientes diagnósticos diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad y otros como prediabetes, se analizó el número de pacientes correspondientes a cada enfermedad, además de esto algunos pacientes tienen diagnosticada más de una enfermedad crónica no transmisible las cuales serán detalladas más adelante.

Población atendida por diagnóstico



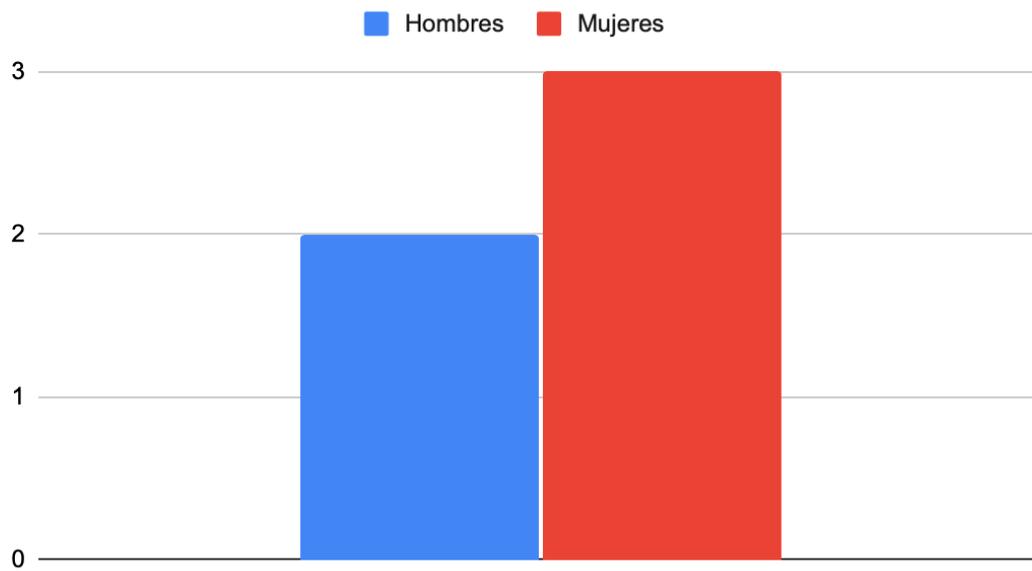
Gráfica 15: Población atendida por diagnóstico

Las enfermedades registradas son: diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, obesidad y otros como prediabetes.

De los cuales 5 pacientes tienen diabetes, 5 obesidad, 3 dislipidemia, 2 hipertensión arterial y 1 prediabetes.

Población atendida por diagnóstico y sexo

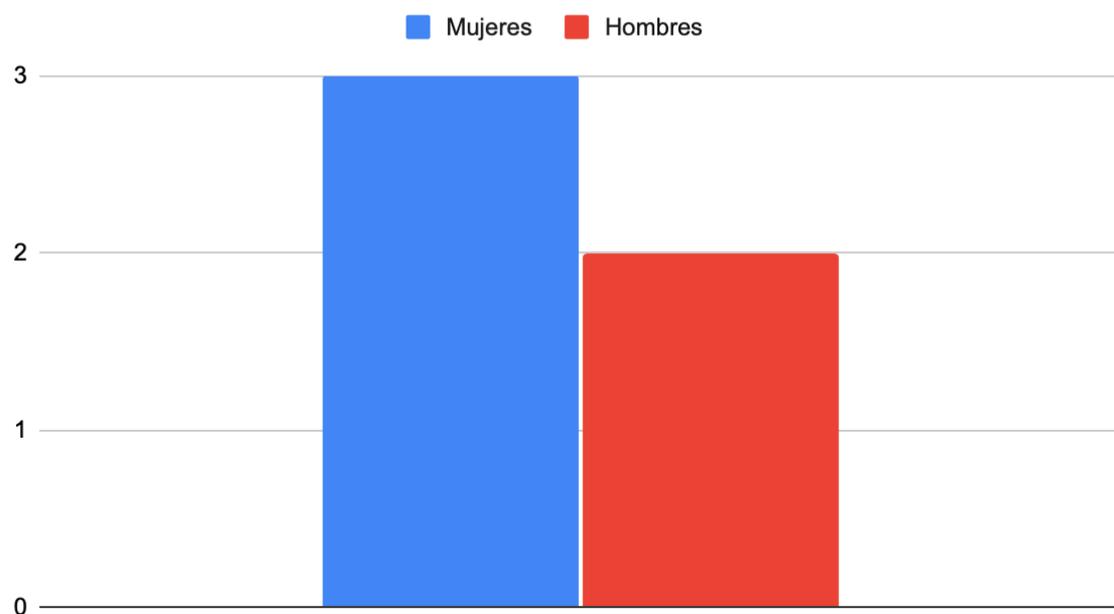
Pacientes atendidos por sexo con Diabetes mellitus 2



Gráfica 16: Pacientes atendidos por sexo con Diabetes Mellitus 2

De los pacientes atendidos con Diabetes Mellitus 2, 3 son mujeres y 2 hombres.

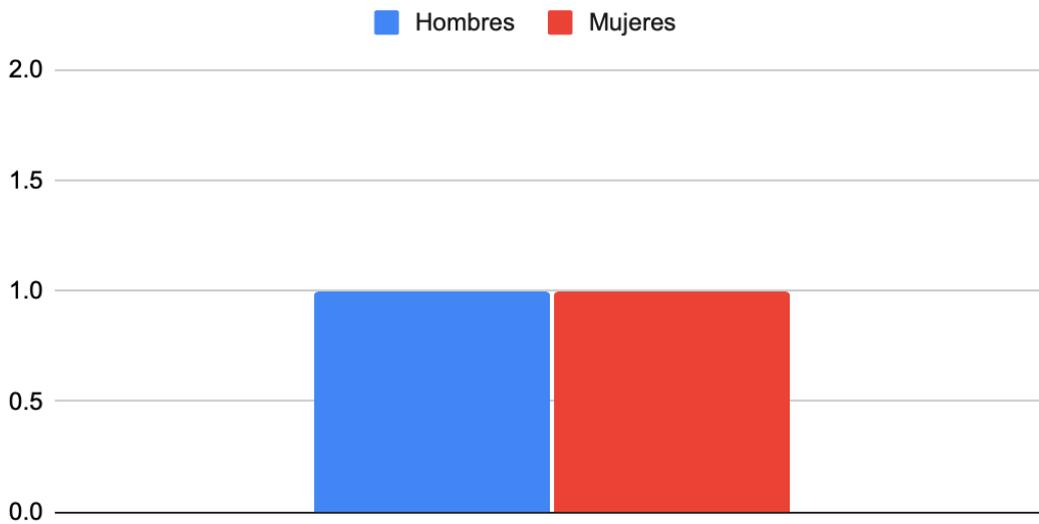
Pacientes atendidos por sexo con diagnóstico de Obesidad



Gráfica 17: Pacientes atendidos con diagnóstico de obesidad

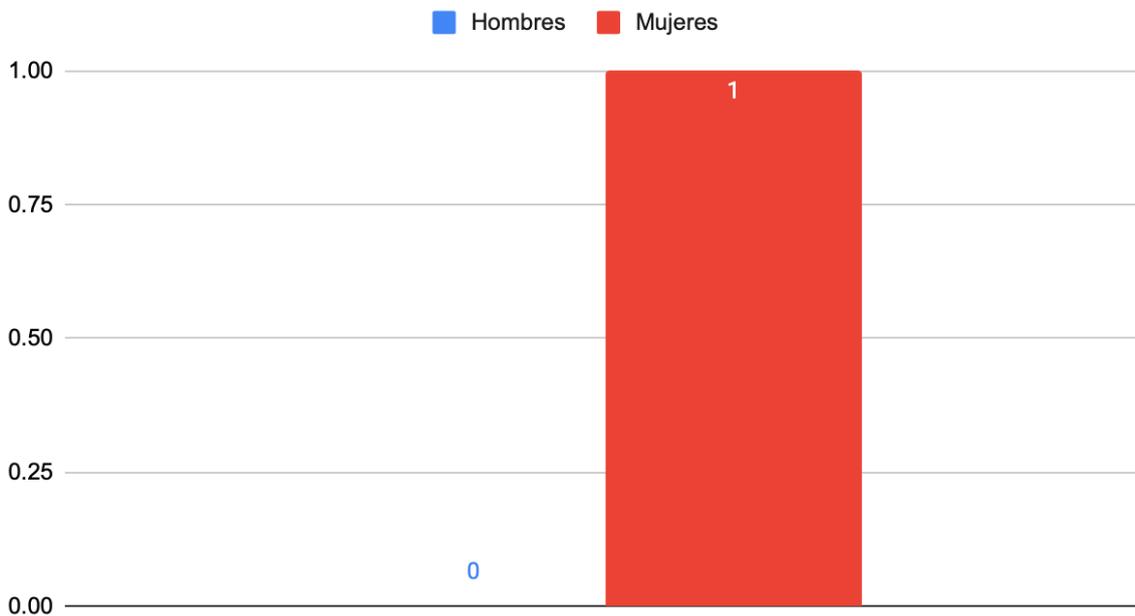
De los 5 pacientes con obesidad, 3 son mujeres y 2 son hombres.

Pacientes atendidos por sexo con diagnóstico de Hipertensión arterial



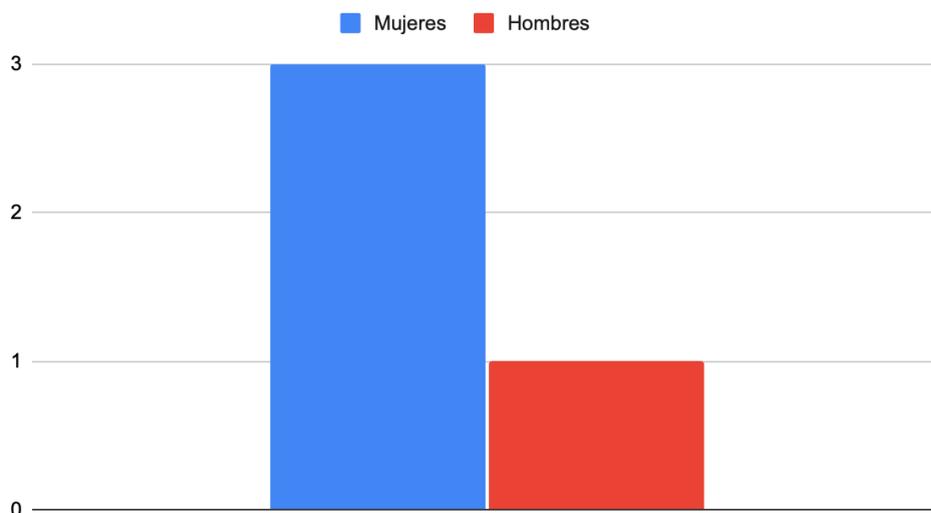
Gráfica 18: Pacientes atendidos con diagnóstico de Hipertensión arterial
De los 2 pacientes con hipertensión arterial 1 es mujer y 1 es hombre.

