

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

**UN ENFOQUE DE DESARROLLO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES Y
COLECTIVAS**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

Resúmenes clínicos

MPSS JULIÁN SERGIO CORTE GONZÁLEZ

DR LORENA INÉS VERGARA HUITRÓN

MÉXICO

CIUDAD DE MÉXICO

CS TIII TULYEHUALCO

FEBRERO 2023



Edit with WPS Office

Presentación

Este trabajo es realizado para demostrar los alcances que puede tener el modelo de atención centrada en la persona, constará de una descripción del trabajo que se realiza durante el tiempo en el diplomado, desglosando los temas que se trataron durante este, así como, una descripción del trabajo realizado en el centro de salud T-III Tulyehualco tanto dentro como fuera de la unidad relacionado con el proyecto.

Al principio seleccioné esta plaza para completar el trámite del servicio social, tomando en cuenta la localización del centro de salud, junto con el tiempo de desplazamiento al mismo, me decidí por la plaza de crónicos del CST-III Tulyehualco, sin pensar mucho en las responsabilidades que tendría en este proyecto. Al principio llegué sin más conocimiento sobre la atención de pacientes que el obtenido en el internado, por lo que el cambio en comparación al que hay es necesario brindar dentro del proyecto es abismal

Durante el año de servicio el diplomado tuvo actividades diferentes que requerían de mi presencia fuera del centro de salud, pero junto a las personas que son atendidas allí entre dichas actividades están los encuentros de pacientes donde gente de toda la jurisdicción se reunía para hablar sobre su experiencia con sus enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo su pensar sobre la vida con dichas enfermedades, sus problemas para continuar con un plan de alimentación el cual si no se le presta atención pareciera ser muy limitado y rígido. Todas estas actividades ayudan a aumentar el conocimiento que tenemos de las personas que tratamos a lo largo de este año.

El diplomado

El diplomado del modelo de atención centrada en la persona consta de 4 módulos los cuales tienen un enfoque diferente y se va pasando de módulo en módulo de tal forma que permite contrastar la información que se obtiene en este con la atención que se brinda a los usuarios.

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

En este módulo se compara la manera "tradicional" de atención clínica con el modelo expandido de atención crónica. El modelo tradicional es el modelo que se ha empleado para la atención de personas el cual busca la atención basada en evidencias, que desgraciadamente dejó de lado uno de sus pilares que es el deseo del paciente por tomar un tratamiento específico.

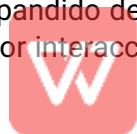
Durante el tiempo en el que se estaba trabajando este primer módulo tuvimos uno de los encuentros de pacientes en el teatro Carlos Pellicer con la temática de nutrición saludable. Al final de este módulo se realizó un ensayo relacionado a esto, el que yo realice es el siguiente:

Introducción

Las enfermedades crónicas implican una enorme problemática en los individuos, familias, la sociedad y en los sistemas de salud a nivel mundial, pues son la principal causa de mortalidad, discapacidad y costos de salud. El modelo médico tradicional ha demostrado ser inefectivo y caro en el tratamiento de enfermedades crónicas debido a que la mayoría de las personas tienen más de una patología, así como diferentes circunstancias de vida que dificultan la capacidad de auto manejar sus enfermedades. Las limitaciones del modelo médico han resultado en nuevos paradigmas que evolucionan para el tratamiento de enfermedades crónicas. (1)

Una porción significativa de los costos por utilización innecesaria de cuidados de salud, los pobres resultados médicos asociados al tratamiento de estas enfermedades resulta, en parte, del fallo de los pacientes en auto manejar sus condiciones en respuesta a la terapia médica recomendada. Por ende, si se quiere mejorar el manejo de estas condiciones es necesario que los sistemas y proveedores de salud organicen un sistema integral de auto manejo de enfermedades crónicas para pacientes en los que se provean el conocimiento, los recursos y las habilidades necesarias para realizar múltiples tareas necesarias para auto manejar mejor sus condiciones. (1)

De acuerdo con el modelo expandido de cuidado crónico de Ed Wagner, el cuidado efectivo de enfermedades crónicas está caracterizado por interacciones productivas entre pacientes activados y un equipo preparado. Y



que la práctica clínica es influenciada por 4 áreas: soporte de automanejo, diseño del sistema de entrega, soporte de decisiones y sistemas de información clínica, teniendo como meta dar un servicio seguro, efectivo, centrado en el paciente eficiente y equitativo. (1)

JUSTIFICACIÓN

El diplomado de atención de la salud centrada en la persona para el control de enfermedades crónicas tiene como propósito final contribuir al logro de la autonomía de las personas que viven con enfermedades crónicas, para que alcancen un buen control de sus enfermedades crónicas y que consigan, dentro de sus condiciones y de su situación, una vida saludable.

A lo largo de este tiempo se han usado distintos términos para referirse a este “control” de enfermedades crónicas no trasmisibles entre ellas está autocontrol, automanejo y autocuidado, pese a ser utilizadas múltiples veces como sinónimos son palabras con significados que difieren de una a otra. Esto puede llevar a entendidos que difieren de lo que el diplomado busca que es una atención centrada en la persona

La atención centrada en la persona es la práctica clínica orientada a establecer una relación con la persona enferma comprendida en su totalidad como tal; una persona antes que, como un paciente, “un enfermo o una enferma”, “un diabético, una diabética, “una hipertensa, un hipertenso”. En este caso una persona que vive con una enfermedad crónica, como Diabetes, Hipertensión y otras relacionadas.

La atención centrada en la persona tiene como propósito favorecer la autonomía de la persona que vive con enfermedades crónicas; eso significa, entre otras cosas, establecer una relación que favorezca la iniciativa de la persona que llamamos paciente. Se trata de favorecer el desarrollo de las capacidades de la persona para que logre un buen autocuidado, entendido este en un sentido muy amplio, más allá de sólo atender recomendaciones y seguir un tratamiento.

Debido a todo esto en múltiples ocasiones se han usado diferentes términos para referirse a el conjunto de habilidades que deben desarrollar los pacientes, lo cual me generó la duda de si en verdad son sinónimos o simplemente son tratados como tal y si el uso de un término diferente implicará que las habilidades a desarrollar son diferentes

AUTOCONTROL

DEFINICIÓN

Es una palabra compuesta por los vocablos:

- AUTO Del griego. αὐτο-auto-.Significa 'propio' o 'por uno mismo'.(2)
- CONTROL Del francés. Contrôle significa Comprobación, inspección, fiscalización, intervención. dominio, mando, preponderancia.(3)

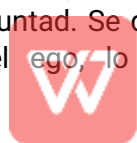
Que significa Control de los propios impulsos y reacciones.(4)

Autocontrol es definido como “la capacidad de alterar las respuestas de uno mismo. Especialmente para alinearlas con estándares como son los ideales, los valores, la moral, las expectativas sociales, y soportar la búsqueda de metas a largo plazo”. (5)

HABILIDADES PARA ALCANZARLO

Ejercer el autocontrol de forma efectiva implica controlar el comportamiento de manera consciente, buscando la meta a largo plazo; existen los rasgos y el estado de autocontrol, mientras el primero suele ser relativamente estable a lo largo del tiempo, el estado de autocontrol varía dependiendo de la situación y del tiempo. (5)

Según el modelo de fuerza autorreguladora del autocontrol, el autocontrol se considera una fortaleza, por ende, se requiere de esfuerzo y voluntad. Se dice que al ejercer el autocontrol se agotan estos recursos, lo que se conoce como depleción del ego, lo cual produce que el ejercicio del autocontrol y el cambio de



comportamientos se vuelven más difíciles. (5)



Edit with WPS Office

Según el estudio de Bosma et al. hay cuatro elementos del autocontrol que un trabajador con condiciones crónicas tiene las cuales son:

1. Divulgación
2. Encontrar un balance saludable
3. Solicitar soporte y comodidades
4. Manejo de síntomas y limitaciones

Adicionalmente la influencia e interacción de los ambientes social, laboral y de salud. (5)

AUTOMANEJO

DEFINICIÓN

Es una palabra compuesta por los vocablos:

- AUTO Del griego. αὐτο-auto-.Significa 'propio' o 'por uno mismo'.(2)
- MANEJO Del italiano. Maneggiare. Significa usar, utilizar, gobernar, dirigir (6)

Término que no se encuentra en el diccionario de la RAE pero que podemos inferir que significa el uso o gobierno de lo propio.

