



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



LICENCIATURA EN MEDICINA

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD CENTRADA EN LA
PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES
CRÓNICAS EN UNIDADES DE PRIMER CONTACTO DE
LA CIUDAD DE MÉXICO.

“VIVIR COMO SI NO SE TUVIERA UNA ENFERMEDAD
CRÓNICO DEGENERATIVA”

BLAS FELICIANO STEPHANI

MATRÍCULA: 2173065526

FEBRERO 2023-ENERO 2024

ASESOR INTERNO: DR. VÍCTOR RÍOS CORTÁZAR
ASESOR EXTERNO: DRA. ALEJANDRA GASCA GARCÍA

CIUDAD DE MÉXICO

ENERO 31 DEL 2024.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

Índice	
1. Presentación	3
2. El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP).	5
3. El diplomado	7
3.1 Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.	8
3.2 Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.	21
3.3 Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.	40
Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el centro de Salud T-III Tulyehualco a cargo de Stephani Blas Feliciano.	40
Acción comunitaria	57
Concepto y modelos de promoción de la salud	57
Los encuentros de salud durante el periodo de servicio social	57
3.4 Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.	65
4. Conclusiones	68
5. Referencias bibliográficas	70
Anexos	71
Anexo 1: Informe Final de Servicio Social de la carrera de Medicina	71
Anexo 2. Pláticas y Talleres durante el servicio social	76
Anexo 3. Material educativo durante el servicio social	78
Anexo 4. Fotografías del servicio social	78

1. Presentación

Este trabajo nace a partir de un conjunto de prácticas que buscan favorecer no sólo la vida de las personas que tienen una enfermedad crónica, sino también de plantear cómo un modelo innovador y con múltiples frentes tiene el poder de transformar el sistema de salud actual.

A lo largo del último año realicé mi servicio social como parte del proyecto del Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto, y en las siguientes páginas se encuentra la conclusión de dicha travesía. Se expondrán paso a paso cada una de las actividades resultantes, así como los conocimientos obtenidos a partir de estas. Lo cual no sólo constituirá evidencia de las labores realizadas, sino que irá más allá de ser un requisito en la acreditación de un trámite, será una herramienta personal y la forma de plasmar de una manera muy sintetizada un año entero de conocimiento, práctica y resultados.

Los conceptos que se detallarán serán: El Modelo expandido de cuidados crónicos, su relación con mi práctica médica y la importancia de conocerlo y aplicarlo correctamente, también se debe destacar que este programa va paralelo a un diplomado que consta de 4 módulos, cada uno de ellos estará descrito con posterioridad. Como parte del módulo 1 se anexará un ensayo acerca del fortalecimiento del autocuidado en una persona que cursa una enfermedad crónica, en el módulo 2 tendremos una revisión sistemática que nace a partir de la búsqueda de los métodos y recursos usados en el acompañamiento de la atención brindada, en el módulo 3 habrá un balance minucioso de los resultados que mi desempeño en colaboración con las bases del modelo logró en mi centro de salud de Tulyehualco. Posteriormente entraremos en materia de promoción a la salud y también como parte de las labores realizadas un acercamiento al Encuentro de salud que tuvo lugar durante este periodo.

Finalmente, en el último módulo se explicará el proceso de revisión de casos clínicos, su evolución, y los aprendizajes obtenidos a partir de todos los vistos en el transcurso de 12 meses.

Llegado el momento expondré mis conclusiones, las cuales surgieron tras un año de trabajo enriquecedor.

Uno de los primeros puntos que deseo esté en este trabajo es la incorporación que tuve a mi centro de salud y a mi Jurisdicción.

Posterior a la parte administrativa del asunto, que se realizó en las instancias correspondientes y de acuerdo a los procedimientos pertinentes, un 09 de febrero del 2023 comenzó este proceso, primero con la inducción la cual fue útil para conocer el sistema, los documentos, los programas, el marco legal y todo aquello que integra pertenecer a un sistema de salud público.

La jefa de enseñanza de manera firme y cálida brindó bienvenida y apoyo, este es un punto que deseo resaltar, ya que en lo particular a mí me sirvió en mi incorporación, escuchar que no por ser un trámite o una obligación debía perderse el verdadero propósito: el cual es ayudar a las personas, y que la prioridad es su bienestar. Comparto mi sentir porque considero que es algo que debe ser constante en cada nueva integración al servicio social.

Posteriormente tuvo lugar la inducción del proyecto la cual, si bien fue interesante, no considero haya sido una experiencia completamente fundamental, creo que hubo cosas que pudieron mejorarse, y que espero, lo hagan en el futuro.

Al llegar a mi centro de salud la experiencia fue peculiar por decir lo menos, por un aspecto de salud mi incorporación fue retardada, entonces de manera precipitada y sin más ceremonias comenzó mi labor, este ha sido un factor para que de manera constante no me haya podido sentir parte de todo el equipo que integra mi clínica.

Por último, hablado de mi participación en el proyecto y en cómo lo implemente diariamente, sólo puedo decir que ha sido la mejor de las experiencias, y hoy constituye una roca sobre la que se cimienta mi práctica médica, y que además, como persona, me ha devuelto el propósito de servir y buscar siempre la manera más completa de vivir.

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

Lo más importante en esta parte fue entender de dónde venía este modelo, por qué es la base de este programa. Para empezar antes de ver la adecuación de la UAM, conocimos el modelo de Wagner, en una de las lecturas revisadas durante el diplomado se detalló su estructura y se desglosaron los componentes. Comenzamos conociendo que las enfermedades crónicas son la condición de salud que más está prevaleciendo actualmente, y que la mejor manera de hacerle frente es con estrategias e intervenciones conjuntas, logrando así mejores resultados. (1) Es aquí donde aparece el modelo de atención crónica, el cual se compone de la interacción entre el equipo de salud con el paciente activo y la comunidad, así como también con el sistema de salud.

El equipo de salud debe estar a la vanguardia, en constante preparación tanto académica como práctica, en nuestro caso esto se logró por medio de revisión de artículos, dentro del diplomado para las sesiones, y fuera de él en el consultorio con guías de práctica clínica para el abordaje clínico, diagnóstico y terapéutico de las personas con enfermedades crónicas, así como revisión de revisiones sistemáticas siempre en pro de tomar las mejores decisiones posibles. El equipo es a su vez proactivo y lo demuestra en la práctica, debe relacionarse productivamente con el “paciente” el cual desarrolla capacidades, que le permiten ser activo, buscar información, autogestionarse, resolver problemas que puedan surgir, estas capacidades después de ser personales pasan a ser colectivas, logrando comunidades activas, en esta sección yo mencionaré cómo el Encuentro de Salud es un ejemplo perfecto de esta transición, el siguiente componente es el Sistema de Salud, el cual debe estar en constante comunicación con la comunidad, ya que la primera depende de lo informada que esté su población, si la comunidad es proactiva, sabrá qué necesita y podrá solicitarlo a las autoridades correspondientes.

Al final deben obtenerse políticas públicas que favorezcan que el modelo sea autosostenible, y esto lo puede corroborar por medio de monitoreos y evaluaciones constantes a los resultados que se obtienen al ser implementado.

Como decía, hay muchos ejemplos de los aspectos del modelo en mi práctica del servicio social, en este año me preparé en los aspectos ya mencionados, formé con mis compañeros del consultorio un equipo multidisciplinario siempre en favor de las personas vistas, fui proactiva en la consulta al estar frente a los pacientes atendidos, se dieron folletos con información sobre alimentación saludable, se dio actividad física, también llamando para corroborar estados de salud, monitorizando casos particulares, y pasando al siguiente punto se formaron buenas relaciones médico-paciente con una alianza al momento de tomar decisiones conjuntas en aspectos de tratamiento y seguimiento principalmente, aquí las personas atendidas fueron pacientes activos al momento de involucrarse en las decisiones, externando dudas, proponiendo acciones, siempre sabiéndose con la confianza de tener capacidades que los hicieran autónomos, algunos dieron actividad física en el centro de salud, dando talleres, llevando un control adecuado (como parte y no como objetivo final), escogiendo los temas de las sesiones. De manera colectiva está el encuentro de Salud, en el sistema de salud se evaluaron resultados por medio del seguimiento en la plataforma RedCap, en el aspecto de Medicina basada en evidencias se consultaron revisiones sistemáticas, e incluso se realizó una como parte de uno de los módulos.

En conclusión es un modelo actual, aplicable y que demuestra que da resultados, es importante darlo a conocer más, y así estos mismos resultados escalen a niveles más grandes.

3. El diplomado

Durante el diplomado que se llevó a cabo todos los viernes de este año, hubo la mitad de sesiones presenciales y la mitad de sesiones virtuales, la mayoría de las presenciales tuvieron lugar en la UAM Xochimilco, y las virtuales fueron por medio de la plataforma Zoom. En total se vieron 4 módulos los cuales tenían un eje principal y tuvieron a su vez como producto diferentes tipos de resultados, los enuncio a continuación, y poco a poco se desglosarán los resultados en este trabajo: Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades; Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados; Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas; Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.

En el primero se revisaron artículos relacionados con el tema, se hicieron presentaciones y se discutían las conclusiones de acuerdo con estos, favoreciendo el respeto, el intercambio de ideas y la participación, y concluyó en un ensayo donde se destaca cómo el autocuidado es fundamental en la persona que tiene una enfermedad crónica, en mi caso particular lo relacioné desde el punto de vista de cómo lo viví hasta ese momento. En el segundo hablamos de Medicina basada en evidencias, sus componentes fundamentales, la búsqueda apropiada de la mejor evidencia disponible, cómo debe ir de la mano de las preferencias de la persona que vemos, participé como ponente hablando de las fortalezas y las debilidades de este aspecto, con un artículo de Oriente, en comparación con otros que resultaron complementarios, yo aquí destacaría lo de quitar el pensamiento equivocado de que todo está sometido al tiempo, ya que ese no debe ser un factor que influya o sirva como pretexto, todo esto se tradujo en la realización de una revisión sistemática. El módulo 3 fue un conjunto de revisión de temas, y los resultados fueron variados desde hablar de promoción de la salud, hasta organizar un Encuentro de salud, y en este trabajo también se verá reflejado con los resultados desglosados de mi práctica en estos meses. El último fue sobre casos clínicos, los cuales fueron abordados de manera completa, detallada más

adelante, casi todas las sesiones en línea y con temas que surgieron a partir de las revisiones.

En lo particular a mí me gustó mucho el diplomado, considero que la participación es fundamental, cada módulo fue importante a su manera y los resultados hablan por sí solos, si pudiera hacer una sugerencia sería que se favorezca más lo dinámico, y las actividades virtuales sean las menos posibles, ya que a mí me parece que el contacto humano es fundamental en el aprendizaje y la formación de nuevos conocimientos, además es más fácil participar si veo con quién hablo.

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

A continuación, se transcribe de manera explícita mi ensayo sobre autocuidado:

Contenidos:

Introducción

Objetivos

Objetivo General

Objetivos específicos

Justificación

Atención centrada en la persona

Autocuidado

Mi servicio social dentro del modelo de atención centrado en la persona y el fomento del autocuidado en mi práctica clínica.

Conclusiones

Referencias bibliográficas

Introducción

Las enfermedades crónicas y sus complicaciones son las patologías más frecuentes en la actualidad, las que generan más gastos en salud pública, y al mismo tiempo, hay muchos aspectos dentro de ellas que pueden tratarse para que no impliquen afectaciones a nivel personal, social e institucional. Durante el módulo 1 y durante la realización del presente ensayo sabía que debía haber una duda fundamental en mí, algo que justificara el esfuerzo diario, el empeño requerido, y al mismo tiempo que significara una motivación. El tema central de este escrito es establecer la relación y la importancia entre los aspectos fundamentales del proyecto centrado en la persona, el autocuidado y mi ejercicio como pasante del servicio social. Los objetivos son definir los conceptos básicos, cuál es la relevancia que implica a nivel institucional y a nivel personal.

Una persona puede significar muchas cosas para diferentes contextos, incluso para sí misma, el tomarla como eje de la atención es lo que más ha motivado las líneas que se enuncian a continuación. Como parte del escrito también se incluyen aquellas habilidades y capacidades que mejoran el proceso de una salud completa, entendiendo que una enfermedad crónica es un proceso que nunca se detiene, pero que no debe implicar el cese de la vida.

Al contrario, existen motivos, razones y redes de apoyo que estarán ahí para dicha persona, el saber que puedo ser parte de este proceso es invaluable.

Objetivos

Objetivo General

- Describir de manera fundamentada la relación inequívoca que existe entre el autocuidado, la atención centrada en la persona y la práctica clínica realizada durante el ejercicio de mi servicio social.

Objetivos específicos

- Establecer un concepto claro acerca de qué implica la atención centrada en la persona.
- Definir en qué consiste el autocuidado, y cuál es el impacto que origina en la persona que lo realiza.
- Detallar qué capacidades y habilidades están implicadas en el autocuidado y cuáles han sido desarrolladas por personas tratadas durante la realización de mi servicio social.
- Ejemplificar de manera concisa cómo el modelo de atención centrado en la persona ha influido en mi ejercicio clínico como pasante del servicio social.
- Unificar los contenidos revisados en las sesiones del módulo 1, así como describir su relación con mi práctica médica actual.
- Expresar de manera concreta mi experiencia en el modelo de atención centrada en la persona, en el proceso de autocuidado y durante el ejercicio de mi servicio social en mi centro de salud.

Justificación

La importancia de la presente disertación radica en lo importante que es desarraigar los paradigmas de la atención médica tradicionales y el papel meramente de espectador que se le ha otorgado equivocadamente a la persona que padece una enfermedad crónica. Programas enfocados en la atención centrada en la persona, así como en el desarrollo de habilidades y capacidades para lograr el autocuidado son necesarios para permitir que la salud de las personas sea un proyecto claro, posible, y al alcance; no un lujo ni un ideal inalcanzable; también para darle la oportunidad a dicha persona, que tiene una enfermedad crónica, de comprender que la vida no se ha acabado, que una situación de morbilidad no lo define, y que, dentro de sus propias manos está la entera capacidad de alcanzar sus metas, así como de permitirse tener un completo estado de bienestar físico, mental y emocional. Por otro lado, debido al impacto que originan las enfermedades crónicas degenerativas a nivel institucional y nacional, en aspectos económicos, sociales, familiares y culturales, el contar con un abordaje como el que se describirá en el presente trabajo, el cual precisamente toma en cuenta todos estos factores y busca una integración efectiva y resolutive sobre estos permitirá alcanzar una mejora en la salud individual y colectiva, disminuyendo así, la cantidad de recursos empleados, y mejorando la calidad de la vida de las personas, lo cual va más allá de unas cifras de control, ya que también involucra la estabilidad que un individuo tiene la posibilidad de alcanzar, hablando de la plenitud con la que puede llegar a vivir y a realizarse. Este ensayo busca hacer énfasis en cada uno de estos puntos, y además relacionarlo con otro aspecto fundamental que por historia y por sistemas de educación obsoletos se ha relegado: el personal de salud que actúa no como guía ni como impositor, sino como parte importante de un proceso que mira más allá de sus simples intereses. Durante el servicio social del médico, hay una oportunidad invaluable, la cual consiste en la capacidad de adquirir las habilidades necesarias para ser un participante preparado y valioso durante el acompañamiento de una persona que padece una enfermedad crónica.

Atención centrada en la persona

Para poder hablar de en qué consiste la atención centrada en la persona debemos partir hablando de qué existía antes de este modelo. En el siglo pasado, persistían las enfermedades de tipo agudo, por ejemplo, infecciones de vías aéreas altas y bajas, así como infecciones gastrointestinales como consecuencia del inadecuado manejo de alimentos, el poco abastecimiento de servicios públicos como agua potable o de drenaje, entre otros. Que el sistema de salud continúe basando los planes de salud pública en momentos históricos que si bien, no hay que descuidar, es un error cuando se toma en cuenta que los aspectos demográficos actuales y las causas de morbilidad que acontecen han cambiado de dirección y que por esto la problemática que se origina va por completo en otro sentido muy diferente.

Las enfermedades crónicas degenerativas y sus complicaciones a nivel mundial y nacional ocupan los primeros lugares en frecuencia en aspectos de morbilidad, y desgraciadamente también entre las principales causas de mortalidad. La mención de dicho dato es relevante porque el manejo de una enfermedad crónica y una enfermedad aguda difiere de manera importante.