Pacientes atendidos por sexo con otros diagnósticos



Gráfica 19: Pacientes atendidos con otros diagnósticos
De los 6 pacientes atendidos, 1 mujer tiene otros diagnósticos (prediabetes)

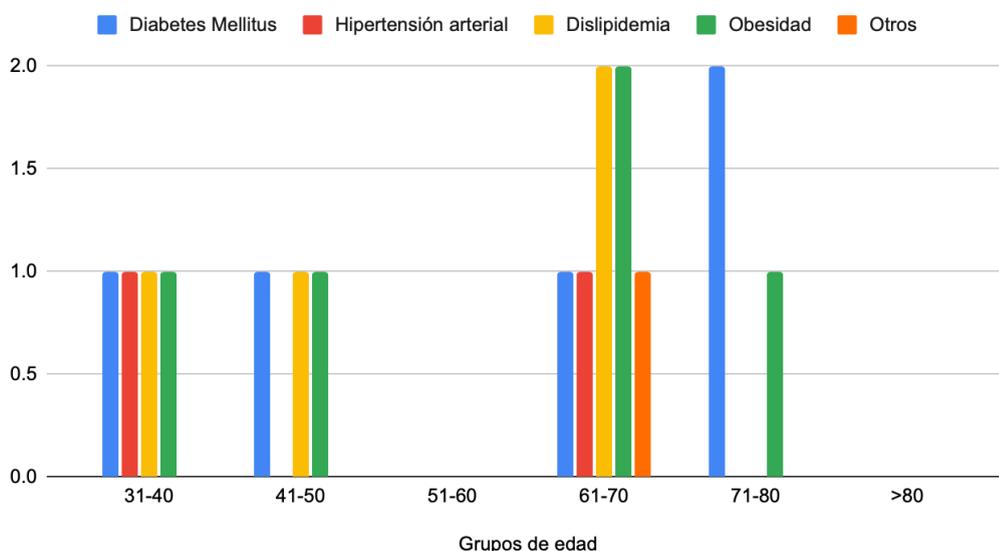
Pacientes atendidos por sexo con diagnóstico de Dislipidemia



Gráfica 20: Pacientes atendidos por sexo con diagnóstico de dislipidemia
En este consultorio hay 3 mujeres con dislipidemia y 1 hombre con dislipidemia.

Población atendida por diagnóstico y grupos de edad

Población atendida por diagnóstico y grupos de edad



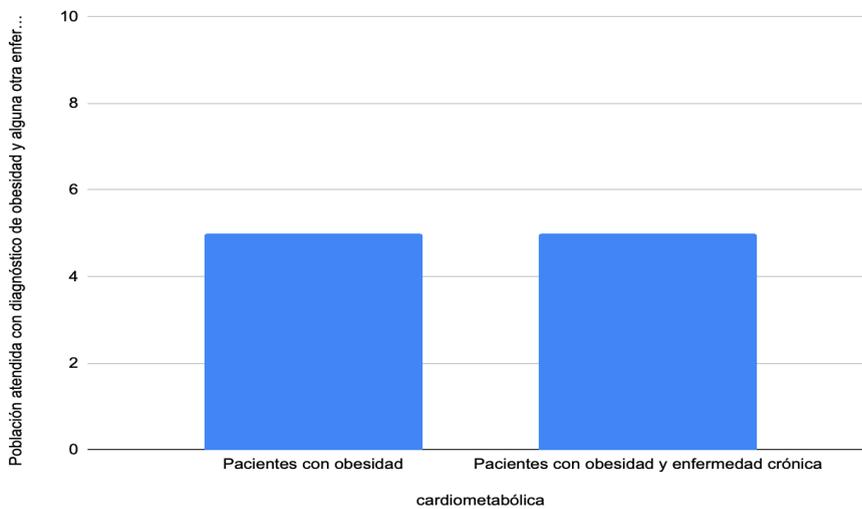
Gráfica 21: Población atendida por diagnóstico y grupos de edad

De las enfermedades anteriormente mencionadas

El grupo de 31-40 años tiene Diabetes Mellitus 2, hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad; el grupo de 41-50 años tiene diabetes mellitus 2, dislipidemia y obesidad; el grupo de 61-70 años las 2 pacientes registradas tienen obesidad y dislipidemia, mientras que solo 1 tiene diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y una diagnosticada con otros padecimientos; en cuanto al grupo de 71-80 años, 2 tienen diabetes mellitus 2 y solo 1 obesidad.

Población atendida con diagnóstico de obesidad y alguna otra enfermedad crónica cardiometabólica

Población atendida con diagnóstico de obesidad y alguna otra enfermedad crónica

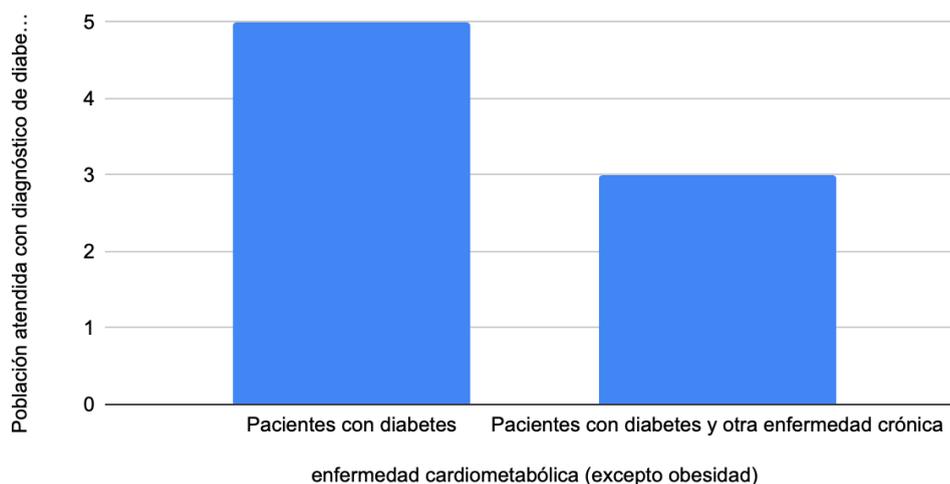


Gráfica 22: Población atendida con diagnóstico de obesidad y alguna otra enfermedad crónica cardiometabólica

De los pacientes 5 tienen obesidad acompañado de alguna otra enfermedad cardiometabólica.

Población atendida con diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2 y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)

Población atendida con diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2 y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)

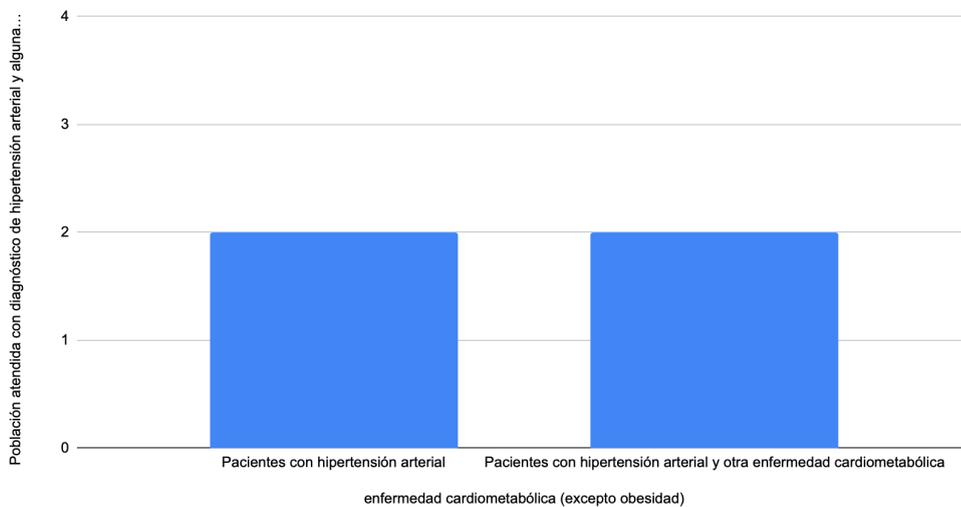


Gráfica 23: Población atendida con diagnóstico de diabetes mellitus tipos 2 y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad).

5 pacientes tienen diabetes, de los cuales 3 están acompañados de alguna otra enfermedad crónica a excepción de obesidad.

Población atendida con diagnóstico de hipertensión arterial y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)

Población atendida con diagnóstico de hipertensión arterial y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)

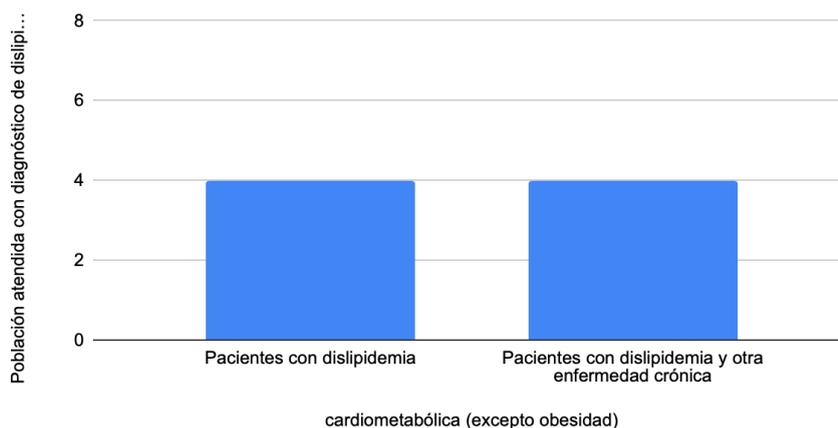


Gráfica 24: Población atendida con diagnóstico de hipertensión arterial y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)

De los pacientes con hipertensión son 2, de los cuales los 2 son acompañados con alguna otra enfermedad crónica.

Población atendida con diagnóstico de dislipidemia y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)

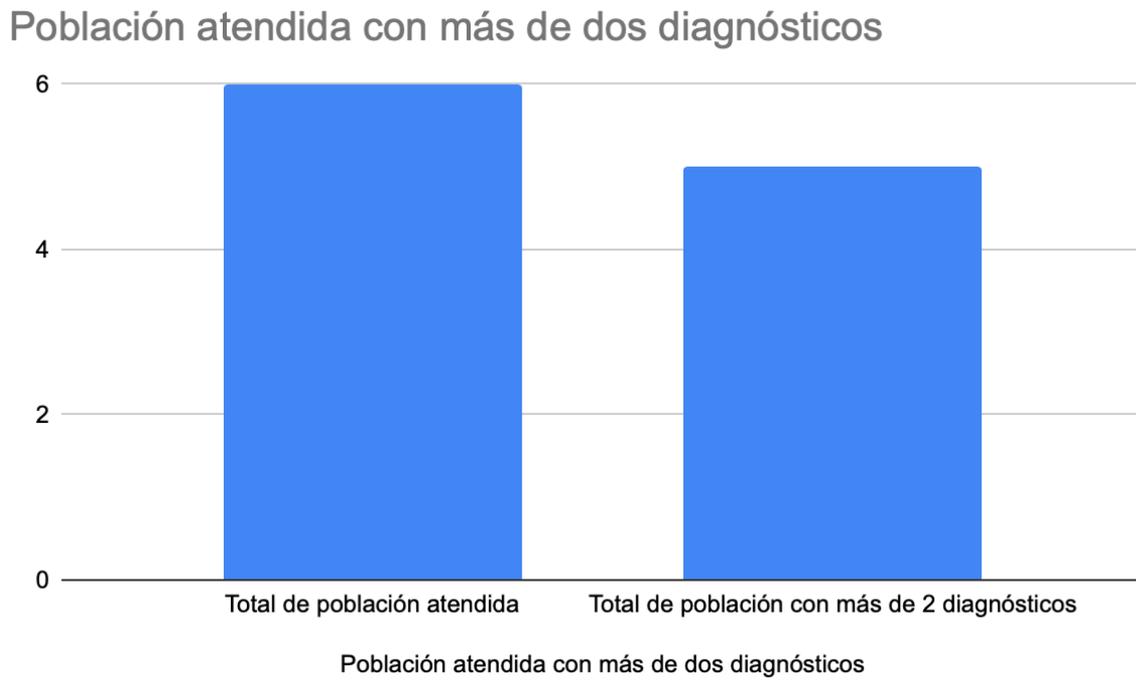
Población atendida con diagnóstico de dislipidemia y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)



Gráfica 25: Población atendida con diagnóstico de dislipidemia y alguna otra enfermedad cardiometabólica (excepto obesidad)

Son 4 pacientes con dislipidemia de los cuales los 4 están acompañados de alguna otra enfermedad crónica.