El termino automanejo está definido como asumir, por parte de los pacientes, de sus atenciones cotidianas, lo que influye sobre su patología involucrando la esfera biológica, emotiva, psicológica y social. (7)

HABILIDADES O ATRIBUTOS PARA ALCANZARLO

- ATRIBUTOS ORIENTADOS A LA PERSONA
 1. La persona debe activamente tomar parte del proceso de cuidado
 2. La persona debe tomar responsabilidad por el proceso de cuidado
 3. La persona debe tener un mecanismo positivo para lidiar con la adversidad (8)
- ATRIBUTOS ORIENTADOS AL AMBIENTE DE LA PERSONA
 1. La persona debe estar informado sobre la condición, enfermedad y tratamiento
 2. El automanejo es definido de manera individual e implica expresar necesidades, valores y prioridades
 3. El automanejo implica apertura para asegurar una relación recíproca con los proveedores de salud
 4. El automanejo implica apertura al apoyo social (8)
- ATRIBUTOS RESUMIDORES
 1. El automanejo es una tarea de toda la vida
 2. El automanejo asume habilidades personales
 - a. Solución de problemas
 - b. Toma de decisiones
 - c. Uso de recursos
 - d. Formar una relación paciente – proveedor de salud



- e. Fijación de metas, tomar acción y evaluar la obtención de metas (9)
3. El automanejo acopla los dominios: médico, rol y emocional
- a. Manejo médico
 - b. Manejo de rol
 - c. Manejo emocional (8)

El automanejo es la habilidad intrínsecamente controlada de un individuo activo, responsable, informado y autónomo, para vivir con las consecuencias emocionales, de rol y médicas de su condición crónica en relación con su red social y sus proveedores de salud (8)



AUTOCUIDADO

DEFINICIÓN

Es una palabra compuesta por los vocablos

- AUTO Del griego.αὐτο-auto-.Significa 'propio' o 'por uno mismo'.(2)
- CUIDAR Del antiguo coidar y este del latín cogitāre 'pensar'.(10)

Término que no se encuentra en el diccionario de la RAE pero que podemos inferir que significa pensar por uno mismo o pensar en lo propio

En la teoría de rango medio del autocuidado de enfermedades crónicas el autocuidado se define como el proceso de mantener la salud a través de prácticas que promueven la salud y manejando malestares, comportamientos que se realizan tanto en la salud como en la enfermedad. (11)

HABILIDADES PARA ALCANZARLO

El autocuidado puede ser descrito como algo construido de los 3 conceptos claves que son mantenimiento, monitoreo, manejo; los cuales están muy relacionados entre sí. (11)

. MANTENIMIENTO

- 1) Prácticas que promuevan la salud
- 2) Detección de síntomas

. MONITOREO

- 1) Actividad, estrés, dolor, ansiedad, glicemia capilar, etc.
- 2) Percepción
- 3) Interpretación
- 4) Reconocimiento

. MANEJO

- 1) Respuesta a síntomas.

Algunas intervenciones que pueden ayudar a promover el cambio de hábitos incluyen la educación, persuasión, incentivos, restricciones, permisos, etc.

COMPARACIÓN

Como se ha ido encontrando en diversos papeles se hace uso de los 3 términos analizados en este trabajo como sinónimos y como palabras completamente diferentes. A manera de resumen la Tabla 1 nos muestra las habilidades que las teorías encontradas para cada término implican para alcanzar exitosamente el estado de autonomía por parte de una persona.

Tabla 1 habilidades a desarrollar

	Personal	Social	Salud
Autocontrol Capacidad de alterar las respuestas de uno mismo	Esfuerzo y voluntad	Soporte	Manejo de síntomas y limitaciones
Automanejo Asumir sus atenciones cotidianas	Activo, responsabilidad y manejo de emociones	Apoyo, conocimiento y apertura	Solución de problemas, metas, decisiones
Autocuidado	Automonitoreo	X	Prácticas saludables,

Proceso de mantener la salud a través de prácticas que promueven la salud y manejando malestares			manejo de síntomas
--	--	--	--------------------

Se encontró que pese a tener significados tan similares, las habilidades a adquirir difieren, al igual que los ámbitos de la vida de cada persona que refieren como necesarios para conseguir autonomía por parte del paciente

CONCLUSIONES

Es bastante interesante encontrar que, pese a que se podría considerar a los términos como sinónimos por el significado de los componentes de cada palabra, una vez que los mentemos al contexto de salud para pacientes con enfermedades crónicas, son palabras con significados e implicaciones completamente distintos.

Es muy importante tomar en cuenta esto para poder hacer uso de la terminología adecuada para lo que se quiere lograr en el futuro con este diplomado.

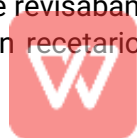
Bibliografía

1. The Chronic Care Model. [cited 2022 Jul 6]; Available from: www.act-center.org
2. RAE. Auto [Internet]. [cited 2022 Jul 5]. Available from: <https://dle.rae.es/auto-#4Quv5F7>
3. RAE. Control [Internet]. Available from: <https://dle.rae.es/control?m=form>
4. RAE. Autocontrol [Internet]. Available from: <https://dle.rae.es/autocontrol?m=form>
5. Bosma AR, Boot CRL, De Maaker M, Boeije HR, Schoonmade LJ, Anema JR, et al. Exploring self-control of workers with a chronic condition: a qualitative synthesis. *Eur J Work Organ Psychol* [Internet]. 2019 Sep 3 [cited 2022 Jul 21];28(5):653–68. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1359432X.2019.1631801>
6. RAE. Manejo [Internet]. Available from: <https://dle.rae.es/manejo?m=form>
7. Automanejo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles [Internet]. [cited 2022 Jul 21]. Available from:
8. Van De Velde D, De Zutter F, Satink T, Costa U, Janquart S, Senn D, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2022 Jul 21];9(7):e027775. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/7/e027775>
9. Allegrante JP, Wells MT, Peterson JC. Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2019;40(1):127–46. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>
10. RAE. Cuidar [Internet]. [cited 2022 Jul 21]. Available from: <https://dle.rae.es/cuidar#JYYS7m>
11. Riegel B, Jaarsma T, Lee CS, Strömberg A. Integrating Symptoms Into the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Ans Adv Nurs Sci* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2022 Jul 21];42(3):206. Available from: [/pmc/articles/PMC6686959/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36686959/)

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

Para el segundo módulo se repasaron las bases para el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, al igual que los modelos de atención basado en evidencias, basado en narrativas y la combinación de estos dos métodos de atención

Durante el tiempo en el que se revisaban los datos de este módulo se tuvo un segundo encuentro de pacientes con la temática de realizar un **recetario** saludable con recetas brindadas por las personas atendidas en el



proyecto a lo largo de la ciudad de México. Al finalizar este módulo se realizó una revisión sistemática con relación a los temas vistos, la que yo realice es la siguiente:

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica caracterizada por un estado continuo de hiperglicemia secundario a defectos en la secreción o en la acción de la insulina y es asociada con complicaciones que pueden dar lugar a alteraciones importantes de no tratarse adecuadamente. Según datos del Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI) en 2020 se reporta que el 10% de la población que tiene 20 años les han diagnosticado DM2 y esta estadística aumenta junto con la edad.

Acorde a la guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención mexicana los esquemas de tratamiento para la DM2 recomienda iniciar tratamiento con fármacos insulino sensibilizantes en monoterapia y considerar el uso de insulina en personas que pese a la terapia dual no consiguen metas glicémicas o tengan una hemoglobina glicosilada entre 8.6 y 8.9% e iniciar la insulinización en personas con hemoglobina glicosilada $\geq 9\%$. El uso de insulinas ha demostrado ser eficaz para mejorar la calidad de vida de las personas con DM 2, sin embargo, suele iniciarse después de 10 años del diagnóstico de DM2.

