

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

COMUNIDAD SANTA MARÍA NATIVITAS XOCHIMILCO, DISTRITO FEDERAL

CENTRO DE SALUD T-II “SANTA MARÍA NATIVITAS”

Acreditación del Grupo de Ayuda Mutua “Vida Nueva” para el control de pacientes con enfermedades Crónico-Degenerativas en el Centro de Salud T-II Santa María Nativitas.



Nombre: Obesidad

Autor: María de Jesús Rodríguez Hurtado

País: México

Médicos Pasantes en Servicio Social:

Castro Pérez Asia.

Mariano González José Francisco.

Velázquez Isidro Sara.

Asesor UAM-Xochimilco:

Dr. Filiberto David Estrada Salgado.

Coordinador en C.S. T-II Santa María Nativitas:

Dra. Bertha Moedano Jiménez.

Promoción: Febrero 2014 - Enero 2015

**Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco**

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Departamento de atención a la Salud

Licenciatura en Medicina

**Proyecto de intervención:
Acreditación del Grupo de Ayuda Mutua “Vida Nueva” para el control de
pacientes con enfermedades Crónico-Degenerativas en el Centro de Salud
T-II Santa María Nativitas.**

Centro de Salud T-II Santa María Nativitas

**Médicos Pasantes en Servicio Social:
Castro Pérez Asia
Mariano González José Francisco
Velázquez Isidro Sara**

Promoción Febrero 2014 - Enero 2015

**Asesor:
Dra. Bertha Moedano Jiménez.**

**Coordinador:
Dr. Hugo Antonio Gutiérrez Serrano.**

México, Distrito Federal, Enero del 2015.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVOS	8
3.1 GENERAL:.....	8
3.2 ESPECÍFICOS:.....	8
4. MATERIAL Y MÉTODOS	9
4.1 POBLACIÓN.....	9
4.2 CRITERIOS DE ACREDITACIÓN	9
4.3 RECURSOS HUMANOS.....	10
4.4 INSTALACIONES.....	10
4.5 MATERIAL.....	11
4.6 MÉTODOS.....	11
5. MARCO TEÓRICO	12
6. ANALISIS DE RESULTADOS	18
6.1 MEDICIONES INICIALES: AGOSTO 2014	19
6.2 MEDICIONES FINALES: DICIEMBRE 2014.....	22
6.3 ANALISIS COMPARATIVO ENTRE MEDICIONES BASALES Y MEDICIONES FINALES: AGOSTO 2014 – DICIEMBRE 2014.	24
7. INTERVENCIONES	27
8. ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL GAM	28
9. CONCLUSIONES	29
10. RECOMENDACIONES	30
11. BIBLIOGRAFÍA	31
12. ANEXOS	32

1. INTRODUCCIÓN

Es posible reducir la mortalidad consecutiva a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) al combinar la prevención (mediante la identificación y atención de los sujetos en riesgo) y el tratamiento eficaz de los casos.

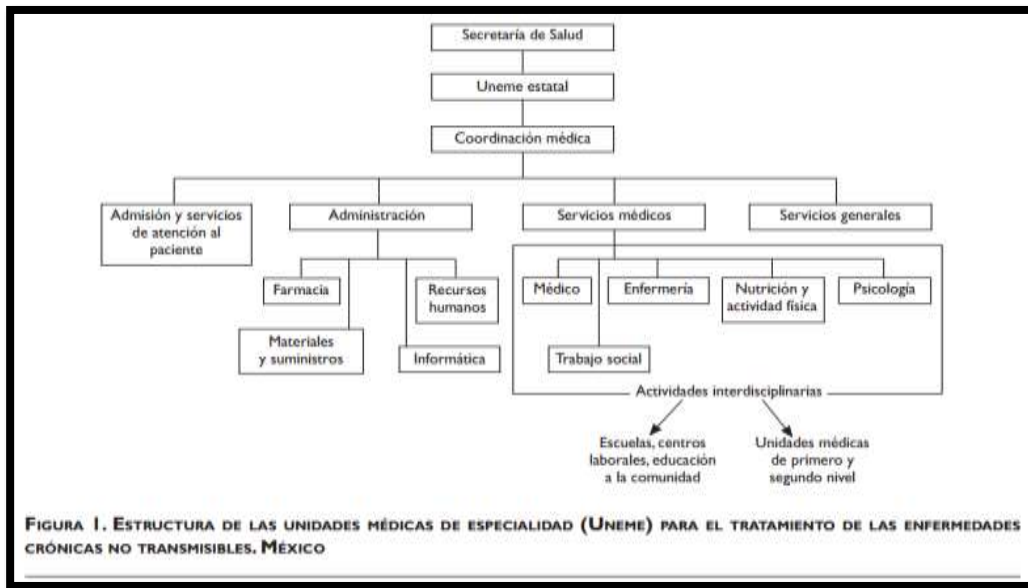
Las ECNT deben confrontarse con acciones complementarias. Este abordaje ha sido la propuesta de los planes nacionales de prevención y es reflejo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Las medidas se dividen en las aplicables a la población general y las propias de la población en riesgo.

Las medidas de prevención poblacional han demostrado ser una intervención eficaz en términos del costo en estudios nacionales y comunitarios, si bien sus beneficios se observan a mediano plazo.

Una alternativa a corto plazo es el desarrollo de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y Unidades Médicas Especializadas (UNEME). Programas similares existen en Irlanda y en comunidades de Estados Unidos y Europa. Su estructura se muestra en la figura 1. Los GAM y UNEME representan un modelo interdisciplinario de prevención clínica, diseñado para atender a pacientes con sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus. La prevención clínica incluye el conjunto de acciones instituíbles en una unidad médica para reducir la incidencia de ECNT y sus derivaciones.

En ella se incluyen acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, como la detección selectiva de casos en riesgo de padecer ECNT (p. ej., familiares del caso índice), el desarrollo de un estilo de vida saludable para el paciente y los sujetos con quienes convive y el tratamiento eficaz de las ECNT y sus complicaciones.

Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), junto con las Unidades Médicas Especializadas (UNEME) para el tratamiento de las ECNT son parte de las acciones selectivas de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Su finalidad es promover conductas saludables y cambios de estilos de vida entre los pacientes y sus familias. Las acciones deben extenderse a escuelas, centros de trabajo y la población aledaña, mediante acciones de comunicación y educación continua. Por lo tanto, las UNEME y los GAM combinan un enfoque terapéutico con un abordaje preventivo que resulta de la unión de la detección oportuna y las medidas de observancia poblacional.



En los GAM es preciso llevar a cabo la evaluación integral, la educación del paciente sobre el padecimiento, el diseño del seguimiento a largo plazo, la prescripción eficaz y personalizada de programas de alimentación y actividad física, la identificación de barreras para alcanzar el cumplimiento de las recomendaciones y la selección del tratamiento farmacológico mediante protocolos estandarizados y manuales de procedimientos.

Además, hay que identificar las complicaciones de la diabetes. Asimismo, se requiere la participación de un grupo multidisciplinario adiestrado (médicos, nutriólogos, psicólogos, enfermería, trabajadores sociales y personal administrativo).

El grupo debe someterse a un entrenamiento que garantice su desempeño y sostener sesiones educativas interactivas con los pacientes y sus familiares. Especial énfasis exige el tratamiento de las anomalías de la conducta alimentaria, los trastornos afectivos, la identificación de casos en riesgo entre los familiares de primer grado y la integración de la familia al tratamiento. Se proporciona atención a las personas con diabetes de tipo 1, según la recomendación de la Federación Internacional de Diabetes de otorgar acceso universal al tratamiento con insulina. Cada UNEME y GAM posee un área para la enseñanza de la preparación de los alimentos y están previstos espacios para realizar actividades físicas. Deben contar con los exámenes de laboratorio requeridos para el diagnóstico y seguimiento de las ECNT y hay que suscribir convenios con hospitales regionales para tener acceso a los exámenes restantes.

Los casos que requieran tratamiento de un especialista deben referirse a un hospital de segundo nivel, sin que su seguimiento pierda la supervisión del GAM.

Es preciso evaluar la eficacia de la intervención mediante indicadores cuantitativos predefinidos (cuadro I). Este abordaje requiere la sistematización de la información mediante un expediente electrónico, el cual permite la generación de recordatorios de citas, la detección de casos que abandonaron el tratamiento y la generación, hasta la última fecha, de informes del funcionamiento del programa. La información se concentra en la Secretaría de Salud, de tal modo que es posible desarrollar modelos que evalúen los beneficios resultantes de la intervención y la planeación de futuros servicios.

Las UNEME y los GAM resultarán en ahorros para el sistema de salud. La eficacia de la intervención depende del desempeño del personal encargado de cada GAM. Es por esa razón que ha recibido adiestramiento especial.

PARÁMETROS DE EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN INSTITUIDA EN LAS UNEME. MÉXICO			
Afección	Parámetro a evaluar	Objetivo terapéutico	Porcentaje de la población previsto para alcanzar el objetivo
Obesidad	Peso	Pérdida de 10%	30%
Dislipidemias	Colesterol total	<200 mg/dl	60%
	Triglicéridos	<150 mg/dl	50%
	Colesterol-HDL	>40 mg/dl	30%
	Colesterol-LDL	<130 mg/dl	60%
Hipertensión arterial	Presión arterial sistólica	<140 mmHg	60%
	Presión arterial diastólica	<90 mmHg	60%
Actividad física	Tiempo dedicado a caminar	150 min/semana	60%
Alimentación	Reducción del consumo de las grasas	<30% de las calorías totales	50%
	Reducción del consumo de las grasas saturadas	<10% de las calorías totales	50%
	Aumento del consumo de fibra	>15 g/1 000 cal	50%
	Instrucción sobre hábitos de alimentación a la persona que prepara los alimentos en casa	Asistencia al curso de instrucción	70%
Prevención cardiovascular	Uso de antiagregantes plaquetarios en casos con dos o más factores de riesgo	100 mg/día	70%
Diabetes	HbA1c	<7%	50%
	Glucemia de ayuno	80-110 mg/dl	50%
	Glucemia posprandial	<140 mg/dl	50%
	Educación en diabetes	Asistencia al curso de instrucción	70%
	Medición de glucemia capilar en el domicilio	Al menos una medición a la semana	50%
Detección de complicaciones crónicas de la diabetes	Retinopatía	Exploración de fondo de ojo una vez al año	90%
	Pie diabético	Revisión de los pies al menos dos veces al año	90%
	Nefropatía	Medición de microalbuminuria una vez al año	90%
Observancia del tratamiento	Asistencia a las consultas	Al menos dos consultas por año	60%

CUADRO I.

Debe existir un programa de vigilancia que permita asegurar la calidad de la atención. De igual forma, deben tomarse acciones para mantener al personal motivado y comprometido con el proyecto, además de actualizado en forma continua con un sistema de certificación de habilidades. Es indispensable que las metas de tratamiento se cumplan en los porcentajes señalados en el (cuadro I).

2. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles (ECNT) como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad, sobrepeso y el Síndrome Metabólico, son entidades clínicas complejas y heterogéneas con un fuerte componente genético, cuya expresión está influida por factores ambientales, sociales, culturales y económicos, entre otros.

El incremento paralelo de la frecuencia de estas patologías es un fenómeno mundial y México no es la excepción. El control de estas alteraciones metabólicas incide directamente en la morbi-mortalidad de muchos padecimientos; sin embargo, en la actualidad no existen estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento eficaces para la mayoría de los casos. Por estas razones, las ECNT se han convertido en un serio problema de salud pública en nuestro país debido a varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura, y la complejidad y costo elevado de su tratamiento.