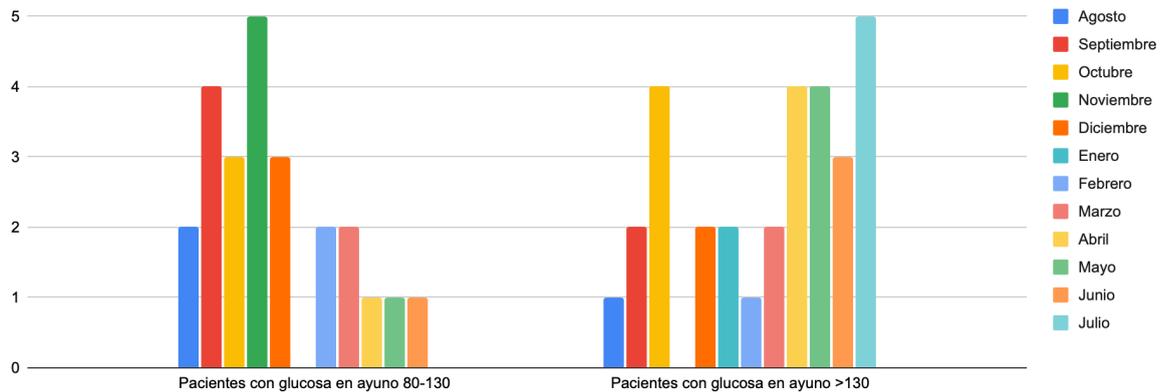
Población atendida con más de dos diagnósticos



Gráfica 26: Población atendida con más de dos diagnósticos
De los 6 pacientes atendidos, 5 de ellos tienen más de 2 diagnósticos.

5. Resultados de control de enfermedad crónica

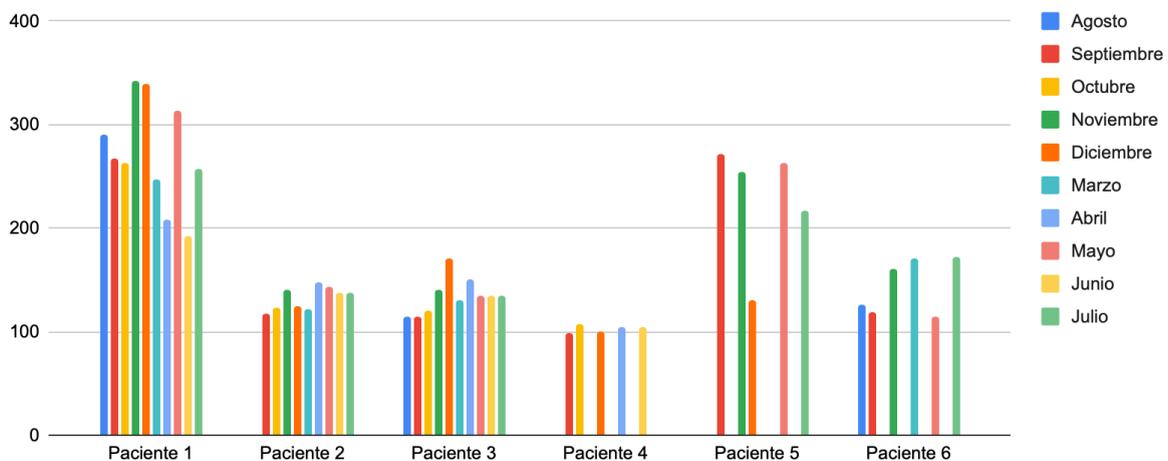
Control de Diabetes Mellitus 2 Glicemia capilar



Gráfica 26: Control de glucosas de acuerdo a metas de control durante el año

En esta gráfica separé la cantidad de pacientes con valores entre 80-130 mg/dL de acuerdo a sus glucemias capilares por mes con aquellos pacientes que sus glucosas capilares eran >130mg/dL. Análisis: Durante el mes de Noviembre 5 de los pacientes registraron glucosas entre 80-130 siendo el mes de mejores metas de control, mientras que los meses de Abril a Mayo solo 1 paciente mantuvo cifras entre 80-130mg/dL. En cuanto a las glucosas >130mg/dL durante los meses de Julio, Octubre, Abril y Mayo es donde más de 5 pacientes tuvieron incrementos en sus glucosas.

Valores de glucemia capilar por año y paciente



Gráfica 27: Valores de glucemia capilar por paciente de Agosto 2021- Julio 2022

Esta gráfica muestra los niveles de glucosas capilares por paciente durante el año de servicio social.

Paciente 1 se puede notar que no se logró llegar a cifras de control capilar obteniendo cifras >190mg/dL hasta cifras >300mg/dL.

Paciente 2, se logra observar un control de glucosa entre 110mg/dL y 145mg/dL.

Paciente 3: Se observa un ligero aumento a 160mg/dL en el mes de Diciembre 2021, y el resto el año de 110mg/dL- 145mg/dL.

Paciente 4: Control de glucosa entre 98mg/dL y 105 mg/dL

Paciente 5: Glucosas fuera de metas de control en los meses de Septiembre, Noviembre, Mayo y Julio, Mientras que en Diciembre mejoró su control a cifras de 120mg/dL

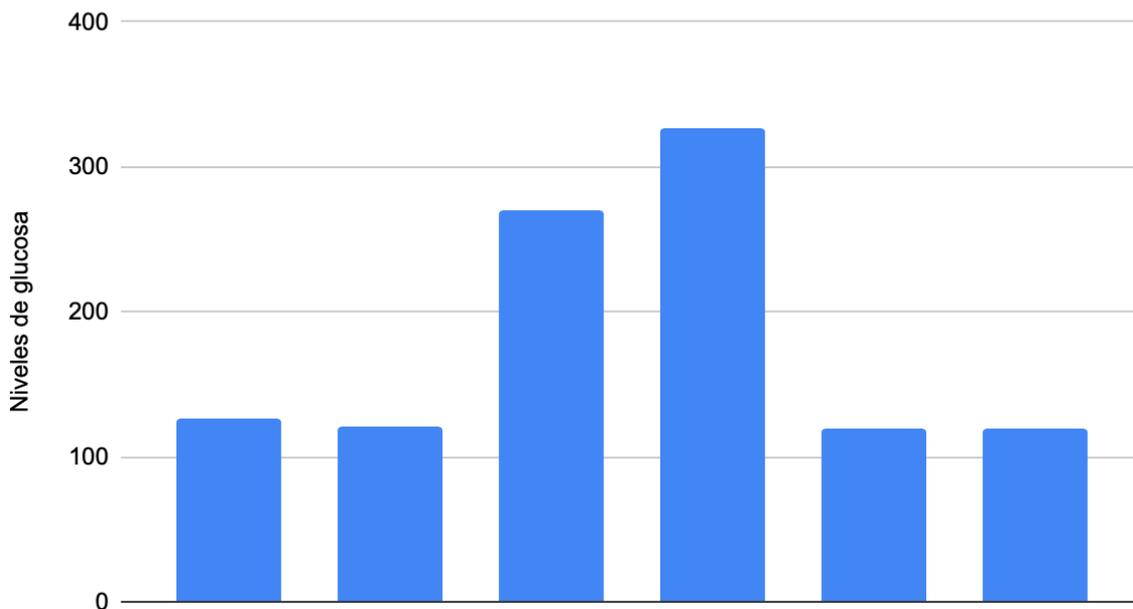
Paciente 6: Mantiene adecuado control en los meses de Agosto, Septiembre, y Mayo, elevando a cifras >150mg/dL durante los meses de Noviembre, Marzo y Julio.

GLUCEMIA VENOSA

Para realizar este análisis con glucemia venosa se tomaron datos de los laboratorios realizados en el mes de Septiembre 2021, en esta sección es válido recordar que los pacientes del PUS se encontraban en su mayoría tomando la consulta en línea y no asistían presencial, para realizar estos laboratorios se acudió al consultorio ubicado en San Pedro Martir perteneciente al PUS; por lo tanto el acudir a ese sitio fue el primer paso para iniciar las consultas presenciales durante el año de servicio social.

Valores de glucosa venosa Septiembre 2021: De acuerdo a metas de control se encontraron 4 pacientes con glucosas en ayuno entre 80-130mg/dL y 2 pacientes con glucosas mayores a 130mg/dL, por lo tanto se concluye que al inicio del servicio social y al comenzar a retomar las consultas presenciales 2 pacientes se encontraban fuera de las metas de control glucémico con niveles superiores a 250mg/dL y 300mg/dL.