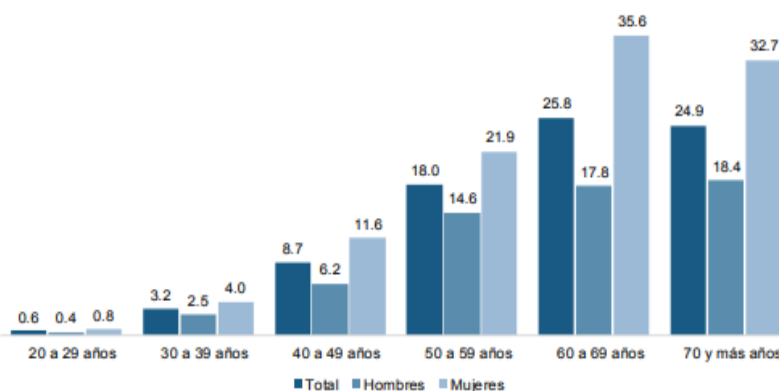
JUSTIFICACIÓN

La insulinización suele iniciarse cuando a pesar de la terapia dual no se logran alcanzar las metas glicémicas. El uso de insulinas ha demostrado ser eficaz para mejorar la calidad de vida de las personas con DM2, sin embargo, suele iniciarse después de 10 años del diagnóstico de diabetes debido a múltiples factores que no serán analizados en este trabajo.

Siendo las complicaciones macrovasculares de la DM2 las principales causas de morbilidad y mortalidad se han estudiado los beneficios de un control más estricto de los parámetros bioquímico de las personas con DM2.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica caracterizada por un estado continuo de hiperglicemia secundario a defectos en la secreción o en la acción de la insulina y es asociada con complicaciones que pueden dar lugar a alteraciones importantes de no tratarse adecuadamente. (1)

Figura 1 Prevalencia de diabetes mellitus en población de 20 años y más, por grupo de edad según sexo en 2018



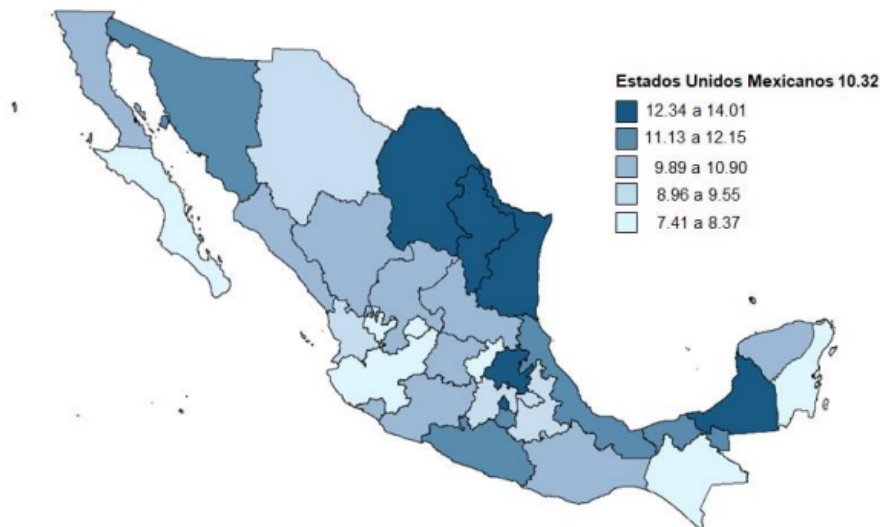
Nota: La prevalencia se refiere a la población de 20 años y más que al momento de la encuesta declaró tener un diagnóstico previo de diabetes. El cálculo por edad se obtiene sobre el total de población de la encuesta de 20 años y más, de hombres y de mujeres en cada grupo de edad.

Fuente: INEGI, INSP, SALUD. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018.

Según datos del Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI) en 2020 se reporta que el 10% de la población que tiene 20 años les han diagnosticado DM2 y esta estadística aumenta junto con la edad, pues poco más de la cuarta parte de las personas con 60 – 69 años tienen un diagnóstico de DM2, siendo la ciudad

de México uno de los estados con mayor prevalencia de diabetes en personas de 20 años y que 151 019 personas fallecieron por alguna complicación de la DM2 lo que equivale al 14% del total de defunciones en México. (2)

Figura 2 Prevalencia de diabetes mellitus en población de 20 años y más, por entidad federativa 2018



Nota: La prevalencia se refiere a la población de 20 años y más que al momento de la encuesta declaró tener un diagnóstico previo de diabetes. Fuente: INEGI, INSP, SALUD. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018.

Acorde a la guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención mexicana los esquemas de tratamiento para la DM2 consiste en fármacos insulino secretores ;como las sulfonilureas, meglitinidas, análogos del GLP1, e inhibidores de la DPP4; fármacos insulino sensibilizantes, las tiazolidinedionas, inhibidores de alfa glucosidasas intestinales e insulinas, aunado a los cambios en el estilo de vida.

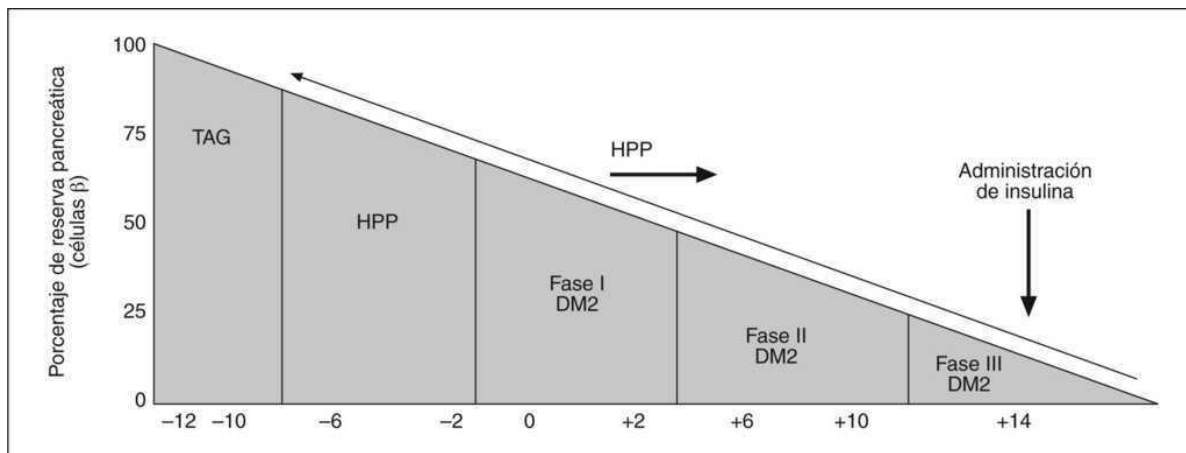
Recomendando iniciar tratamiento con fármacos insulino sensibilizantes en monoterapia en personas con hemoglobina glicosilada (HbA1c) $\leq 7.9\%$, agregar un segundo fármaco en personas que no consigan las metas de glicemia o tengan una HbA1c entre 8 y 8.5% y considerar el uso de insulina en personas que pese a la terapia dual no consiguen metas glicémicas o tengan una HbA1c entre 8.6 y 8.9% e iniciar la insulinización en personas con HbA1c $\geq 9\%$. Hablando de metas glicémicas múltiples guías de práctica clínica hacen hincapié en la individualización de estas tomando en cuenta la edad de la persona, las complicaciones que ha presentado, el riesgo de hipoglicemias, etc.