Su emergencia como problema de salud pública fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población. Los determinantes de la epidemia de ECNT tuvieron su origen en el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional.

En el año 2008 en la jurisdicción sanitaria Xochimilco, se registraron 1242 defunciones, de las cuales 54% fueron hombres y 46% mujeres; en cuanto al grupo etáreo, el mayor número de defunciones estuvo en los mayores de 85 años con 194 defunciones (15.6%) seguido por el grupo de 65-69 años y el de 75-79 años con 11% y 10% respectivamente.

La comunidad de Santa María Nativitas, no se excluye de la problemática actual, ya que durante el primer semestre del 2013 los datos estadísticos reportados en este centro de salud registraron 573 casos nuevos de diabetes mellitus y 499 de hipertensión arterial, el mayor porcentaje de consultas en las edades comprendidas entre los 30 y 70 años son por enfermedades crónico-degenerativas y a pesar de ello, los insumos para el control de estas patologías no alcanzan, motivo por el cual decidimos intervenir en la acreditación del Grupo de Ayuda Mutua ya que esto significaría el acceso a un mayor número de medicamentos y materiales para nuestra comunidad.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

- Acreditar el Grupo de Ayuda Mutua “Vida Nueva” para control de pacientes enfermedades crónico- degenerativas tales como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Obesidad, Dislipidemias y Síndrome Metabólico; en el Centro de Salud T-II Santa María Nativitas.

3.2 ESPECÍFICOS:

- Promover las medidas de prevención primaria (actividad física y alimentación saludable) en la población susceptible de enfermedades crónico-degenerativas en la comunidad de Santa María Nativitas, Xochimilco.
- Conseguir la pérdida del 3% del peso promedio grupal inicial de los pacientes.
- Lograr la reducción de 2 centímetros del promedio de la circunferencia de cintura inicial de los pacientes.
- Mantener una presión arterial sistólica <140 mmHg y una diastólica <90 mmHg como promedio grupal.
- Obtener un promedio grupal de glucemia en ayuno < 126 mg/dl.
- Garantizar la asistencia a las pláticas informativas en el GAM impartidas por el personal de salud.
- Formar el hábito de la actividad física (caminata) como mínimo 150 minutos a la semana.
- Generar hábitos alimenticios saludables en los integrantes del GAM.
- Concientizar a los integrantes del GAM acerca de su función promotora de salud dentro de la comunidad; para generar un cambio de hábitos colectivo a largo plazo.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

La intervención en el Grupo de Ayuda Mutua “Vida Nueva” se realizó en un periodo comprendido de Febrero a Diciembre de 2014, sin embargo para fines de acreditación del mismo; se analizaron los resultados obtenidos del mes de Agosto a Diciembre de 2014.

El presente trabajo se trata de un estudio longitudinal comparativo, el análisis de los pacientes se comenzó en el mes de Agosto (medidas basales) hasta el mes de Diciembre (mediciones finales) de 2014 y se compararon las mediciones iniciales con las obtenidas después de la intervención del equipo multidisciplinario.

4.1 POBLACIÓN

Se seleccionaron 18 pacientes (mínimo de pacientes necesarios establecido por las autoridades sanitarias federales para participar en la acreditación) tras un largo proceso de manejo y vigilancia médica con los siguientes criterios de inclusión: Miembro activo del GAM, apego al tratamiento, compromiso y deseos de participar en la acreditación, y que logran resultados favorables al manejo multidisciplinario reflejado en la mejoría de de su control metabólico, glucemia, presión arterial y antropometría conforme a lo estipulado por la Secretaría de Salud.

4.2 CRITERIOS DE ACREDITACIÓN

Las autoridades sanitarias federales, determinan como criterios para acreditar un Grupo de Ayuda Mutua los siguientes aspectos:

- Disminución de la circunferencia abdominal grupal de 2 cm. o más en promedio como grupo.
- Promedio grupal de Glucemia en ayunas <126 mg/dl.
- Promedio grupal de Presión Arterial Sistólica <140 mmHg.
- Promedio grupal de Presión Arterial Diastólica <90 mmHg.
- Pérdida de 3% del promedio del peso grupal.

4.3 RECURSOS HUMANOS

Para el correcto funcionamiento y acreditación del Grupo de Ayuda Mutua “Vida Nueva” participó el siguiente personal:

Equipo Médico: Dra. Venegas Martínez Natalye adscrita a módulo IV del C.S. T-II Santa María Nativitas, Castro Pérez Asia, Mariano González José Francisco y Velázquez Isidro Sara, médicos pasantes de servicio social del C.S. T-II Santa María Nativitas.

Enfermería: Enfermero Gómez Cordero Gabriel y la pasante de enfermería Gómez Carreón Fernanda.

Trabajo Social: T.S. Salcedo Ibáñez Rosa María.

Odontología: Odontóloga Rosas Miranda Patricia y Gabriela Itzel de la Cruz Martínez, pasante de estomatología del C.S. T-II Santa María Nativitas.

Psicología: Psicóloga Angélica Santamaría Medina, Psicólogo Francisco Durán Echeverría.

Nutrición: Nutriólogo Juan Carlos de Jesús Ledesma.

Activación Física: Activador Físico José Eduardo Flores Nava.

4.4 INSTALACIONES:

Las actividades del Grupo de Ayuda Mutua “Vida Nueva” se realizaron intra y extramuros, las pláticas informativas y los diferentes talleres se llevaron a cabo en el salón de usos múltiples del UNEME-CAPA anexo al C.S. T-II Santa María Nativitas, La actividad física se efectuó en el patio trasero del centro de salud y en el bosque de Nativitas. Las consultas de las diferentes áreas (médicas, nutrición, dental, psicología) se impartieron en los módulos correspondientes en el mismo centro.

4.5 MATERIAL:

- 1 báscula con estadímetro marca Seca calibrada diariamente por personal de enfermería.
- 2 cintas métricas blandas de la marca Seca.
- 1 glucómetro de la marca Stat Strip Xpress
- Tiras reactivas de la marca Stat Strip Xpress
- 1 Baumanómetro de la marca Riester
- 1 Estetoscopio de la marca Riester
- Se realizaron trípticos informativos a lo largo del periodo de intervención donde se tocaban temas de relevancia para los pacientes.

4.6 MÉTODOS:

La antropometría (peso, talla, circunferencia abdominal) se realizó una vez al mes por el personal de nutrición con la misma báscula con estadímetro y las mismas cintas métricas blandas.

La presión arterial y las glucemias capilares en ayuno fueron efectuadas por el personal de enfermería y médicos pasantes, con el mismo equipo, una vez a la semana.

La actividad física se realizó 2 veces por semana (En noviembre se realizaban 3 veces por semana) con duración de una hora. Todos los lunes se otorgaban pláticas informativas de temática variada (médica, psicológica, nutricional, odontológica) y de importancia para los pacientes.

En cuanto a las consultas, todos los pacientes tuvieron una consulta de primera vez y subsecuentes por lo menos una vez al mes (o más cuando a criterio medico fuese necesario) impartida por la médico adscrita y médicos pasantes. El tratamiento de los pacientes fue individualizado según su evolución y respuesta a los diferentes fármacos.

Las consultas de nutrición fueron 1 vez al mes (o más según criterio del nutriólogo) y los planes alimentarios fueron realizados de manera individual.

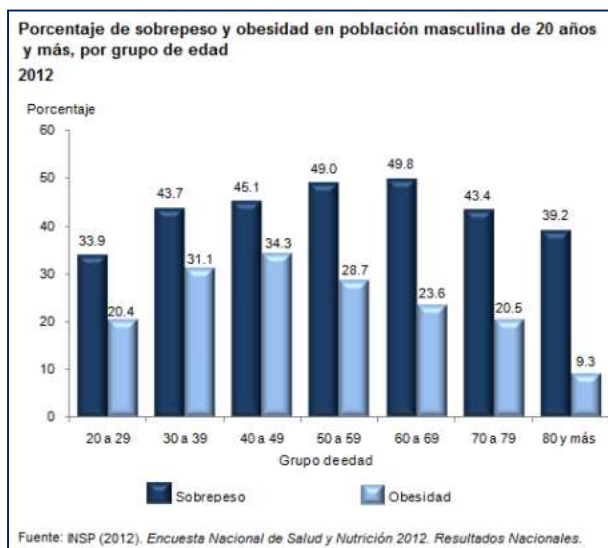
Solo algunos pacientes (a criterio de psicólogo o médico) recibieron consulta personalizada por parte del servicio de psicología.

5. MARCO TEÓRICO

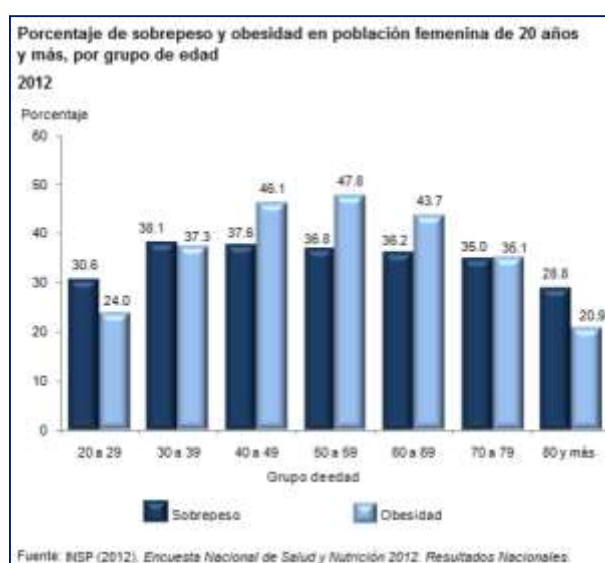
La diabetes mellitus o diabetes, es una enfermedad crónica degenerativa que se presenta cuando el páncreas no produce insulina, o bien, la que se produce no es utilizada de manera eficiente por el organismo; ésta es la hormona responsable de que la glucosa de los alimentos sea absorbida por las células y dotar de energía al organismo.

Uno de los principales factores de riesgo para que se desarrolle es el sobrepeso y la obesidad, afecciones que van en aumento en todo el mundo; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año fallecen al menos 2.8 millones de personas adultas por alguna de estas causas, y representan 44% de la carga de diabetes, 23% de las cardiopatías isquémicas, y entre 7% y 41% de algún cáncer atribuible a la misma (OMS, 2012b); por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS estiman que en Belice, México y Estados Unidos, aproximadamente 30% de su población tiene obesidad (OMS, 2012).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la población masculina de 20 años y más presenta más población con sobrepeso que obesidad, afecciones que pueden ser detonantes de diabetes. Durante 2012, la mitad de la población masculina de entre 60 a 69 años presenta sobrepeso, seguidos de los de 50 a 59 años (49%) y los de 40 a 49 años (45.1%); cuando no hay un control adecuado el sobrepeso, éste se convierte en obesidad (donde hay una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo); los hombres más obesos se concentran en los de 40 a 49 años (34.3%), seguidos de los de 30 a 39 años y de 50 a 59 años (31.1 y 28.7%, respectivamente); es decir, la población masculina entre los 30 a los 59 años se encuentra expuesta al riesgo de padecer diabetes.



A diferencia de los varones, de acuerdo a la ENSANUT 2012, en la población femenina de 20 años y más hay una mayor proporción de obesas que con sobrepeso para casi todos los grupos de edad. Considerando que la obesidad es un factor de riesgo muy alto para la presencia de la diabetes, llama la atención que casi una cuarta parte de las mujeres de entre 20 a 29 años sean obesas; a partir de este grupo se observa un incremento en la presencia de obesidad hasta el grupo de 50 a 59 años donde 48 de cada 100 mujeres de ese grupo de edad son obesas y es a partir de este grupo que inicia una disminución; para el caso del sobrepeso, este representa una tercera parte en cada grupo edad; en resumen, las mujeres están más expuesta al riesgo de presentar diabetes que los hombres.