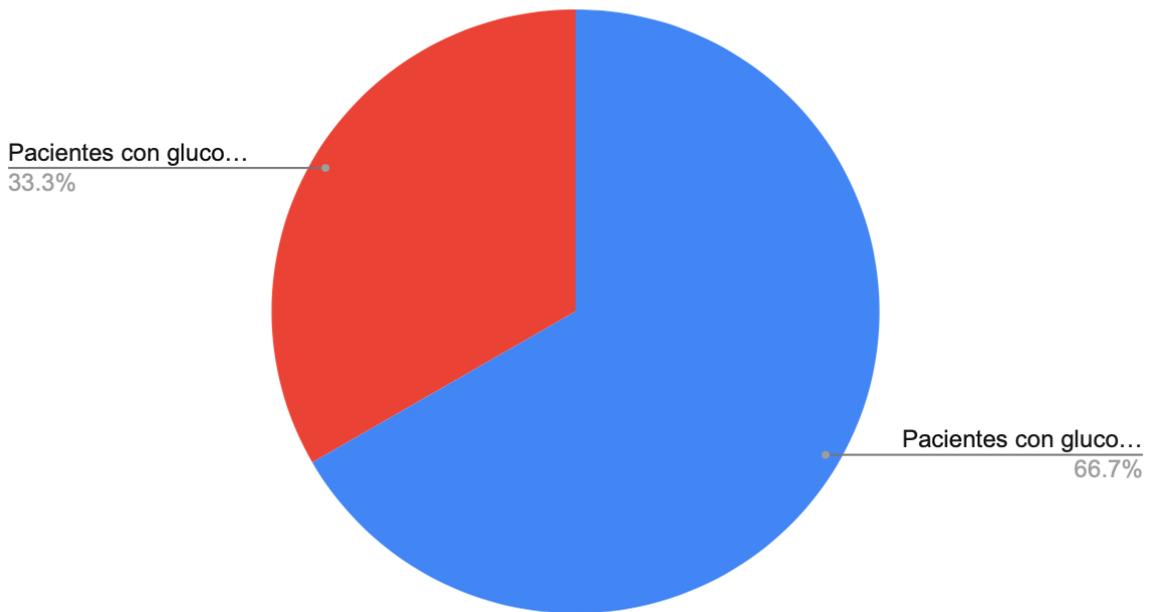
Valores de glucosa venosa mes de Septiembre 2021



Gráfica 28: Glucosa venosa

Se tuvieron 4 pacientes con glucosas entre 100mg/dL y 125 mg/dL y 2 pacientes con cifras de 260mg/dL y 326 mg/dL

% de pacientes con glucemias venosas



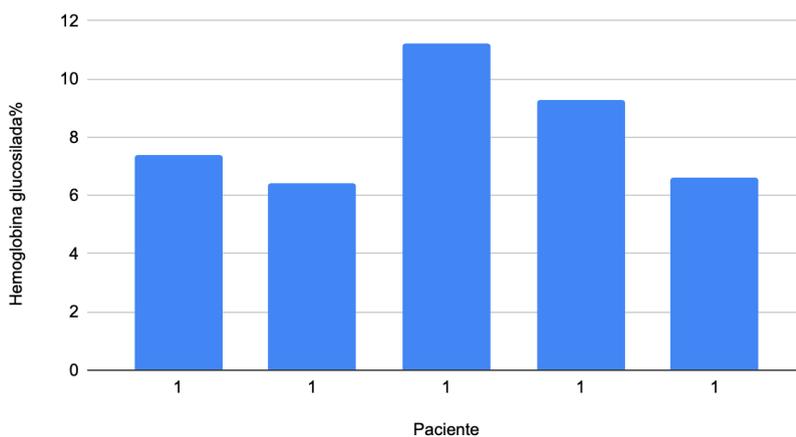
Gráfica 29:

De acuerdo a glucemias venosas entre 80-130 mg/dL se encuentran el 66% de los pacientes, mientras cifras >130 mg/dL se encuentran el 33% de los pacientes.

Casos y porcentajes de control de diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a hemoglobina glicada.

Para esta sección también se tomaron en cuenta los valores reportados por el laboratorio en el mes de Septiembre de 2021.

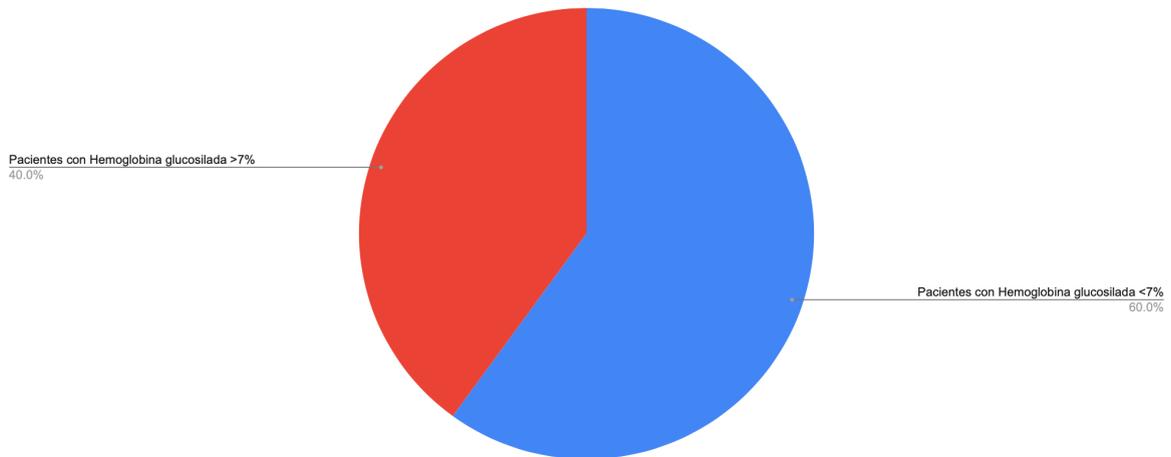
Hemoglobina glucosilada por paciente



Gráfica 30: Valores de hemoglobina glucosilada por paciente

De las 5 muestras obtenidas de hemoglobina glucosilada 3 pacientes se encuentran en metas de control <7% de hemoglobina glucosilada, mientras que 2 pacientes se encuentran >8% de hemoglobina glucosilada

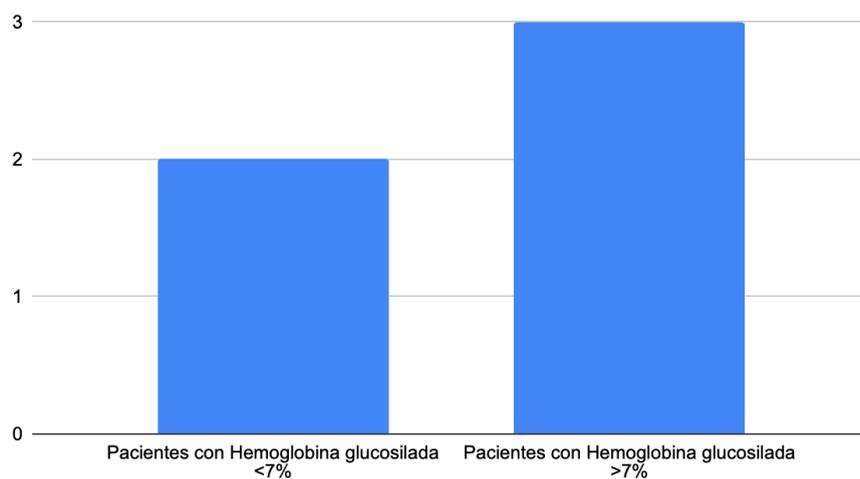
%Pacientes con hemoglobina glucosilada



Gráfica 31: Valores de hemoglobina glucosilada

De los pacientes que se obtuvo muestra de hemoglobina glucosilada 40% corresponde a hemoglobinas glicosiladas >7% y el 60% de los pacientes con hemoglobinas glicosiladas <7%.

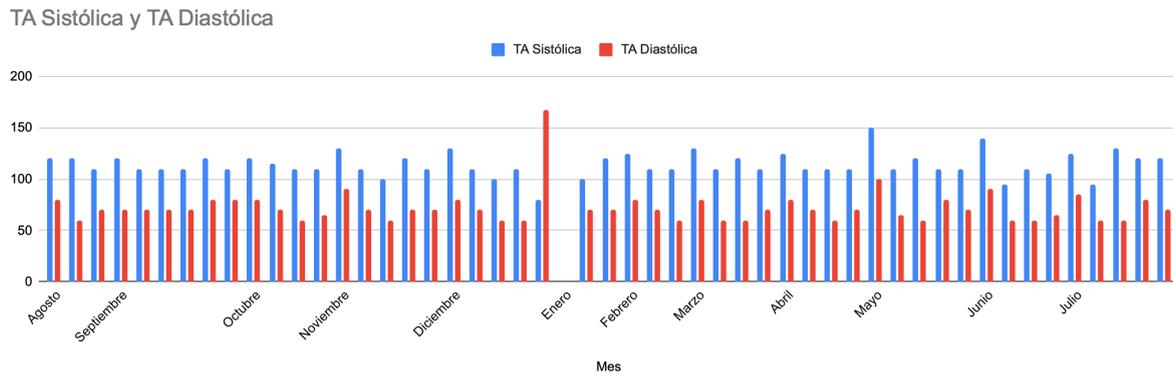
Pacientes con hb glucosilada



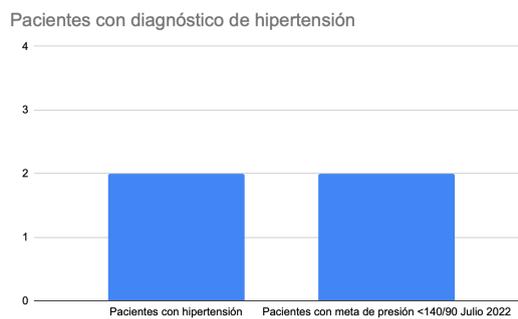
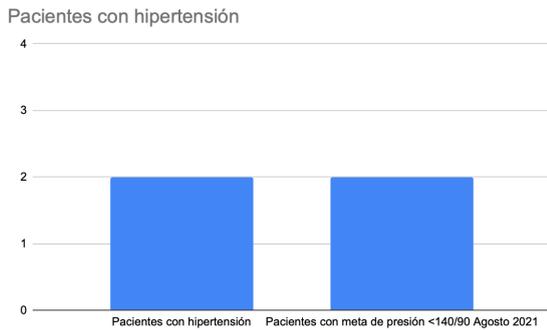
Gráfica 32: Representación gráfica del número de pacientes con:

Pacientes con hemoglobinas glucosiladas <7%: 2 pacientes
Pacientes con hemoglobinas glucosiladas >7% 3 pacientes.

Casos y porcentajes de control de hipertensión arterial de acuerdo a T.A.



Gráfica 33: Control de presión arterial de los pacientes que asistieron a consulta durante Agosto 2021- Julio 2022
 La mayoría muestra cifras debajo de 130/80 mmHg
 Excepto en el mes de Diciembre 1 paciente mostró cifras de 160/80 mmHg el cual fue tratado con bitácora de presión arterial.



Gráfica 34 y 35 Pacientes con diagnóstico de hipertensión y valores de presión durante Agosto 2021 vs Julio 2022.
 De los 2 pacientes con hipertensión, ambos con buen control en el mes de Agosto y con metas de control en el mes de Julio 2022.
 100% de control de presión arterial.