Recordando que en las fases iniciales de la evolución de la DM2 hay un estado de resistencia a la insulina íntimamente relacionada con la obesidad abdominal cuya consecuencia es el aumento de la producción de insulina por parte de las células β pancreáticas para equilibrar el metabolismo de los carbohidratos. El resultado de esto es un hiperinsulinismo compensador que no suele ser suficiente para regular la sobrecarga de hidrocarburos de la dieta. (1)

Con el paso del tiempo la capacidad del páncreas para responder a estos cambios decrece y el hiperinsulinismo no es suficiente para mantener los niveles de glicemia basal en límite normales, siendo en ésta fase cuando suele realizarse el diagnóstico de diabetes y el porcentaje de células β pancreáticas se han reducido hasta en un 50%, que de continuar sin un adecuado control a los 10 años de diagnóstico, más del 75% de las personas requerirá del uso de insulina para el apropiado control de su glicemia (3)

Hay que tener en cuenta que existen múltiples tipos de insulinas como lo son las de acción ultrarrápida como la lispro, intermedias como la NPH, de acción prolongada como la glargina y las mezclas de estas. En personas con DM2 no se han encontrado ventajas notables con los análogos de acción rápida en comparación con las insulinas humanas pues no reducen el riesgo de hipoglicemias graves, en contraste los análogos de

acción prolongada si reducen el riesgo de hipoglicemias. (3)



Clin Invest Arterioscl. 2008;20:73-81

ESQUEMAS DE INSULINIZACIÓN

TIPOS DE INSULINAS

TABLA 1. Comparación de los diferentes tipos de insulina

Insulinas		Inicio de acción	Pico Máximo	Duración aproximada	
Prandiales	Ultrarrápidas	Aspart Glulisina Lispro	3-15 min	45 - 75 min	2 - 4 h
	Rápida o regular		30 min	2 - 4 h	5 - 8 h
Basales	Intermedias	NPH	2 h	4 -12 h	8-18 h
		Insulina lispro protamina (NPL)	2 h	6 h	15 h
	Prolongadas	Glargina	2 h	Sin pico	20 - 24 h
		Detemir Degludec	2 h	3 a 9 h Sin pico	6 - 24 h > 40 h
Mezclas	Con insulina humana	Regular + NPH	30 min	Doble	12 h
	Con análogos de insulina	Aspart + NPA Lispro + NPL	10-15 min	Doble	12 h

Fuente: elaborado por Erick Blanco Naranjo, con base en Insulin therapy in type 2 diabetes mellitus. 2019. (8) y en Tipos de insulina. 2017. (11)

INSULINIZACIÓN BASAL

Uso de una o dos dosis de insulina NPH o una dosis de análogo de larga duración

Es el régimen inicial más conveniente y puede ser fácilmente auxiliado con hipoglucemiantes orales reduciendo las necesidades de insulina

Insulina basal calculada a 10 UI/día o 0.1 - 0.2 UI/kg/día y ajustar el 10 - 15% o 2 a 4 unidades a la semana.

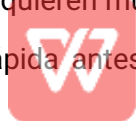
Régimen de la asociación americana de diabetes

Según la asociación americana de diabetes (ADA) hay 3 regímenes para el uso de insulinas los cuales son:

Basal bolo

El que más se asemeja a la secreción fisiológica de insulina. Consiste en el uso de insulina basal, asociado a 3 dosis de insulinas rápidas en cada comida; sin embargo, tiene como desventaja la aplicación de múltiples inyecciones de insulina que requieren mucha dedicación y motivación

Administración de insulina rápida antes de la comida con la mayor ingesta de carbohidratos, de no lograr



Edit with WPS Office

metas aumentar a 2 o más inyecciones. (4)

Basal con GLP1

Agregar un medicamento agonista del receptor del GLP1 al basal

Insulinas premezcladas

Uso de insulinas premezcladas al 75/25, 70/30 o 50/50 siendo necesario suspender el uso de la dosis basal y el agonista GLP1

Régimen de la asociación americana de endocrinólogos clínicos

Según la asociación americana de endocrinólogos clínicos (AACE) recomienda usar insulina basal de larga duración calculada a 0.1 – 0.2 UI/kg en personas con HbA1c <8% y 0.2 – 0.3 UI/kg en personas con HbA1c >8% con dos regímenes para su inicio(4)

Basal bolo

Insulinas premezcladas

INSULINIZACIÓN TEMPRANA

Como se habrá notado no hay una guía que diga el tiempo específico en el cual hay que iniciar la terapia con insulina sin embargo si niveles de HbA1c en los que se recomienda iniciar. Las recomendaciones actuales dicen que se debe llegar a metas de control de la glucemia en 6 meses con diferentes terapias, incluyendo la insulinización temporal de la persona con diabetes. (3–10)

DISCUSIÓN

El uso de insulina en las personas con DM2 es algo que pese a tener grandes ventajas a largo plazo para las personas con diagnósticos de menos de 10 años no se ha encontrado información acerca de si este beneficio aumenta o disminuye al iniciar la terapia de insulina en menor tiempo pues debido a los distintos problemas que conlleva la aceptación de su uso por parte de los pacientes y de los médicos.

Es necesario seguir investigando los tiempos ideales para iniciar la terapia insulínica pues se encontró que hay un sesgo en la información sobre en qué momento se inicia tradicionalmente la insulinización, en experiencia del autor se suele iniciar 10 años después del diagnóstico, tomando en cuenta que en México la población no tiene la cultura de chequeos anuales, se retrasa el diagnóstico de la diabetes.

CONCLUSIONES

El beneficio obtenido por la terapia insulínica es obvio, con la creación de análogos de la insulina humana con ventanas terapéuticas más específicas ha permitido el uso de este medicamento con cada vez más seguridad, sin embargo, es necesario realizar un estudio más profundo para poder determinar adecuadamente el mejor periodo para iniciar la terapia insulínica aunado a poder determinar si esto puede ser estandarizado de alguna forma.

BIBLIOGRAFÍA

1. la diabetes mellitus tipo 2 | Medicina Integral [Internet]. [cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-diabetes-mellitus-tipo-2-13025480>
2. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES (14 DE NOVIEMBRE) DATOS NACIONALES. [cited 2023 Jan 27]; Available from: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-diabetes-2020>
3. Calderón A, Escobar C, Montoro P, Barrios Alonso V. Insulinización basal y enfermedad
4. Barnett A, Begg A, Dyson P, Feher M, Hamilton S, Munro N. Insulin for type 2 diabetes: choosing a second-line insulin regimen. Int J Clin Pract [Internet]. 2008 Nov [cited 2023 Jan 27];62(11):1647. Available from: [/pmc/articles/PMC2680733/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16808725877/)
5. aterosclerótica en la diabetes mellitus tipo 2. Clínica e Investig en Arterioscler [Internet]. 2008 Apr 1 [cited 2023 Jan 27];20(2):73–81. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-insulinizacion-basal-enfermedad-aterosclerotica-diabetes-S0214916808725877>



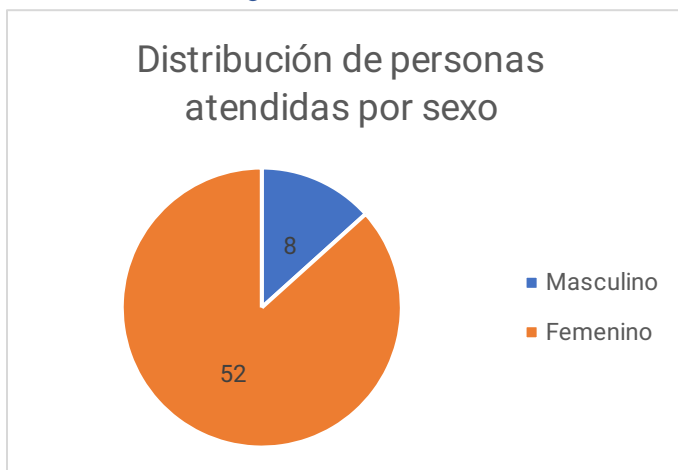
5. Diabetes Secrets,E-Book - Michael T. McDermott - Google Books [Internet]. [cited 2023 Jan 27]. Available from: https://books.google.com.mx/books?hl=en&lr=&id=WB9REAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA87&dq=related:v67uBjVobDgJ:scholar.google.com/&ots=M45R7XvGoo&sig=P8_LVmtiOjUvw2HC244qSRXoiTY#v=onepage&q&f=false
6. McGill M, Felton AM. New global recommendations: A multidisciplinary approach to improving outcomes in diabetes. Prim Care Diabetes [Internet]. 2007 Feb 1 [cited 2023 Jan 27];1(1):49–55. Available from: <http://www.primary-care-diabetes.com/article/S1751991806000064/fulltext>
7. Silver B, Ramaiya K, Andrew SB, Fredrick O, Bajaj S, Kalra S, et al. EADSG Guidelines: Insulin Therapy in Diabetes. Diabetes Ther [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2023 Jan 27];9(2):449–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29508275/>
8. Guerrero G, Langer J, et al. Slow titration and delayed intensification of basal insulin among patients with type 2 diabetes. J Manag Care Spec Pharm. 2018 Apr 1;24(4):390–400.
9. Chun J, Strong J, Urquhart S. Insulin Initiation and Titration in Patients With Type 2 Diabetes. Diabetes Spectr [Internet]. 2019 May 1 [cited 2023 Jan 27];32(2):104–11. Available from: <https://diabetesjournals.org/spectrum/article/32/2/104/32457/Insulin-Initiation-and-Titration-in-Patients-With>
10. Chandran A, Parisi M, Saltiel-Berzin R, Bonafede M. Current Clinical Practice Correspondence With Treatment Guidelines In Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. Value Heal [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2023 Jan 27];18(7):A621–2. Available from: <http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098301515042552/fulltext>