Para 2011, la OPS y OMS estiman que en el Continente Americano hay aproximadamente 62.8 millones de personas con diabetes; y calcula que en América Latina podría incrementarse de 25 a 40 millones en 2030 (OMS, 2012). La diabetes representa un reto para la sociedad, no solo por los recursos económicos y de infraestructura que requieren los prestadores de servicios de salud para brindar una atención adecuada, sino también por el costo económico y emocional en las personas que la padecen. Se estima que esta enfermedad reduce entre 5 y 10 años la esperanza de vida de la población (INSP y SSA, 2012).

Realizarse de manera rutinaria una prueba de detección debe ser considerada como una conducta de auto-cuidado y permite realizar un diagnóstico oportuno. De acuerdo con la ENSANUT 2012, de la población que asistió a servicios de medicina preventiva para realizarse una prueba de detección de diabetes durante

el último año, 1.5% tuvo resultados positivos. Por otro lado, la Secretaría de Salud (SSA) reporta que de la población que se realizó la prueba de detección durante 2011, 49.8% es población no asegurada y 50.2% asegurada; y de ésta, en 9 de cada 100 pruebas en población no asegurada y 2 de cada 100 en la asegurada, tuvieron un resultado positivo en la prueba.

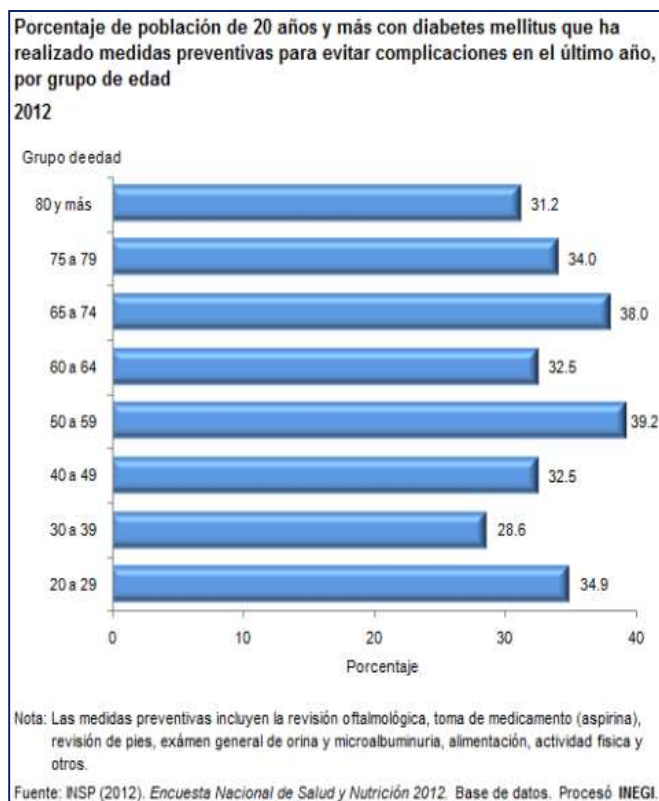
Por grupos de edad, se observa que conforme avanza la edad la incidencia aumenta; la población 60 a 64 años presenta la más alta (1 787.60 de cada 100 mil personas de ese grupo de edad), para después descender a 1 249.29 casos nuevos de cada 100 mil personas de 65 años y más durante 2011. Esta tendencia es similar por sexo, tanto en hombres como en mujeres la incidencia más alta se ubica en la población de 60 a 64 años, (1 924.23 de cada 100 mil mujeres de esa misma edad y 1 636.57 entre cada 100 mil hombres); es importante resaltar que en todos los grupos de edad, las mujeres presentan un mayor número de casos nuevos que los varones.

Incidencia de diabetes mellitus, por grupo de edad según sexo 2011 Por 100 mil habitantes de cada grupo de edad y sexo			
Grupo de edad	Total	Hombres	Mujeres
Menores de 10 años	3.83	3.55	4.13
10 a 14	10.85	8.85	12.93
15 a 19	17.73	14.14	21.34
20 a 24	46.59	34.66	58.02
25 a 44	280.47	240.69	316.67
45 a 49	977.69	828.15	1 113.28
50 a 59	1 363.83	1 163.67	1 545.06
60 a 64	1 787.60	1 636.57	1 924.23
65 y más	1 249.29	1 160.42	1 325.11

Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10, códigos E10-E14.
Fuente: SSA. CENAVECE. (2012). *Anuarios de morbilidad 1984-2011*; y CONAPO (2013). *Proyecciones de la Población de México 2010-2050*. Proceso INEGI.

Considerando que la diabetes no es curable, es importante que la población enferma controle su nivel de glucosa en sangre, para prevenir complicaciones en el corazón, el sistema circulatorio, los ojos, riñones y nervios. Por lo que, educar al paciente sobre su enfermedad es fundamental para un mejor manejo con acciones como mejorar su dieta, hacer ejercicio y reducir su nivel de estrés, entre otros (Asociación Mexicana de Diabetes).

Según los resultados de la ENSANUT 2012, de la población de 20 años y más con diabetes, menos de la mitad realizó durante el último año alguna medida preventiva como atención médica especializada y exámenes clínicos, entre otras; la población de 50 a 59 años registra la proporción más alta (39.2%), le sigue la de 64 a 74 años (38 de cada 100 en esa edad) y de los jóvenes de 20 a 29 años; el porcentaje más bajo de personas diabéticas que realizaron alguna medida preventiva se ubica en el grupo de 30 a 39 años de edad (28.6 por ciento).



De acuerdo con la OPS y OMS, las personas que padecen diabetes principalmente cuando es tipo II, deben tener un peso y dieta saludable, actividad física diaria (al menos 30 minutos), no fumar y evitar el consumo del alcohol, con el objetivo de evitar posibles complicaciones (OPS y OMS, 2012).

En México, las principales complicaciones en la población de 20 años y más hospitalizada con diabetes tipo II, durante 2011 son de tipo renal (24.2%), circulatorias periféricas (17.3%) y múltiples (7.0 por ciento). Es comprensible que las complicaciones renales sean las más frecuentes, debido a que los daños renales graves requieren de constante hemodiálisis que ante cualquier descuido o mal manejo, las agravan y hace necesario que el paciente sea atendido con tratamientos más agresivos.

De acuerdo con la Federación Internacional de la Diabetes (IDF, por sus siglas en inglés), en 2011 murieron 4.8 millones de personas a consecuencia de la diabetes, que gastaron 471 billones de dólares en atención médica y la mitad, tenía menos de 60 años de edad (IDF, 2012). Por su parte, la OPS y OMS señala que esta enfermedad se encuentra entre las principales causas de muerte y discapacidad en la región de las Américas (OPS y OMS, 2012).

En 2011, en México de cada 100 mil personas que mueren, 70 fallecieron por diabetes; las tasas de mortalidad más altas se ubican en el Distrito Federal (99.57 de cada 100 mil personas), Veracruz (84.35 de cada 100 mil) y Puebla (81.57 muertes), mientras en Quintana Roo, Chiapas y Baja California Sur se presentan las más bajas (35.19, 45.22 y 46.98 de cada 100 mil personas, respectivamente); la diferencia entre los estados con la tasa más alta y más baja –Distrito Federal y Quintana Roo– es casi del triple.

Como se mencionó la diabetes tipo II es alta en México; por grupo de edad, la tasa de mortalidad observada aumenta con la edad de las personas, alcanzando el punto máximo en la población de 80 años y más años (638.47 de cada 100 mil habitantes de esa edad), seguida de las personas de 75 a 79 años (498.44 casos). Por sexo aunque la tendencia es la misma, mueren más hombres que mujeres entre los 20 a 74 años, por ejemplo, en la población de 60 y 64 años por cada 203 hombres que fallecen lo hacen 185 mujeres.

Tasa de mortalidad observada en población de 20 años y más, por diabetes mellitus tipo II según grupo de edad y sexo 2011			
Por 100 mil habitantes de cada grupo de edad y sexo			
Grupo de edad	Total	Hombres	Mujeres
20 a 29	0.51	0.67	0.37
30 a 39	4.04	5.12	3.06
40 a 49	23.70	29.20	18.69
50 a 59	89.47	98.96	80.87
60 a 64	193.23	202.57	184.78
65 a 74	316.71	321.13	312.80
75 a 79	498.44	480.79	513.48
80 y más	638.47	584.19	680.61

Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10, código E11.
Fuente: INEGI (2012). *Estadísticas de Mortalidad. Base de datos;* y CONAPO (2013). *Proyecciones de la Población de México 2010, 2050. Proceso INEGI.*

La Federación Internacional de la Diabetes plantea la necesidad de que los países cuenten con lineamientos, políticas de acción, monitoreo, evaluaciones, entre otros, con el objetivo de:

- “Mejorar los resultados sanitarios de las personas con diabetes;
- Prevenir el desarrollo de diabetes tipo II; y
- Acabar con la discriminación contra las personas con diabetes”.

Considerando como estrategias (IDF, 2011, p.p. 4):

- “Implementar programas nacionales de diabetes;
- Fortalecer los marcos institucionales;
- Integrar y optimizar los recursos humanos y los servicios sanitarios;
- Revisar y hacer más eficientes los sistemas de adquisición y distribución;
- Generar y utilizar estratégicamente pruebas procedentes de la investigación;
- Monitorizar, valorar y comunicar los resultados;
- Asignar recursos apropiados y sostenibles a nivel nacional e internacional;
- Adoptar un enfoque que incluya a toda sociedad”.

Por su parte, la OMS formula directrices científicas para su prevención, elabora normas, realiza tareas de vigilancia; mismas que se complementan con la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, que tiene como meta general “promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física”.

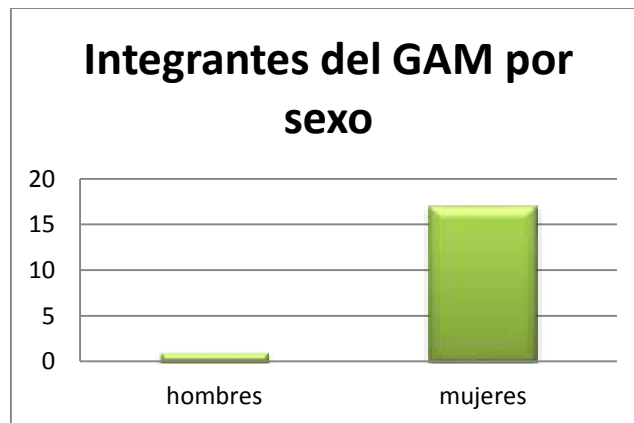
En México, actualmente, se elabora una Estrategia contra el Sobrepeso y Obesidad (SSA, 2013); tomando como referencia que su control permitirá dar un gran paso para reducir la incidencia de la diabetes. Considerando que la diabetes no solo tiene un alto costo económico sino también físico y emocional y que de acuerdo con la ENSANUT 2012, las instituciones de salud gastan por paciente con diabetes 707 dólares al año, 9 500 pesos al año considerando una paridad de 13.50 (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] y SSA, 2012), es importante que la población con diabetes modifique su estilo de vida a fin de evitar complicaciones graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal y amputación de las extremidades.