Una enfermedad aguda requiere un manejo inmediato y efectivo, para lo cual se empleaba un modelo tradicional, en el cual, el médico realizaba una anamnesis, una exploración física y recetaba un tratamiento corto y pertinente para la patología que se presentara en dicho caso. Sin embargo, este sistema es completamente inadecuado para tratar una enfermedad crónica, la cual requiere un tratamiento a largo plazo, así como un seguimiento cercano con la persona que lo padece, así como una adecuada relación médico paciente que permita adaptarse si así lo requiere la situación. Dentro de este planteamiento, en un sistema paternalista el médico tratante le indica a su "paciente" el diagnóstico, lo revisa, y prescribe los medicamentos que de acuerdo con la evidencia y con la experiencia con las que cuenta, considera pertinentes.

En dicho modelo no hay espacio para que la persona con la enfermedad exprese sus dudas o sus preferencias, ya que la batuta sólo es llevada por el profesional de la salud. Otro aspecto que caracteriza a esta relación es que, en las consultas subsecuentes, se hace una revisión minuciosa del aspecto físico y paraclínico para determinar si se encuentra o no en parámetros de control, se otorga una próxima cita y con ello da culminada la atención por esa ocasión.

Después de este contexto previo, es fundamental recordar por qué y por quién es que hacemos los esfuerzos en la atención médica. De manera clara y concisa la respuesta es; no se atienden enfermedades, sino personas. Es decir, seres humanos, los cuales no son sólo portadores de enfermedades, o portadores de cuadros clínicos. Estamos hablando de padres, hermanos, hijos, esposos, seres amados de otros seres humanos, los cuales efectivamente, tienen un cuerpo, con ello órganos y tejidos, sin embargo, hay mucho más.

Una persona involucra el papel que tiene en su familia, en su comunidad y en su sociedad, son parte de él sus preferencias, sus gustos, su alegría y su agonía, sus necesidades y sus capacidades. Posee inteligencia, fuerza, motivación, habilidades, debilidades, anhelos y sueños. Es importante para otras personas, funge como sustento de alguien, su historia y su contexto también forman parte de él. Dados estos hechos, el sólo revisar su aspecto físico es equivocado, ya que ignora completamente todo lo que implica ser él.

Es por ello por lo que, un modelo centrado en la persona; el cual precisamente consiste en un abordaje que pone como aspecto fundamental las prioridades, necesidades y preferencias de la persona que padece una enfermedad crónica; es la mejor opción al momento de escoger cómo se debe abordar a dicho individuo. ¹

Autocuidado

Después de entender qué es la atención centrada en la persona y por qué es un modelo vigente y con gran valor en la atención médica, procederemos a detallar otro concepto fundamental: El Autocuidado. Durante el desarrollo del módulo 1 “Fortalecimiento del Autocuidado en personas con enfermedad crónica” se hicieron revisiones de diferentes artículos, sin embargo, en uno de ellos el propósito de los autores Van de Velde et al. era delimitar un concepto unificado acerca del autocuidado. De acuerdo con ellos, este concepto hace referencia a cómo la persona de manera inherente contiene dentro de sí la capacidad de vivir con todas las implicaciones clínicas, sociales y emocionales que derivan de su enfermedad crónica, ya que es alguien que posee una serie de características específicas tales como: ser responsable, activo, autónomo y conocer la información pertinente respecto a su padecimiento, así como está dispuesto a colaborar con el personal de salud y las redes de apoyo con las que cuente. ²

En primera instancia este concepto puede parecer muy complejo, no obstante, es más fácil lograr aterrizarlo si se toma en cuenta que una persona que ejerza el autocuidado debe poseer ciertas características. De manera desglosada hablamos de que la persona debe participar activamente en colaborar con la toma de decisiones que le competen por tratarse de su enfermedad, es responsable con sus acciones y asume las consecuencias de las decisiones compartidas, su actitud debe mantenerse optimista ante las dificultades, está comprometido en informarse sobre la situación en la que se encuentra, expresa cuáles son sus preferencias, necesidades y qué es aquello que necesita. Todo esto formando una alianza con su equipo de salud, y sus redes de apoyo, ya que debe ser consciente que la tratarse de una enfermedad crónica hablamos de una situación que lo acompañará a lo largo de cada año, debe trabajar continuamente en el desarrollo de determinadas habilidades, las cuales detallaremos más adelante. Finalmente, debe conocerse y conectarse consigo mismo, siendo consciente de sus limitaciones, las competencias que debe desarrollar, sin dejar de seguir

fomentando sus fortalezas previas, así como saberse parte del proceso, una parte que es fundamental y que sin la cual ninguno de estos aspectos sería posible. ²

Retomando cuáles son las habilidades indispensables en alguien que padece una enfermedad crónica es necesario que ante dificultades que se presenten debe aprender a formular una solución en concreto, aprendiendo a adaptarse y a aprovechar al máximo las habilidades que ya tiene, y abro aquí un espacio para detallar un poco más a qué me refiero con este punto. Una persona independientemente de las circunstancias que ha vivido, y de las ventajas o desventajas que haya tenido, adquiere un aprendizaje, desarrolla capacidades y no debe dudar que esas capacidades pueden hacer la diferencia al momento de procurar su autocuidado. ²

Continuando con las habilidades, entramos en el concepto de autogestión, el cual consiste en que, al encontrarse informado, el individuo posee el conocimiento, cuenta con el apoyo de su médico, puede decidir y lo hace efectuando decisiones en pro de su salud. Al encontrarse en un equipo, debe saber que existen recursos de todo tipo, tanto materiales, como intangibles, esto puede ir desde un equipo electrónico hasta la colaboración de sus familiares. En los aspectos finales hablaremos de apoyo y de motivación.

Un apoyo imprescindible en el paciente con enfermedad crónica lo representa el médico que lo trata, por lo tanto, el establecer una relación médico-paciente adecuada y de confianza puede representar un hito importante en la vida de esta persona. Juntos forman una alianza, en la cual se forman proyectos, se establecen metas a corto y largo plazo, y se evalúan en conjunto para identificar los problemas y celebrar los logros.

Las habilidades y competencias descritas con anterioridad son un aspecto fundamental que se trabaja constantemente en el proyecto de atención centrada

en la persona. Las que más se trabajan en conjunto en mi centro de salud se centran en que gracias a la información otorgada, de manera clara y en un ambiente que favorece la confianza, la colaboración y la comunicación establecemos un proyecto en el que ambos hacemos compromisos, establecemos acuerdos, definimos metas posibles de lograr, basándonos en las fortalezas propias de las que ya se han hablado, se insta a identificar problemáticas y canales de solución.

Los resultados han sido contundentes, y no estamos hablando de metas de control o disminución de valores paraclínicos, que, si bien son parámetros para tomar en cuenta, no deben constituir el eje en la atención, sino se incurriría en cometer los mismos errores de modelos anteriores. Cuando hablamos de resultados hablamos de la persona, de la vida afectiva, de la construcción de una relación de acompañamiento y colaboración, del fomento de todas las características que conlleva el autocuidado, de no olvidar qué es lo más importante.

Cada una de las personas que he tratado en los últimos meses agradecen pertenecer a este proyecto, saber que existe un plan donde la prioridad son ellos y lo que tienen, adquieren conocimiento y confianza, considero que precisamente son estos los resultados que buscan obtenerse.

Mi servicio social dentro del modelo de atención centrado en la persona y el fomento del autocuidado en mi práctica clínica.

Para que el modelo de atención centrada en la persona sea efectivo la persona con una enfermedad crónica debe adquirir la capacidad de autocuidado y con ello todo lo que deriva, que ya se ha desarrollado con anterioridad. En esta última sección relacionaré estos temas relevantes con mi experiencia en el proyecto y mi práctica en mi centro de salud.

De acuerdo con Martínez C. es importante que cualquier profesional de la salud, así sea uno en formación, no olvide que la manera en que comunica la información a los pacientes hace mucha diferencia entre una relación adecuada y una con barreras entre ambos. La carrera de Medicina dura varios años, y aún con esto, conlleva un proceso arduo comprender mecanismos y funcionamientos de aspectos biológicos o farmacológicos. Debemos ser conscientes que para una persona con enfermedad crónica el exceso de información no hará que lo transmitido sea más claro. ³

Este último punto es para remarcar que una relación médico-paciente involucra compromiso de ambas partes. El médico o médica debe ser capaz de adaptar la información otorgada, de asegurarse que está clara, que se entiende y que, en caso de generarse dudas, éstas también son resueltas. Es por ello por lo que, el modelo centrado en la persona ha influido de manera notable en la mejora de la atención médica que proporcionamos los pasantes del servicio social que pertenecemos a este proyecto.

Al principio, al egresar de la licenciatura, hay una percepción centrada en la enfermedad, sin embargo, si conocemos a fondo los beneficios de que se realice el autocuidado, no habrá dudas de que la atención debe estar en la persona.

El módulo 1 ha llegado a su final, pero eso no significa que todo lo aprendido quede en un ensayo por escrito y en sesiones pasadas. Al contrario, en este momento se cuentan con más herramientas para llevarlo a cabo. Mi experiencia ha sido marcada por las lecturas, las opiniones de mis compañeros, las personas a las que trato diario en el consultorio, ellos me demuestran día a día que el compromiso con su salud está más presente que nunca.

Siempre hay espacio para mejorar, y por supuesto que existen posibilidades de hacerlo, pero, así como con las personas que veo hago un balance de en qué podemos mejorar, también es importante hacer un espacio para remarcar los puntos fuertes y no perder de vista todos los beneficios que conlleva para ellos, para nosotros y para lograr que un sistema de salud mejore la calidad de la atención que brinda.

Conclusiones

La atención centrada en la persona ha cambiado la manera en que vemos a las personas que acuden por padecer alguna enfermedad crónica, durante el ensayo realizado me he limitado a llamarlo de esa manera, evitando en la medida de lo posible recurrir a la palabra “paciente”, ya que se ha explicado exhaustivamente a quiénes vemos a diario. Los beneficios considero, deben ser difundidos, para que la aplicación escale, también creo que estos temas desarrollados en el módulo 1 deben estar al alcance de estudiantes de medicina en formación, con lo cual será más sencilla hacer la transición a un modelo más efectivo.

Para mí lo mejor de estos meses, y este módulo fue la posibilidad de compartir y adquirir conocimiento, con mis compañeros y las personas que veo todos los días en el centro de salud, de sentir conexión auténtica, con todo lo que implica que yo también soy una persona, alguien que es posible conmoverse, sentir y ayudar.

Los puntos más débiles son la falta de comunicación entre las instancias, la poca (en algunas ocasiones) participación que puede suscitarse en algunas sesiones, y el poco apoyo por parte de las instituciones en cuestión de recursos o facilidad de tiempos y espacios.

Entiendo que debe haber propuestas concretas, para mejorar, y sin propósito de ser reiterativa deseo que la comunicación entre canales institucionales mejore, y también propondría más sesiones presenciales, e incluso, si bien un encuentro debe hacerse con tiempo y planeación, considero que puede hacerse alguna sesión especial en medio de los encuentros con las personas tratadas, para escuchar sus inquietudes y tener posibilidad de mejorar.

Referencias bibliográficas

1. Shyong TE, Wei YT, Person-centred care in diabetes: what is it based on and does it work? SFP2020; 46(7): 11-15.
2. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept análisis. BMJ Open 2019;9:e027775.
3. Martínez C, Las distintas concepciones de la enfermedad. Una indagación desde la Medicina Narrativa en México. En: Valero, A. (Comp.). Promoción, alfabetización e intervención en salud UNAM. 2019:213-230.

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

Como parte de la búsqueda de la mejor evidencia disponible en mi actuar médico en la toma de decisiones conjunta, anexo la revisión sistemática realizada:

Índice:

Introducción

Objetivo General

Objetivos Específicos

Protocolo de revisión sistemática

Justificación

Pregunta de investigación

Descriptores, palabras claves y términos relacionados

Tipo de reportes de investigación a recuperar

Criterios de inclusión

Criterios de exclusión

Estrategia de búsqueda

Elaboración de revisión sistemática

Selección de reportes de investigación

Resultados

Recomendaciones

Conclusiones

Referencias

Anexos

Anexo 1

Anexo 2

Anexo 3

Anexo 4

Introducción

Las dislipidemias son un grupo de trastornos que se caracterizan por concentraciones sanguíneas anormales de colesterol total, triglicéridos y colesterol de alta densidad (HDL). Se han consolidado como factores causales de aterosclerosis, una enfermedad que se caracteriza por el depósito de placas de grasa en las paredes de las arterias. La aterosclerosis puede conducir a un estrechamiento de las arterias, lo que puede dificultar el flujo sanguíneo y aumentar el riesgo de eventos cardiovasculares, como el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular.

La etiología de las dislipidemias es multifactorial, es decir, está influenciada por una combinación de factores genéticos y ambientales. Los factores genéticos incluyen mutaciones en genes que codifican proteínas que participan en el metabolismo de las grasas. Los factores ambientales incluyen una dieta alta en grasas saturadas y trans, una falta de actividad física y el tabaquismo.

El tratamiento de las dislipidemias se centra en la reducción de los niveles de lípidos en sangre. Los objetivos de tratamiento varían según el riesgo cardiovascular del paciente. En general, se recomienda que los pacientes con riesgo cardiovascular bajo tengan niveles de colesterol LDL inferiores a 160 mg/dL, los pacientes con riesgo cardiovascular moderado tengan niveles inferiores a 130 mg/dL y los pacientes con riesgo cardiovascular alto tengan niveles inferiores a 100 mg/dL.

Los fármacos hipolipemiantes son el tratamiento principal para las dislipidemias. Por lo general se sabe que las estatinas son los fármacos hipolipemiantes más eficaces para reducir los niveles de colesterol LDL, y que los fibratos son eficaces para reducir los niveles de triglicéridos.

La pregunta de investigación planteada en esta revisión sistemática es: ¿Cuál es la opción de tratamiento farmacológica más efectiva para alcanzar los objetivos de control lipídico en pacientes con hipertrigliceridemia y alto riesgo cardiovascular?

Esta revisión sistemática se centrará en los siguientes aspectos:

- Eficacia de las estatinas de alta intensidad y los fibratos en la reducción de los niveles de triglicéridos en sangre.
- Seguridad de las estatinas de alta intensidad y los fibratos.
- Tolerabilidad de las estatinas de alta intensidad y los fibratos.

Se espera que los resultados de esta revisión sistemática proporcionen información valiosa para la toma de decisiones clínicas sobre el tratamiento de la hipertrigliceridemia en pacientes con alto riesgo cardiovascular. Además, el enfoque holístico adoptado en esta revisión tocará también los factores socio-culturales que contribuyen a la complejidad de las dislipidemias, logrando así no sólo identificar las brechas en la terapéutica actual sino proponer

estrategias efectivas que aborden todos los aspectos que influyen en el manejo de estas condiciones.

Objetivo General

Analizar de manera integral la gestión más adecuada de la hipertrigliceridemia en pacientes de 40-75 años con un riesgo cardiovascular alto ($\geq 10\%$ en 10 años), centrándose en la efectividad comparativa de las estatinas de alta intensidad y los fibratos como tratamientos farmacológicos para alcanzar los objetivos de control lipídico (< 200 mg/dL) en un plazo de 2 meses.

Objetivos Específicos

1. Revisar y evaluar la evidencia científica disponible sobre la relación entre la hipertrigliceridemia y el riesgo cardiovascular en pacientes de 40-75 años.
2. Identificar y analizar las causas y factores asociados a la falta de control lipídico en pacientes con hipertrigliceridemia y riesgo cardiovascular alto.
3. Examinar y comparar la eficacia y seguridad de las estatinas de alta intensidad y los fibratos en el tratamiento de la hipertrigliceridemia en el grupo poblacional mencionado.
4. Evaluar la variabilidad en la respuesta terapéutica, así como los posibles efectos adversos, asociados con el uso de estatinas de alta intensidad y fibratos en pacientes con hipertrigliceridemia.
5. Proponer recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para la elección adecuada entre estatinas de alta intensidad y fibratos como tratamiento farmacológico en pacientes de 40-75 años con hipertrigliceridemia y riesgo cardiovascular alto, considerando el logro de los objetivos de control lipídico en un plazo de 2 meses.