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

Para este módulo, se analizó la población atendida por los pasantes pertenecientes al proyecto dependiendo del centro de salud al que pertenecían. Para el caso del CST-III Tulyehualco, se encontró que, en la plataforma para el registro de la información de las personas pertenecientes a este proyecto, se inició el año con un total de 165 personas registradas en la plataforma RedCap, al día 01/02/2023 hay 188 personas registradas de las cuales yo atendí 60, de estas 40 ya se encontraban registradas en la plataforma del proyecto y el resto se fue agregando al proyecto durante el año de servicio.

De esta población al final del año 118 están activos, el resto se encuentran inactivas por distintos motivos como: cambio de domicilio, fallecimiento, deseos de no continuar su atención dentro del proyecto o cambio de proveedor de seguridad social.

Información demográfica



De la población activa atendida durante el periodo de servicio social se encontró que el 13% son hombres, tomando en cuenta esta información se obtiene como resultado que la mayoría de las personas con enfermedades crónicas son mujeres, sin embargo, esta información tiene un sesgo muy importante por falta de

información debido a que la población atendida por el módulo de crónicos es mínima en comparación a la población que se atiende en el centro de salud y aún más

Distribución de personas por grupos de edad	
31 – 40	1
41 – 50	8
51 – 60	24
61 – 70	18
71 – 80	10

pequeña en comparación a la población que habita en el poblado de Tulyehualco.

Se buscó entonces la distribución de estas personas por grupos de edad, encontrándose que la mayoría de las personas atendidas tienen más de 50 años concentrándose en las décadas de los 50 – 60 años. Como se muestra en la tabla de distribución

Motivos de atención

Total de consultas		
Febrero	Primera vez	21
	Subsecuente	0
Marzo	Primera vez	15
	Subsecuente	17
Abril	Primera vez	7
	Subsecuente	29
Mayo	Primera vez	6
	Subsecuente	30
Junio	Primera vez	2
	Subsecuente	38
Julio	Primera vez	3
	Subsecuente	34
Agosto	Primera vez	1
	Subsecuente	35
Septiembre	Primera vez	1
	Subsecuente	32
Octubre	Primera vez	0

Al descargar la base de datos que se tienen en la plataforma RedCap, en encontraron un total de 437 consultas otorgadas a lo largo de este año al grupo de personas que forman parte del proyecto de atención centrada en la persona. Obviamente esta cifra únicamente refleja a las fechas en las cuales estas personas tuvieron cita médica dejando de lado las actividades de control de enfermedades crónicas no transmisibles que es la monitorización de cifras de glicemia, cifras de tensión arterial o alimentación para modificación del tratamiento y mejorar el control de sus enfermedades, también deja fuera las consultas otorgadas a personas que no pertenecen al proyecto de atención y la realización de estudios de gabinete (electrocardiograma).

Del total de consultas que se tienen registradas gran parte de estas se otorgaron durante los meses de octubre a enero y los meses que menos consultas se otorgaron son de febrero a mayo. También se observa que la mayoría de las consultas de primera vez aparte febrero ocurrieron durante el mes de marzo.

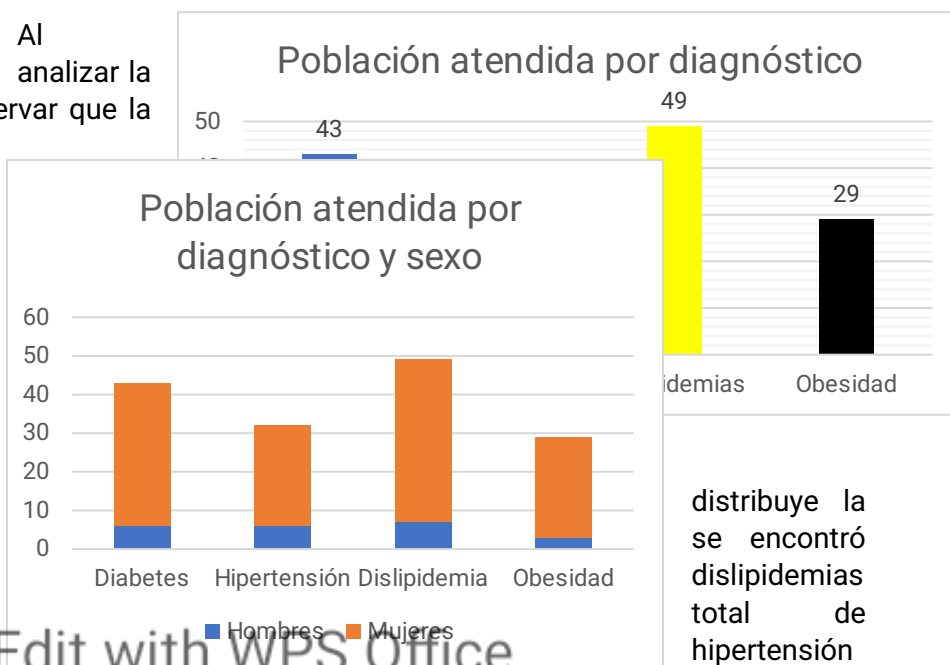
Morbilidad atendida

Debido a que el proyecto centra su atención en las enfermedades crónicas no transmisibles es necesario hacer un análisis de la morbilidad de estas enfermedades (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, dislipidemias y obesidad) en este conjunto de personas.

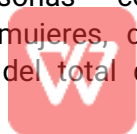
distribución de diagnósticos se puede observar que la mayoría de las personas tienen algún tipo de dislipidemia, seguidas de las que tienen diabetes, sin embargo, el total de estas enfermedades se superior al de personas atendidas lo cual demuestra que muchas tienen más de un diagnóstico, por lo que es necesario analizar aún más esta estadística.

Previo a analizar las estadísticas por padecimientos es necesario ver cómo se población con respecto a cada patología y que del total de personas con poco menos del 86% son mujeres, del diabetes 86% son mujeres, del total de