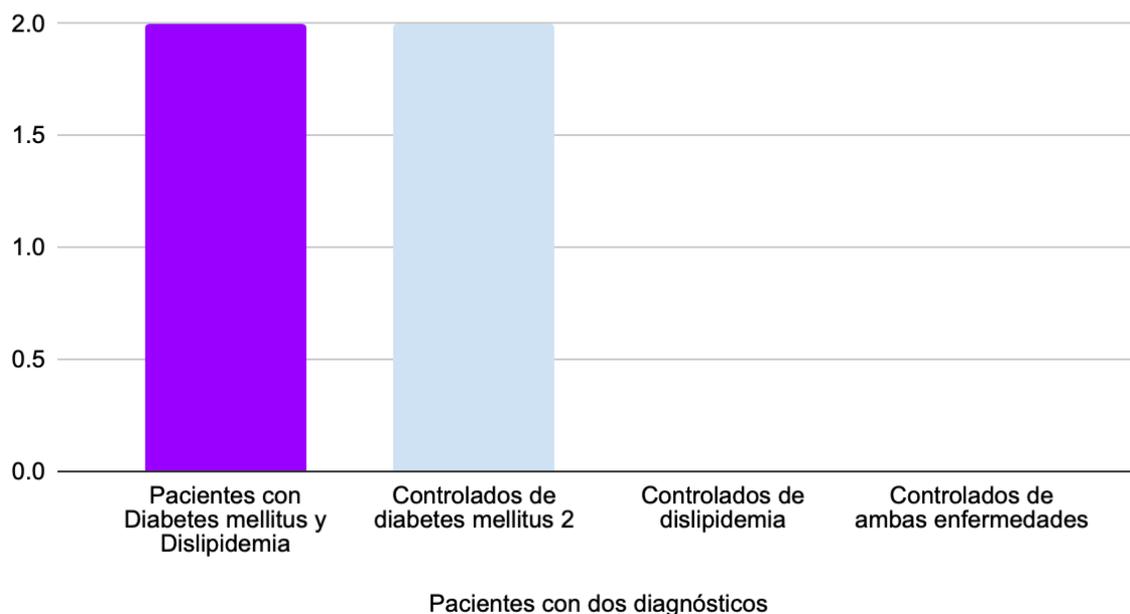
Casos y porcentajes de control de enfermedades cardiometabólicas en personas con dos diagnósticos.

Dentro de los pacientes atendidos durante el año, 2 de ellos tienen 2 diagnósticos de enfermedades crónicas: diabetes mellitus 2 y dislipidemia, los cuales 2 se encuentran controlados de diabetes mellitus, pero ninguno de ellos controlado de dislipidemia de acuerdo a últimos laboratorios realizados.

Tabla: Pacientes con enfermedades crónicas y total de controlados

Pacientes con Diabetes mellitus y Dislipidemia	2
Controlados de diabetes mellitus 2	2
Controlados de dislipidemia	0
Controlados de ambas enfermedades	0

Pacientes con dos diagnósticos



Gráfica 32: Representación gráfica de pacientes con 2 diagnósticos de enfermedades crónicas

De los pacientes con 2 diagnósticos 100% de los pacientes con diabetes se encuentra en buen control, pero 0% controlado de dislipidemia.

Por lo tanto se concluye 100% controlado de un solo diagnóstico de enfermedad crónica.

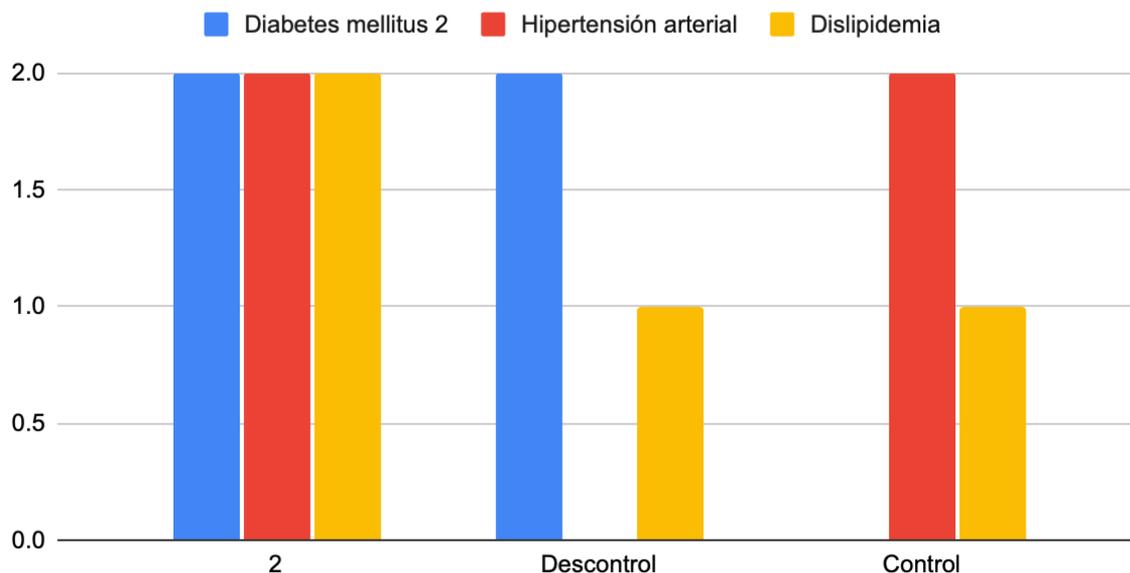
Casos y porcentajes de control de enfermedades cardiometabólicas en personas con tres o más diagnósticos.

Tabla: Pacientes con >3 enfermedades y control vs descontrol.

Pacientes con >3 enfermedades	Diabetes mellitus 2	Hipertensión arterial	Dislipidemia
2	2	2	2
Descontrol	2	0	1
Control	0	2	1

Tabla: El total de pacientes con más de 3 enfermedades son 2, de los cuales tienen diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y dislipidemia.

Control de enfermedades crónicas en pacientes con >3 diagnósticos



Gráfica 33: Representación del control de pacientes con enfermedades crónicas con >3 diagnósticos

El 100% de los pacientes con 3 enfermedades tiene un descontrol de diabetes mellitus 2, mientras que el 50% control de dislipidemia

El 100% se encuentra controlado de hipertensión arterial, es decir en este grupo de pacientes solo se mantiene una enfermedad crónica en control.

CONCLUSIÓN.

La población de pacientes con enfermedades crónicas del consultorio de Panamédica es un total en Julio 2022 de 6 pacientes activos, los cuales el 66% son mujeres y el 33% hombres.

Durante este año de servicio social no se tuvo incorporación de nuevos pacientes por lo cual la consulta fue subsecuente a lo largo del año; de acuerdo a grupos de edad se tiene mayor población en adultos mayores entre 61-70 años y 71-80 años con un 66% de los pacientes.

Respecto a las enfermedades tratadas predominan diabetes mellitus 2 en el 83% de los pacientes, obesidad en 83%, dislipidemia de acuerdo a últimos laboratorios del PUS el 50%, hipertensión en 33%, y otras enfermedades como prediabetes en un 16%.

De acuerdo al control de enfermedades comenzaré a describir la diabetes mellitus 2 la cuál para esta conclusión utilizaré los niveles de hemoglobina glucosilada en sangre realizada en el mes de Septiembre 2021, donde se obtuvo la muestra a los 5 pacientes del grupo de diabetes mellitus 2, donde el 60% de ellos obtuvo valores <7% de hemoglobina glucosilada, mientras que el 40% obtuvo hemoglobinas glicosiladas >7%; es decir el 40% de los pacientes con diabetes mellitus 2 muestra un descontrol de la enfermedad.

La hipertensión arterial es otras de las enfermedades que se incluyen en este grupo, donde solo el 33% padece hipertensión, lo importante aquí es que este mismo 33% de pacientes se encuentra acompañado de >3 enfermedades, donde como se explicó anteriormente solo la hipertensión arterial de acuerdo a las mediciones del año, es la enfermedad que se controla al 100% en estos pacientes.

3.4. Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica.

Tutoría de casos.

El módulo 4, que es conjunto llevado con pasantes del servicio social de promociones de Febrero y Agosto, es un momento para reflexionar acerca de la atención brindada integralmente centrada en cada persona que viven con enfermedad crónica, además de solo conocer que tiene una enfermedad, se debe explorar su entorno, su evolución, herramientas que tiene para llevar su tratamiento, capacidades que tenemos como pasantes brindando un servicio y de aquellas capacidades con las que cuenta la paciente, para lograr el control de la enfermedad. Durante mi estancia en el diplomado presenté un caso clínico el cual relato en las siguientes líneas, también anexaré las conclusiones llegadas en esa sesión clínica.

Presentación de caso clínico

La Sra. Rosa durante el año de servicio social acudió a 5 consultas, pues se le complica debido a su trabajo, tiene una cocina económica y panadería, lo atiende desde las 6 am hasta las 7 pm aproximadamente, con ayuda de sus hermanas, por lo cual su negocio le absorbe tiempo. Ella se envuelve mucho en la junta vecinal y comunidades de su localidad, habita con sus hermanas con las cuales lleva buena relación y son su principal red de apoyo, pero en ocasiones por enfermedades de familiares la señora Rosa termina siendo quien se haga cargo de ellas, siendo ella misma el principal soporte de su familia, también habita con su sobrina quien vive con ella porque sus padres fallecieron (hija de la hermana de la señora Rosa)

En las consultas se muestra preocupada por no seguir su plan de alimentación o realizar actividad física, menciona que le gustaría ser más constante en ese aspecto, pero atender su negocio le dificulta la situación, no ha realizado bitácoras de glucosa por falta de tiras, lancetas y pilas porque su glucómetro está descompuesto, en las consultas se le recordaba sobre la compra del glucómetro para llevar un mejor control en casa, pero por situaciones económicas no lo podía realizar

Ha comenzado a tomar clases de zumba 2-3 veces por semana y con esto ha mejorado en cuanto a su estado de ánimo, se siente más activa, también está en sus planes aumentar la frecuencia de realizar zumba porque menciona la hace sentir más feliz y con ganas de hacer las cosas; anteriormente ella salía a caminar o a realizar otro tipo de ejercicio y no era de su agrado y terminaba por dejarlo, en esta ocasión la paciente se ve más entusiasmada en asistir a clases de zumba por lo cual se deberá seguir preguntando en cada consulta que actividad física está llevando a cabo y con qué frecuencia, en caso de dejar de asistir a zumba se deberá preguntar la razón por lo cual lo hizo; problemas laborales, económicos o de cualquier otro tipo.

La Señora Rosa acude al Instituto Nacional de Nutrición desde hace varios años, por un proyecto invitada por una amiga, en este hospital valoran su tratamiento farmacológico, ellos proveen el medicamento, pero se deberá valorar su uso porque en ocasiones ella deja de tomar su medicamento porque la metformina le causa

molestias gastrointestinales, su próxima consulta en ese hospital será en el mes de Noviembre 2022; es de importancia preguntar posteriormente el tiempo que lleva en ese proyecto y si ahí mismo le brindan los medicamentos o ella los compra.

Enfermedades crónicas que presenta:

Enfermedades	Si/No	Tiempo de evolución	Tratamiento actual
Diabetes Mellitus	Si	8 años	Sitagliptina/Metformina 850mg cada 8 horas
Hipertensión Arterial	Si	2 años	Losartan 50mg cada 12 horas Hidroclorotiazida/Losartan cada 24 horas
Dislipidemia	Si	5 años	Rosuvastatina 20mg cada 24 horas
Obesidad	Si	5 años	Plan de alimentación y ejercicio
(otras, si las hubiera) Depresión	Sí		Escitalopram cada 24 horas

Apego a tratamiento

A pesar de que regularmente toma su medicamento, en ocasiones se olvida de la toma de medicamentos por la carga de trabajo y también los cambios que se realizan o las recomendaciones de los medicamentos; es más constante en la toma de losartán que en la de medicamentos para control de diabetes. Tiene dificultades debido a que trabaja en una panadería y cocina económica hizo que aumentara porciones o comiera mayores carbohidratos y prefiere las frutas dulces llega a comerse 2 mangos en un día, el apego a una alimentación adecuada es pobre, pero ella trata de mejorar poniendo más atención a sus porciones; en su alimentación incluye platillos que cocinan dentro de su cocina pero la mayoría de las veces olvida consumir las cantidades adecuadas para ella.