Protocolo de revisión sistemática

Justificación

La elección de enfocarnos en la dislipidemia, especialmente en la hipertrigliceridemia, como el tema central de nuestra revisión sistemática se sustenta en la elevada prevalencia de esta condición en nuestros centros de salud. Es una preocupación constante la dificultad persistente para lograr el control lipídico en nuestros pacientes, a pesar de la implementación de diversas estrategias higiénico-dietéticas y la aplicación de terapias farmacológicas recomendadas. Este desafío nos ha impulsado a llevar a cabo una revisión exhaustiva que no solo identifique las disparidades en el tratamiento, sino que también se apoye en la evidencia científica más reciente.

Es relevante señalar que, al investigar las causas detrás de la falta de control lipémico en nuestro entorno, hemos identificado que el consumo generalizado de alimentos industrializados con un alto índice glucémico juega un papel significativo en esta situación. Además, la arraigada tradición de seguir una dieta basada en la milpa revela un sesgo hacia la ingesta de carbohidratos, especialmente leguminosas, cereales y derivados del maíz. Estos factores adicionales no sólo subrayan la complejidad del problema, sino que también resaltan la importancia de abordar no sólo las modalidades de tratamiento, sino también los aspectos dietéticos y culturales que contribuyen a esta problemática de salud. Reconocemos que una gestión eficaz y oportuna de enfermedades crónicas no solo beneficia la salud a corto plazo de los pacientes, sino que también mitiga el riesgo de complicaciones a largo plazo.

En este contexto, nuestra revisión se erige como una herramienta valiosa para comprender y abordar de manera integral la gestión de la dislipidemia, considerando tanto los desafíos clínicos como los factores socio-culturales que influyen en su evolución. Este enfoque holístico se alinea con la necesidad imperante de no solo identificar las brechas en el tratamiento, sino también de proponer estrategias efectivas que aborden las complejidades de esta condición en nuestro contexto específico.

Así pues, la presente revisión sistemática se fundamenta en la relevancia crítica de abordar la hipertrigliceridemia como factor intrínseco de las enfermedades cardiovasculares, que actualmente constituyen la principal causa de mortalidad a nivel global. Según datos respaldados por un estudio que incluyó pacientes de 21 países y que tuvo un seguimiento promedio de 9.5 años, estas enfermedades, que engloban la enfermedad arterial coronaria, cerebrovascular y arterial periférica, representaron el 40% de los casos de fallecimiento (1). En el contexto específico de México, en 2022, estas condiciones contribuyeron a 200,023 muertes, evidenciando una alta incidencia entre la población a partir de los 35 años (2).

Los factores de riesgo cardiovascular modificables, entre los cuales se destacan las dislipidemias, desempeñan un papel crucial en la evolución y pronóstico de estas patologías. Es pertinente subrayar que, a nivel global, la Organización Mundial de la Salud reportó una prevalencia del 39% de dislipidemia en adultos en 2008, con tasas más elevadas en diversas regiones del continente americano (48%) (3). En México, se ha observado un incremento en las cifras de dislipidemias en los últimos años; en 2006 era de 8.6% (8.2,9.1) con un diagnóstico médico; en 2012, 26.0% (24.9,27.0), en 2018, 30.4% (29.4,31.4) y en 2022, 30.6% (28.8,32.4) (4). Resultados de estudios realizados en unidades de atención médica respaldan esta tendencia, estimando prevalencias de dislipidemia que alcanzan hasta el 41%, y que podrían elevarse al 66% en poblaciones similares de otras regiones del país (5)(6).

La gestión eficaz de la dislipidemia, particularmente en lo concerniente al colesterol LDL, se presenta como un punto focal de intervención. Investigaciones indican que una reducción de 38.6 mg/dL de LDL puede disminuir la incidencia de cardiopatía isquémica en un 11% anual y la tasa de enfermedad cerebrovascular en un 10% (7).

Es imperativo recalcar que no basta solo con la reducción del LDL, sino que es crucial llevar a cabo este proceso en el menor tiempo posible, dado que la duración de la exposición a niveles elevados de LDL guarda una relación directa con la incidencia de eventos cardiovasculares (8). De acuerdo con las fuentes consultadas, se ha demostrado una disminución del 12% en la incidencia de eventos cardiovasculares cuando se logra una reducción significativa de los niveles elevados de triglicéridos (9). Por tanto, tanto los niveles de LDL como de triglicéridos representan objetivos esenciales en la definición de metas terapéuticas para el control de las dislipidemias.

En el contexto nacional, las enfermedades cardiovasculares representan un desafío de salud pública que incide directamente en el bienestar de nuestra población y, de manera indirecta, en el aspecto económico de los sistemas de salud. El gasto de recursos destinados para el tratamiento de estas condiciones ha aumentado significativamente, y una parte sustancial de la población afectada corresponde a individuos económicamente activos. Es destacable que, en este escenario, la dislipidemia se posiciona como un factor de riesgo cardiovascular modificable con una alta prevalencia, y en un porcentaje considerable de los casos, no se diagnostica ni trata adecuadamente.

Por consiguiente, la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de la dislipidemia emergen como áreas de oportunidad para reducir la incidencia de enfermedades cardiovasculares, así como la mortalidad y morbilidad en nuestra población (10). En virtud de esta significativa relevancia, se propone llevar a cabo la presente revisión sistemática con el fin de consolidar y actualizar la evidencia disponible en el ámbito de la gestión de las dislipidemias y su impacto en las enfermedades cardiovasculares, contribuyendo así a la optimización de las estrategias de prevención y tratamiento en esta esfera de la salud pública.

Pregunta de investigación

¿En pacientes de 40-75 años con hipertrigliceridemia ≥ 200 mg/dL y un riesgo cardiovascular alto (5 a 10% en 10 años) cuál es el tratamiento farmacológico más efectivo para alcanzar los objetivos de control lipídico (< 200 mg/dL) en un plazo de 2 meses: estatinas de alta intensidad o fibratos?

Descriptor, palabras claves y términos relacionados

Palabras clave: pacientes adultos, hipertrigliceridemia, estatinas de alta intensidad, fibratos, riesgo cardiovascular.

Keywords: adult middle aged, aged 80 and over, humans, statins, hmg coa, fibric acids, fibrates, cardiovascular risk.

Términos MeSH:

P: adult middle aged, aged 80 and over, humans.

I: therapy statins/hmg coa

C: therapy fibric acids, fibrates

O: Cardiovascular Risk

Posteriormente, dentro del algoritmo a desarrollar se agregarán los operadores booleanos OR, AND.

Tipo de reportes de investigación a recuperar

Para la realización de este proyecto se incluyen de manera prioritaria revisiones sistemáticas con metaanálisis, y de manera complementaria se han incluido ensayos clínicos aleatorizados y estudios de cohorte retrospectivo.

Criterios de inclusión

Documentos escritos en idioma inglés o español

Publicaciones de los últimos 10 años.

Enfoque en la etiología y la terapéutica de la hipertrigliceridemia (> 200 mg/dL)

Población de 40 a 75 años de edad.

Personas con un riesgo cardiovascular alto (5 a 10% en 10 años)

Criterios de exclusión

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés

Personas menores de 18 años o mayores de 75 años.

Estudios de más de 10 años de antigüedad.

Hipertrigliceridemia menor a 200 mg/dL

Personas sin riesgo cardiovascular, o con riesgo cardiovascular de leve a moderado

Estrategia de búsqueda

Para fines de esta revisión sistemática se realizó la búsqueda de artículos la última quincena de noviembre y la primera quincena de diciembre del año 2023, dentro

de los estudios utilizados se extrajeron artículos científicos especializados de las siguientes bases de datos: PubMed, Biblioteca Cochrane, SciELO.

Se dio prioridad a revisiones sistemáticas con metaanálisis, además de estudios de cohorte, ensayos clínicos aleatorizados. Los dos autores de la revisión, de forma independiente, examinaron los títulos y resúmenes para la posible inclusión de los estudios. Y posteriormente, identificaron de forma independiente los artículos de texto completo y extrajeron los datos. Las discrepancias se resolvieron por consenso.

Algoritmo desarrollado para el recurso PubMed

Términos MeSH

1. Cardiovascular risk
2. Therapy
 - 2.1. Fibrates
 - 2.2. Statins
3. Age
 - 3.1. Adults (19-44)
 - 3.2. Middle aged (45-64)
 - 3.3. 80 and over
4. Human population
5. Publication date 2013-2023
6. Language
 - 6.1. English
 - 6.2. Spanish
7. Text availability
 - 7.1. Free text
 - 7.2. Free full text

Resultando en el siguiente algoritmo, que incluye los términos MeSH y los operadores booleanos:

("cardiovascular risk" AND "fibrates" AND "statins") AND (adult[MeSH Terms] OR middle aged[MeSH Terms] OR aged, 80 and over) AND (humans[MeSH Terms]) AND ("2013"[Date - Publication] : "2023"[Date - Publication]) AND (English[Language] OR Spanish[Language]) AND (free text[*sb*] OR free full text[*sb*]).

En el Anexo 1 se detalla el algoritmo de búsqueda utilizado en cada recurso utilizado y la cantidad de artículos hallados y seleccionados en cada uno de ellos.

Elaboración de revisión sistemática

Selección de reportes de investigación

En el Anexo 2 se desglosan en una tabla los estudios obtenidos con base en los algoritmos de búsqueda, así como la selección final de las investigaciones, y se explica brevemente las razones por las cuales hubo algunos excluidos.

Resultados

Una vez seleccionados los artículos, se realizó una exhaustiva revisión de cada uno de ellos, donde se obtuvo información valiosa, la cual sienta las bases de recomendaciones basadas en la mejor evidencia posible. En el anexo 3 se incluye una tabla con los datos de identificación de cada uno, así como la información más relevante de manera concreta.

De acuerdo con Roussel et al. 2015, la promoción de la medicina basada en evidencias permitirá mejorar la calidad de la atención, lo cual garantizará una atención más uniforme, y, lo deja claramente ejemplificado en el estudio clínico aleatorizado de 24 semanas que ejecutó, donde de hecho comparó los efectos de la monoterapia con gemfibrozil vs simvastatina en pacientes con Diabetes tipo 2 (DM2), con triglicéridos (TG) ≥ 200 mg/dL y alto riesgo cardiovascular.

La simvastatina redujo los niveles de LDL en un 50%, mientras que el gemfibrozil sólo los redujo en un 40%. El gemfibrozil redujo los niveles de TG en un 40%, mientras que la simvastatina los redujo en un 20%. El gemfibrozil también aumentó los niveles de HDL en un 10%, mientras que la simvastatina no tuvo ningún efecto. En ambos grupos de tratamiento, los efectos adversos más comunes fueron dolores musculares, náuseas y diarrea. Los fibratos pueden aumentar el riesgo de litiasis biliar, especialmente en pacientes con antecedentes de esta afección.

Ambos tratamientos fueron eficaces en la reducción del riesgo cardiovascular, sin embargo, el gemfibrozil redujo los triglicéridos en mayor medida que la simvastatina. Al menos en esta población en particular (>50 años) los resultados sugieren que el gemfibrozil puede ser una opción terapéutica más eficaz (11).

Por otra parte, en el mismo estudio se establece que los fibratos no son tan efectivos disminuyendo el riesgo cardiovascular, aspecto en el que Jakob 2016, coincide, ya que en la revisión sistemática donde evaluó la eficacia de los fibratos para la prevención primaria de eventos cardiovasculares los resultados mostraron que los fibratos no reducen el riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes sin enfermedad cardiovascular previa. Sin embargo, es importante señalar que los estudios incluidos en la revisión fueron relativamente pequeños y de corta duración. Se necesitan más estudios para evaluar el efecto a largo plazo de los fibratos en la prevención primaria de eventos cardiovasculares (12).

Este punto es relevante, cuando Copeland, et al. 2018, nos recuerda que este viejo dogma de “fibratos antes que estatinas” debe estudiarse a profundidad, antes de llevarlo a cabo al pie de la letra. Él mismo realizó un estudio observacional donde encontró que los pacientes con pancreatitis aguda y triglicéridos ≥ 200 mg/dL tenían un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares a corto plazo. Los resultados del estudio sugieren que el control de los triglicéridos (y no sólo la

disminución del riesgo cardiovascular per se) puede ser importante para reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares en esta población, donde comienza a introducir esta idea de optar mejor por el uso de estatinas dada la vía fisiopatológica de la pancreatitis aguda (13).

Es en la declaración de consenso del tratamiento de las dislipidemias donde Béliard et al. 2017, nos proporciona recomendaciones generales para el manejo de las dislipidemias en adultos basadas en la evidencia científica disponible. Y refuerza la idea de que las estatinas constituyen el tratamiento de primera línea para la mayoría de los pacientes con dislipidemia, incluyendo aquellos con hipertrigliceridemia y alto riesgo cardiovascular. Estableciendo que los fibratos pueden considerarse como una opción alternativa en casos específicos, por ejemplo, en pacientes con hipertrigliceridemia grave o con respuesta insuficiente a las estatinas (14).

Por supuesto, no se debe perder de vista que la medicina basada en evidencias debe considerar a la persona que recibe la atención. Zhu et al. 2020, en el estudio observacional que realizó, parte primero que nada con medidas no farmacológicas para el tratamiento de la dislipidemia las cuales incluyen: regulación de la dieta, ejercicio, moderación del consumo de alcohol y pérdida de peso. Además, evaluó el efecto de añadir fenofibrato a la terapia con estatinas en pacientes con DM2 y dislipidemia. Encontrando que los pacientes que recibieron fenofibrato adicional tuvieron una reducción significativa de los triglicéridos (27%) y de los eventos cardiovasculares mayores que aquellos que no lo recibieron (17%). Apuntando más hacia una terapia combinada, ya que hace énfasis en que disminuir los niveles de triglicéridos debe ser tan importante como disminuir el riesgo cardiovascular (influido por los niveles elevados de LDL), y de manera paralela deben tratarse las comorbilidades que tenga la persona (15).

Todos los estudios antes mencionados abarcan poblaciones con determinadas características, algunas muy diferentes de las que imperan en Latinoamérica, es por eso que incluir el artículo de revisión de Ponte et al. 2017, constituye una adición oportuna y relevante. Aquí los autores destacan la alta prevalencia de hipertrigliceridemia en esta región, así como las particularidades de su manejo. Los resultados del estudio sugieren que es necesario desarrollar estrategias específicas para abordar el problema de la dislipidemia en Latinoamérica (16).

Dentro de los puntos más importantes que destacaron señalan las causas de esta prevalencia, como son: alta ingesta de alimentos con alta densidad calórica, alto contenido de colesterol, grasas trans, sedentarismo, los cambios epigenéticos, así como el estrés psicosocial. Y por ello, el tratamiento no debe limitarse a ser puramente farmacológico, sino que debe tener en cuenta todo el conjunto de razones que llevan a una dislipidemia, que van desde las culturales hasta las socioeconómicas. Hablando del aspecto farmacológico apuntan a uno complementario entre estatinas (que reducen los niveles de triglicéridos de un 15 a

un 50%, y aumenta los niveles de HDL hasta en un 15%), y fibratos, si el primero no logra la meta propuesta (sobre todo para aumentar niveles de HDL).

Además, proponen ciertos cambios en las políticas públicas, que van desde aplicación de impuestos a los alimentos altos en azúcares y calorías, restricción de su venta en escuelas, y uso de etiquetado especial, hasta incrementar el acceso a alimentos saludables, mayor educación a la población sobre alimentos poco nutritivos, y que ésta comience desde la infancia.

Por último, agregan que hay aspectos que también pueden afectar la prevención de enfermedades cardiovasculares, como son las desigualdades económicas y sociales que imperan en la población, las cuales llevan a un diagnóstico y tratamientos inadecuados. Haciendo hincapié en que un primer paso en el manejo es reconocer cuáles son los factores de riesgo y las características específicas de las personas que serán tratadas.

Finalmente, en el Anexo 4 se anexa una tabla de comparación de los efectos de las estatinas de alta intensidad y los fibratos en pacientes con hipertrigliceridemia y alto riesgo cardiovascular.

Recomendaciones

Respondiendo a la pregunta de investigación de esta revisión; las estatinas de alta intensidad se recomiendan como tratamiento de primera línea para pacientes con hipertrigliceridemia moderada o grave y alto riesgo cardiovascular. Los fibratos se recomiendan de manera alternativa a las estatinas de alta intensidad en pacientes con triglicéridos muy elevados o con respuesta insuficiente a las estatinas.