Al analizar la

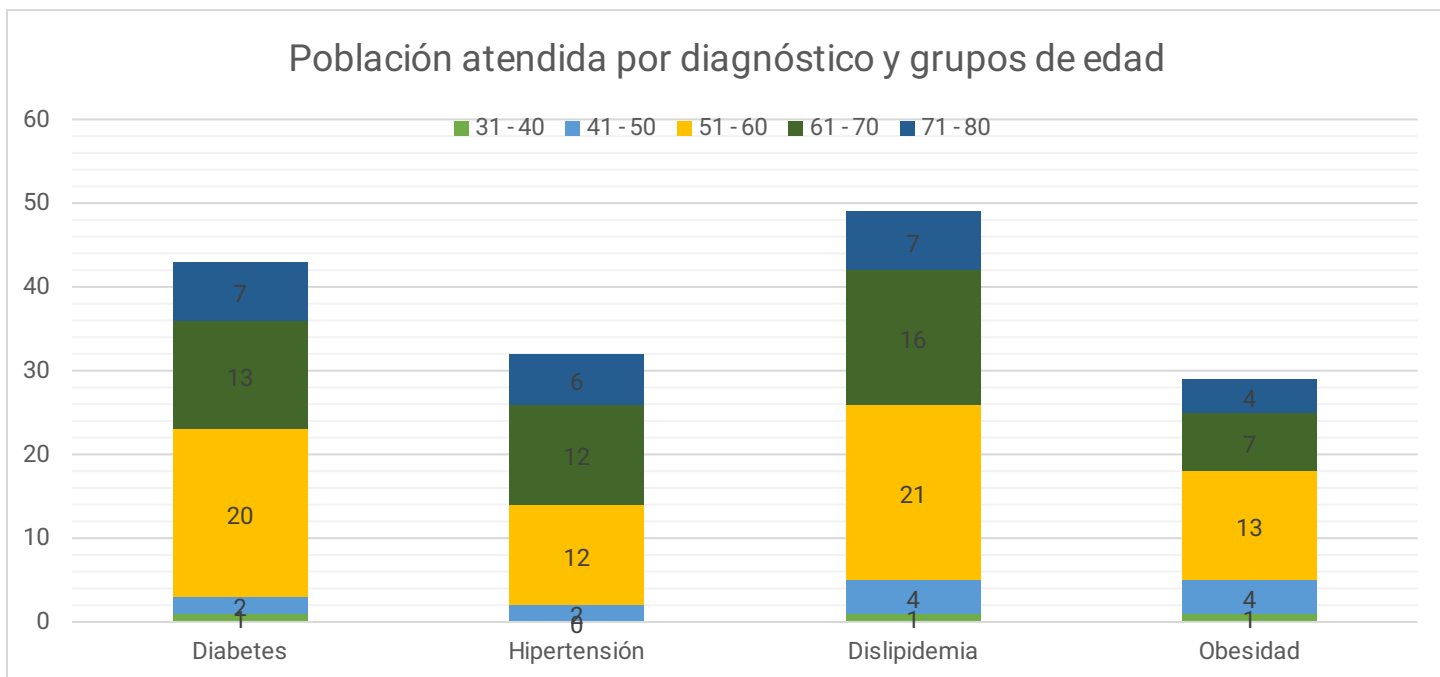


distribuye la se encontró dislipidemias total de hipertensión

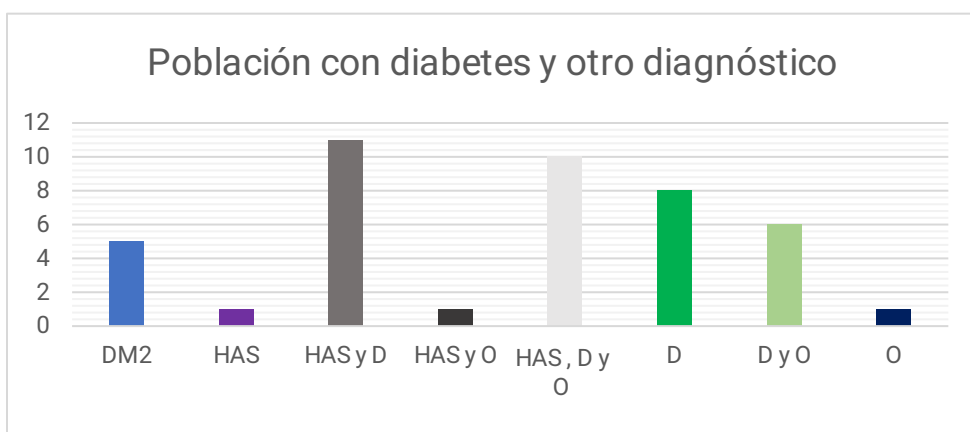


solo el 81.25% son mujeres y del total de obesidad casi el 90% son mujeres

Así como se analizó la distribución de enfermedades de la población atendida también es necesario ver cómo se distribuyen a lo largo de los distintos grupos de edad, pues si recordamos la mayor parte de personas atendidas se encuentran en las décadas superiores a 50 años y esto se reflejó como se describe en la siguiente tabla



Como habíamos dicho esta estadística es basada únicamente en las personas que atendí en este año de servicio y no refleja la estadística total del servicio brindado por el consultorio donde se implementa el proyecto cuya distribución de la población es similar pero con mayor número de hombres, sin embargo en comparación al total de mujeres atendidas en el consultorio sigue siendo la minoría



Empezando por las personas que tienen diabetes y algún otro diagnóstico en el cual se puede encontrar que de esta población la mayoría tiene en conjunto el diagnóstico de hipertensión y algún tipo de dislipidemia o cumple con todos los criterios para síndrome metabólico.

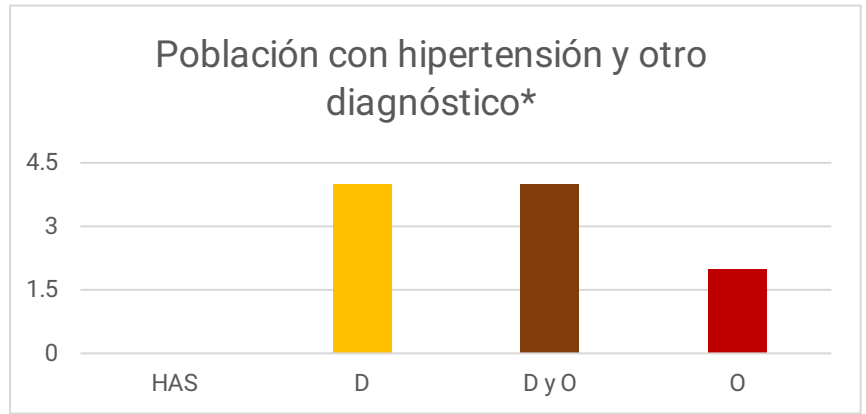
Fuente: 1 RedCap

DM2 – diabetes mellitus 2 HAS – hipertensión arterial sistémica D - dislipidemias O – obesidad



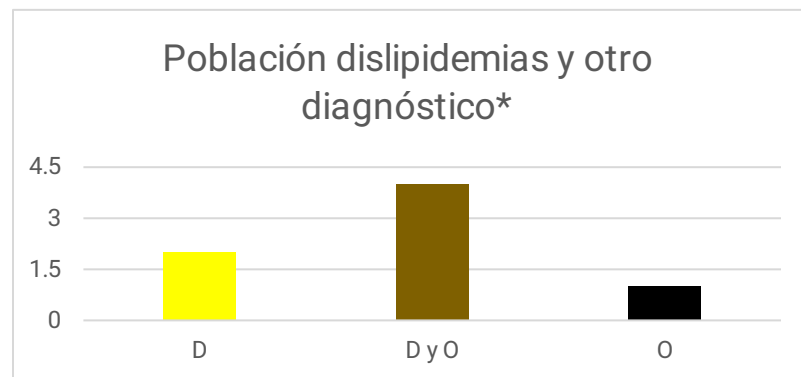
Edit with WPS Office

Al analizar a la parte de población que tiene diagnóstico de hipertensión y algún otro diagnóstico, se decidió excluir a los que también tienen diagnóstico de diabetes pues ya fueron contados anteriormente; se encontró que no hay pacientes con el diagnóstico de hipertensión sin contar con algún otro diagnóstico, sí como que la mayor parte de estas personas tienen algún tipo de dislipidemia.



Fuente: 2RedCap

HAS – hipertensión arterial sistémica D – dislipidemias O – obesidad



Fuente: 3RedCap

D – dislipidemias O – obesidad

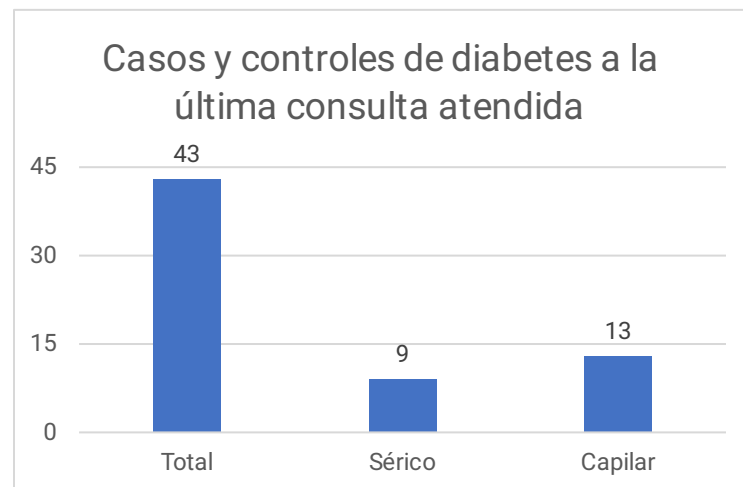
controladas en su última consulta como la cantidad de personas controladas que había en el mes de enero por diagnóstico y sexo en caso de ser posible

Como se podrá notar al analizar la cantidad de personas controladas para la última consulta en la que se atendió a los pacientes con diabetes se encuentra que el 51.6% del total de estas personas se encuentran controladas, sin embargo, al realizar un análisis al final del año de este mismo grupo de personas se encontrará que del total un 65.11% se desconoce si se encuentra en control o no de sus enfermedades al igual que un descenso en la cantidad de personas que se conoce si están o no controladas.