6. ANALISIS DE RESULTADOS

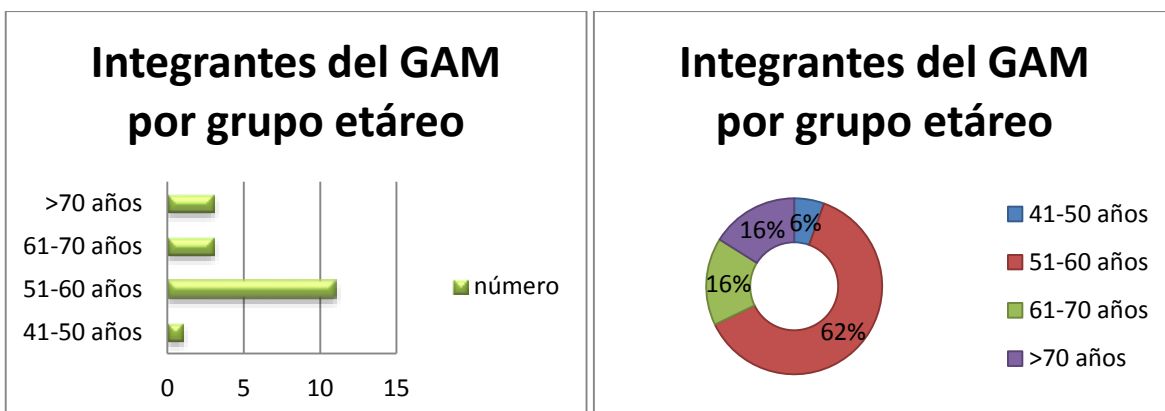
En el Grupo de Ayuda Mutua “Vida Nueva” participan actualmente 35 pacientes, pero para fines de acreditación y certificación, se eligieron a 18 de ellos de los cuales trataremos en el siguiente análisis.

Se seleccionaron 18 pacientes (mínimo de pacientes necesarios establecido por las autoridades sanitarias federales para participar en el proceso de acreditación) tras un largo proceso de manejo y vigilancia médica con los siguientes criterios de inclusión: Miembro activo del GAM, apego al tratamiento, compromiso y deseos de participar en la acreditación, y que lograran resultados favorables al manejo multidisciplinario reflejado en la mejoría de de su control metabólico, glucemia, presión arterial y antropometría conforme a lo estipulado por la Secretaría de Salud.

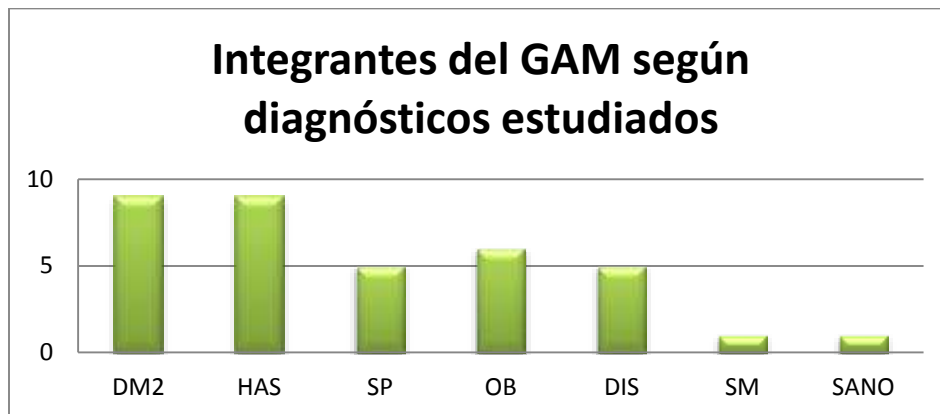
De los 18 pacientes que conformaron el grupo de acreditación, el 94.4% (17) fueron mujeres, y el 5.6% (1) fue hombre.



Se formaron 4 grupos etáreos: 41-50 años con 1 paciente (6%), 51-60 años con 11 pacientes (62%), 61-70 años con 3 pacientes (16%) y >70 con 3 pacientes (16%).



Los diagnósticos estudiados en nuestros pacientes fueron diabetes mellitus 2 con 9 pacientes, hipertensión arterial con 9 también, 5 con sobrepeso, 6 con obesidad, 5 dislipidemias, 1 con síndrome metabólico y 1 paciente clínicamente sano.

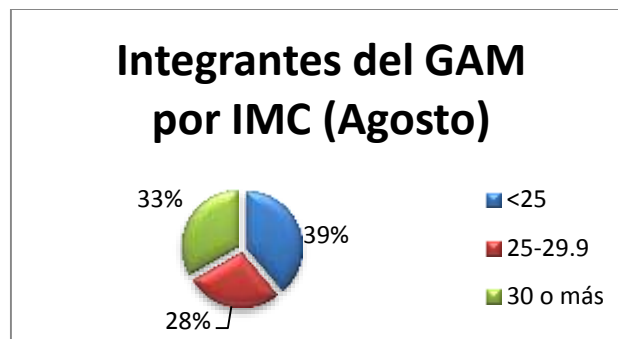


Como puede suponerse algunos pacientes cuentan con 2 o más patologías, 1 con DM2 e hipertensión, 1 con DM2, HAS y sobrepeso, 1 con DM2, HAS y obesidad, 2 con DM2 y sobrepeso, 1 con DM2 y obesidad, 1 con HAS y sobrepeso, 1 con HAS, sobrepeso y dislipidemia, 1 con HAS y dislipidemia, 1 con HAS y obesidad, 1 con obesidad y dislipidemia y una paciente con DM2, HAS, obesidad, dislipidemia que conforman el Síndrome Metabólico.

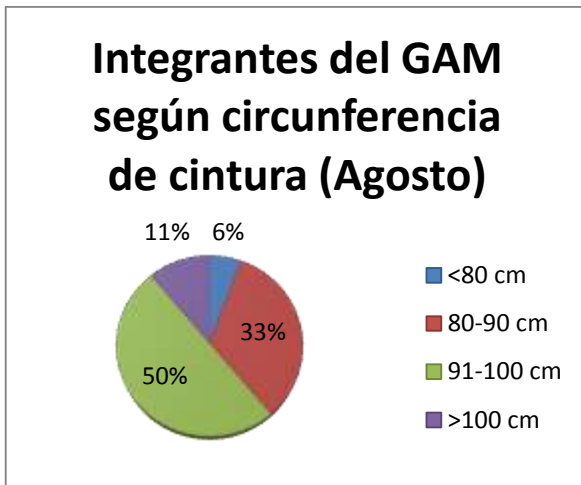
6.1 MEDICIONES INICIALES: AGOSTO 2014

Para fines de acreditación, se tomaron como basales, las medidas obtenidas el día 28 de Agosto del 2014, destacando lo siguiente:

En cuanto al peso de los pacientes, se clasificaron en 3 grupos según el índice de masa corporal obtenido en el mes de agosto, 7 con IMC normal (39%), 5 con sobrepeso (28%) y 6 con obesidad (33%). El promedio del peso del GAM en el mes de agosto fue de 63.14 Kg (Ver anexo registro mensual de metas de tratamiento).

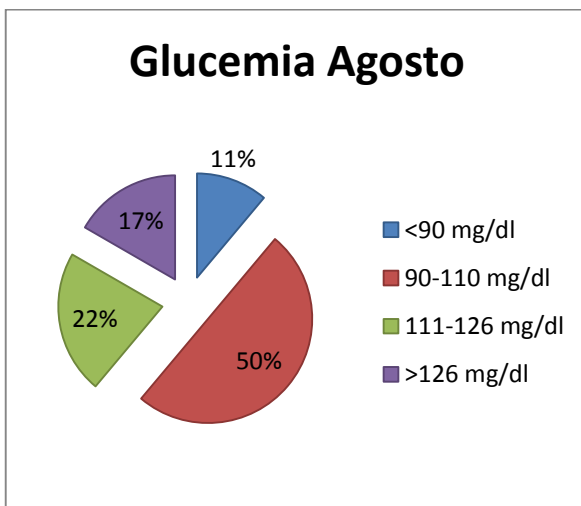


En cuanto a la circunferencia de la cintura, los agrupamos en 4 rubros: <80cms (6%), 80-90 cm.(33%), 91-100 cm.(50%) y >100 cm. (11%). El promedio de la circunferencia de cintura de los pacientes en el mes de Agosto fue de 96.14 cm. (Ver anexo registro mensual de metas de tratamiento).



Circunferencia Cintura	Integrantes	%
<80 cm	1	6
80-90 cm	6	33
91-100 cm	9	50
>100 cm	2	11
TOTAL	18	100

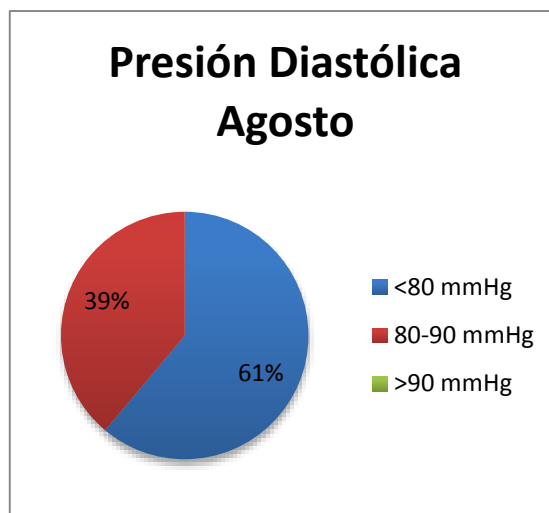
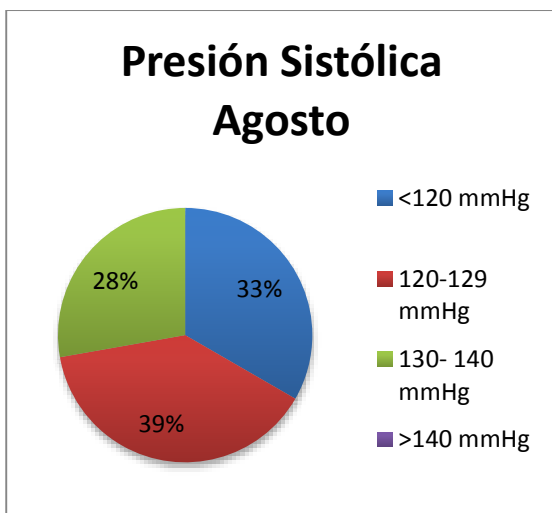
La glucemia decidimos agruparla en los siguientes grupos: <90 mg/dl (12%), 91-110 mg/dl (50%), 111-126 mg/dl (22%) y >126 mg/d (16%). El promedio de la glucemia obtenida por el grupo en el mes de Agosto fue de 120.80 mg/dl. (Ver anexo Registro mensual de metas de tratamiento).



GLUCEMIA	Integrantes	%
<90 mg/dl	2	12
90-110 mg/dl	9	50
111-126 mg/dl	4	22
>126 mg/dl	3	16
total	18	100

En cuanto a la Presión Arterial del mes de Agosto, la sistólica la agrupamos de la siguiente manera: <120 mmHg (34%), 120-129 mmHg (39%), 130-140 mmHg (27%) y >140 mmHg. El promedio de la presión sistólica del grupo en el mencionado mes fue de 120.8 mmHg. (Ver anexo Registro mensual de metas de tratamiento)

La presión diastólica se agrupo en 3 rubros únicamente: <80 mmHg (61%), 80-90 mmHg (39%), >90 mmHg (0%). El promedio en cuanto a la presión diastólica que obtuvieron nuestros pacientes de manera grupal fue de 73.64 mmHg. (Ver anexo Registro mensual de metas de tratamiento).