En el manejo de la hipertrigliceridemia deben tomarse en cuenta las comorbilidades que curse la persona que será tratada, así como aquellos aspectos que puedan influir en la terapéutica, que van desde factores de riesgo personales, hasta aspectos sociales, culturales y económicos. Buscando establecer el tratamiento más integral posible, que considere cada uno de estos rubros, siempre en pro del bienestar del paciente.

De manera complementaria consideramos que se necesitan más estudios para abordar las siguientes limitaciones:

- **Tamaño y duración:** Se necesitan estudios de mayor tamaño y duración para confirmar los resultados de los estudios incluidos en esta revisión sistemática.

- Selección de pacientes: Se necesitan estudios en poblaciones más amplias, representativas de la población general.
- Medición de los resultados: Se necesitan estudios con medidas de resultados más sensibles, como los eventos cardiovasculares graves.

Por otra parte, proponemos la realización de estudios comparativos directos: Se necesitan estudios comparativos directos de las estatinas de alta intensidad y los fibratos en pacientes con hipertrigliceridemia y alto riesgo cardiovascular. Estos estudios deberían ser de mayor tamaño y duración que los estudios incluidos en esta revisión sistemática.

Estos estudios proporcionarán información adicional sobre la eficacia y seguridad de las estatinas de alta intensidad y los fibratos en el tratamiento de la hipertrigliceridemia y el alto riesgo cardiovascular.

Conclusiones

La hipertrigliceridemia es un trastorno lipídico que se caracteriza por niveles elevados de triglicéridos en sangre. Los triglicéridos son un tipo de grasa que se almacena en el hígado y se libera a la sangre para ser utilizada como energía. Los niveles elevados de triglicéridos se asocian con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, como la aterosclerosis, el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular.

El tratamiento de la hipertrigliceridemia tiene como objetivo reducir los niveles de triglicéridos y, por lo tanto, el riesgo cardiovascular. Las estatinas de alta intensidad y los fibratos son dos opciones terapéuticas eficaces para el tratamiento de la hipertrigliceridemia y el alto riesgo cardiovascular.

Las estatinas de alta intensidad son más eficaces en la reducción de los niveles de colesterol LDL, el colesterol "malo" que se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Los fibratos son más eficaces en la reducción del nivel de triglicéridos. La elección del tratamiento dependerá de una serie de factores, como los niveles de triglicéridos, el colesterol LDL y HDL, el riesgo cardiovascular y la historia clínica del paciente.

De manera concreta, y contrario a la creencia de "fibratos antes que estatinas", las estatinas de alta intensidad se recomiendan como tratamiento de primera línea para pacientes con hipertrigliceridemia moderada o grave y alto riesgo cardiovascular. Los fibratos se recomiendan como opción alternativa a las

estatinas de alta intensidad para pacientes con triglicéridos muy elevados o respuesta insuficiente a las estatinas.

Los estudios incluidos en esta revisión sistemática tienen varias limitaciones, que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados. Se necesitan más estudios para abordar estas limitaciones y establecer recomendaciones definitivas.

Finalmente, y como uno de los puntos más relevantes surgidos a partir de esta revisión, la prevalencia de la dislipidemia debe entenderse como una entidad multifactorial, donde influyen aspectos económicos, sociales y culturales, generando un gran impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen. El diagnóstico oportuno, un tratamiento eficaz basado en la mejor evidencia disponible que vaya más allá de sólo el aspecto farmacológico y la implementación de políticas que cubran las necesidades que tiene la población deben ser las prioridades número uno.

Referencias

1. Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, Islam S, Mentz A, Hystad P, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): A prospective cohort study. *The Lancet*. 2020;395(10226):795–808. doi:10.1016/s0140-6736(19)32008-2.
2. INEGI: Estadísticas de defunciones reportadas en 2022, octubre 2023 Comunicado de prensa número 644/2331.
3. World Health Statistics 2008. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
4. Escamilla-Núñez MC, Castro-Porrás L, Romero-Martínez M, Zárate-Rojas E, Rojas-Martínez R. Detección, Diagnóstico Previo y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles en Adultos Mexicanos. *ENSANUT 2022. Salud Pública de México*. 2023;65. doi:10.21149/14726.
5. Rodríguez RBY, Ramírez BL, Alvarado GT, et al. Prevalencia de dislipidemia y riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aten Fam*. 2019;26(3):81-84.
6. Meaney A, Ceballos-Reyes G, Gutiérrez-Salmeán G, Samaniego-Méndez V, Vela-Huerta A, Alcocer L, et al. Cardiovascular risk factors in a Mexican middle-class urban population. The Lindavista Study. baseline data. *Archivos de Cardiología de México*. 2013;83(4):249–56. doi:10.1016/j.acmx.2013.05.002.
7. Law MR. Quantifying effect of statins on low density lipoprotein cholesterol, ischaemic heart disease, and stroke: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003;326(7404):1423–0. doi:10.1136/bmj.326.7404.1423.
8. Domanski MJ, Tian X, Wu CO, Reis JP, Dey AK, Gu Y, et al. Time course of LDL cholesterol exposure and cardiovascular disease event risk. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020;76(13):1507–16. doi:10.1016/j.jacc.2020.07.059.
9. Maki KC, Guyton JR, Orringer CE, Hamilton-Craig I, Alexander DD, Davidson MH. Triglyceride-lowering therapies reduce cardiovascular disease event risk in subjects with hypertriglyceridemia. *Journal of Clinical Lipidology*. 2016;10(4):905–14. doi:10.1016/j.jacl.2016.03.008.
10. Rivas-Gomez B, Almeda-Valdés P, Tussíé-Luna MT, Aguilar-Salinas CA. Dyslipidemia In Mexico, A Call For Action. *Rev Invest Clin*. 2018;70(5):211-216. doi: 10.24875/RIC.18002573.
11. Roussel R, Chaignot C, Weill A, Travert F, Hansel B, Marre M, et al. Use of fibrates monotherapy in people with diabetes and high cardiovascular risk in primary care: A French nationwide cohort study based on National Administrative Databases. *PLOS ONE*. 2015;10(9). doi:10.1371/journal.pone.0137733.
12. Jakob T, Nordmann AJ, Schandelmaier S, Ferreira-González I, Briel M. Fibrates for primary prevention of cardiovascular disease events. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;2017(3). doi:10.1002/14651858.cd009753.pub2.

13. Copeland LA, Swendsen CS, Sears DM, MacCarthy AA, McNeal CJ. Association between triglyceride levels and cardiovascular disease in patients with acute pancreatitis. *PLOS ONE*. 2018;13(1). doi:10.1371/journal.pone.0179998.
14. Béliard S, Bonnet F, Bouhanick B, Bruckert E, Cariou B, Charrière S, et al. Consensus statement on the management of dyslipidaemias in adults. *Annales d'Endocrinologie*. 2017;78(1):43–53. doi:10.1016/j.ando.2016.11.001.
15. Zhu L, Hayen A, Bell KJ. Legacy effect of fibrate add-on therapy in diabetic patients with dyslipidemia: A secondary analysis of the accordion study. *Cardiovascular Diabetology*. 2020;19(1). doi:10.1186/s12933-020-01002-x.
16. Ponte-Negretti Carlos Ignacio, Isea-Pérez Jesús, Lanás F, Medina J, Gómez-Mancebo José, Morales Enrique et al. Atherogenic dyslipidemia in Latin America: prevalence, causes and treatment. *Consensus. Rev. Mex. Cardiol [revista en Internet]*. 2017 Jun [citado 2023 Dic 18] ; 28(2): 57-85. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-21982017000200057&lng=es.

Anexos

Anexo 1

Sitio Web	Algoritmo de Búsqueda	# de resultados obtenidos	# de documentos utilizados
PubMed	("cardiovascular risk" AND "fibrates" AND "statins") AND (adult[MeSH Terms] OR middle aged[MeSH Terms] OR aged, 80 and over) AND (humans[MeSH Terms]) AND ("2013"[Date - Publication] : "2023"[Date - Publication]) AND (English[Language] OR Spanish[Language]) AND (free text[sb] OR free full text[sb])	6	4
The Cochrane Library	KEYWORDS: fibrates, statins, adult, cardiovascular risk (Custom date range:2013-2023)	3	1
SciELO	Palabras clave: Fibratos, estatinas, adultos, riesgo cardiovascular (Rango de fechas 2013-2023)	3	1

Tabla 1. Algoritmos de búsqueda utilizados en esta revisión.

Anexo 2

Título	Sitio Web	Autor	Seleccionado (SÍ/NO)	De no ser seleccionado indica la causa
The clinical relevance of omega-3 fatty acids in the management of hypertriglyceridemia	PubMed	Backes et. al.	No	Sin uso de terapéutica farmacológica, población sin riesgo cardiovascular

Association between triglyceride levels and cardiovascular disease in patients with acute pancreatitis	PubMed	Copeland et.al.	Sí	
Legacy effect of fibrate add-on therapy in diabetic patients with dyslipidemia: a secondary analysis of the ACCORDION study	PubMed	Zhu et.al.	Sí	
Use of Fibrates Monotherapy in People with Diabetes and High Cardiovascular Risk in Primary Care: A French Nationwide Cohort Study Based on National Administrative Databases	PubMed	Roussel et.al.	Sí	
Impact of conventional lipid-lowering therapy on circulating levels of PCSK9: protocol for a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials	PubMed	Luo et.al.	No	No valora hipertrigliceridemia ni riesgo cardiovascular
Consensus statement on the management of dyslipidaemias in adults	PubMed	French Society of Endocrinology (FSE) et.al.	Sí	

Fibratos para la prevención primaria de los eventos cardiovasculares	The Cochrane Library	Jakob et.al.	Sí	
Fibratos para la prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares y el accidente cerebrovascular	The Cochrane Library	Wang et.al.	No	Sin uso de estatina
Agentes hipolipemiantes para el síndrome nefrótico	The Cochrane Library	Kong et.al.	No	Población pediátrica Pacientes con síndrome nefrótico
Dislipidemia aterogénica en Latino América: prevalencia, causas y tratamiento	SciELO	Ponte-N et.al.	Sí	

Tabla 2. Lista de reportes de investigación obtenidos en nuestra búsqueda.

Anexo 3

Título del artículo	Autor/año	Población	Intervención	Comparación	Resultados
Consensus statement on the management of dyslipidaemias in adults	SFE, SFD, et al 2017	Adultos ≥ 18 años con dislipidemia	Recomendaciones generales para el manejo de dislipidemias	Estatinas como tratamiento de primera línea, fibratos como opción alternativa en casos específicos	Proporciona una visión general, no compara directamente intervenciones.
Use of Fibrates Monotherapy in People with Diabetes and High CV Risk	Roussel et al 2015	Pacientes con DM2, triglicéridos ≥ 200 mg/dL y alto riesgo cardiovascular	Gemfibrozil vs. simvastatina (estatina de alta intensidad)	Ambos reducen riesgo cardiovascular, gemfibrozil reduce más triglicéridos,	Apoya la eficacia de fibratos en hipertrigliceridemia con alto riesgo CV, no

in Primary Care		r	como monoterapia	simvastatina reduce más LDL.	compara directamente con otras estatinas de alta intensidad.
Legacy effect of fibrate add-on therapy in diabetic patients with dyslipidemia	Zhu et al 2020	Pacientes con DM2 (de 62 años en promedio) y dislipidemia tratados con estatinas, a quienes se añadió fenofibrato	Estatinas solas vs. estatinas + fenofibrato	Fenofibrato adicional reduce más triglicéridos y eventos CV mayores comparado a solo estatinas.	Sugiere posible sinergia de estatinas y fibratos en hipertrigliceridemia con alto riesgo CV, no evalúa eficacia como monoterapia.
Association between triglyceride levels and cardiovascular disease in patients with acute pancreatitis	Copeland et al 2018	Pacientes con pancreatitis aguda y triglicéridos ≥ 200 mg/dL (de >21 años)	No hay intervención, estudio observacional	Mayor riesgo de complicaciones CV a corto plazo con niveles elevados de triglicéridos	Resalta la importancia del control de triglicéridos en pacientes con alto riesgo CV, aunque no compara tratamientos.
Fibrates for primary prevention of cardiovascular disease events	Jakob 2016 (Cochrane library)	Adultos (de 47-62 años) sin enfermedad CV previa, pero con alto riesgo CV	No hay intervención, revisión Cochrane	Evidencia insuficiente para apoyar el uso de fibratos como estrategia de prevención primaria de eventos CV.	No es directamente relevante a la población con hipertrigliceridemia y CV preexistente.
Dislipidemia Aterogénica en Latino América	Ponte et al 2017	Revisión sobre dislipidemia en Latinoamérica	No hay intervención, revisión general	Destaca la alta prevalencia de hipertrigliceridemia y las particularidades de su manejo en	Proporciona contexto regional, pero no compara intervenciones específicas

				la región.	para hipertrigliceridemia con alto riesgo CV.
--	--	--	--	------------	---

Tabla 3. Artículos seleccionados para esta revisión sistemática.

Anexo 4

Parámetro	Estatinas de alta intensidad	Fibratos
Eficacia en la reducción de LDL	Alta	Moderada
Eficacia en la reducción de triglicéridos	Moderada	Alta
Eficacia en la reducción de HDL	Sin efecto	Moderada
Seguridad	Generalmente bien tolerados.	Pueden aumentar el riesgo de litiasis biliar.
Recomendaciones	Buena opción para pacientes con hipertrigliceridemia moderada o grave y alto riesgo cardiovascular.	Buena opción para pacientes con triglicéridos muy elevados o respuesta insuficiente a las estatinas.

Tabla 4. Comparación de los efectos de las estatinas de alta intensidad y los fibratos en pacientes con hipertrigliceridemia y alto riesgo cardiovascular

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

Como muestra del trabajo realizado en el año, en esta parte comparto un:

Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el centro de Salud T-III Tulyehualco a cargo de Stephani Blas Feliciano.

1. Número total de pacientes con enfermedades crónicas atendidos a lo largo del año de servicio social, de acuerdo con los registros (preexistentes y de nuevo ingreso) en Redcap.

Tabla No. 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024.
Centro de Salud T. III: Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a febrero del 2023	52	81.25
Nuevo ingreso a partir de febrero del 2023	10	15.62
Recuperados a partir de febrero del 2023	2	3.13
Total	64	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo febrero 2023 – enero 2024.
Centro de Salud T. III: Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Condición de participantes	No	%
Activas	57	89.06
No activas	7	10.94
Total	64	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 3

Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas durante el periodo febrero 2023 – enero 2024.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Motivos de inclusión como No Activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	0	0
Cambio de institución que le atiende	1	14.29
Cambio de domicilio (no sabe si continúa su atención)	1	14.29
Falleció	0	0
Otro motivo	0	0
Se ignora	5	71.42
Total	7	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

2. Información demográfica

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023- enero 2024 de acuerdo a sexo.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Sexo	No	%
Femenino	56	87.50
Masculino	8	12.50
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
Total	64	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a edad.
 Centro de Salud T. III: Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	No	%
20-29 años	0	0.0
30-39 años	1	1.56
40-49 años	4	6.25
50-59 años	25	39.06
60-69 años	23	35.94
70-79 años	8	12.50
80 y más años	3	4.69
Total	64	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a edad y sexo.
 Centro de Salud T. III: Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad/Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20-29 años	0	0.00	0	0.00	0	0.0
30-39 años	0	0.00	1	1.56	1	1.56
40-49 años	2	3.125	2	3.125	4	6.25
50-59 años	23	35.94	2	3.125	25	39.06
60-69 años	21	32.81	2	3.125	23	35.94
70-79 años	7	10.94	1	1.56	8	12.50
80 y más años	3	4.69	0	0.0	3	4.69
Total	56	87.50	8	12.5	64	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

De acuerdo con esta tabla se aprecia que del total de las personas atendidas, el 68.75% son mujeres de entre 50 y 69 años de edad.

3. Diagnóstico y tratamiento

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante el periodo febrero 2023- enero 2024.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

No de consultas	No de pacientes	%
1	3	4.69
2	2	3.13
3	2	3.13
4	3	4.69
5	1	1.56
6	5	7.82
7	3	4.69
8	5	7.82
9	10	15.63
10	11	17.19
11	7	10.95
12 y más	12	18.70
Total	64	100

De acuerdo con esta tabla casi el 50% de las personas atendidas tienen por lo menos 10 consultas al año.