Registro anual de indicadores

Mes	IMC	Presión arterial mmHg	Glucosa capilar Mg/dl	HbA1c Sérica Mg/dl	Colesterol Sérico Mg/dl	Triglicéridos Séricos Mg/dl
Agosto						
Septiembre	35.1	120/80	272	9.3	267	222
Octubre						
Noviembre	35.5	120/70	255			
Diciembre	35	130/80	167 *2 horas pospandrial			
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo	35	110/80	263			
Junio						
Julio	36.1	120/80	217			

Evolución de la paciente

Durante los laboratorios de Septiembre registró niveles de glucosa de 326 mg/dL en ayuno, hemoglobina glucosilada 9.3%, colesterol 267 mg/dL y triglicéridos 222 mg/dL; se habló con la paciente de un posible cambio a insulina, pero comentó que por situaciones económicas no podría llevar a cabo el control en casa, también mencionó que ella prefiere los medicamentos orales debido a que sería algo complicado el aplicar el medicamento ella misma y para esto se necesitará que primero la Señora Rosa pueda tener un glucómetro para valorar un mejor control y así poder realizar el cambio de medicamento.

El último cambio de tratamiento fue realizado por el Instituto Nacional de Nutrición, con los fármacos expuestos anteriormente, al interrogatorio de medicamentos menciona que en ocasiones olvida tomar alguno o por estar en su trabajo no le da tiempo, no a presentado síntomas asociados a tensiones arteriales altas, pero si se debe incentivar a llevar un registro de glucosa en casa y acudir frecuentemente a la consulta para apoyar en su control de enfermedades crónicas; se debe tener como objetivo incentivar y apoyar a la señora Rosa para que acuda con mayor frecuencia a las consultas, ella está en disposición de seguir siendo parte del Proyecto Urbano y para ella es de total importancia mejorar sus niveles de glucemia, porque quiere seguir siendo un pilar importante en la organización y administración de su hogar y negocio, al ser ella muy optimista es un gran punto de donde se puede partir para seguir ayudando a mejorar su calidad de vida, aunque a veces su carga laboral de trabajo no le permite mantener un control adecuado, nos podemos apoyar de que ahora encontró una actividad que la satisface y probablemente con esta actividad física ella pueda mejorar esos niveles de glucosa, así mismo adecuar aún más el control de carbohidratos en su dieta; en la última consulta acordamos llevar un plan de alimentación enfocado en lo que tiene en su cocina económica, se entregó hoja de recomendaciones y 2 planes nutricionales de menús con alimentos y platillos que hay dentro de su cocina; algunos de estos menús fueron:

<p>Desayuno: Sándwich de ensalada rusa -2 piezas de pan integral -Verduras mixtas (las que tenga en casa) -Guacamole -1 taza de melón picado</p>	<p>Colación: 1 taza de Yogur natural con medio plátano y 3 piezas de nuez</p>	<p>Comida: 1/3taza de arroz, 1 taza de verduras mixtas (en este caso las que preparen en su cocina por ejemplo nopales, calabacitas, o consomé), con 60g de pechuga de pollo asada y 2 tortillas</p>	<p>Cena: 2 Tostadas horneadas con 1 cucharadita de frijoles y lechuga 1 taza de pera picada con granola *Puede cambiarse la pera por manzana o papaya.</p>
--	---	--	--

Con estos menús también se entregó la hoja de porciones y cantidades de cada alimento y se explicó con aquellos que ella consume con mayor frecuencia y cómo podría combinarlos.

Dentro de las propuestas realizadas en la presentación de caso clínico fueron las siguientes:

Realizar un familiograma con la información hasta ahora obtenida de la señora Rosa, pero se debe investigar aún más de su familia y red de apoyo para ampliar más el familiograma y conocer el entorno familiar y su relación con ella.

Buscar apoyo psicológico para apoyo en psicoterapia para manejo de depresión; aunque antes ya se le informó del servicio e invitó a buscar terapeuta y decidió no acudir por falta de recursos económicos, recordar que en la sesión del diplomado se planteó buscar ayuda por parte de la cooperativa y valorar en que forma se puede apoyar a la señora Rosa en la prestación de este servicio.

Incentivar a acudir en mayores ocasiones al consultorio al menos hasta llegar a metas de control de glucosa; después de llegar al control plantearle que si por su trabajo es difícil acudir que re programe la consulta en cuanto esto sea posible.

Comenzar a plantear nuevamente el uso de insulina NPH, para mejorar el control de glucosa; describir: cómo se usa, en que le ayudaría a mejorar, resolver dudas de mitos sobre este fármaco, posibles complicaciones por niveles altos de glucosa, costos de la insulina, tiras reactivas y complicaciones agudas como hipoglucemias.

Plan de nutrición: en cada consulta investigar más a fondo el consumo de carbohidratos, preguntar cantidades de cada alimento y preguntar si conoce cuanto debe comerse de cada fruta u otro alimento; diseñar plan de nutrición nuevamente enfocado en la comida realizada dentro de su cocina económica, con conteo de carbohidratos adecuados para ella.

Como conclusión final de este caso clínico se planteó de manera grupal conocer el abordaje psicoterapéutico en los pacientes, algunas ideas mencionadas fueron el duelo, y la posibilidad de que un experto en el área de psicología nos brinda las herramientas mediante una exposición, para que como médicos de primer nivel podamos atender estas situaciones.

Dentro de otras sesiones se abordaron casos de compañeros pasantes de la Secretaría de Salud donde principalmente de acuerdo a su caso clínico expuesto nos enfocamos en el manejo estandarizado de las insulinas abordado con una excelente ponente que siempre con entusiasmo asistía a las sesiones para valorar y resolver nuestras dudas; esta parte del diplomado en mi punto de vista fue muy gran ayuda pues me ayudó a mejorar técnicas de implementación de insulina e incluso se planteó una conversación entre pacientes que ya usan insulina y aquellos que no usan insulina pero que deberían integrarse a sus tratamientos. En lo personal es algo importante porque el resolverle las dudas, eliminar los mitos y creencias alrededor de las insulinas es importante para tener un mejor manejo de las y los pacientes con enfermedades crónicas y el uso de insulina.

4. Conclusiones.

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

El realizar el servicio social es algo esperado por los estudiantes de medicina y me incluyo en ese grupo, para mí el formar parte del Proyecto Urbano fué de gran crecimiento personal, profesional y de experiencia, muchas veces los médicos dejamos de lado ciertos entornos de los pacientes donde puede estar el punto clave para poder ayudar a mejorar su calidad de vida y a que el mismo paciente pueda controlar su enfermedad crónica, el llevar el diplomado junto con el seguimiento de pacientes me deja como conclusión como médicos de primer contacto debemos fortalecer el autocuidado del paciente, conocer los recursos que contamos dentro del área de trabajo, conocer el entorno familiar, social, económico, laboral del paciente para explorar a fondo aquellas cualidades que sirven como red de apoyo y aquellas que no, basado en estas acciones llevar a cabo un tratamiento multidisciplinario el cual incluya médico, paciente, entornos sociales, familiares, económicos y lograr mejorar la calidad de vida de pacientes.

- ¿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?

Disfruté mucho realizar el servicio social llevando el seguimiento de enfermedades crónicas, cada paciente es un reto muy distinto y en el cual hay que conocerlo a detalle para lograr una buena relación médico paciente; dentro de mis conclusiones detallaré lo siguiente, estas 2 conclusiones están basadas en mi experiencia dentro del Proyecto Urbano, donde es muy importante la red de apoyo para lograr objetivos.

Apoyar el automanejo: individualmente, en el contexto de una consulta clínica común, en grupos de enfermedades crónicas apoyándose mutuamente, aquí incluiría conversaciones entre pacientes que viven con enfermedades crónicas y familiares que forman parte de la red de apoyo.

Recursos comunitarios: las comunidades son participantes activos y pueden ser incluidos en varios entornos, porque contribuyen al funcionamiento del proyecto, así mismo son prestadores de servicios que complementan mejor la atención clínica (cuando son donantes de medicamentos); se debe establecer un buen nexo entre los servicios de atención clínica organizada y el mundo real de las personas que padecen una enfermedad crónica y sus familias, potenciar las acciones de promoción de la salud, la identificación de los problemas y la organización de la atención.

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

Dentro de cada modelo de salud existen ventajas y desventajas; afortunadamente dentro de mi práctica de servicio social fueron mayores las ventajas, en primer lugar se encuentra el diplomado, el exponer nuestros casos clínicos o resolver nuestras dudas basados en otros casos de pacientes que se presentaban y tenían la misma situación que el mío, el entorno de aprendizaje y además resolver las dudas y tratar de buscar la mejor solución para la atención del paciente, de acuerdo a infraestructura dentro de la Cooperativa Panamédica es un lugar con instalaciones adecuadas, servicios básicos funcionando diariamente y en el cual se puede desarrollar bien la consulta; quizá entre las pocas desventajas del lugar es que se encuentra retirado de la casa de los pacientes, pero eso en su mayoría no impidió que no asistieran, sería de gran ayuda para complementar la consulta un oftalmoscopio para valorar si el paciente con enfermedad crónica ya debe ser referido a un segundo nivel como oftalmología; algunos de mis pacientes no cuenta con el recurso económico para costear los laboratorios por lo tanto se esperan hasta que el proyecto urbano los realice, quizá es una desventaja frente a los centros de salud porque al no contar con ese recurso cada 3 o 6 meses es más difícil conocer un buen seguimiento del paciente.

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

De los pacientes del Proyecto Urbano me llevo un aprendizaje no solo del tratamiento médico de una persona con enfermedades crónicas, pude escucharlos y estar atenta a cada una de las cosas que anhelan.

Durante las consultas atendí a un paciente de 37 años el cual vive actualmente con su padre y es su cuidador primario, el se siente enojado porque su hermano es quien administra el dinero en casa y por esta razón el no puede gastar libremente en su tratamiento como él quisiera; él estudió la licenciatura en gastronomía y si hay algo que lo motiva es salir a trabajar, él sueña con poner su propio negocio y deslindarse de ser una carga económica para su familia, sufría ataques de ansiedad muy seguidos y los reflejaba aumentando el consumo de alimentos; él decidió ir a terapia psicológica nuevamente y para mí fue importante que él mismo lo haya decidido porque refleja su interés en cuidarse y respetarse, esa parte siempre la admiro de cada paciente, porque dió el primer paso para sentirse más feliz con el mismo y los que lo rodean.

También dentro de mis consultas atendí a una señora que se dedica a su familia y a su negocio de materias primas, durante la última consulta me mencionó: “yo no quería tener esta enfermedad, siempre tuve mucho miedo, nunca quise tener algo

que me obligara a cuidarme, pero sé que soy importante para mi familia y debo seguir adelante”, y aquí quiero mencionar que la familia organizada siempre es una excelente red de apoyo y en quienes podemos confiar para el tratamiento del paciente.