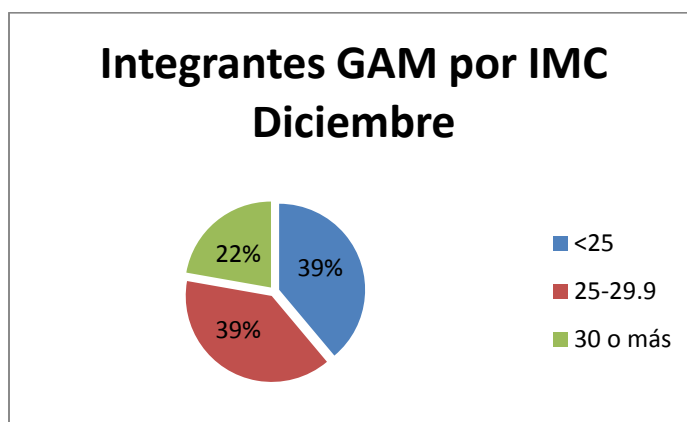
Presión Sistólica Agosto	Número de integrantes	%
<120 mmHg	6	34%
120-129 mmHg	7	39%
130- 140 mmHg	5	27%
>140 mmHg	0	0%
total	18	100%

Presión Diastólica Agosto	Número de integrantes	%
<80 mmHg	11	61%
80-90 mmHg	7	39%
>90 mmHg	0	0%
total	18	100%

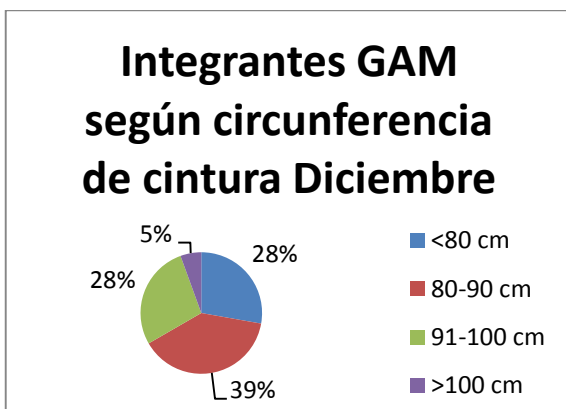
6.2 MEDICIONES FINALES: DICIEMBRE 2014

Para que tenga validez la acreditación de un GAM, el periodo transcurrido entre las mediciones basales y las finales debe de ser mínimo de 3 meses, por lo cual se decidió llevar a cabo la medición final el día 11 de diciembre de 2014 con los siguientes resultados:

En cuanto al peso de los pacientes, se clasificaron en 3 grupos según el índice de masa corporal: 7 con IMC normal (39%), 7 con sobrepeso (39%) y 4 con obesidad (22%). El promedio del peso del GAM en el mes de agosto fue de 63.14 Kg (Ver anexo registro mensual de metas de tratamiento).

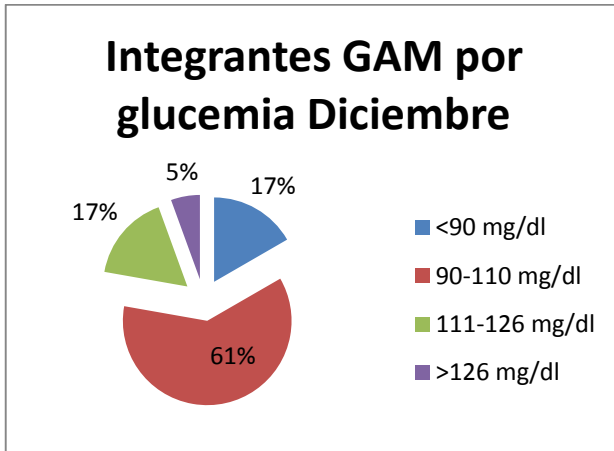


En cuanto a la circunferencia de la cintura, los agrupamos en 4 rubros: <80cms (28%), 80-90 cm. (39%), 91-100 cm. (28%) y >100 cm. (6%). El promedio de la circunferencia de cintura de los pacientes en el mes de Diciembre fue de 91.09 cm. (Ver anexo registro mensual de metas de tratamiento).



Circunferencia Cintura	Integrantes	%
<80 cm	5	28
80-90 cm	7	39
91-100 cm	5	28
>100 cm	1	6
TOTAL	18	100

La glucemia decidimos agruparla en los siguientes grupos: <90 mg/dl (%), 91-110 mg/dl (%), 111-126 mg/dl (%) y >126 mg/d (%). El promedio de la glucemia obtenida por el grupo en el mes de Diciembre fue de 106.55 mg/dl. (Ver anexo Registro mensual de metas de tratamiento).



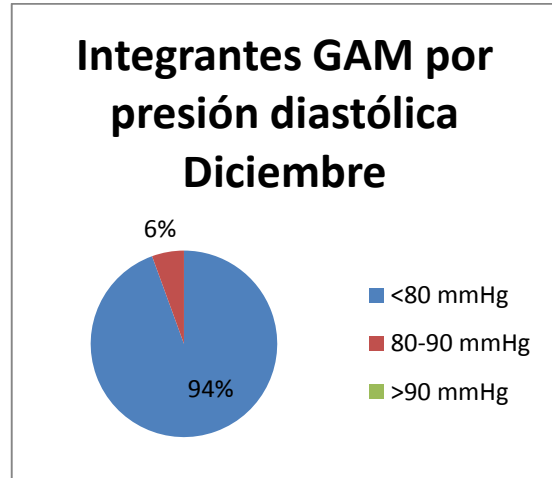
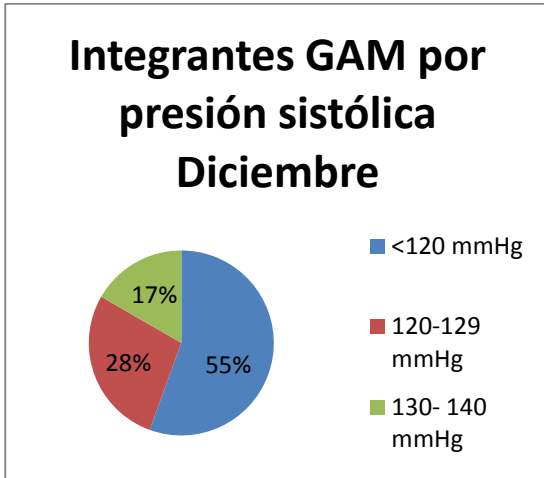
GLUCEMIA	Integrantes	%
<90 mg/dl	3	17
90-110 mg/dl	11	61
111-126 mg/dl	3	17
>126 mg/dl	1	5
total	18	100

En cuanto a la Presión Arterial del mes de Diciembre, la sistólica la agrupamos de la siguiente manera: <120 mmHg (%), 120-129 mmHg (%), 130-140 mmHg (%) y >140 mmHg. El promedio de la presión sistólica del grupo en el mencionado mes fue de 117.5 mmHg. (Ver anexo Registro mensual de metas de tratamiento)

La presión diastólica se agrupo en 3 rubros únicamente: <80 mmHg (%), 80-90 mmHg (%), >90 mmHg (%). El promedio en cuanto a la presión diastólica que obtuvieron nuestros pacientes de manera grupal fue de 69 mmHg. (Ver anexo Registro mensual de metas de tratamiento).

Presión Sistólica Agosto	Número de integrantes	%
<120 mmHg	10	56%
120-129 mmHg	5	28%
130- 140 mmHg	3	16%
>140 mmHg	0	0%
total	18	100%

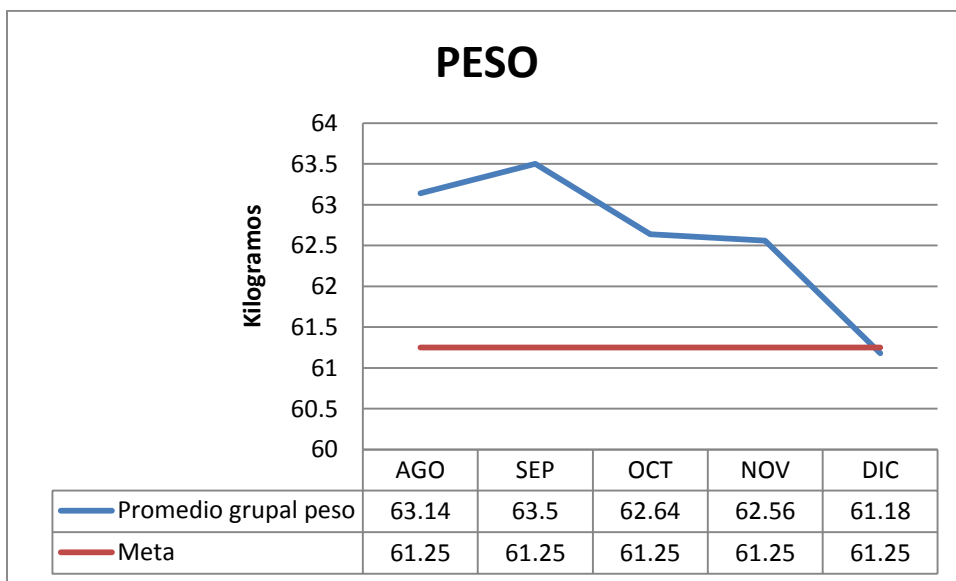
Presión Diastólica Agosto	Número de integrantes	%
<80 mmHg	17	94%
80-90 mmHg	1	6%
>90 mmHg	0	0%
total	18	100%



6.3 ANALISIS COMPARATIVO ENTRE MEDICIONES BASALES Y MEDICIONES FINALES: AGOSTO 2014 – DICIEMBRE 2014.

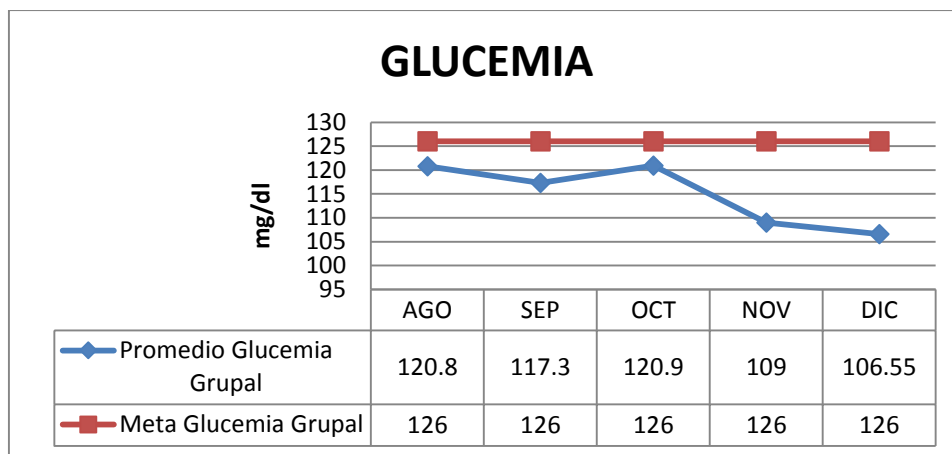
PESO

En el mes de agosto se obtuvo un promedio grupal del peso de 63.14 Kg., para acreditar este punto tenía que perderse el 3% de la medición basal, es decir, nuestra meta era llegar a 61.25 Kg. o una cantidad menor. El mes de diciembre se llegó a un promedio grupal de peso de 61.18 Kg., lo cual era un punto a favor de la acreditación.