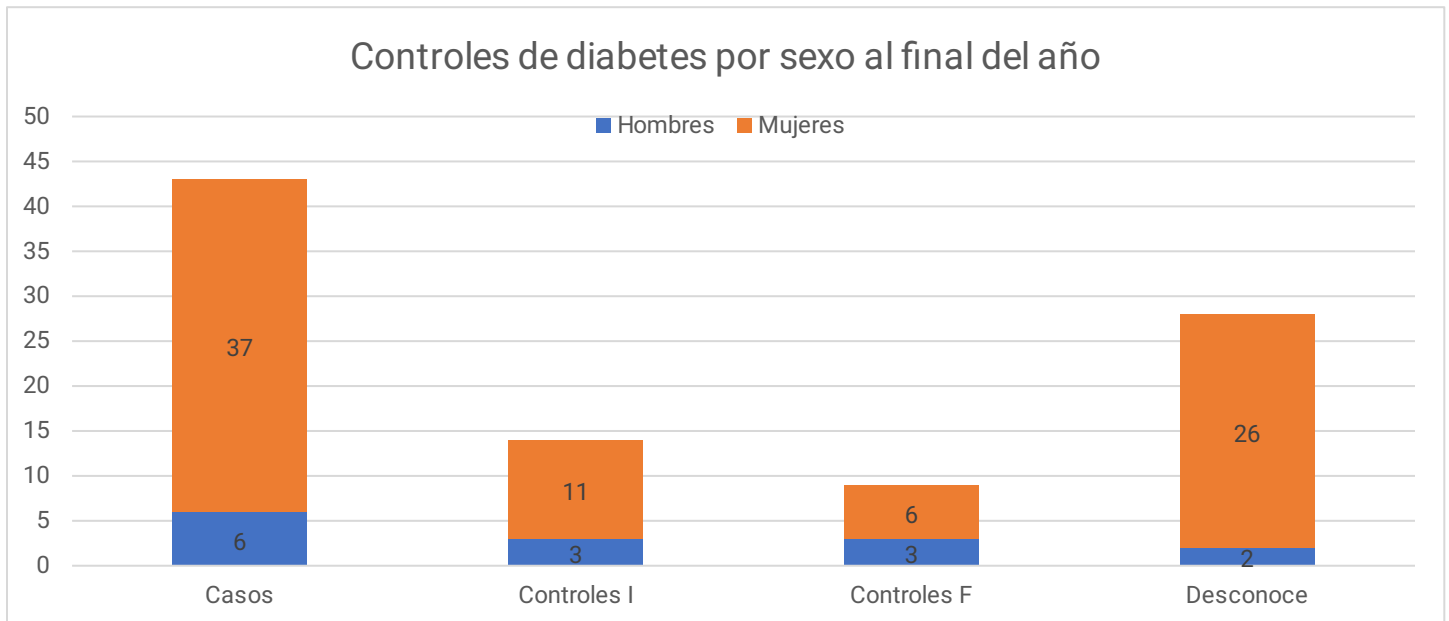
Por último, al analizar la porción de población que no cuenta con diagnóstico de diabetes ni de hipertensión se encuentra que el diagnóstico de dislipidemias se presenta en más personas que el diagnóstico de obesidad.

Controles

Debido a que no toda la población atendida estuvo presente durante todo el año o faltaron a las últimas consultas no es posible hacer una estadística real de cómo se encuentran los pacientes por lo que se decidió analizarla de tal modo que pudiéramos observar la cantidad de personas que se presentan



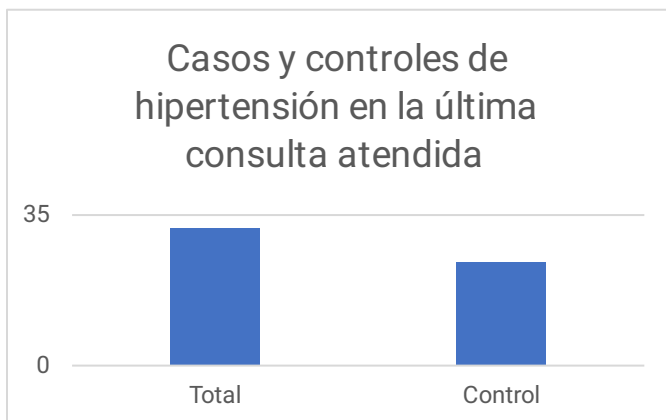
Esta falta de información se debe a múltiples factores, como son la falta de los insumos para en control capilar de la diabetes, así como la falta de reactivos para los laboratorios, así como a las personas que faltaron a sus consultas



Fuente: 4 RedCap

Controles I – controles al inicio de la atención Controles F – controles a finales de la atención

También se puede observar que disminuyó la cantidad de gente que se encuentra en control a comparación del principio de la atención, que se puede atribuir a la escasas de insumos.

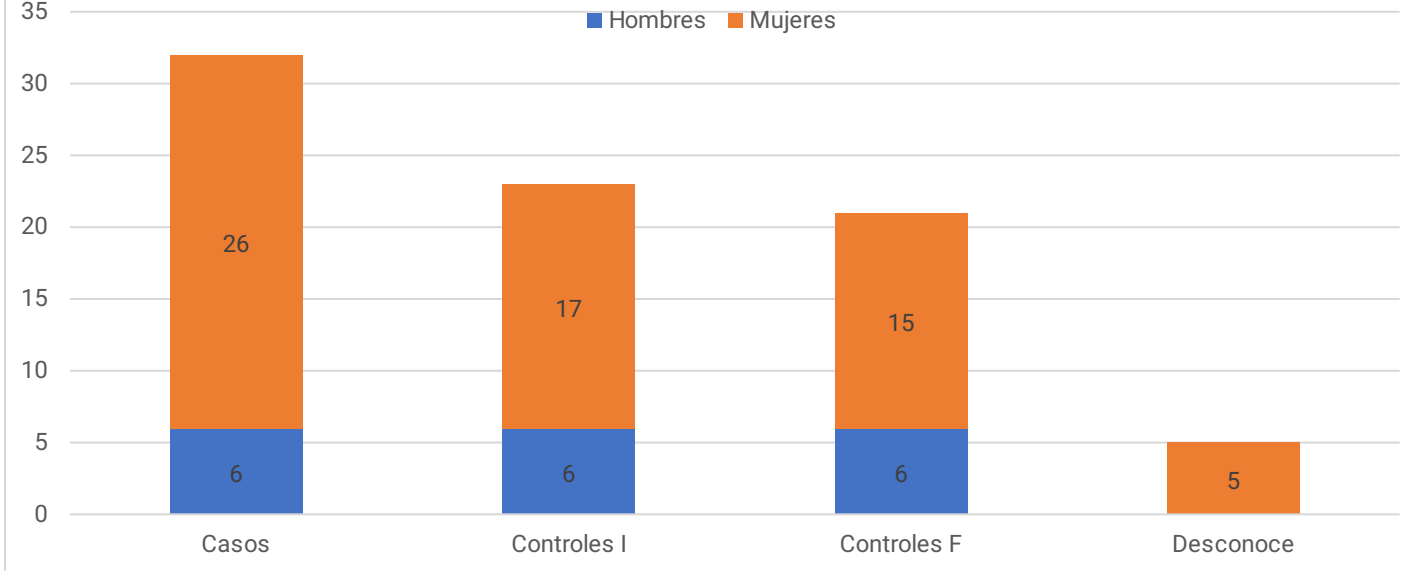


Al hacer la misma comparativa con las personas con diagnóstico de hipertensión que con los que tienen diabetes, se encontró que el 75% está dentro de parámetros de control, sin embargo, al observarse en comparación a los últimos meses del año de servicio se encuentra que también disminuye la cantidad de personas que se encuentran en control.