De los pacientes que forman parte de los adultos mayores aprendí algunas clases de historia olvidadas, anécdotas de su vida de jóvenes, de aquello que les gustaba de jóvenes y como disfrutaban la vida ahora, porque ellos valoran mucho una salida a tomar café con pan, y cada detalle en la consulta no lo dejan pasar, sobre todo porque el asistir a las consultas es un momento que se regalan para ellas mismas.

Concluyendo esta parte se debe favorecer la confianza quizá no plena, pero sí la suficiente para que durante la consulta se pueda expresar abiertamente las dudas, preocupaciones o dificultades para adherir a las recomendaciones de tratamiento que se le proponen y además con suma importancia conocer qué es aquello que el paciente quiere lograr al asistir a cada consulta médica y apoyarlo en la medida de lo posible como médico.

- ¿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?

El iniciar la licenciatura de medicina en la Universidad Autónoma Metropolitana fue una gran alegría, ingresé recién salí del bachillerato, fue un tiempo de varios cambios tuve que salir de la zona de confort donde estaba con mi familia y alejarme para estudiar algo que anhelaba; comenzaré con el cambio de ciudad, el vivir sola, el hacerme autónoma de mis decisiones en cuanto a estudio, alimentos, actividades, pero aun dependiendo económicamente de mis padres, en ese momento al día de hoy ví el camino lejano y ya estoy a unos pasos más cerca de la recta final dentro de esta universidad que me abrió sus puertas.

Durante mi formación de pregrado en la universidad adquirí los conocimientos básicos de las materias, el tronco interdivisional que es el del primer trimestre me brindó herramientas que valoré durante el año de internado de pregrado, porque a pesar de que es un módulo teórico a lo largo de la vida y la estancia universitaria se va llevando a cabo en diferentes acciones; al hablar de mi internado de pregrado en el Hospital Fernando Quiroz ISSSTE, me fortaleció como estudiante para desarrollar habilidades sobre todo enfocadas en pacientes crónicos y el seguimiento de estos.

Mi año de servicio social fueron aprendizajes personales, profesionales, y conocimientos de cultura obtenidos en cada consulta con los pacientes; tuve la oportunidad de asistir a un encuentro de pacientes de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, donde pude observar que los pacientes con enfermedades crónicas al hablar con otras personas que tienen la misma enfermedad se dan un apoyo y atención que les da fortaleza para seguir llevando su vida con la enfermedad crónica que padecen, entonces concluyo que esta parte es interesante y es un punto de partida que los médicos de primer contacto debemos analizar y

valorar para tomarlo como una herramienta para ayudar al paciente a mejorar su calidad de vida.

En lo personal el formar parte del Proyecto Urbano fué algo importante que marcó mi aprendizaje clínico y para un futuro ser una médico multidisciplinaria, donde no vea como un número más a los pacientes, ellos son personas que día a día salen a luchar en sus diferentes actividades para apoyar económicamente a sus familias y así mismo saben que tienen alguna enfermedad y aún así siguen trabajando.

Concluyendo este trabajo el conjunto de asesores de Proyecto Urbano, diplomado, pacientes, compañeros pasantes, me a fortalecido para mejorar mis cualidades, para valorar la consulta y el tiempo brindado a los pacientes; al final en el lugar donde me encuentre siempre recordaré que el equipo de trabajo siempre es primordial para el manejo de los pacientes, que debemos enfocarnos en mantener una buena relación médico paciente, pero también médicos e instituciones.

Conclusiones finales:

Integrar y enfocar la atención integral centrada en la persona con padecimientos crónicos para mejorar los procesos de prevención y atención en los pacientes, tomando en cuenta el modelo de expansión implementado en el diplomado por la UAM-Xochimilco, donde se puedan percibir los entornos sociales, culturales, familiares, laborales de los pacientes y pueda brindarse una atención de calidad enfocada a realiza un seguimiento y tratamiento que ayude a controlar las enfermedades crónicas.

5. Referencias bibliográficas

- 1.- Proyecto "Centro de Promoción de la Salud del Norte de México"
Informe sobre enfermedades crónicas no transmisibles: el contexto para el programa *MetaSalud* en Sonora, 2013 disponible en:
https://www.colson.edu.mx/FrutosTrabajo/frutos_archivos/2013_Reyes_InformeSobreEnfermedades.pdf
- 2.- Legislación en Materia de Profesiones. Ley Reglamentaria del Art. 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. México, D.F. Ed. Secretaría de Educación Pública. 1991. Cap. II, Art. 9o. pág. 44
- 3.- Joaquín J López Bárcena,¹ Marcela G González de Cossío Ortiz,² Mónica Velasco Martínez
Servicio Social de Medicina en México. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.5 Septiembre-Octubre, 2004
4. Jova Morel Rodolfo, Rodríguez Salvá Armando, Díaz Piñera Addys, Balcindes Acosta Susana, Sosa Lorenzo Irma, De Vos Pol et al . Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. MEDISAN [Internet]. 2011 Nov [citado 2022 Jul 27]; 15(11): 1609-1620. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100012&lng=es.
- 5.- Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles Organización Panamericana de la Salud 2017, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34520/9789503802397_spa.pdf
- 6.- Barba Evia José Roberto, México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles Rev Latinoam Patol Clin Med Lab 2018; 65 (1): 4-17 <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt181a.pdf>

Ensayo Módulo 1

- 1) Organización Mundial de la Salud. Detener la epidemia mundial de las enfermedades crónicas[Internet],[Consultado 5-01- 2022], Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/OPS-Detener-epidemia-mundial-EC-2006.pdf>
- 2) Grady PA, Gough LL. Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. Am J Public Health. 2014;104:e25-e31. doi: 10.2105/AJPH.2014.302041
- 3) Dowrick C, Dixon-Woods M, Holman H, Weinman J. What is chronic illness? Chronic Illn. 2005;1(1):1-6
- 4) Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003;26(1):1-7.
- 5) Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. Nurs Outlook. 2009;57(4):217-25.
- 6) Living well with chronic illness: a call for public health action. Washington, DC: Instituto de Medicina; 2012.
- 7) Bonal RR, López VN, Vargas P, et al. Apoyo al automanejo de condiciones crónicas: un desafío de los sistemas de salud de América Latina. Finlay. 2017;7(4):268-277.
- 8) Am J Public Health. 2018 December; 108(Suppl 6): S437-S444. Published online 2018 December. Spanish. doi: 10.2105/AJPH.2014.302041s

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS MÓDULO 2

1. Maria Rosenda Britos et al. La enfermedad periodontal y su implicación en la diabetes mellitus revisión de la literatura. vol. LX - Num. 1 - 2019: 35-36
Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1119529/articulo4.pdf>
2. David Herrera, Héctor Juan Rodríguez-Casanovas, José Luis Herrera Pombo. Diabetes mellitus y enfermedades periodontales. Sociedad española de periodoncia 2012; 3-6. Disponible en
https://www.sepa.es/images/stories/SEPA/ESTAR_al_DIA/DIABETES/Dossier_DIABETES.pdf
3. Fajardo Puig Martha Elena, Rodríguez Reyes Oscar, Hernández Cunill Margarita, Mora Pacheco Natacha. Diabetes mellitus y enfermedad periodontal: aspectos fisiopatológicos actuales de su relación. MEDISAN [Internet]. 2016 Jun [citado 2022 Mayo 25]; 20(6): 845-850. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000600014&lng=es.
4. Trocha–Mendoza MJ, Arévalo–Caro CM. Relación entre Porphyromonas gingivalis y diabetes mellitus tipo 2: revisión sistemática exploratoria. Acta Odontol. Colomb. [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 25 de mayo de 2022];11(2):10-24. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/95219>
5. Gabriela Gutiérrez-Hernández, Dima de la Cruz de la Cruz, Lizbeth Hernández-Castillo Estado periodontal e higiene dental en diabéticos. Salud en Tabasco. Vol. 17, No. 3, Septiembre-Diciembre 2011, pp.63-70 Disponible en:
https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/63_0.pdf
6. Casanova L, Hughes FJ, Preshaw PM. Diabetes and periodontal disease: a two-way relationship. British Dental Journal (01 Oct 2014) 217(8):433-437. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2014.907>
7. Kocher T, König J, Borgnakke WS, Pink C, Meisel P. Periodontal complications of hyperglycemia/diabetes mellitus: Epidemiologic complexity and clinical challenge. Periodontol 2000. 2018 Oct;78(1):59-97. doi: 10.1111/prd.12235. PMID: 30198134.
8. Fredy F. Pardo Romero y Luis J. Hernández. Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud pública. Revista de Salud Pública(2018),20(2):258 Disponible en:
<https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2018.v20n2/258-264>
9. Wright D, Muirhead V, Weston-Price S, Fortune F. Type 2 diabetes risk screening in dental practice settings: a pilot study. Br Dent J. 2014 Apr;216(7):E15. doi: 10.1038/sj.bdj.2014.250. PMID: 24722119.

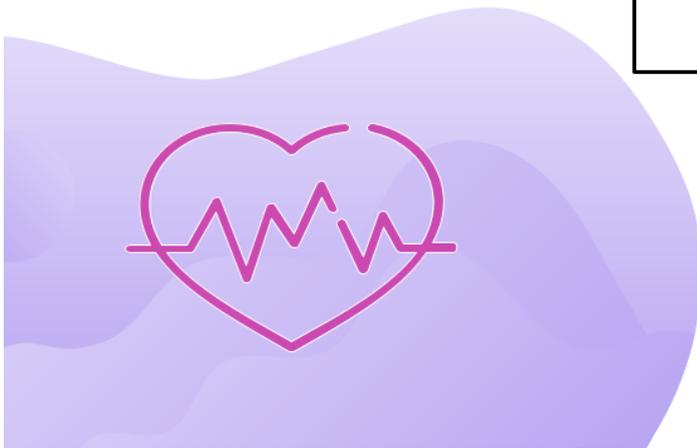
Anexos

Anexo 1: Presentación de caso clínico



Presentación de caso clínico

Sesión: 15-07-2022



Proyecto Urbano de Salud
15 de Julio 2022
MPSS: María Guadalupe García Villegas

Ficha de identificación



- ❑ **Nombre:** Rosa María M.M.
- ❑ **Edad:** 65 años
- ❑ **Sexo:** Femenino
- ❑ **Lugar de origen:** CDMX
- ❑ **Lugar de residencia:** Copilco el Bajo, Coyoacán, CDMX
- ❑ **Ocupación:** Cocina económica



Enfermedad y padecimiento

La Señora Rosa forma parte del Proyecto Urbano desde el año 2015, quien padece Diabetes 2 Mellitus diagnosticada hace 8 años, hipertensión arterial diagnosticada desde el año 2019; también acude al Instituto Nacional de Nutrición 1-2 veces por año, su próxima cita será en el mes de Noviembre 2022.