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 8

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y Obesidad	1	1.56
Hipertensión arterial	0	0.00
Diabetes Mellitus tipo 2	0	0.00
Dislipidemia	3	4.68
Obesidad e Hipertensión	1	1.56
Obesidad y Diabetes	1	1.56
Obesidad y Dislipidemia	5	7.81
Diabetes e Hipertensión	2	3.13
Diabetes y Dislipidemia	9	14.06
Hipertensión y Dislipidemia	5	7.81
Obesidad, hipertensión y diabetes	1	1.56
Hipertensión, Diabetes y Dislipidemia	10	15.63
Hipertensión, Dislipidemia y Obesidad	5	7.81
Diabetes, Dislipidemia y obesidad	6	9.39
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	15	23.44
Total	64	100

De acuerdo con esta tabla casi el 60% de las personas atendidas tienen de 3 a 4 enfermedades crónicas

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Diagnósticos/Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y Obesidad	1	1.56	0	0.00	1	1.56
Hipertensión arterial	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Diabetes Mellitus tipo 2	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Dislipidemia	2	3.13	1	1.56	3	4.68
Obesidad e Hipertensión	1	1.56	0	0.00	1	1.56
Obesidad y Diabetes	1	1.56	0	0.00	1	1.56
Obesidad y Dislipidemia	5	7.81	0	0.00	5	7.81
Diabetes e Hipertensión	1	1.56	1	1.56	2	3.13
Diabetes y Dislipidemia	8	12.50	1	1.56	9	14.06
Hipertensión y Dislipidemia	4	6.25	1	1.56	5	7.81
Obesidad, hipertensión y diabetes	1	1.56	0	0.00	1	1.56
Hipertensión, Diabetes y Dislipidemia	9	14.06	1	1.56	10	15.63
Hipertensión, Dislipidemia y Obesidad	5	7.81	0	0.00	5	7.81
Diabetes, Dislipidemia y obesidad	6	9.39	0	0.00	6	9.39
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	12	18.75	3	4.70	15	23.44
Total	56	87.50	8	12.50	64	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	1	100
50-59 años	0	0
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0

Total	1	100
--------------	---	-----

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión arterial.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de hipertensión arterial	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	0	0
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	0	0

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	0	0
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	0	0

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia
 Centro de Salud T. III: Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de Dislipidemia	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	3	100
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	3	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de Obesidad e Hipertensión.
 Centro de Salud T. III: Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad e Hipertensión	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	1	100
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	1	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y Diabetes Tipo 2
 Centro de Salud T. III: Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad y Diabetes	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	0	0
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	1	100
Total	1	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de Obesidad y Dislipidemia.
 Centro de Salud T. III: Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad y Dislipidemia	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	1	20
50-59 años	1	20
60-69 años	2	40
70-79 años	1	20
80 y más años	0	0
Total	5	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 17

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de Diabetes Tipo 2 e Hipertensión arterial.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de Diabetes e Hipertensión	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	1	50
60-69 años	0	0
70-79 años	1	50
80 y más años	0	0
Total	2	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 18

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de Diabetes tipo 2 y Dislipidemia.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de Diabetes y Dislipidemia	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	2	22.22
50-59 años	5	55.56
60-69 años	2	22.22
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	9	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 19

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de Dislipidemia e Hipertensión arterial.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de Dislipidemia e Hipertensión	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	1	20
60-69 años	2	40
70-79 años	2	40
80 y más años	0	0
Total	5	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 20

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de Obesidad, Diabetes tipo 2 e Hipertensión Arterial

Centro de Salud T. III: Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad, Diabetes e Hipertensión	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	1	100
60-69 años	0	0
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	1	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 21

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de Dislipidemia, Diabetes tipo 2 e Hipertensión arterial.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de Dislipidemia, Diabetes e Hipertensión	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	1	10
60-69 años	6	60
70-79 años	2	20
80 y más años	1	10
Total	10	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 22

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de Hipertensión arterial, Dislipidemia y Obesidad.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de Hipertensión, Dislipidemia y obesidad	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	2	40
60-69 años	2	40
70-79 años	1	20
80 y más años	0	0
Total	5	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 23

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de Obesidad, Dislipidemia y Diabetes Tipo 2.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad, Dislipidemia, Diabetes	%
20-29 años	0	0
30-39 años	1	16.67
40-49 años	0	0
50-59 años	2	33.33
60-69 años	3	50
70-79 años	0	0
80 y más años	0	0
Total	6	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 24

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo febrero 2023 – enero 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de Diabetes tipo 2, Hipertensión Arterial, Dislipidemia y Obesidad.

Centro de Salud T. III: Tulyehualco
Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Edad	Personas con diagnóstico de Obesidad, Dislipidemia, Diabetes e Hipertensión	%
20-29 años	0	0
30-39 años	0	0
40-49 años	0	0
50-59 años	7	46.66
60-69 años	6	40
70-79 años	1	6.67
80 y más años	1	6.67
Total	15	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

De acuerdo con esta tabla el 86.66% de las personas con diagnóstico de Diabetes tipo 2, Hipertensión Arterial, Dislipidemia y Obesidad, se encuentran en rango de 50 a 69 años de edad.

Tabla No. 25

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa
 Periodo febrero 2023 – enero 2024
 Centro de Salud T. III: Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Parámetros de	Glucemia capilar		Glucemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	9	20.45	19	43.19	28	63.64
Fuera de control	4	9.1	12	27.26	16	36.36
Total	13	29.55	31	70.45	44	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Más del 60% de los pacientes con Diabetes están controlados de acuerdo a mediciones de glucosa. Más del 40% de las mediciones de glucosa utilizadas para esta tabla fueron obtenidas de glucemias séricas.

Tabla No. 26

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada
 Periodo febrero 2023 – enero 2024
 Centro de Salud T. III: Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Parámetro de	No	%
Control	25	56.82
Fuera de control	19	43.18
Total	44	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 27

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control.
 Periodo febrero 2023 – enero 2024
 Centro de Salud T. III: Tulyehualco
 Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Parámetro de	No	%
Control	31	79.49
Fuera de control	8	20.51
Total	39	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

Tabla No. 28

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico.

Periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Tulyehualco

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

Parámetro de	No	%
Control	43	74.14
Fuera de control	15	25.86
Total	58	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

3 de cada 4 pacientes con Hipercolesterolemia se encuentran controlados.

Tabla No. 29

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos.

Periodo febrero 2023 – enero 2024

Centro de Salud T. III: Tulyehualco

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco

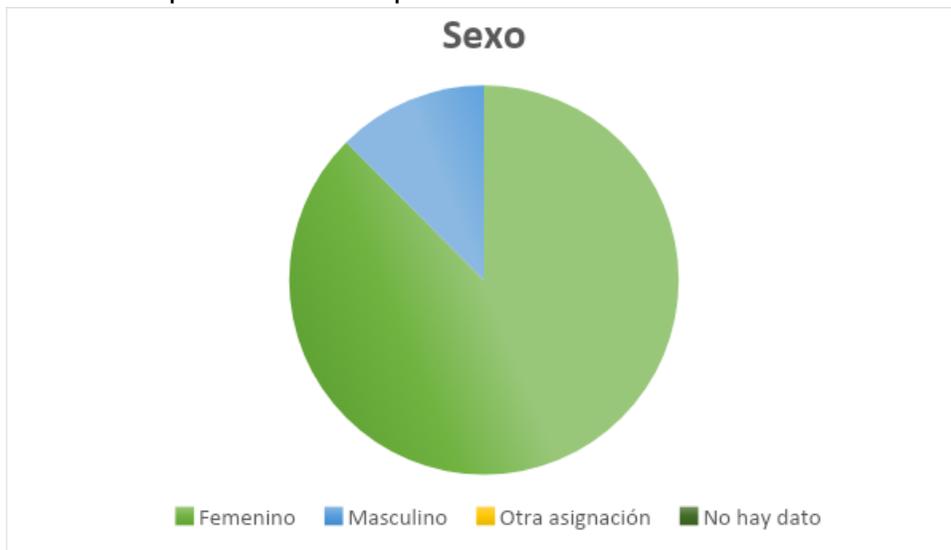
Parámetro de	No	%
Control	27	46.55
Fuera de control	31	53.45
Total	58	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo febrero 2023- enero 2024

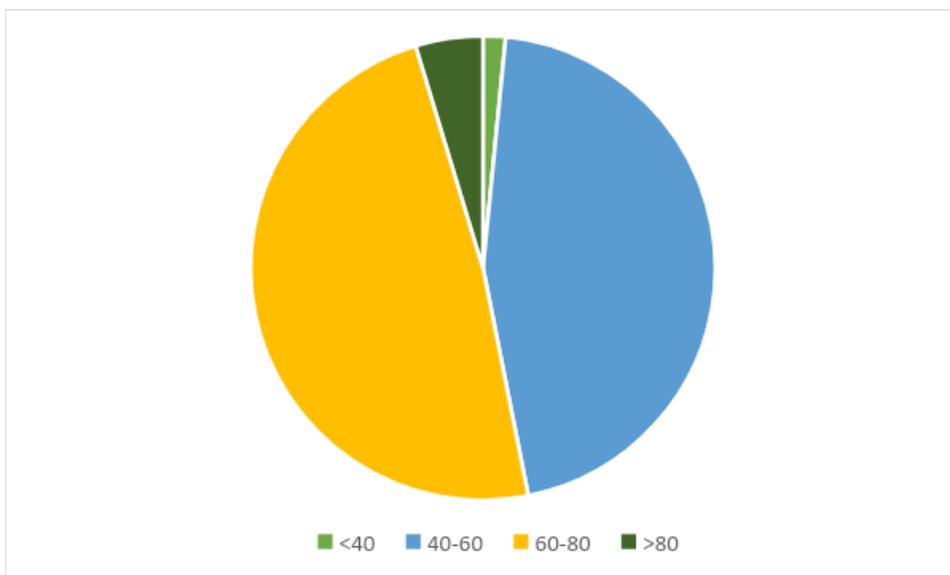
Poco más del 50% de personas con Hipertrigliceridemia se encuentran en descontrol, es importante resaltar que la mayor parte de los datos fueron obtenidos de noviembre a enero, las personas atendidas han hecho referencia a un aumento en el consumo de alimentos hipercalóricos, ricos en carbohidratos y grasas en estas fechas.

Principales gráficas obtenidas a partir del balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el centro de Salud T-III Tulyehualco a cargo de Stephani Blas Feliciano.

Distribución por sexo de los pacientes atendidos



Distribución por edad de los pacientes atendidos

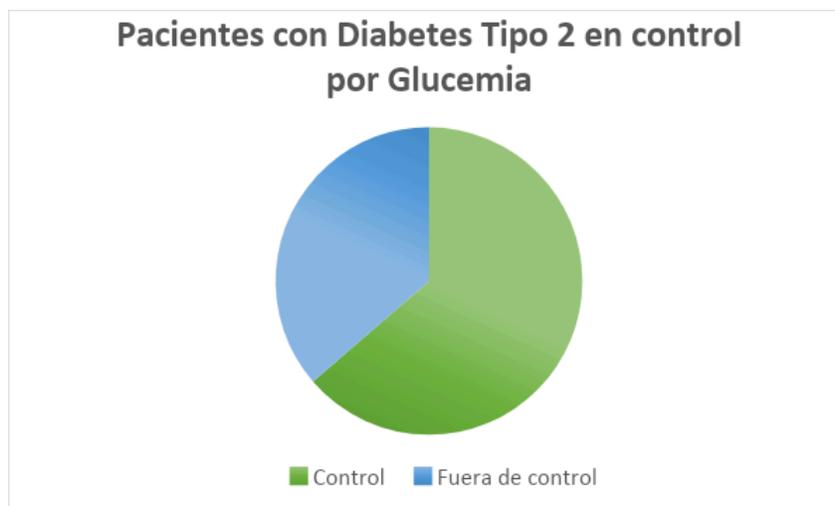


Número de consultas recibidas.

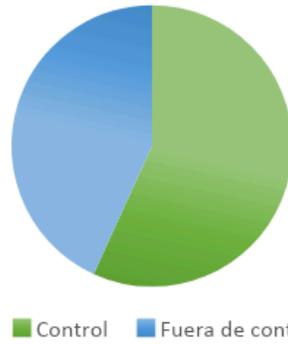


Control de Pacientes controlados por Enfermedad crónica padecida

Diabetes tipo 2

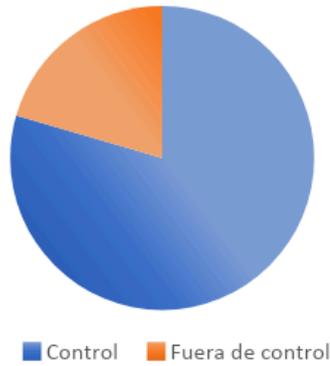


Pacientes con Diabetes Tipo 2 en control por Hemoglobina Glucosilada



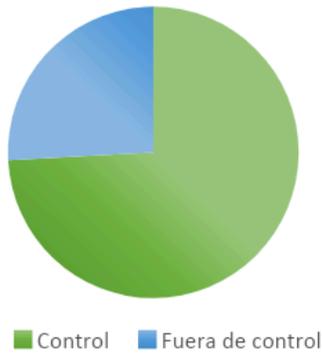
Hipertensión Arterial

Pacientes con Hipertensión arterial controlados



Hipercolesterolemia

Pacientes con Hipercolesterolemia en control



Hipertrigliceridemia



Acción comunitaria

Concepto y modelos de promoción de la salud

El concepto de promoción de la salud es un concepto que, si bien puede prestarse a confusiones al principio, una vez que se detalla es fácil ver la importancia que tiene en el sistema de salud. Es lo que entendemos como el desarrollo de capacidades que ayuden a mejorar la salud y con ello tener un mejor control sobre ésta, de acuerdo con las lecturas revisadas en el Diplomado hace referencia a “un proceso”, algo que se va dando poco a poco, tiene algunas características específicas, que nos habla de cómo las personas pueden encontrar respuesta a varios aspectos, tales como; identificar qué quieren, cómo encontrarse mejor y cómo adaptarse para lograrlo, haciendo uso de los recursos con los que cuentan.

Hay puntos que quizás no los veamos así, pero entran dentro de esta realidad, por ejemplo, una de las acciones de la promoción de la salud habla sobre políticas saludables, dentro de esto se puede citar el etiquetado de alimentos, que, aunque no se piense mucho, consistió en un arduo trabajo de legislación y aplicación que ha buscado mejorar el consumo de alimentos. Las demás líneas de acción son fácilmente identificables en las labores hechas en este programa, por ejemplo, los entornos de apoyo y el fortalecimiento de la acción comunitaria, donde se ve

claramente ejecutado en la realización de Encuentros de Salud (el cual se detallará más adelante), aquí se demuestra cómo al establecer acuerdos en común, identificando la problemática, es más sencillo encontrar maneras de solucionarlo, por otra parte, al querer encontrar similitudes o cómo se relaciona con el modelo expandido, nos hallamos con la persona que desarrolla sus capacidades “empoderada”, que es aquella que toma el control de su propia salud, se autogestiona y logra sus metas, toma las decisiones y participa en su comunidad modificando así su entorno. Estos últimos puntos son piezas clave del modelo, cerrando así el círculo, donde claramente entendemos por qué es un modelo que funciona, porque está basado primordialmente en la promoción de la salud, la cual no puede tener un propósito más noble que centrarse en la persona, ya que, a final de cuentas, es quien actuará como el arquitecto de su propio bienestar.

Los encuentros de salud durante el periodo de servicio social

Uno de los resultados de este programa es la realización de los Encuentros de salud, los cuales constituyen espacios donde por medio de la comunidad se pueden construir entornos saludables. Debemos tener claro que es una cadena de acción, las personas con enfermedades crónicas tienen la capacidad de desarrollar autocuidado, así logran ser autónomos, y lo que sigue a continuación es entender que el cuidado después se vuelve colectivo, donde por medio de apoyo de unos a otros es posible lograr tener una salud que se comparte y se aprovecha,

En estos espacios fortalecemos capacidades, establecemos relaciones y las personas aprenden a cuidarse y cuidar de los demás. En los encuentros se organizan grupos de discusión de aproximadamente 10 personas, en cada grupo hay un relator y un coordinador, la posición es en círculo para favorecer que todos se vean y se escuchen, y que nadie (ni si quiere los coordinadores o relatores) se pongan en una posición de poder, hay presentaciones entre los asistentes, se favorece el respeto y se crea un ambiente seguro y de confianza. El taller consiste en 3 pasos: Identificar y realizar aspiraciones, satisfacer necesidades y afrontar o modificar el entorno.