Por alguna razón el control de hipertensión en comparación al control de diabetes es más sencillo para los hombres en comparación a para las mujeres



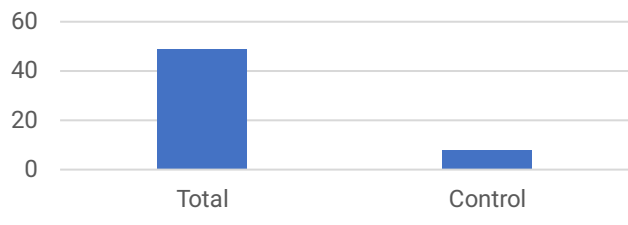
Controles de hipertensión por sexo al final del año



Fuente: 5 RedCap

Controles I – controles al inicio de la atención Controles F – controles a finales de la atención

Casos y controles de dislipidemia en la última consulta atendida

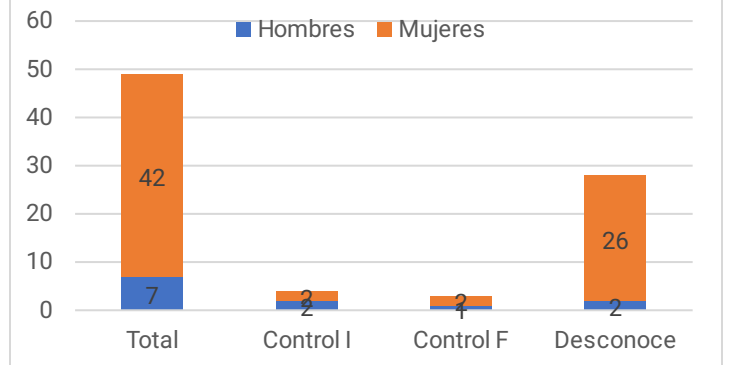


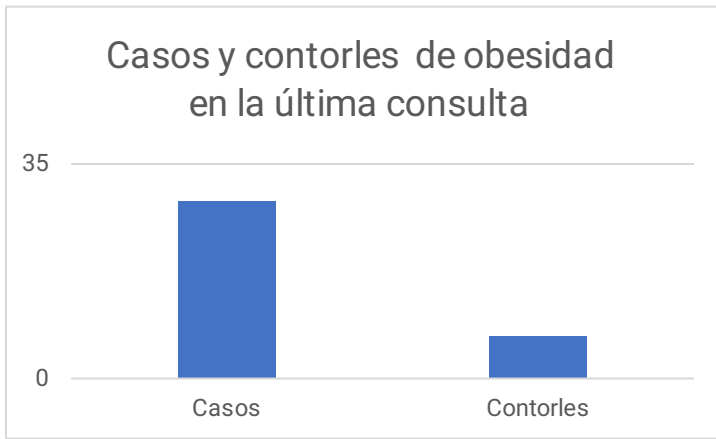
del ciclo de atención

Al comparar la estadística del principio de la atención con la final se encuentra poca diferencia entre el inicio y el final del ciclo de atención sin embargo hay muchos casos en los que se desconoce el estado en el que se encuentran las personas pues faltan los reactivos para determinar el éxito de la atención.

En comparación a la diabetes y a la hipertensión, las dislipidemias son una de las mayores dificultades para llegar a metas de control pues sólo el 14.28% está dentro de estas metas y al hacer la comparación al final

Controles de dislipidemia por sexo al final del año





De manera similar a la dislipidemia la disminución de peso ha sido algo que se les dificulta a las personas que se atendieron, pues el 27.58% de las personas con diagnóstico de obesidad han disminuido el peso lo suficiente para ya no estar en rangos de obesidad.



A diferencia de otros casos en los hombres no se encuentran casos de obesidad que ya no se encuentren en estos rangos o que hayan disminuido lo suficiente para pasar de algún grado de obesidad a uno menor a diferencia de las mujeres que si hay algunos casos de disminución de peso significativo.

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

Este módulo se llevó a cabo a la par de los otros 3 alternando entre alguno de esos módulos y este, semana a semana. Durante el cual se discutieron casos clínicos presentados por los pasantes pertenecientes al proyecto sobre alguno de sus pacientes, se discutía sobre las acciones que podría tomar para mejorar la atención de esta persona y en los temas donde se requiriera el repaso se hacía en la siguiente sesión del módulo 4. Entre las necesidades más importantes que manifestaban las personas son con relación al área de nutrición, de psicología y del ejercicio.

Un ejemplo de estas exposiciones es el caso de un masculino, con diagnóstico de diabetes en tratamiento con insulinas, en el cual salió la duda del esquema de insulinización, el inicio de los distintos esquemas de insulinización, se revisó la información respecto al uso de insulinas y se hicieron las acotaciones pertinentes al pasante que presentó al paciente. Otro ejemplo es el de una persona con diabetes, hipertensión y obesidad con difícil control de las glicemias, al interrogar sobre la alimentación de la paciente salieron las dudas con respecto a la implementación de planes alimenticios, por lo que se revisó información sobre el cálculo de calorías, déficit calórico, etc. al terminar la revisión se le hicieron las acotaciones pertinentes a quien presentó a la paciente.

Conclusiones

Después de este año de servicio social me di cuenta de la importancia del trato digno de las personas y la necesidad de hacer cambios en la metodología de atención médica, sobre todo en el ámbito público, no sólo con la gente que padece de las enfermedades crónicas, sino también de los que acuden en busca de atención. Una de las limitantes que tiene este tipo de atención es al respecto de la cantidad pues al tomarse un tiempo mayor para la atención de las problemáticas de la gente esto también implica un tiempo de espera mayor, siendo que los tiempos de espera largos son otro de los problemas presentes en la atención clínica del país.

Una de las grandes ventajas de la atención centrada en la persona la confianza que tienen las personas en el médico que los atiende es mayor lo cual permite mantener un mejor control de sus enfermedades crónicas y disminuir la cantidad de descompensaciones que pudieran a presentar por llegar a tener alguna otra patología y por ende se pueden hacer modificaciones al tratamiento de manera oportuna.

Hablando del modo en el cual se implementa el proyecto en el centro de salud, hablando únicamente desde mi experiencia solo puedo decir que es adecuada, pues así lo ha hecho la Dr Lorena Inés Vergara Huitrón, sin embargo, es de mi conocimiento que esto no es así en todos los centros de salud donde tiene alcance este proyecto, pues hay pasantes que no tienen un espacio específico para dar la atención a las personas que

incluyeron en este proyecto, algunos otros no se les otorga el tiempo suficiente para atender a la gente dentro del proyecto antes de que los pongan a realizar actividades relacionadas a las necesidades de sus centros de salud.

Hablando de las aspiraciones de la gente con enfermedades crónicas se encuentra que hay un gran déficit, por parte del personal de salud, para brindar la información sobre los cuidados que debe tener una persona de estas características, por lo que al entrar al proyecto muchos se niegan a regresar a la consulta con el resto del personal médico. Es importante recalcar que la gente tiene el deseo de información con respecto a su enfermedad y cómo evitar las consecuencias que conlleva vivir con sus enfermedades y al obtenerla no tardan en hacer planes para cuando se encuentren mejor tanto de salud física como mental.

La problemática de salud del país es imposible de negar, sin embargo este año de servicio me permitió entender que no sólo es por la falta de recursos materiales en los centros de salud, sino también la ventana tan corta que tienen las consultas generales, por lo que en el futuro debo mejorar en mi manera de comunicar las cosas, sobre todo hablando de noticias de alto impacto como lo es el diagnóstico de la diabetes, hipertensión o cáncer, también es necesario repasar las patologías que no fueron comunes durante mi tiempo en el servicio social como lo es el control de niño sano, control prenatal, etc.

Anexos

realización de actividad física y planificación de rutina



Edit with WPS Office

Pláticas con los pacientes sobre temas diversos, taller de ensaladas



Primer encuentro de pacientes



Segundo encuentro de pacientes





Edit with WPS Office