Enfermedades	Si/ No	Tiempo de evoluci ón	Tratamiento actual
Diabetes Mellitus	Si	8 años	Sitagliptina/Metformina 850mg cada 8 horas
Hipertensión Arterial	Si	2 años	Losartan 50mg cada 12 horas Hidroclorotiazida/Losartan cada 24 horas
Dislipidemia	Si	5 años	Rosuvastatina 20mg cada 24 horas
Obesidad	Si		Plan de alimentación y ejercicio
(otras, si las hubiera)	Si		Escitalopram cada 24 horas
Depresión			*No acude a psicoterapia

Laboratorios: 8-09-2022

Parámetro	Valores
Glucosa en ayuno	326 mg/dL
Colesterol	267 mg/dL
Triglicéridos	222 mg/dL
Hemoglobina glucosilada	9.3%



Control de peso, presión arterial y glucosa Agosto 2021- Julio 2022

Fecha	Peso	IMC	Presión arterial	Glucosa
29-09-21	67.9kg	35.1	120/80 mmHg	272 mg/dL
22-11-21	68.9 kg	35.3	120/70 mmHg	255 mg/dL
10-12-21	67.4 kg	35	130/80 mmHg	167 mg/dL (2 horas posprandial)
4-05-22	67.4 kg	35	110/80 mmHg	263 mg/dL
5-07-22	67.9 kg	35.1	120/80 mmHg	217 mg/dL

Padecimiento de la persona

Para la Señora Rosa el tener enfermedades crónicas es algo que le preocupa porque no puede seguir su plan de alimentación o realizar actividad física como ella quisiera, menciona que le gustaría ser más constante en ese aspecto, pero atender su negocio le dificulta la situación, no ha realizado bitácoras de glucosa en casa porque su glucómetro está descompuesto.

Actividad física:

Ha comenzado a tomar clases de zumba 2-3 veces por semana y con esto ha mejorado en cuanto a su estado de ánimo, se siente más activa, también está en sus planes aumentar la frecuencia de realizar esta actividad.

Red de apoyo

01

Familia
Hermanas
Sobrinos

02

Amigos

Tiene una amiga dentro del Proyecto Urbano que durante la pandemia compraba sus medicamentos porque la Sra. Rosa pasaba una situación económica complicada

Fortalezas

Buena convivencia
Trabajo en equipo

Debilidades

Enfermedades familiares
Extensa carga de trabajo
*Problemas vecinales

Proyecto común

¿Qué problemas a atender reconocemos?

¿Qué objetivo perseguimos?

¿Cuáles metas vamos a alcanzar?

¿Cuáles son las decisiones que acordamos?



Proyecto común



Preocupación por no lograr disminuir cifras de control
Por carga laboral, ella no puede asistir a sus citas de seguimiento
Por motivos laborales descuida la parte de actividad física y alimentación
No le es posible realizar laboratorios extras

Problemas

Realizar un seguimiento más continuo del control de glucosa

Objetivos

Mejorar la calidad de vida para seguir siendo pilar importante en su familia y negocio*
Mantener cifras de control adecuado *

Metas

Proyecto común: Decisiones



Plan de alimentación y ejercicio

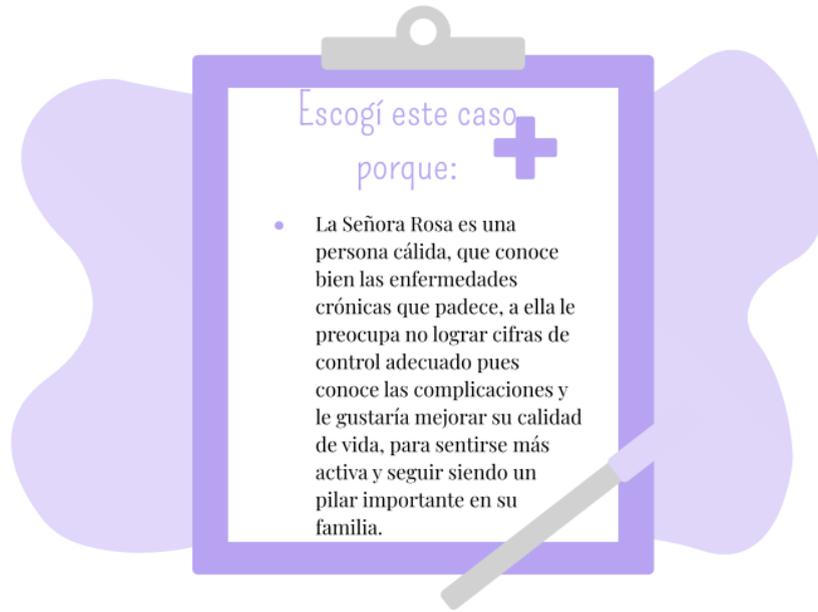
Dedicar más tiempo a su actividad física y en esta ocasión no dejarla porque ella se siente más activa cuando asiste

Tratamiento farmacológico

Anotamos en una receta los medicamentos y propusimos pegar en su refrigerador los medicamentos que se toma para que no se olviden tomarlos.

Consultas

Ella se ha propuesto ser más constante con las consultas del proyecto, porque a ella le gusta ser parte de él y lo ve como un descanso en su trabajo y un momento de tiempo solo para ella.



ANEXO 2: Base de datos de consulta Agosto 2021- Julio 2022. Consultorio: Panamédica

Consul torio	Pasante	Nombre del paciente	M e s	D í a	E s t a d o	S e ñ a l	Di a g n ó s t i c o	Di s l i c i m i a	A c t i v i d a d e	P e r i o d o	T i p o	G l u c o s a c a r i a	T A S t í c o	T A S t í c o	Observaciones	
3	e	Guadalup Adrian Laborie Aguilar	8	3	6	1	3	1	1	1	1	1	2	1	80	
3	e	Guadalup Carmen Cecilia Estrada Muñoz	8	4	6	2	1	1	2	-	-	-	-	-	-	Consulta en Línea, se agenda en septiembre
3	e	Guadalup Maria Marta Guerrero Valencia	8	7	0	2	1	2	1	6	6	5	1	1	60	
3	e	Guadalup Paula Lopez Moreno	8	6	5	2	4	1	2	-	-	-	-	-	-	No asistió
3	e	Guadalup Rosa Maria Mendoza Martinez	8	6	5	2	3	2	2	-	-	-	-	-	-	No contestó
3	e	Guadalup Jose Alfredo Gutiérrez Zárate	8	7	8	1	1	2	1	1	1	8	1	1	70	
3	e	Guadalup Adrian Laborie Aguilar	9	3	6	1	3	1	1	0	5	8	2	1	70	
3	e	Guadalup Carmen Cecilia Estrada Muñoz	9	4	6	2	1	1	1	6	8	7	1	1	70	

3	Guadalup	Maria Marta Guerrero Valencia	7	9	0	2	1	2	1	6	6	5	0	70	
3	Guadalup	Paula Lopez Moreno	6	9	5	2	4	1	1	6	8	8	0	70	
3	Guadalup	Rosa Maria Mendoza Martinez	6	9	5	2	3	1	1	2	7	2	0	80	
3	Guadalup	Jose Alfredo Gutiérrez Zárate	7	9	8	1	1	2	1	5	8	9	0	80	
3	Guadalup	Adrian Laborie Aguilar	13	0	6	1	3	1	1	6	5	3	0	80	
3	Guadalup	Carmen Cecilia Estrada Muñoz	14	0	6	2	1	1	1	8	8	3	5	70	
3	Guadalup	Maria Marta Guerrero Valencia	17	0	0	2	1	2	1	6	6	0	0	60	
3	Guadalup	Paula Lopez Moreno	16	0	5	2	4	1	1	9	8	7	0	65	
3	Guadalup	Rosa Maria Mendoza Martinez	16	0	5	2	3	1	2	-	-	-	-	-	canceló consulta
3	Guadalup	Jose Alfredo Gutiérrez Zárate	17	0	8	1	1	2	2	2	-	-	-	-	No acudió perdió su celular y olvidó la consulta
3	Guadalup	Adrian Laborie Aguilar	13	1	6	1	3	1	1	3	3	2	0	90	

		Gutiérrez Zárate																
3	Guadalup	Adrian Laborie Aguilar	3	16	1	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	No asistió por pandemia
3	Guadalup	Carmen Cecilia Estrada Muñoz	4	16	2	1	1	1	3	8	5	4	0	70				
3	Guadalup	Maria Marta Guerrero Valencia	7	10	2	1	2	1	6	6	5	4	4	0	0	70		
3	Guadalup	Paula Lopez Moreno	6	15	2	4	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Salió de la ciudad reanuda en Abril
3	Guadalup	Rosa Maria Mendoza Martinez	6	15	2	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Canceló consulta
3	Guadalup	Jose Alfredo Gutiérrez Zárate	7	18	1	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	No asistió por pandemia
3	Guadalup	Adrian Laborie Aguilar	3	26	1	3	1	1	4	5	8	2	1	80				
3	Guadalup	Carmen Cecilia Estrada Muñoz	4	26	2	1	1	1	5	8	-	1	1	70				No asistió en ayuno
3	Guadalup	Maria Marta Guerrero Valencia	7	20	2	1	2	1	3	6	5	1	1	60				
3	Guadalup	Paula Lopez Moreno	6	25	2	4	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Salió de la ciudad, reanuda en Abril
3	Guadalup	Rosa Maria Mendoza Martinez	6	25	2	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Canceló consulta 30 min antes

3	Guadalup	Jose Alfredo Gutiérrez Zárate	7	2	8	1	1	2	2	-	-	-	-	-	-	No asistió por motivos familiares, pero se agenda en Marzo
3	Guadalup	Adrian Laborie Aguilar	3	3	7	1	3	1	1	5	5	7	0	80		
3	Guadalup	Carmen Cecilia Estrada Muñoz	4	3	6	2	1	1	1	3	8	1	0	60		
3	Guadalup	Maria Marta Guerrero Valencia	7	3	0	2	1	2	1	5	6	0	0	60		
3	Guadalup	Paula Lopez Moreno	6	3	5	2	4	1	2	-	-	-	-	-	Se agenda para el mes de Abril	
3	Guadalup	Rosa Maria Mendoza Martinez	6	3	5	2	3	1	2	-	-	-	-	-		
3	Guadalup	Jose Alfredo Gutiérrez Zárate	7	3	8	1	1	2	1	4	8	0	0	70		
3	Guadalup	Adrian Laborie Aguilar	3	4	7	1	3	1	1	9	5	8	5	80		
3	Guadalup	Carmen Cecilia Estrada Muñoz	4	4	6	2	1	1	1	2	8	7	0	70		
3	Guadalup	Maria Marta Guerrero Valencia	7	4	0	2	1	2	1	9	6	0	0	60		
3	Guadalup	Paula Lopez Moreno	6	4	5	2	4	1	1	3	5	0	0	70		

Consultorio: 1 San Pedro, 2 Volcanes, 3 Panamédica, 4 Huayamilpas, 5 Piloto
Mes: enero 1, febrero 2, etc
Sexo: masculino 1, femenino 2
Edad: años números enteros (1, 2, etc)
Diagnóstico: 1 DM, 2 HAS, 3 Ambas, 4 OTRO
Dislipidemia: 1 Si 2 No
Acudió: 1 Si, 2 No
Peso en Kg (65.350)
Talla en metros (1.47)
Glucosa capilar en mg/dl (87)
TA sistólica y diastólica en mmHg (110/90)