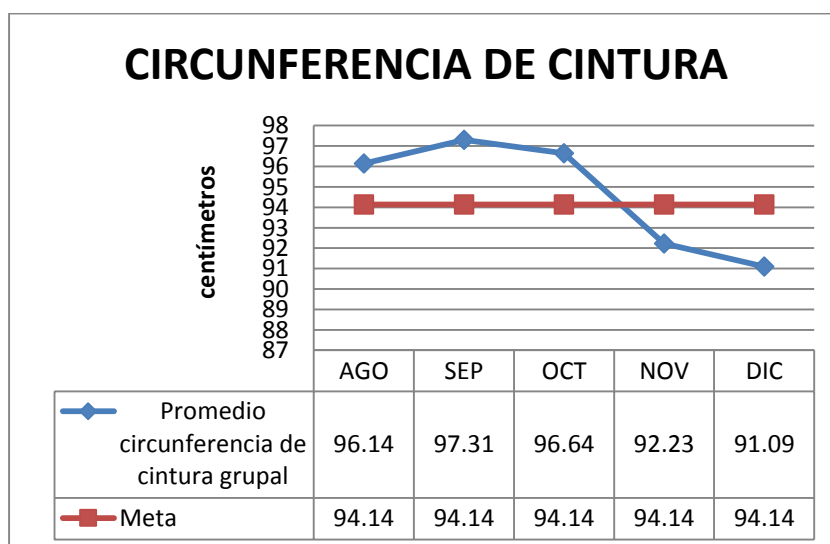
GLUCEMIA

El promedio grupal de la glucemia en agosto fue de 120.8 mg/dl, desde ese momento se encontraba por debajo del criterio de acreditación (126 mg/dl) el reto fue mantener a los pacientes en esas cifras o disminuirlas, consiguiendo así en diciembre un promedio de 106.55 mg/dl, lo cual nos daba el primer punto a favor de la acreditación.



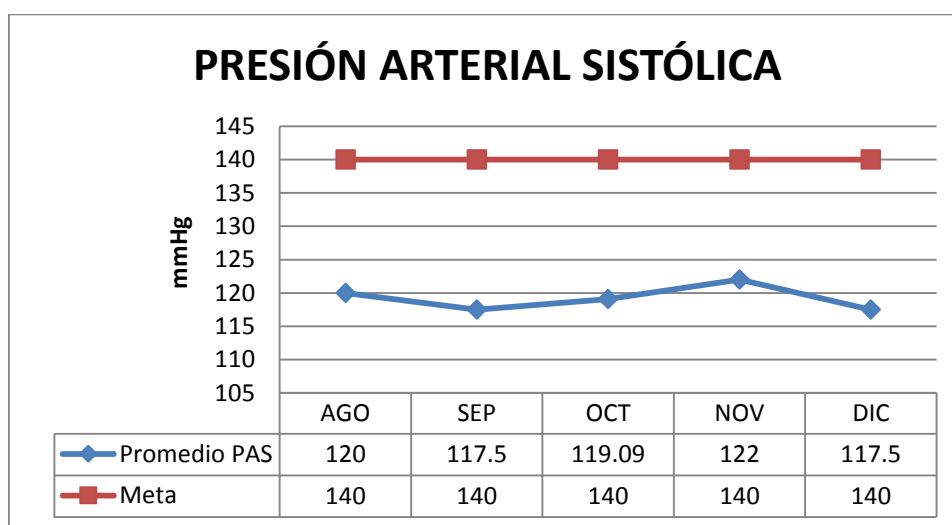
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA

El promedio grupal de circunferencia de cintura en el mes de agosto fue de 96.14 cm., la meta para acreditar este punto indicaba que se debía perder por lo menos 2 cm. en el promedio grupal y la obtenida en diciembre fue 91.09 cm., esto indica que hubo un descenso de 5.05 cm. lo cual lograría una segunda meta.



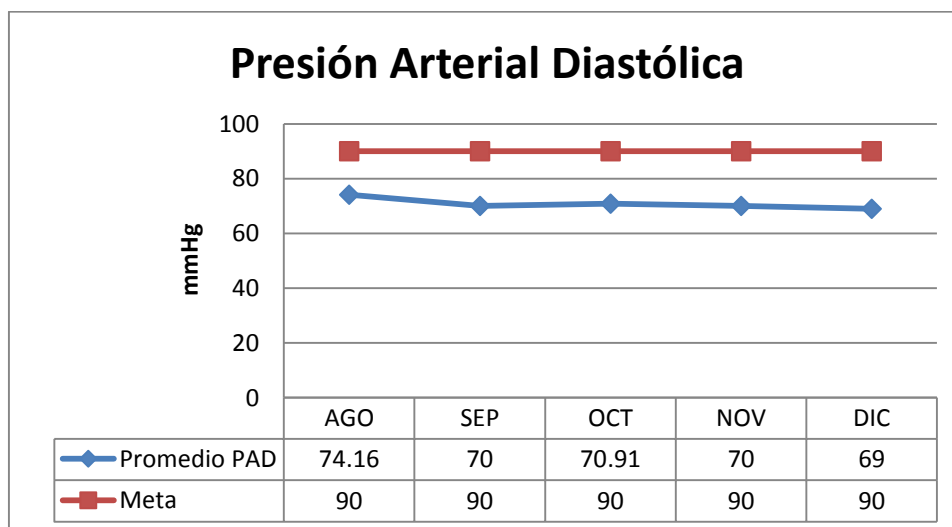
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA

El promedio grupal de la presión arterial sistólica en el mes de agosto fue de 120 mmHg, cifra que estaba por debajo de la meta para acreditación (< 140 mmHg) el reto fue mantenernos en esa cantidad y disminuirla, lográndose así obtener en el mes de diciembre un promedio grupal de 117.5 mmHg, un punto más para la acreditación.



PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA

En el mes de agosto se obtuvo un promedio grupal de la presión arterial diastólica de 74.16 mmHg, cifra que se encontraba ya por debajo de la meta, por lo cual teníamos que conservarnos en esa cifra o disminuirla, resultando un promedio grupal para el mes de diciembre de 69 mmHg, obteniendo así un punto más a favor de la acreditación.



7. INTERVENCIONES

Para lograr estos resultados fue necesario intervenir de manera tajante en el estilo de vida de nuestros pacientes, y obviamente apoyándonos de un equipo multidisciplinario que nos ayudara a lograr el éxito deseado. Las acciones que realizamos como médicos pasantes fueron las siguientes:

- Se programaron citas mensuales para valoración del control de sus padecimientos y, cuando la situación lo ameritaba se citaban más de una vez al mes.
- En el periodo comprendido de marzo a octubre del 2014, nos encargamos de darles activación física, al principio se mostraban renuentes a usar ropa cómoda para el deporte, por lo cual tuvimos que poner el ejemplo teniendo que traer ropa deportiva y tenis para poner el ejemplo, esta medida fue un éxito.
- Se impartieron 33 pláticas informativas, es importante mencionar que incidimos directamente en el temario que se les impartía, ya que se les exponían temas de poca relevancia para nuestros pacientes y se dejaban fuera, temas de mucha importancia.
- Gestionamos la participación de los demás servicios en las pláticas informativas, de tal manera que los pacientes no solo se llevaran información médica si no una amplia gama de información que abriera su panorama para un mejor automanejo de su padecimiento. Estos servicios fueron odontología, trabajo social, psicología y nutrición.
- Participamos e impartimos algunos de los siguientes talleres: “Raciones y porciones en mi alimentación” por la nutricionista Carmen Calzada, “Elaboración de material deportivo” por médicos pasantes, “Técnica de cepillado dental y uso del hilo dental” por Odontóloga Patricia Rosas Miranda, “Toma de signos vitales y somatometría” por médicos pasantes, “Identificación y manejo de las emociones” por Psicóloga Angélica Santamaría Medina, “Autoestima” por Psicólogo Francisco Durán Echeverría. “Elaboración de alimentos sanos” por activador físico, “Mitos y realidades de la insulina” por médicos pasantes.
- Organizamos y participamos en la elaboración y elección del logo del Grupo de Ayuda Mutua, esto para fomentar un sentido de pertenencia en el mismo.

8. ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL GAM

Se efectuaron 4 juntas previas del grupo encargado del GAM con autoridades jurisdiccionales para determinar fortalezas y debilidades del grupo, previo a la acreditación con las autoridades federales.

El día jueves 11 de diciembre del 2014, se llevó a cabo el acto oficial de acreditación y certificación del Grupo de Ayuda Mutua “Vida Nueva” en las instalaciones de la UNEME-CAPA adjunto al C.S. T-II Santa María Nativitas, contando con la presencia de autoridades sanitaria federales conformado por médicos y trabajadores sociales quienes en conjuntos con el personal multidisciplinario encargado del GAM realizaron la toma de signos vitales y somatometría del mes de diciembre (medidas finales).

Para la toma de las diferentes medidas, se instalaron 4 módulos: uno para toma de presión arterial, otro para peso, otro para glucemia y un último para circunferencia abdominal.

A cada uno de los 18 pacientes se les otorgó una credencial y una ficha de registros en las cuales se apuntaron las mediciones obtenidas.

Como parte del protocolo de acreditación, las autoridades federales examinaron los expedientes clínicos de cada paciente, haciendo un seguimiento cronológico de sus medidas.

Después de un análisis exhaustivo entre las mediciones basales y las finales, se determinó que el Grupo de Ayuda Mutua “Vida Nueva” tuvo un decremento de peso de 1.96 Kg., un descenso en la circunferencia de cintura de 5.05 cm., se obtuvo un promedio grupal de la presión arterial sistólica de 117.5 mmHg (2.5 mmHg menos que la inicial) y una diastólica de 69 mmHg (5.16 mmHg menos que el inicial), y el promedio de la glucemia grupal quedó en 106.55 (14.3 mg/dl menos que la inicial).

Estos resultados cumplen con los criterios establecidos por la Secretaría de Salud para la acreditación de un GAM, por consiguiente el Grupo de Ayuda Mutua “Vida Nueva” del Centro de Salud T-II “Santa María Nativitas” fue el único que se acreditó en la jurisdicción de Xochimilco en el año 2014.

9. CONCLUSIONES

El GAM, al intervenir de manera activa y dinámica en la alimentación y actividad física de los pacientes, repercute directamente en el control de las enfermedades crónico-degenerativas de los mismos, esto se ve reflejado en las mediciones semanales y mensuales que los pacientes mostraron.

Este grupo de ayuda mutua, no solo capacitó en el ámbito médico sino también a nivel psicológico al concientizar a los participantes sobre la responsabilidad que tiene el paciente consigo mismo sobre su salud, lo cual consigue que desarrollen amor propio y eleven su autoestima y así no sentirse dependientes del personal de salud que los guía en el tratamiento de sus enfermedades.

A nivel local, la acreditación del grupo permitirá el acceso a un mayor número de insumos para el control de las patologías de nuestros pacientes, esto a su vez se volvió una motivación para ellos y se comprometieron a seguir en el proyecto.

Podemos concluir que sin lugar a duda, el proyecto de intervención aquí plasmado tuvo un éxito rotundo, ya que los GAM buscan incidir de manera directa en el “modus vivendi” de la población que la conforma, volviéndolos agentes en proceso de transformación en su estilo de vida para que a su vez y con el ejemplo, ellos se conviertan en agentes de cambio de la comunidad que les rodea.

Por diferentes motivos burocráticos, aún no se cuenta con la constancia de acreditación que expide la Secretaría de Salud a nivel Federal y que avala al Grupo de Ayuda Mutua “Vida Nueva” del C.S. T-II Santa María Nativitas como un GAM certificado; el personal al frente continuará a la espera del documento oficial, ya que solo se dio el veredicto de manera oral el día del proceso de mediciones finales.

Para finalizar este apartado, quisiera citar textualmente las palabras de una integrante del GAM el día de la acreditación:

“Lo que el Grupo de Ayuda Mutua enseña no son pláticas solamente, te muestra el estilo de vida que debes adoptar para llevarte bien con tu enfermedad y poder evitar las complicaciones que tanto tememos pero que muy poco hacemos para evitarlas, gracias al GAM puedo decir que estoy controlada porque me ha dado las armas necesarias para hacerle frente a mi padecimiento”.