Destaco que antes de realizarlo se utilizaron unas sesiones para dudas y para hacer unas ejemplificaciones que ayudaran al momento de ejecutarlo posteriormente. Hay un proceso de coordinación entre el equipo del programa y los equipos de las jurisdicciones, así como con los pasantes y sus centros de salud, que son los que realizan las invitaciones correspondientes, se realizan carteles y llamadas para este fin, En mi año de servicio social se realizó un encuentro en el mes de junio, la cede fue el Teatro Pellicer. A continuación, anexo la relatoría en la cual participé como coordinadora.

Encuentro de Pacientes:

Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas

Jurisdicción Sanitaria: Xochimilco	Coordinador(a): Fanny	Relatora: Andrea
	Grupo: 1	Fecha: 26/06/2023

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Petra Murcia Hernández	F	74	Tulyehualco
Olivia Duarte Huitzil	F	50	Tulyehualco
Rosalba Cabello	F	60	Tulyehualco
José Gregorio Guevara Villalobos	M	71	Xochimilco
María Margarita Gutiérrez Sánchez	F	54	San Mateo
Lilia Villarruel Domínguez	F	51	Tulyehualco
Yuriria Ramírez Barros	F	44	Tulyehualco
Celia Cruz López	F	52	Xochimilco
Ignacia Becerra Becerra	F	41	San Mateo
Laura Rodríguez	F	50	Tulyehualco

Objetivo del taller: Reconocer y fortalecer las capacidades personales y colectivas, así como las relaciones que favorecen el cuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas.

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, "Paso 1")

Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones.

Fanny: Cuáles son las expectativas o aspiraciones que tengo siendo paciente con enfermedades crónicas respecto a lo personal, familiar, comunidad y servicio de salud. Hay que elegir uno.

Lilia: familiar

Rosalba: si, familiar.

José: por mí está bien ese tema.

Los demás: si, familiar.

Fanny: entonces ¿qué expectativas o aspiraciones tenemos siendo pacientes con enfermedades crónicas respecto a nuestra familia?

Lilia: en mi familia mi mamá es diabética y mis hermanos, ellos no se cuidan y van saliendo con más complicaciones. Yo empecé hace un año con diabetes, yo al contrario quiero hacer algo por mí, por vivir el tiempo que me queda. Yo quisiera hacer algo por mis hermanos, me siento mal de verlos enfermos, yo quisiera ayudarlos, pero ellos no se dejan. Mi preocupación es esa y quiero ayudarlos, pero no puedo si no quieren.

Celia: yo difiero porque precisamente soy muy metiche, yo quiero imponer y ellos no se dejan. Mi proyecto para mi es siendo ejemplo. Yo quiero obligar a mis familiares principalmente a los jóvenes de mi familia a comer sano. Quiero ser el ejemplo para ellos, pero sólo si puedo hacer que ellos cambien, sino puedo entonces yo cambiar y quizá a partir de eso ellos puedan cambiar.

Rosalba: ahorita la diabetes es una de las enfermedades comunes desgraciadamente. Es muy importante el cuidado. Yo afortunadamente estoy sana pero mi cuñada murió hace poco y joven y justamente porque no se cuidaba. Nosotros somos el ejemplo, a los muchachos hay que darles tiempo, con paciencia si se puede. Hay que dar el ejemplo y poco a poco.

José: yo también de que empecé con la diabetes e hipertensión también le dije a mi familia que se cuidaran, pero no me hacían caso. Ya ahora es diferente, ya cambiamos la alimentación, aunque hay algunos familiares que no entienden.

Rosalba: los medios de comunicación nos bombardean de comida chatarra. Hay que poner fruta y verdura en la mesa. Desde ahí es el problema. Los primeros hábitos como la alimentación son importantes. Si lo ven, lo comen por lo tanto entonces si hay comida sana en la casa lo van a comer.

Laura: ahora hay madres jóvenes y se les hace más practico darles a los bebés la mamila. Hay que aprender primero a alimentarnos para así enseñar a nuestra familia a comer sanamente. La educación es que nosotras como mamás les enseñemos a comer sanamente a nuestros hijos. Me gusta platicar con personas mayores porque aprendo a comer mejor para que yo sea buena mamá y mis hijos coman mejor. Mi esposo es diabético, yo no, pero si le prohíbo comer ciertos alimentos y que no acostumbre a nuestra hija a comer mal.

Ignacia: si es importante cuidarnos. Mi papá tuvo un EVC, perdió la memoria y ahora, aunque vive ya no es mi papá porque siento que como que se estancó, no nos reconoce y todo eso porque no se cuidó. No solo sufre la persona enferma sino los familiares también sufrimos.

Petra: yo estoy enferma hasta de las rodillas, pero mis familiares me llevan a clínicas privadas.

Fanny: Nuestra familia nos importa. Todos aquí queremos una buena salud, queremos que nuestra familia colabore en este proyecto. Ya que los queremos y nos importan queremos que también se cuiden.

José: queremos que nuestra familia no sufra como nosotros hemos sufrido.

Rosalba: si nosotras como madres de familia sabemos que algo nos hace mal pues no hay que comprarlo. Mi hija compro una valentina negra a escondidas porque yo la tengo prohibida en casa, pero se la rompí en su cara, la macha tardo meses en quitarse. Quizá hice mal, pero ella se dio cuenta de que no está bien, si tardó meses en quitarse la mancha imagínense lo que hace en nuestro cuerpo. Los dulces son terribles, pero ¿qué hacemos cuando alguien se porta bien?, les compramos dulces. Y bueno pues es mi aportación, a mi hija se le quedó tan clavado que ahora sigue comiendo, pero muy poco por ejemplo la hamburguesa la come, pero ya muy poco.

Laura: si quieres que alguien coma sano pues hazlo en casa sanamente. Si tengo ganas de antojo de hotdog pues en casa se puede preparar.

Rosalba: por ejemplo, de la hamburguesa no es que sea mala es que fuera de casa lo cocinan con mucha grasa, fríen mucho las papas. La manteca que antes se suponía que era malo ahora se sabe que es bueno.

Laura: yo vendo los fines de semana carnitas y ya tengo hasta el olor en mi cabeza, yo no considero que la manteca sea buena.

Celia: es que hay que educar a la juventud. Nosotros como adultos hay que educar con paciencia yo no puedo porque no soy paciente, pero por ejemplo esta generación de cristal que esta bombardeada de tanto anuncio de comida chatarra. Tenemos que educar, la gente que viene detrás de mí, la juventud pues hay que educar con el ejemplo.

Laura: ahora la madre moderna que da de comer sopa maruchan.

Rosalba: pues es lo más práctico para las mamás jóvenes.

Laura: pues será lo más práctico, pero pues no está bien. Perdónenme, pero no.

Rosalba: ya en el centro de salud pongan esa parte de cómo alimentarse para cuidar la salud.

Lilia: es que si lo hacen. Lo que pasa es que no muchos quieren hacerlo, pero es de tomar la iniciativa. Tenemos cada mes un taller de ensaladas. Muy bonito.

Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, "Paso 1")

Paso 2. Satisfacer necesidades.

Fanny: La familia y este problema que se presenta. Todos tenemos que cuidarnos y sabemos hacerlo y en caso de no saber pues tener la iniciativa de buscar orientación. Dentro de esta parte del autocuidado tenemos varias necesidades, cuál sería el problema que todos compartimos respecto a nuestra vida familiar.

Laura: la falta de comunicación con nuestra pareja y nuestros hijos. La juventud de ahora ya no dice nada, es muy diferente a antes. Si no tienes comunicación con tu hija por ejemplo yo me siento con mi niña y yo me entero de muchas cosas y yo solo le digo "fíjate como vas a hacer las cosas". Yo sé que estas en la etapa de investigar, pero no toca, ahorita vemos a niñas teniendo bebés y eso es una tristeza. Le digo a mi hija "no quieras volar si apenas estas caminando".

Celia: en mi familia si hay mucha comunicación, el problema en mi familia es la edad. Los jóvenes en mi familia dicen que como están jóvenes no les va a pasar. Yo siento que es la edad el principal problema. Ellos dicen a mí no me va a pasar, insisto es la edad, yo era así cuando era joven y puedo entenderlo. Yo ya los dejé que hagan lo quieran.

Fanny: Es comprensible que siempre queremos hacer lo mejor para nuestra familia. Nosotros como comunidad nos cuidamos. Es una cuestión de que no estamos solos, es algo común y valido que también los demás se preocupen por nosotros.

Margarita: en mi caso pasa y es difícil que lo entiendan a uno porque ellos están jóvenes y sanos, pero por ejemplo bueno yo platicando con mis hijas dicen que cada quien aprende... nadie experimenta en casa ajena. Yo he optado por decir mejor mis puntos de vista que imponerles a mis hijas. Como ellas están en plan de rebeldía entonces quieren hacerlo más si yo se los niego. Si es parte la edad y que ellos quieren vivir sus propias experiencias. Conmigo ya tuvieron una experiencia de enfermedad donde toda mi familia estuvo involucrada, pero creo que no quedo muy claro ni muy aprendido veo que lo intentan, pero pues no sirvió de mucho esa experiencia.

Rosalba: yo creo que el respeto ahorita se está perdiendo sobre todo por los adultos mayores y ese también es un problema con la familia.

Laura: también los refrescos son malos, imagínense que hace la coca en nuestros organismos. Como dicen ya no hay respeto de las nuevas generaciones. Yo a mi hija le digo "el respeto se gana". Yo no le voy a faltar el respeto a gente de la tercera edad.

José: antes había mucho respeto, ahora ya no, ya ni para uno que está grande.

Margarita: yo creo... pienso que fue justamente lo que dejamos nosotros, esta generación de adultos de cemento así nos llama los jóvenes. Nosotros dejamos esas generaciones porque fuimos y somos nosotros los que los hemos educado así, entonces ¿quiénes dejamos esas faltas de respeto en las generaciones más jóvenes? pues nosotros.

Fanny: Acerca de las relaciones entre generaciones jóvenes ¿cuál es la decisión que debemos tomar para resolver el problema de comunicación entre generaciones y la falta de respeto.

Laura: empezar a enseñar en casa el respeto al adulto mayor. Desde casa hay que enseñar y también a nosotros mismos a respetarnos y así los pequeños aprendan a respetarse.

Olivia: enseñar a respetar a sus mayores. Yo le dije a mi hijo "así como me ves te verás".

Celia: a mi funcionar negociar. Yo le digo a mi familia "no comemos mal entre semana entonces podemos comer el fin de semana" un gustito, pero también hay que poner límites.

Margarita: yo en lo personal ya no tengo hijos que criar, yo convivo con mis nietos. Yo creo que hay que respetar las decisiones de nuestros hijos porque en mi caso yo ya no estoy para educar a mí ya no me corresponde y si estuviera en esa etapa pues tampoco es que deba imponer, al final, aunque son mis hijos son personas

autónomas y tienen la capacidad de tomar sus propias decisiones, yo sólo soy su guía, pero no debo obligarlos a hacer algo que no quieren ni imponerles nada.

Rosalba: yo... el respeto para mi es... yo me casé por segunda vez y pensaba ¿qué puedo hacer para que todos convivan? o sea mi hija y los hijos de mi pareja. Lo primero es que acepten a mi hija porque es la más chica. Los niños de ahora necesitan de que un estira y afloja, pero es lo que debe ser debe ser, un equilibrio. A veces si se necesita una nalgadita y que sea a buen tiempo.

Laura: yo también soy casada y luego también me junté con uno casado entonces en casa era muy difícil porque los hijos de mi pareja pues habían perdido a su mamá y yo obviamente no voy a quitar ese lugar solo hay que respetarnos entre nosotros. De esa manera hay mejor convivencia entre todos. A mí por ejemplo no me gusta que me digan madrastra. Entre menos te metas con los jóvenes mejor, pero si, el respeto se gana.

Fanny: De acuerdo, entonces consideramos que el respeto es lo más importante. Cada familia es un mundo y con cada persona o miembro de la familia vamos a tener una relación diferente pero lo importante es el respeto. Entre todos nos cuidamos. Pero también no olvidar que también nosotros somos importantes y que hay que priorizar nuestra salud sobre ciertos conflictos entonces ¿con qué recursos contamos nosotros para poder cuidarnos a nosotros y a nuestra familia?

Celia: yo insisto mucho en el ejemplo. Yo hago ejercicio y mi sobrina ya como que se contagia. Mi prioridad soy yo entonces hago ejercicio y como sano. Me veo a mí misma. Yo siempre hago de comer lo más sano luego hago sopes, chilaquiles y como es lo que hay pues es lo que comemos. A mí lo que me ha funcionado es dejarlos que hagan prueban y error y así aprendan.

Fanny: Es mejor mostrarles que decirles, entonces para acordar con la familia lo mejor es dar el ejemplo.

Margarita: ¿con qué armas contamos? Pues yo pienso que todos tenemos de donde echar manos por ejemplo la consulta en el centro de salud, comprar verduras. Yo estuve hospitalizada por una enfermedad grave y a mí me dijeron “sea obediente con sus médicos”. Así que obedecí y acepté con humildad lo que los médicos me daban y sugerían.

Fanny: El concepto obedecer parece fuerte, pero si contamos con el médico, nutrición, servicio social. Todo esto es un trabajo. Si hay personas que saben con respecto a la salud, pues tomar en cuenta sus opiniones y escuchar, pero también nosotros como pacientes tenemos esa capacidad de preguntar para resolver dudas. Todos podemos aprender de las personas que están en los centros de salud. ¿cómo consideran que puede mejorar la relación entre nosotros y el personal de salud?

Laura: preguntar. Por ejemplo, nos dicen la dosis, pero no sabemos cómo tomarlo.

Lilia: la confianza que te da el médico. Yo antes era muy callada pero ahora estoy muy contenta con la doctora Vergara y con los pasantes pues me han dado la confianza y ya llego a platicar con ellos. Es la confianza que le den a uno como paciente.

Celia: yo tengo apenas un mes en el centro de salud. Cuando algo no lo entiendo pues tengo el celular y la iniciativa para buscar entonces mis dudas. Yo igual me siento en confianza con los médicos y eso me hace querer ir a mis consultas.

Fanny: Para ustedes es importante que el médico les inspire confianza y que también ustedes confíen en nosotros. Si algo no termina de quedarme claro entonces puedo investigar por mi cuenta y corroborar con el médico.

Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller

Utilice tantas hojas como sea necesario

Anote textualmente cada uno de los pasos (No anote, por ejemplo, "Paso 1")

Paso 3. Fortalecer el autocuidado.

Fanny: ¿Cuál es una meta para el siguiente encuentro?

Celia: comprometerme con mi salud y asistir todos los jueves por semana. Soy el ejemplo, pero también me cuesta trabajo por ejemplo las ensaladas saludables entonces me pongo de meta practicar lo que voy aprendiendo en el centro de salud.

Olivia: me comprometo a hacer más seguido ejercicio y más sano.

Laura: me comprometo a venir al siguiente encuentro.

Lilia: pensar más en mí, si seguir apoyando a mi familia, pero si no hacen caso yo seguir con mis planes.

Fanny: Qué concluimos hoy...

Rosalba: aprendo el hecho de que hay que ser constante en nuestros tratamientos. Yo aprendo a ser constante con lo que dice el médico porque para ver resultados hay que ser constante.

Celia: aprendo que nuestro objetivo es estar sanos.

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

En este módulo se analizaron casos clínicos 2 veces al mes, pero no de la manera tradicional, donde los componentes sólo suelen ser: cuadro clínico, exploración física, estudios de gabinete, exámenes de laboratorio y con ello tener un diagnóstico, que conlleve un tratamiento terapéutico y ya.

Sino que por la naturaleza del programa, fueron casos abordados de manera integral, con un enfoque centrado en la persona, donde además del cuadro, la exploración y los exámenes complementarios, también se aborda la experiencia de la persona, cuales son sus expectativas, sus aspiraciones, sus fortalezas, debilidades, sus metas, expectativas, es decir, es más completo el abordaje, ya que toma en cuenta lo que vive la persona al tener la enfermedad, y cómo todo esto influye en su salud y en su día a día.