-María Remedios Juana Reyes Sandoval

Integrante que participó en la acreditación del GAM.

10. RECOMENDACIONES

Al observar los resultados satisfactorios obtenidos del presente proyecto de intervención, se debe de considerar de suma importancia darle continuidad al mismo, así como incluir permanentemente al activador físico, ya que como se planteó en los puntos iniciales, no se contaba con personal capacitado para brindar el entrenamiento físico lo cual representó una limitante para alcanzar el adecuado control de los integrantes del GAM.

Incluir en el cronograma un mayor número de pláticas de temas Nutricionales, así como talleres de elaboración de alimentos saludables, ya que como se sabe es un pilar sustancial en el tratamiento de las ECNT.

Acondicionar un lugar adecuado para realizar el entrenamiento físico ya que el área donde se efectúa es en el patio circundante al UNEME CAPA, el cual es de adoquín implicando que el piso no sea plano, y representando un potencial riesgo de caídas para los pacientes que en su mayoría son adultos mayores.

Es importante que el equipo encargado de un GAM sea multidisciplinario y no caiga en errores que cometen otros grupos en donde el protagonista y el que se adjudica toda la responsabilidad es el médico coordinador. La parte médica debe ser capaz de reconocerse insuficiente al trabajar solo y así saber apoyarse de otros trabajadores de la salud como odontología, psicología, trabajo social y nutrición, ya que esto repercutirá en buena manera en la salud de los pacientes al ser un tratamiento totalmente integral.

De igual importancia es el hecho de que el personal que esté al frente de un GAM, debe estar completamente capacitado y comprometido con el mismo, sin verlo como una carga más de trabajo ya que esto traerá como consecuencia el desapego y desinterés del personal hacia la agrupación.

Habrá que darle mayor realce a este proyecto, ya que como se observó en los resultados; un GAM bien conformado, capacitado y comprometido cambiará la evolución de las patologías en los pacientes, retardando o evitando las complicaciones de cada una de ellas, esto se reflejará en menor inversión para el manejo de los mismos.

11. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Secretaría de Salud, México 2012.
- 2.- Asociación Mexicana de Diabetes [AMD]. (s.f.). ¿Qué es la diabetes? Recuperado el 24 de octubre de 2013.
- 3.- Hernández-Romieu, A., Elnecavé-Olaiz, A., Huerta-Uribe, N., y Reynoso-Noverón, N. (2011). Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública de México*, 53(1), 34-39.
- 4.- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] y Secretaría de Salud [SSA]. (2012). *Diabetes Mellitus: la urgencia de reforzar las políticas públicas para su prevención y control*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- 5.- International Diabetes Federation [IDF] (2011). *Plan mundial contra la diabetes 2011-2021*.
- 6.- Secretaría de Salud [SSA]. (2013). *Estrategia Contra el Sobrepeso y Obesidad*.
- 7.- Rivera JA, Barquera S, Gonzalez-Cossio T, Olaiz G, Sepulveda J. Nutrition transition in Mexico and in other Latin American countries. *Nutr Rev* 2004;62(7 Pt 2):S149-S157.
- 8.- González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porrás-Condey R, Carvalho N, et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Publica Mex* 2007;49(supl I):S37-S52.
- 9.- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2.1994. Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.
- 10.- Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la Obesidad.
- 11.- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- 12.- Sistema de Vigilancia para Grupos de Ayuda Mutua: www.sivegam.org.mx

12. ANEXOS



IMAGEN 1. Logo del Grupo de Ayuda Mutua "VIDA NUEVA"



IMAGEN 2. Taller de elaboración de materiales para ejercitarse.

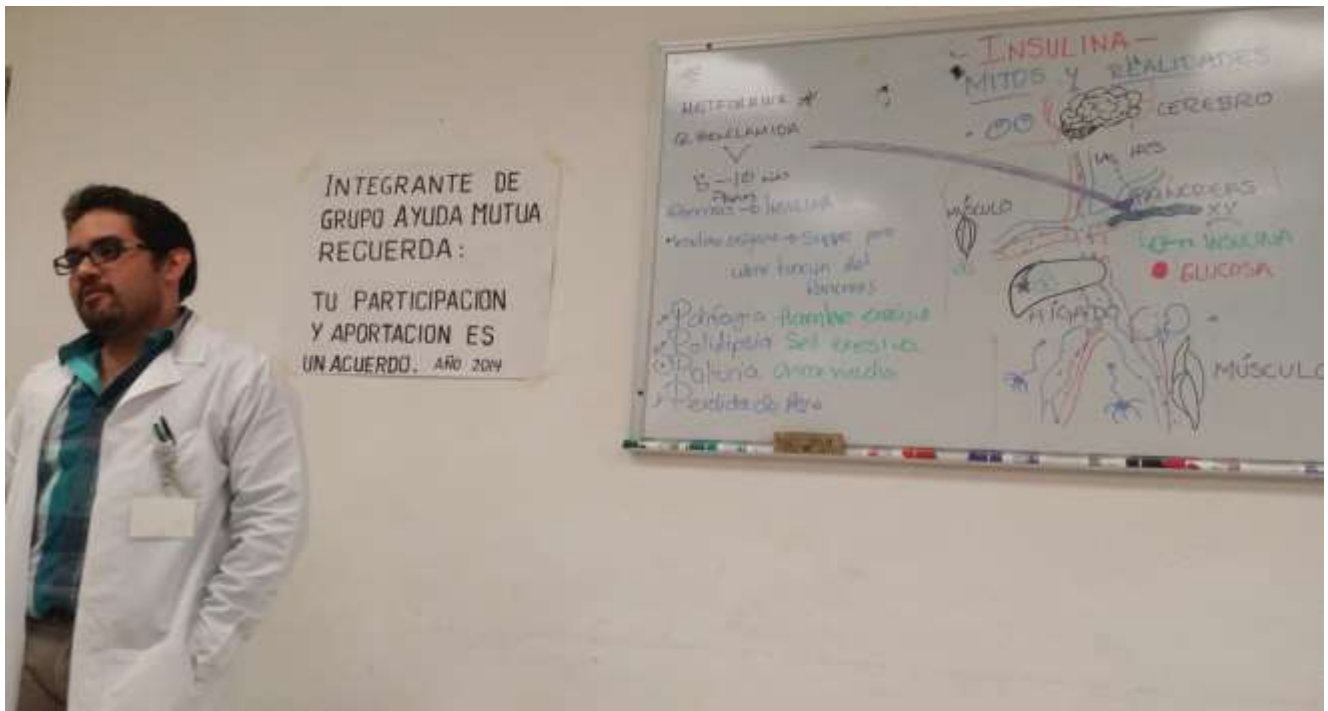


IMAGEN 3. Pláticas impartidas por el personal de salud: Médico Pasante en Servicio Social Mariano González.



IMAGEN 4. Pláticas impartidas por personal de salud: Médico Pasante en Servicio Social Castro Pérez



IMAGEN 5. Plática impartida por odontóloga Patricia Rosas.



IMAGEN 6. Entrenamiento dirigido por Activador Físico Eduardo.



IMAGEN 7. Actividad física realizada en el Bosque de Nativitas



IMAGEN 8. Actividad física realizada en el Bosque de Nativitas.



IMAGEN 9. 11 de diciembre de 2014, día de la acreditación. Momento en que las autoridades nos informan su veredicto: El GAM “Vida Nueva” queda formalmente acreditado.



IMAGEN 10. Equipo de médicos pasantes en servicio social y pasante de estomatología del Centro De Salud T-II Santa María Nativitas.

No.	NOMBRE	TALLA	DIAGNOSTICO			IMC	MEDICIONES BASALES: AGOSTO 2014				
			DM	HAS	SP/OBE		PESO	CINTURA	GLICEMIA	SISTOLICA	DIASTOLICA
1	TREJO MARTINEZ DOMIRA	1.51	1			21.9	50	83	102	100	50
2	GARCIA MARQUEZ LUISA	1.46	1			23.6	50.4	80	147	130	80
3	ZAVALA JIMENEZ MARIA GUADALUPE	1.46	1	1	1	26.2	55.9	86	118	130	80
4	PACHECO CASTRO ENEDINA	1.53	1	1		23.8	55.6	88	123	110	70
5	MELENDEZ ESCALANTE REYNA	1.45	1	1	1	29.4	61.9	97	122	110	70
6	PEREZ NOTARIO GLORIA	1.44	1	1	1	30.6	63.4	90	105	120	70
7	ZAPATERO SANCHES ANA SILVIA	1.41	1	1	1	34.1	67.8	104	101	130	80
8	VAZQUEZ HERNANDEZ IRENE	1.49	1		1	28.6	63.5	96	136	90	70
9	RAMIREZ DELGADO MARGARITA	1.38	1		1	29.1	55.5	91	126	100	60
10	GONZALEZ GARCIA LORENZA	1.44	1		1	34.4	71.3	102	128	110	80
11	DE JESUS ZARATE SALUSTIA	1.34		1		23.5	42.2	72	89	130	70
12	PAZ ANTONIA	1.49		1	1	30.1	66.8	99	93	120	70
13	HERNANDEZ MONTAÑO RAQUEL	1.42		1	1	28.0	56.4	95	96	130	80
14	CRUZ DEL ANGEL SILVIA	1.43		1	1	28.6	58.4	97	105	120	70
15	FUENTES MARTINEZ MARIA ASUNCION	1.47		1	1	33.2	71.7	96	98	100	70
16	CECILIO AGUILAR CIRILO	1.55		1		24.1	57.8	82	107	120	80
17	LOPEZ GARCIA GUILLERMINA	1.51			1	30.3	69.2	97	111	120	75
18	REYES SANDOVAL MARIA REMEDIOS JUANA	1.34			1	30.9	55.5	96	96	120	80
19	DOMINGUEZ SANTIAGO JOSEFINA	1.47				24.1	52	82	83	130	70
20	MUÑOZ SOLIS JUANA	1.45			1	31.7	66.7	100	107	120	80
21	TREJO MARTINEZ HIGINIA	1.5				24.9	56	91	103	100	60
	NUMERO DE PACIENTES POR DX		10	11	14						

TABLA 1. Mediciones basales: Agosto 2014

AGOSTO				
PESO	CINTURA	GLICEMIA	SISTOLICA	DIASTOLICA
884.00	1346.00	1208.00	1320.00	810.00
63.14	96.14	120.80	120.00	73.64

TABLA 2. Promedios de Mediciones basales: Agosto 2014

No.	NOMBRE	TALLA	DIAGNOSTICO			IMC	SEPTIEMBRE				
			DM	HAS	SP/OBE		PESO	CINTURA	GLICEMIA	SISTOLICA	DIASTOLICA
1	TREJO MARTINEZ DOMIRA	1.51	1			21.9	49.4	83	88	100	70
2	GARCIA MARQUEZ LUISA	1.46	1			23.6	51.5	82	126	100	70
3	ZAVALA JIMENEZ MARIA GUADALUPE	1.46	1	1	1	26.2					
4	PACHECO CASTRO ENEDINA	1.53	1	1		23.8	55.6	88	105	110	70
5	MELENDEZ ESCALANTE REYNA	1.45	1	1	1	29.4	62.4	101	118	110	70
6	PEREZ NOTARIO GLORIA	1.44	1	1	1	30.6	63.4	90	105	120	70
7	ZAPATERO SANCHES ANA SILVIA	1.41	1	1	1	34.1	67.2	104	167	125	80
8	VAZQUEZ HERNANDEZ IRENE	1.49	1		1	28.6	63.5	96	120	90	60
9	RAMIREZ DELGADO MARGARITA	1.38	1		1	29.1	55	90	80	100	60
10	GONZALEZ GARCIA LORENZA	1.44	1		1	34.4	71.3	102	147	120	80
11	DE JESUS ZARATE SALUSTIA	1.34		1		23.5	41.5	71	86	150	60
12	PAZ ANTONIA	1.49		1	1	30.1	66.8	99	93	120	70
13	HERNANDEZ MONTAÑO RAQUEL	1.42		1	1	28.0	56.4	97	110	110	70
14	CRUZ DEL ANGEL SILVIA	1.43		1	1	28.6	58.4	97	104	120	80
15	FUENTES MARTINEZ MARIA ASUNCION	1.47		1	1	33.2	71.6	96	100	100	60
16	CECILIO AGUILAR CIRILO	1.55		1		24.1	57.7	81	100	110	70
17	LOPEZ GARCIA GUILLERMINA	1.51			1	30.3	69	98	97	120	70
18	REYES SANDOVAL MARIA REMEDIOS JUANA	1.34			1	30.9	54	95	95	90	60
19	DOMINGUEZ SANTIAGO JOSEFINA	1.47				24.1	52	82	96	110	70
20	MUÑOZ SOLIS JUANA	1.45			1	31.7	66.5	100	110	120	80
21	TREJO MARTINEZ HIGINIA	1.5				24.9	56	91	100	110	60
	NUMERO DE PACIENTES POR DX		10	11	14						

TABLA 3. Mediciones Septiembre 2014

SEPTIEMBRE				
PESO	CINTURA	GLICEMIA	SISTOLICA	DIASTOLICA
825.50	1265.00	1056.00	1175.00	700.00
63.50	97.31	117.33	117.50	70.00

TABLA 4. Promedios de Mediciones Septiembre 2014

No.	NOMBRE	TALLA	DIAGNOSTICO			IMC	OCTUBRE				
			DM	HAS	SP/OBE		PESO	CINTURA	GLICEMIA	SISTOLICA	DIASTOLICA
1	TREJO MARTINEZ DOMIRA	1.51	1			21.9	49.5	83	110	110	70
2	GARCIA MARQUEZ LUISA	1.46	1			23.6	51.5	82	128	120	70
3	ZAVALA JIMENEZ MARIA GUADALUPE	1.46	1	1	1	26.2	54.6	87	128	120	60
4	PACHECO CASTRO ENEDINA	1.53	1	1		23.8	55.7	88	92	110	70
5	MELENDEZ ESCALANTE REYNA	1.45	1	1	1	29.4	61.8	92	127	140	80
6	PEREZ NOTARIO GLORIA	1.44	1	1	1	30.6	63.2	99	102	110	70
7	ZAPATERO SANCHES ANA SILVIA	1.41	1	1	1	34.1	66.2	109	171	140	80
8	VAZQUEZ HERNANDEZ IRENE	1.49	1		1	28.6	63	95	107	90	70
9	RAMIREZ DELGADO MARGARITA	1.38	1		1	29.1	56	92	118	110	80
10	GONZALEZ GARCIA LORENZA	1.44	1		1	34.4	71	101	126	110	70
11	DE JESUS ZARATE SALUSTIA	1.34		1		23.5	42	71	91	110	70
12	PAZ ANTONIA	1.49		1	1	30.1	66	94	100	90	70
13	HERNANDEZ MONTAÑO RAQUEL	1.42		1	1	28.0	55.5	106	106	130	60
14	CRUZ DEL ANGEL SILVIA	1.43		1	1	28.6	58.5	94	93	130	80
15	FUENTES MARTINEZ MARIA ASUNCION	1.47		1	1	33.2	71.7	96	98	110	70
16	CECILIO AGUILAR CIRILO	1.55		1		24.1	57.7	81	102	120	70
17	LOPEZ GARCIA GUILLERMINA	1.51			1	30.3	68	98	106	110	60
18	REYES SANDOVAL MARIA REMEDIOS JUANA	1.34			1	30.9	54.7	95	90	110	70
19	DOMINGUEZ SANTIAGO JOSEFINA	1.47				24.1	52	82	99	120	60
20	MUÑOZ SOLIS JUANA	1.45			1	31.7	66.7	95	96	110	70
21	TREJO MARTINEZ HIGINIA	1.5				24.9	55.9	97	97	120	70
	NUMERO DE PACIENTES POR DX		10	11	14						

TABLA 5. Mediciones Octubre 2014

OCTUBRE				
PESO	CINTURA	GLICEMIA	SISTOLICA	DIASTOLICA
876.90	1353.00	1209.00	1310.00	780.00
62.64	96.64	120.90	119.09	70.91

TABLA 6. Promedios de las Mediciones Octubre 2014

No.	NOMBRE	TALLA	DIAGNOSTICO			IMC	NOVIEMBRE				
			DM	HAS	SP/OBE		PESO	CINTURA	GLICEMIA	SISTOLICA	DIASTOLICA
1	TREJO MARTINEZ DOMIRA	1.51	1			21.9	50.5	80	112	110	70
2	GARCIA MARQUEZ LUISA	1.46	1			23.6	51.1	79	106	110	70
3	ZAVALA JIMENEZ MARIA GUADALUPE	1.46	1	1	1	26.2	55.2	83	107	130	70
4	PACHECO CASTRO ENEDINA	1.53	1	1		23.8	55.7	84	105	110	70
5	MELENDEZ ESCALANTE REYNA	1.45	1	1	1	29.4	61	88	113	120	70
6	PEREZ NOTARIO GLORIA	1.44	1	1	1	30.6					
7	ZAPATERO SANCHES ANA SILVIA	1.41	1	1	1	34.1	66.3	103	120	150	80
8	VAZQUEZ HERNANDEZ IRENE	1.49	1		1	28.6	63	95	114	100	60
9	RAMIREZ DELGADO MARGARITA	1.38	1		1	29.1	57.5	91	96	110	70
10	GONZALEZ GARCIA LORENZA	1.44	1		1	34.4	70.5	100	108	110	70
11	DE JESUS ZARATE SALUSTIA	1.34		1		23.5	42	78	86	130	70
12	PAZ ANTONIA	1.49		1	1	30.1	66.5	94	113	110	60
13	HERNANDEZ MONTAÑO RAQUEL	1.42		1	1	28.0	54.4	93	99	130	70
14	CRUZ DEL ANGEL SILVIA	1.43		1	1	28.6	58	93	99	120	60
15	FUENTES MARTINEZ MARIA ASUNCION	1.47		1	1	33.2	73	81	105	110	80
16	CECILIO AGUILAR CIRILO	1.55		1		24.1	57.5	77	104	110	70
17	LOPEZ GARCIA GUILLERMINA	1.51			1	30.3	66.8	96	89	130	80
18	REYES SANDOVAL MARIA REMEDIOS JUANA	1.34			1	30.9	54	86	89	110	60
19	DOMINGUEZ SANTIAGO JOSEFINA	1.47				24.1	51.9	82	99	110	70
20	MUÑOZ SOLIS JUANA	1.45			1	31.7	67.1	96	88	110	70
21	TREJO MARTINEZ HIGINIA	1.5				24.9	56	97	105	110	70
NUMERO DE PACIENTES POR DX			10	11	14						

TABLA 7. Mediciones Noviembre 2014

NOVIEMBRE				
PESO	CINTURA	GLICEMIA	SISTOLICA	DIASTOLICA
813.30	1199.00	981.00	1220.00	700.00
62.56	92.23	109.00	122.00	70.00

TABLA 8. Promedios de las Mediciones Noviembre 2014

No.	Nombre	Dx. del paciente ¹	Evaluación de las Metas de Tratamiento									
			PESO		CIRCUNFERENCIA CINTURA		GLUCEMIA		Presión Arterial mmHg			
			BASAL	DICIEMBRE 11 2014	BASAL	DICIEMBRE 11 2014	BASAL	DICIEMBRE 11 2014	SISTOLICA		DIASTOLICA	
						BASAL	DICIEMBRE 11 2014	BASAL	DICIEMBRE 11 2014	BASAL	DICIEMBRE 11 2014	
1	TREJO MARTINEZ DOMIRA	1	50.00	48.7	83	77	102	112	100	130	50	70
2	GARCIA MARQUEZ LUISA	1	50.40	50.9	80	75	147	125	130	100	80	60
3	ZAVALA JIMENEZ MARIA GUADALUPE	1,2,3	55.90		86		118		130		80	
4	PACHECO CASTRO ENEDINA	1,2	55.60	55.9	88	86	123	108	110	110	70	70
5	MELENDEZ ESCALANTE REYNA	1,2,3	61.90	58.8	97	86	122	129	110	120	70	70
6	PEREZ NOTARIO GLORIA	1,2,4	63.40	63.6	90	89	105	95	120	110	70	60
7	ZAPATERO SANCHES ANA SILVIA	1,2,4,5,6	67.80	64.9	104	99	101	89	130	130	80	80
8	VAZQUEZ HERNANDEZ IRENE	1,3	63.50	63.6	96	93	136	123	90	100	70	60
9	RAMIREZ DELGADO MARGARITA	1,3	55.50	55.9	91	92	126	71	100	110	60	70
10	GONZALEZ GARCIA LORENZA	1,4	71.30	70.6	102	101	128	107	110	100	80	70
11	DE JESUS ZARATE SALUSTIA	2	42.20	41.9	72	73	89	91	130	125	70	70
12	PAZ ANTONIA	2,4	66.80	66.0	99	94	93	110	120	110	70	60
13	HERNANDEZ MONTAÑO RAQUEL	2,3	56.40	53.5	95	80	96	106	130	120	80	70
14	CRUZ DEL ANGEL SILVIA	2,3,5	58.40	57.0	97	86	105	96	120	130	70	70
15	FUENTES MARTINEZ MARIA ASUNCION	2,4	71.70		96		98		100		70	
16	CECILIO AGUILAR CIRILO	2,5	57.80	56.5	82	78	107	97	120	110	80	70
17	LOPEZ GARCIA GUILLERMINA	3	69.20		97		111		120		75	
18	REYES SANDOVAL MARIA REMEDIOS JUANA	2, 4	55.50	53.3	96	87	96	79	120	110	80	70
19	DOMINGUEZ SANTIAGO JOSEFINA	5	52.00	50.7	82	75	83	93	130	110	70	60
20	MUÑOZ SOLIS JUANA	4,5	66.70	65.8	100	95	107	96	120	120	80	70
21	TREJO MARTINEZ HIGINIA	7	56.00	55.8	91	87	103	103	100	120	60	70
TOTALES			884.00	673.00	1346.00	1002.00	1028.00	959.00	1440.00	1175.00	890.00	690.00
PROMEDIOS			63.14	61.18	96.14	91.09	120.8	106.55	120	117.5	74.16	69
Pacientes por DX.			BASAL	ASISTENCIA	MEDICION BASAL							
Diabéticos			10	11	PESO	CINTURA	GLUCOSA	SITOLICA	DIASTOLICA	Elaboró Trabajo Social de la Dirección de Promoción de la Salud		
Hipertensos			12	9	63.14	96.14	120.8	120	74.16			
Obesos/Sobre peso			14	10	METAS PARA ACREDITACION							
PACIENTES PRESENTES PARA LA REACREDITACION			21	18	61.25	94.14	< 126	<140	<90			

TABLA 9. COMPARATIVO DE MEDICIONES BASEALES Y MEDICIONES FINALES: AGOSTO 2014- DICIEMBRE 2014