Además, no sólo se vieron los casos y se dieron las observaciones y recomendaciones correspondientes, sino que de aquí derivaron temas que fueron abordados en sesiones subsecuentes, temas que fueron desde guías de práctica clínica de Diabetes Tipo 2 o hipertensión arterial, hasta temas sobre Empatía, alimentación saludable, comunicación de malas noticias, contención en primer nivel de atención, etc.

Uno de los primeros casos fue uno que presentó mi compañera Alejandra, de una mujer que además era madre, hermana y amiga, que tenía Diabetes, Hipertensión, Dislipidemia, Ansiedad. Aquí fue de las primeras ocasiones donde de verdad comprendí que no se trataba de que fuera “una paciente en control”, sino que ella se sintiera bien, se sintiera dueña de su vida, que pudieran verla más allá de lo que tenía, y más como alguien a quien le gustaba nadar, que era extrovertida y que, aunque le costara trabajo levantarse, tenía la fuerte convicción de hacer actividad física para estar mejor.

Me gustaba mucho la parte dinámica de este módulo, donde además hacíamos trabajos con mis compañeros, hicimos, por ejemplo, un cartel de la dieta de la

milpa, analizábamos casos pequeños y cortos en equipo para hacer todas las observaciones correspondientes de lo que faltaba.

Con el equipo multidisciplinario, la psicóloga nos ayudó a establecer criterios de referencia por motivos psicoemocionales, a darle la importancia debida a la subjetividad que tiene cada individuo de acuerdo a sus experiencias, y como con esto aprendían a reaccionar de maneras muy variadas.

Un compañero una vez expuso un caso que de hecho salió a relucir a raíz de un Encuentro de Salud, donde por una enfermedad renal crónica la calidad de vida de la persona y sus relaciones estaban constantemente en conflicto. Brenda nos habló de un hombre que más que un médico buscaba a otra persona con la cual conversar, ya que, con monitoreo en control de presiones arteriales en mano, hablaban de los sueños y aspiraciones de él, de lo mucho que le gusta escribir, en fin, una conexión que se forma a raíz de todo lo trabajado.

También se abordaron temas sobre medicamentos, selección del mejor tratamiento posible en hipertensión o diabetes, cómo iniciar insulina, tuvimos exposiciones de mis compañeros, intervenciones de los asesores, opiniones de todos, fue una sección muy completa y llena de elementos positivos.

Sesión a sesión se vio el crecimiento obtenido, el último caso fue el de mi compañera Ángeles, y aquí fue el epitome de lo que he dicho, el abordaje por parte de ella fue impecable, mientras nos iba contando de verdad sentíamos que a José Antonio lo conocíamos, pude corroborar que el fin de este módulo se cumplió al 100%. En conclusión, puede parecer un módulo simple o quizás hasta nos recuerde lo que empecé a decir al principio, pero nada más lejos de la realidad, es muy completo y fácilmente comprobable su contribución al abordaje más eficiente de una persona que tiene una enfermedad crónica.

4. Conclusiones

En este año compruebo que la labor de dar atención en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) es muy noble, existen muchos programas que buscan ser eficientes y también oportunos, demuestran que el derecho a la salud no es exclusivo de quienes cuentan con el apelativo “trabajador”, da oportunidad de acercarse a un mosaico de poblaciones y circunstancias ampliamente variados. Pertenecer al programa y diplomado que ya se ha descrito ha cambiado mi visión totalmente, del sistema de salud, de una enfermedad crónica, de lo que significa ser persona de manera fundamental, y de aspectos intrínsecamente relacionados con la salud, el cuidado, el acompañamiento, la calidad de vida y ser un médico.

En estos meses he sido acreedora a un enriquecimiento intenso y profundo, a un crecimiento personal y profesional, en 6 años de carrera he recibido conocimiento y prácticas médicas, pero en 12 meses se ha alineado todo ello, para encontrar un propósito, esta es una realidad que estaba esperando ser hallada, de manera inevitable. Se puede mejorar en mi persona la clínica, la paciencia, la asimilación del mundo, y las reacciones que todo esto suscite. Ahora lo sé, gracias a haber pertenecido a este programa, a este modelo, que sin temor a dudar, escogería nuevamente sin dudar.

El modelo da resultados, aquí hay muchas pruebas, comparado con otros sistemas de salud diría que la SEDESA tiene la libertad de poder aplicarlo con muchas facilidades, hay apoyo por parte de las autoridades, hay un equipo comprometido con la labor, y las personas que son atendidas son abiertas y están dispuestas a trabajar de manera conjunta. Si tuviera que hablar de los puntos negativos no puede faltar el aspecto de abastecimiento, hacen falta más recursos, insumos, una logística más impecable, una comunicación más eficiente y más difusión.

Haber conocido personas con enfermedades crónicas de la mano de un modelo integral centrado en las personas, haberlas atendido, acompañado, y formado un equipo constituye el punto más alto de mi carrera, nunca como en este año me

sentí más humana, más profesional, más segura. Tener una enfermedad no te convierte en ella, las complicaciones e implicaciones no deben ser equivalentes de culpas, castigos o restricciones, son sólo aspectos que, si bien no deben ignorarse, no deben dictar cómo se vive.

Las personas constituyen un complejo marco de experiencias, sentimientos, fortalezas, sufrimientos y un sinnúmero de otros aspectos, vienen formados a partir de sus determinantes sociales, se ven influidos por su contexto más próximo, y además son inherentemente especiales y particulares por sí mismos, entonces nunca habrán dos personas iguales, incluso compartiendo contexto o circunstancias, ya que llevan también en su interior algo que siempre parecerá incomprendible e incluso inaccesible a toda lógica

Pero, también puedo compartir, que este año me ha enseñado mucho sobre naturaleza humana, y hay algo, algo en lo que todas las personas que atendí este año coinciden, y es, que vivir con una enfermedad crónica no es tanto sobre estar enfermo, sino sobre dos cosas: vivir bien y vivir por un propósito.

Sabiendo que este tipo de enfermedades son compañeros de vida, y que nunca los abandonarán, entienden que deben vivir con ello, pero no a expensas de ello. Las enfermedades no dictan el día a día, y no deben constituir obstáculos. Desean vivir muchos años, vivir bien, con toda la salud que puede existir, ser independientes, y disfrutando de lo que aman: su trabajo, su familia, su pareja, ellos mismos.

Todo esto fundamenta el nombre de este trabajo, para querer vivir se debe tener un propósito, uno de verdad, y para ellos es uno muy simple, para poder seguir amando y luchando desean: Vivir como si no tuvieran una enfermedad crónico-degenerativa.

5. Referencias bibliográficas

1. Barr V, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded Chronic Care Model: An Integration of concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model Hospital Quarterly, 2003 7;1: e069875.

Anexos

Anexo 1: Informe Final de Servicio Social de la carrera de Medicina

1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	STEPHANI BLAS FELICIANO
CARRERA:	LICENCIATURA EN MEDICINA
ESCUELA DE PROCEDENCIA	UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
PROMOCIÓN	FEBRERO 2023-ENERO 2024
UNIDAD DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN SANITARIA	CENTRO DE SALUD TIII TULYEHUALCO JURISDICCIÓN: XOCHIMILCO
PERIODO QUE REPORTA:	FEBRERO 2023-ENERO 2024
FECHA DE ENTREGA:	01 FEBRERO 2024 – 08 FEBRERO 2024

2.- SESIONES ACADÉMICAS

ACTIVIDAD	
SEDE DE LA SESIÓN	AUDITORIO DEL CENTRO DE SALUD TIII TULYEHUALCO
NUMERO DE SESIONES A LAS QUE ASISTIO	SESIONES SEMANALES LOS MIERCOLES DE 12:30 - 14:00 HRS. 20 SESIONES
PARTICIPO EN CAPACITACION AL PERSONAL DENTRO DE LA UNIDAD	
PARTICIPO COMO PONENTE (NOMBRE DE LA PONENCIA)	

3.- ACTIVIDADES DE CAMPO

ACTIVIDAD	SI	NO
PRIMERA JORNADA NACIONAL DE SALUD ()		X
SEGUNDA JORNADA NACIONAL DE SALUD ()		X
TERCERA JORNADA NACIONAL DE SALUD ()		X
CAMPAÑA ANTIRRABICA CANINA		X
PARTICIPACIÓN EN CERCOS EPIDEMIOLOGICOS (ESPECIFICAR NUMERO Y CAUSA)		X
ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO (ESPECIFICAR DE QUE TIPO)	CARTEL INFORMATIVO DÍA DEL ADULTO MAYOR CARTEL INFORMATIVO DÍA MUNDIAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	

	CARTEL INFORMATIVO ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CARTEL INFORMATIVO DE CÁNCER CERVICOUTERINO	
PLATICAS EDUCATIVAS (ESPECIFICAR NUMERO)	4 (DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES, AUTOCUIDADO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, AUTOVALORACIÓN PODOLÓGICA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA)	
OTROS	TOMA DE HEMOGLOBINAS GLUCOSILADAS Y PERFIL DE LÍPIDOS EN FERIAS DE SALUD.	

4.- ACTIVIDADES DE MÓDULO

ACTIVIDAD	NUMERO	OBSERVACIONES
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	20	CONTEMPLANDO CONSULTAS DE PRIMERA VEZ EN PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES
CONSULTAS SUBSECUENTES	637	EL MAYOR NUMERO DE CONSULTAS SUBSECUENTES SE DIO EN EL GRUPO DE ENFERMEDADES CRONICAS; EN SEGUIMIENTO CON EL PROGRAMA DE CRONICODEGENERATIVOS NO TRANSMISIBLES
HISTORIAS CLINICAS	11	ACTUALIZACION EN HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES SUBSECUENTES CON MAS DE 5 AÑOS SIN ACTUALIZAR Y REALIZACION DE HISTORIAS CLINICAS EN PACIENTES DE PRIMERA VEZ
DETECCION DIABETES	61	DENTRO DEL CONSULTORIO 2 DEL CENTRO DE SALUD TIII TULYEHUALCO Y EN FERIAS DE SALUD SE REALIZABA DETECCION DE GLUCOSA CAPILAR A LOS PACIENTES Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA, CUANDO SE CONTABA CON REACTIVOS DISPONIBLES
DETECCION CACU (NO. DE CITOLOGIAS REALIZADAS)	12	SE REALIZARON CITOLOGIAS A VARIAS DE LAS PERSONAS QUE INCLUIA EL PROGRAMA DE CRONICOS
DETECCION DE CANCER DE MAMA	19	SE REALIZABA EXPLORACION DE MAMAS A LAS MISMAS PERSONAS QUE SE LES PRACTICABA CITOLOGIA CERVICAL, UNA VEZ FINALIZADO EL PROCEDIMIENTO
DETECCION DE HIPERTENSION ARTERIAL	12	DENTRO DEL CONSULTORIO 2 DEL CENTRO DE SALUD TIII TULYEHUALCO Y EN FERIAS SE REALIZABAN DETECCIONES DE ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES
DETECCION ADICCIONES	0	

DETECCION DE VIOLENCIA FAMILIAR	50	
ATENCION PRENATAL	0	
PLANIFICACION FAMILIAR	0	
PREVENCION DE ACCIDENTES	87	SE ENSEÑÓ A LOS PACIENTES CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA, ASÍ COMO A LAS PERSONAS DE LA 3° EDAD
CONTROL DEL NIÑO SANO	0	
TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR	452	CONSULTAS DE SEGUIMIENTO A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	205	CONSULTAS DE SEGUIMIENTO A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES
CERTIFICADOS MEDICOS	0	
OTROS	3	PARTICIPACION EN PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE GRUPO DE AYUDA MUTUA, PARTICIPACIÓN EN 5° ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS, PARTICIPACION EN EL PROCESO DE REACREDITACIÓN DEL GRUPO DE AYUDA MUTUA.

INDICADOR DE TUTORIA

TOTAL, DE CONSULTAS CON TUTOR	452	CONSULTAS DE SEGUIMIENTO A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES
TOTAL, DE CONSULTAS SIN TUTOR	205	CONSULTAS DE SEGUIMIENTO A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS NO TRANSMISIBLES

INFORMACIÓN QUE SE DEBERÁ INCLUIR EN EL INFORME FINAL DE LA CARRERA DE MEDICINA

Al concluir el servicio social se deberá entregar el informe final de actividades, el cual concentrará las tareas realizadas durante el año de servicio, el formato para la realización de éste informe es el mismo que el del informe trimestral, solo que se tendrá que anexar antes del cuadro de firmas y sello, los siguientes requerimientos, los cuales ayudan a que el pasantes pueda evaluar algunos aspectos que influyeron en la realización de su servicio social, así como ser evaluado por el Tutor o Director de la Unidad Médica, en una escala del 1 al 10.

ORGANIZACIÓN Y CAPACITACIÓN:

FECHA Y SEDE DEL CURSO DE INDUCCIÓN	TEATRO CARLOS PELLICER (09-17 DE FEBRERO DEL 2023)
FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL DX. DE SALUD	NO APLICA

FECHA Y SEDE DE LA SESIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	NO APLICA
NÚMERO DE INFORMES TRIMESTRALES ENTREGADOS	4
NOMBRE DEL TUTOR	DRA. LORENA VERGARA HUITRON

SUPERVISIÓN:

INSTITUCIÓN	RECIBIO SUPERVISIÓN	
	SI	NO
S. S. P. D. F.	X	
ESCUELA O FACULTAD	X	
JURISDICCIÓN SANITARIA	X	
UNIDAD DE SALUD	X	
NO RECIBIÓ SUPERVISIÓN		

NOTA: MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE:

DIAGNOSTICO DE SALUD

ENTREGÓ: SI ___ NO: ___ X ___ NÚMERO DE CÉDULAS APLICADAS: NO APLICA

ANOTE LAS 5 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILDAD Y MORTALIDAD DETECTADAS EN LA COMUNIDAD:

No.	MORBILDAD	MORTALIDAD
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO: ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD CENTRADA EN LA PERSONA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN UNIDADES DE PRIMER CONTACTO DE LA CIUDAD DE MÉXICO: **“VIVIR COMO SI NO SE TUVIERA UNA ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA”.**

RESUMEN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN: Una enfermedad crónica requiere un tratamiento a largo plazo, además de un seguimiento cercano con la persona que lo padece, así como una adecuada relación médico paciente que permita adaptarse si así lo requiere la situación. Un modelo integral centrado en la persona; consiste en un abordaje que pone como aspecto fundamental las prioridades, necesidades y preferencias de la persona que padece una enfermedad crónica. La cual no tiene más que una ambición principal: vivir plenamente, como si no tuviera una enfermedad, lo cual le permita disfrutar de su familia y de su comunidad. A lo largo de este año por medio de revisión de literatura, contando con la mejor evidencia disponible, aplicando este modelo y llevando un seguimiento estrecho del proceso ha sido posible contribuir con dicho propósito.

PRINCIPALES ACCIONES REALIZADAS PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA:

- Dar atención en consulta de lunes de jueves de 8:00 a 14:00 horas a personas con enfermedades crónicas.
- Abordaje integral de la persona (considerando preferencias, necesidades, inquietudes) en el control metabólico, alimentación, actividad física, aspectos psicoemocionales, sociales y familiares.
- Establecimiento de metas y proyectos en común con las personas atendidas.
- Seguimiento por medio de captura y actualización de datos en la plataforma Redcap.
- Acudir a diplomado presencial y en línea sobre el modelo de atención integral centrado en la persona los viernes de 8:00 a 14:00 horas, abordando temas como: autocuidado, autogestión, medicina narrativa, medicina basada en evidencias y promoción a la salud.
- Participación en presentación y discusión de casos clínicos con un enfoque centrado en la persona.
- Aplicación de la medicina basada en evidencias en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.
- Realizar acciones de promoción a la salud, así como de prevención por medio de información sobre enfermedades crónicas mediante sesiones educativas, carteles y otros recursos.
- Monitoreo estrecho de las personas atendidas y evaluación de los resultados a partir de los tratamientos seleccionados.
- Toma de pruebas rápidas para detección y seguimiento de enfermedades crónicas (Glucosa, Hemoglobina glicosilada, perfil de lípidos, microalbuminuria), en consultorio y ferias de salud.
- Participación en procesos correspondientes al grupo de ayuda mutua "Ive Félix", tales como: Monitoreo mensual, sesiones educativas, Activación física, revisión de expedientes, integración de carpetas operativas, acreditación, reacreditación.
- Planeación y ejecución de Encuentro de pacientes con enfermedades crónicas con el fin de reconocer y fortalecer las capacidades personales y colectivas, así como las relaciones que favorecen el cuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas.

EVALUACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

EN CADA ASPECTO A EVALUAR, ANOTA UNA (X) EN LA COLUMNA QUE CORRESPONDA A LA CALIFICACIÓN OTORGADA.

EVALUACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL POR PARTE DEL PASANTE.

ASPECTOS A EVALUAR	9 - 10	7 - 8	>6	OBSERVACIONES
INDUCCIÓN AL PUESTO EN LA UNIDAD DE SALUD	X			
INTEGRACIÓN AL EQUIPO DE TRABAJO	X			
ASESORÍA Y APOYO EN SUS ACTIVIDADES POR PARTE DEL PERSONAL	X			
COMUNICACIÓN CON EL DIRECTOR, JEFE DE UNIDAD O TUTOR	X			
FACILIDADES PARA CUMPLIR CON LA PLANEACIÓN MENSUAL Y EL TRABAJO DE CAMPO	X			
CALIDAD DE LAS SESIONES ACADÉMICAS	X			
EL SERVICIO SOCIAL TE PERMITIÓ CONOCER LOS PROBLEMAS DE SALUD Y LA ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	X			
LOS PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS FUERON RESUELTOS POR LA JEFATURA DE ENSEÑANZA	X			
CALIFICACIÓN DE TU DESEMPEÑO COMO PASANTE DE SERVICIO SOCIAL	X			

SUGERENCIAS Y COMENTARIOS DEL PASANTE PARA MEJORAR EL SERVICIO: CONSIDERO QUE LA SEDE DE TULYEHUALCO PERMITE REALIZAR MUCHAS ACTIVIDADES Y CONOCER UNA AMPLIA VARIEDAD DE POBLACIÓN, POR LO MISMO DEBERÍAN DIFUNDIRSE MÁS LOS SERVICIOS QUE AQUÍ SE BRINDAN, PARA QUE MÁS PERSONAS LOS CONOZCAN, DE MANERA PARTICULAR ENTRE EL PERSONAL TAMBIÉN DEBE CONTARSE CON MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL MÓDULO 2, PARA QUE PUEDAN REFERIR A LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS A ESTE MÓDULO. TAMBIÉN SUGIERO QUE HAYA MÁS COMUNICACIÓN ENTRE LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES PARA QUE TODOS ESTEMOS EN EL MISMO CANAL DE INFORMACIÓN.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

DRA. IRMA VILLARRUEL GARCÍA JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MEDICA O DIRECTOR DE HOSPITAL	MTRA. MA. SILVIA GONZALEZ ARELLANO RESPONSABLE JURISDICCIONAL DE ENSEÑANZA O JEFA DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL

DRA. LORENA INÉS VERGARA HUITRÓN
TUTOR

MPSS STEPHANI BLAS FELICIANO
NOMBRE DEL PASANTE

Anexo 2. Pláticas y Talleres durante el servicio social

Día Mundial de la Diabetes

DINÁMICA: ¿QUÉ ES LA DIABETES?

1. REALIZAR CUESTIONAMIENTO.
2. ESCRIBIR EN TARIETAS
3. LEERLAS EN VOZ ALTA
4. IR ACLARANDO PUNTO POR PUNTO
5. REALIZAR UNA EXPLICACIÓN SINTETIZADA DE LA DEFINICIÓN Y EL MECANISMO. PROPUESTA EN PÁGINA 32 DE MANUAL DE HERRAMIENTAS PSICOSOCIALES.

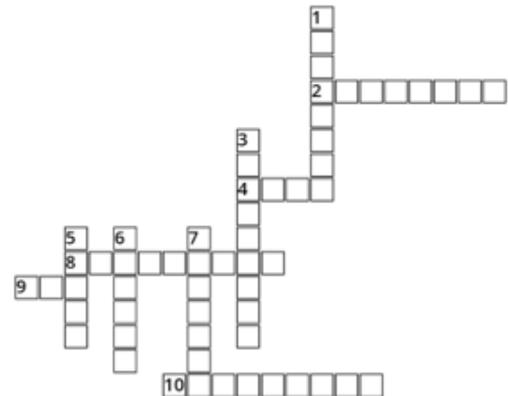
DINÁMICA FACTORES DE RIESGO DE LA DIABETES.

1. REPARTIR A CADA UNO 2 HOJAS DE COLORES DIFERENTES. EN UNA DEBEN ANOTAR FACTORES SALUDABLES DE PROTECCIÓN O DE CONTROL PARA LA DIABETES Y EN LA OTRA ANOTAR FACTORES DE RIESGO
2. TOMAR ALGUNAS DE LAS HOJAS PARA DISCUTIR Y ANALIZAR LAS RESPUESTAS.
3. HACER INTERCAMBIO DE IDEAS O EXPERIENCIAS SOBRE LOS FACTORES ANALIZADOS.
4. ACLARAR LOS SIGNIFICADOS. REVISAR PÁGINA 33 Y 34 DEL MANUAL DE HERRAMIENTAS PSICOSOCIALES.

DINÁMICA COMPLICACIONES DE LA DIABETES.

1. LEER LA HISTORIA DE DOÑA JUANA
2. EN ORDEN QUE CADA UNO IDENTIFIQUE LOS FACTORES DE RIESGO, SIGNOS O SINTOMAS DE ALARMA Y LAS POSIBLES COMPLICACIONES DEL CASO.
3. CONVERSAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONOCER ESTA INFORMACION CONVERSADA.
4. HACER UN RESUMEN DE LOS SIGNOS O SINTOMAS DE ALARMA Y LAS POSIBLES COMPLICACIONES DEL CASO.
5. HACER UNAS PREGUNTAS PARA EVALUAR LA COMPRESIÓN DEL TEMA, SUGERENCIAS:
 - a. ¿ENTIENDE LA DEFINICIÓN DE DIABETES?
 - b. ¿CONOCE LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LA DIABETES?
 - c. ¿COMPRENDE CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES DE UN DESCONTROL DE LA DIABETES?
 - d. IDENTIFICA LOS FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR O CONTROLAR LA DIABETES.

Día mundial de la Diabetes



Horizontales	Verticales
1. Enfermedad que tiene el azúcar alta	1. Qué alimento debo comer más
4. Máximo de frutas que puedo comer si tengo Diabetes	3. Qué nutrientes tienen los carbohidratos y frutas
5. Qué actividad debo realizar diario	5. Nombre del grupo Ave...
9. Alimento que no me debo exceder en comer	6. Unguentos que deben usarse en los alimentos
10. Cómo debe ser la alimentación	7. Cuidados necesarios de hacer punto repetir o más bebidas

Autocuidado de Enfermedades Crónicas

ANEXO 1

TALLER DE CREENCIAS EN LA SALUD

¿QUÉ HAGO CUANDO ESTOY TRISTE?

¿CÓMO ME SIENTO AL CUIDAR DE MI SALUD?

¿QUÉ DIRÍA QUE ME CUESTA MÁS TRABAJO POR MIS HORARIOS?

¿QUÉ HAGO CUANDO ME SIENTO PREOCUPADO O ESTRESADO?

¿QUÉ CAMBIARÍA DE MI FORMA DE CUIDARME?

¿QUÉ HAGO CUANDO ESTOY CONTENTO (A)?

¿EN QUÉ MOMENTOS SIENTO QUE COMO EN EXCESO?

¿QUÉ DEBO HACER PARA AUTOCLUIDARME POR MI ENFERMEDAD?

¿QUÉ ES LO QUE ME MOTIVA A CUIDARME?

¿QUÉ HAGO CUANDO ESTOY ENOJADO?

TALLER DE AUTOCLUIDADO DE ENFERMEDADES Y CREENCIAS EN LA SALUD.

OBJETIVO: RECONOCER LOS EFECTOS QUE HA TENIDO EN SU PERSONA EL PADECER UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

PERMITIR LA LIBRE EXPRESIÓN DE DUDAS, ACTITUDES Y PREOCUPACIONES

FAVORECER LA IDENTIFICACIÓN DE CREENCIAS, PERCEPCIONES Y OBSTACULOS QUE IMPIDAN UN BUEN AUTOCLUIDADO

EN EQUIPOS DARLES LAS LISTAS DE PREGUNTAS (VER ANEXO 1) Y QUE LAS CONTESTEN ENTRE TODOS, POSTERIORMENTE QUE UN INTEGRANTE DE CADA EQUIPO COMPARTA UNA RESPUESTA A ALGUNO DE LOS CUESTIONAMIENTOS.

FINALMENTE, TODOS JUNTOS COMENTAR CÓMO SE SINTIERON, EN QUÉ COINCIDIERON CON LOS DEMÁS Y POR QUÉ PIENSAN QUE ES IMPORTANTE IDENTIFICAR NUESTRAS EMOCIONES PARA FAVORECER EL AUTOCLUIDADO A LARGO PLAZO

HACER UN CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL TALLER GRUPAL, SUGERENCIA:

- a) ¿IDENTIFICA LAS EMOCIONES QUE LE PROVOCA SU ENFERMEDAD CRÓNICA?
- b) ¿SE DA CUENTA DE QUÉ HACE AL ESTAR: TRISTE, CONTENTO, ENOJADO, PREOCUPADO O NERVIOSO?
- c) ¿SE DA CUENTA DE QUÉ ACCIONES LE IMPIDEN CUIDAR CORRECTAMENTE DE SU SALUD?
- d) ¿QUÉ HACE PARA MEJORAR SU SALUD?
- e) ¿SE HA IDENTIFICADO CON OTRAS PERSONAS QUE PADECEN O HAN PADECIDO LO MISMO QUE USTED?
- f) ¿SIENTE QUE SU VIDA HA MEJORADO A PARTIR DE QUE HA TOMADO ACCIONES PARA CUIDAR SU SALUD?

Hipertensión Arterial



Autocuidado de pies



Anexo 3. Material educativo durante el servicio social

17 DE MAYO: DÍA MUNDIAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Elaborado por MPS6 Blas Feliciano Stephani. Asesorado y supervisado por Dra. Lorena Virgara Muñé. Bibliografía: Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistólica / Campos-Novato I, Hernández-Darriba L, Proenza-Tabares A, Medina C, Bergueta S. Hipertension in Mexican adults: prevalence, diagnosis and type of treatment. *Environ Biol Health* 2016;2016:2333-241. <https://doi.org/10.1080/10807014.2016.1188557> / Guidelines for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva: World Health Organization; 2001. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¿Por qué es importante conocer sobre el tema?

- Se estima que 1400 millones de personas en todo el mundo tienen presión arterial alta, pero solo el 14 % la tiene bajo control.
- Se calcula que origina 9.4 millones de muertes anuales. En México, en adultos mayores de 19 años, cerca de 25.5 millones de personas son portadores de HAS. Del 60% que lo sabe, solo la mitad toma medicamento y de éstos la mitad se encuentra en etapas de control.
- Más de las tres cuartas partes de las muertes relacionadas con enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares ocurren en países de bajos y medianos ingresos.

¿Qué puedo hacer?

Si aún no lo padece, existen factores de riesgo que puedes evitar:

- Consumo de tabaco
- Consumo excesivo de alcohol
- Exceso de peso
- Falta de actividad física
- Alta ingesta de sal
- Alta ingesta de grasas saturadas

Si ya lo padece, hay medidas que pueden ayudarte a mejorar tu control:

- Seguir las recomendaciones de tu médico
- Tomar los medicamentos de forma regular
- Evitar el consumo de alcohol y tabaco
- Mantener un peso saludable
- Hacer ejercicio regularmente
- Comer una dieta saludable

ASESINO SILENCIOSO

CONSECUENCIAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA

A la Hipertensión Arterial se le conoce como el asesino silencioso porque al tiempo puede causar ataques cardíacos, derrames cerebrales, insuficiencia renal, problemas de visión y otros problemas de salud graves.

Medicinas altas entre cualquier de los siguientes signos y síntomas:

- Alta ingesta de sal
- Alta ingesta de grasas saturadas
- Falta de actividad física
- Exceso de peso
- Consumo excesivo de alcohol
- Consumo de tabaco

Beneficios del Plato del Buen Comer

Aportan vitaminas y minerales, para tener una piel sana, dientes fuertes y una vista saludable.

- Son fuente de fibra.
- Contienen agua y ayudan a una mejor hidratación.
- Aportan diferentes colores y texturas a las comidas diarias.
- Las frutas no contienen azúcar procesada, por lo tanto dan energía saludable.
- Las frutas y verduras de temporada son más baratas y de mejor calidad.

Los cereales integrales aportan fibra que mejora el tránsito intestinal. Este grupo es una de las principales fuentes de energía para realizar las actividades diarias. Favorecen las funciones de todos los órganos del cuerpo. Ayudan a procesar las grasas.

Son fuente de proteínas que participan en la formación y reparación de tejidos. Ayudan a la fuerza muscular. Favorecen el mantenimiento de los huesos y de la piel. Colaboran a tener un sistema inmune fuerte que previene enfermedades.

CÁNCER CERVICOUTERINO

1ª CAUSA DE MUERTE EN MUJERES 4 MIL 338 MUJERES AL AÑO

¿Qué es? También conocido como cáncer de cuello de la matriz, es el crecimiento anormal de células que inicia en el cuello de la matriz y es más frecuente en mujeres mayores de 30 años.

FACTORES DE RIESGO

- Inicio de vida sexual antes de los 18 años
- Más de 3 compañeros sexuales
- Más de 3 partos
- Fumar
- Infección de virus del papiloma humano.

LO MÁS IMPORTANTE... ¿CÓMO PREVENIRLO?

La forma más fácil es con la citología cervical, o más conocido como el papanicolaou, que se debe realizar 1 vez al año.

Consiste en la introducción de un espejo vaginal que permite ver el cuello de la matriz y tomar una muestra de células, que son analizadas para identificar si son normales o presentan alguna alteración.

LA IMPORTANCIA RADICA EN QUE AL IDENTIFICAR LESIONES PRECANCEROSAS POR MEDIO DE ESTE ESTUDIO ES POSIBLE TRATARLAS DE INMEDIATO Y EVITAR QUE SE CONVIERTA EN CÁNCER.

Es un estudio que se deben hacer todas las mujeres que ya iniciaron relaciones sexuales o que tienen más de 25 años.

Elaborado por Blas Feliciano C.S.TIII Tuluyehualco.

28 DE AGOSTO: DÍA MUNDIAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Elaborado por MPS6 Blas Feliciano Stephani.

MÉXICO Y LOS ADULTOS MAYORES

En 1982 se decretó conmemorar, a nivel internacional, el mes de agosto como el de la vejez; y en México se determinó que el día 28 del mismo mes sería considerado como el Día del Adulto Mayor.

La composición de la población en México ha cambiado en las últimas décadas. En 2010, la población adulta mayor (60 y más) representaba el 10% estructuralmente superior más de 10 millones de adultos mayores en todo el país.

Lamentablemente prevalecen los estereotipos negativos hacia las personas adultas mayores, resultando en un riesgo para el bienestar y calidad de vida de esta población, ya que estas percepciones pueden afectar el apoyo económico, social y familiar, así como el riesgo de vulnerabilidad y exclusión en dichos ámbitos.

LA IMPORTANCIA DEL ADULTO MAYOR

Son pieza muy importante en la sociedad. Son transmisores de sabiduría y experiencia. Unen a la familia, ya que siempre la han apoyado y cuidado.

Las personas adultas mayores tienen derecho a la salud, a recibir orientación y capacitación en materia de nutrición, higiene, y a tener una vida digna.

Envejecimiento saludable

Es el proceso mediante el cual las personas adultas mayores adoptan, adecúan o fortalecen estilos de vida que les permiten lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social.

AUTOCUIDADO Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

- Alimentación saludable
- Actividad física
- Adecuada higiene del sueño
- Recreación y redes de apoyo
- Familia y salud psicoemocional

Anexo 4. Fotografías del servicio social



Sesiones académicas



Proceso de acreditación GAM



Encuentro de Pacientes



Proceso de Reacreditación GAM



Revisión de expedientes



Muestras Gastronómicas



Convivencia Día de Muertos



Actividad Física

Convivencia con personal del Centro de salud



Participación de Talleres



Participación en taller de ensaladas





Decoración del Consultorio



Convivencia de fin de año



Último día de servicio:
Despedida