



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA – UNIDAD XOCHIMILCO.

División de Ciencias Biológicas y de la Salud.

Licenciatura: Médico cirujano.

Proyecto

Modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto (MAICP). Un enfoque de Capacidades.

Título: *Desarrollo del modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas desde un enfoque de capacidades: el camino hacia la autogestión.*

Médico Pasante del Servicio Social: Bruno Reynoso Antonio

Matricula: 2163082515

Periodo: 01 de agosto del 2022 al 31 de Julio del 2023 en el
Centro de Salud T-III Ampliación Hidalgo.

Asesor Interno: Dr. Víctor Ríos Cortázar

Asesora Externa: Dra. Alejandra Gasca García

Viernes, 05 de agosto del 2023, Ciudad de México.

1. PRESENTACIÓN.

El presente trabajo final, muestra todo lo que un humilde servidor vivió en estos 12 meses en su servicio social realizado en el CST-III Ampliación Hidalgo, así como diversas experiencias y vivencias con los pacientes; además se narrarán las actividades que tuvieron lugar por el diplomado que va dirigido hacia un enfoque de capacidades que buscan lograr la autogestión del paciente. A lo largo de dichos 12 meses, se desarrollaron diversas capacidades que más adelante se las mencionaré, además de las prácticas relacionadas con el cuidado centrado en la persona, la medicina basada en evidencias, la medicina basada en narrativa, entre otros aspectos.

El trabajo se encuentra organizado de la siguiente manera: comienza describiendo el Modelo Ampliado de Atención Crónica, el cual fue tema de mucha discusión junto con un abordaje extenso durante el transcurso del proyecto (además de que siempre entrelazaba cada módulo que íbamos viendo) para luego informar sobre los componentes que conforman el Diplomado de este mismo proyecto. Después se agrega un ensayo que discute el concepto y avance del fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedades crónicas desde un enfoque de capacidades; también destaca la conexión entre la medicina centrada en la persona, así como la relación médico paciente, como parte de un cambio en la práctica médica. Posteriormente se aborda una revisión sistémica donde el problema eje surge a partir de las propias vivencias en el centro de salud, es decir, se realiza con el objetivo de tener la evidencia científica de mayor calidad para poder resolver un problema real que se estuviera viviendo con los pacientes que vemos; ¿Y cuál fue el problema identificado? Pues bien, algunos pacientes requerían uso de insulina, sin embargo, ellos rechazaban dicha terapia ya sea por miedo u otra causa, entonces para sacarle el máximo provecho a los hipoglucemiantes orales con los que disponíamos, Edwin y un servidor nos dimos a la tarea de buscar que hipoglucemiantes orales tienen mayor impacto en la disminución de la Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) y que al menos ese efecto fuera sostenible por al menos 12 semanas, para así tener un resultado final el cual veremos en la revisión sistemática.

Después se muestra un registro estadístico que muestra información sobre las consultas durante el año de práctica. Luego se presenta una tutoría de casos clínicos, que demuestra cómo utilizar un enfoque centrado en las personas en la práctica diaria. El documento finaliza con una serie de conclusiones sobre la experiencia de trabajo en el ámbito médico y del mismo servicio social, así como los conocimientos adquiridos en relación a la metodología de este proyecto.

La pasantía inició el 01/08/2022 y concluyó el 31/07/2023, la cual tuvo lugar en el Centro de Salud T-III Ampliación Hidalgo, en la colonia Ampliación Miguel Hidalgo tercera sección, delegación Tlalpan.

La participación dentro del proyecto consistió en la atención clínica de los pacientes pertenecientes al mismo, con un seguimiento estrecho de sus enfermedades crónicas, buscando primeramente su bienestar tanto emocional como físico, que tuvieran la menor sintomatología posible, además de sus cifras control, fortaleciendo el concepto del autocuidado y tomando como evidencia el registro de sus datos cuantitativos tales como la presión arterial, la glucosa central, peso y talla, colesterol y de triglicéridos, además de la HbA1c, buscando así que el paciente lograra un buen estado de salud, siendo capaz de lograr la autogestión de su padecimiento. También se participó en encuentros con pacientes del proyecto urbano con el objetivo de compartir sus experiencias e inquietudes, ampliar y reenfocar la visión del proyecto, el cual es un componente crucial del modelo orientado a la persona además de la práctica clínica.

La parte académica del curso involucró lecturas y discusión de los temas en sesiones semanales, alternando de forma presencial y a través de la plataforma “Zoom”. Estos temas incluyeron el modelo de atención centrado en la persona, la medicina basada en la evidencia, la medicina narrativa, la relación médico-paciente, evidencia actual y algoritmos sobre Diabetes e hipertensión arterial, además de otros requerimientos de la práctica médica, como temas sobre la importancia de la parte psicológica del paciente en el buen control de sus enfermedades.

2. EL MODELO EXPANDIDO DE CUIDADOS CRÓNICOS, LA ADECUACIÓN DE LA UAM XOCHIMILCO (MAICP).

En el modelo de atención expandido a pacientes con enfermedades crónicas, encontramos tres sistemas principales: la relación médico-paciente, el sistema de salud y la comunidad. Cada uno de ellos tiene varios factores importantes que nos permiten comprender la complejidad y extensibilidad del modelo en cuestión, para poder aplicarlo en la práctica médica.

La relación médico-paciente requiere que dos entidades, una persona y un equipo clínico, se entiendan para que la relación sea personal y se comprenda plenamente al paciente. Nuestro objetivo o el objetivo de este modelo expandido, es comprender las necesidades del individuo y fomentar su capacidad para promover el automanejo de su enfermedad, comprender el diagnóstico y, posteriormente, poder tomar sus propias decisiones (bajo la supervisión de profesionales médicos) para así mantener una salud óptima.

Con respecto al sistema de salud, es importante entender que parte de sus componentes es un plan completo de recolección de información y datos, con adecuados procedimientos de monitoreo, que comprenda las necesidades de la población de pacientes y promueva así una mejor adopción del modelo.

Por último, pero no menos importante, en cuanto a la comunidad, resultar ser que, con la ayuda de herramientas como reuniones de pacientes y juntas asesoras, esforzándose y logrando así la sanación colectiva, existe la necesidad de comprender los elementos de la comunidad dentro del sistema.

3. EL DIPLOMADO

El diplomado se desarrolló todos los viernes de cada semana durante el año de servicio social y se dividió en 4 módulos, el Dr. Víctor Ríos Cortázar brindó lecturas para cada tema a desarrollar por parte de los pasantes de Servicio Social, los cuales realizamos una exposición en Power Point y se exponía al resto de compañeros y doctores. En cada presentación se reflejaba el propósito y significado de cada artículo, se estimulaba la discusión y/o participación del equipo de pasantes para así disipar dudas, favoreciendo la comprensión y aplicación del modelo.

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

A continuación, se presenta un ensayo realizado para acreditar el Modulo 1 el cual tiene por título *“El modelo expandido de atención crónica y el papel del médico en la autogestión del paciente con enfermedad crónico-degenerativa”*

INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas asociadas a un estilo de vida poco saludable, es actualmente la causa más común de mortalidad en todo el mundo y representa aproximadamente el 31% de todas las muertes. Los factores modificables que contribuyen al desarrollo de dichas enfermedades, incluyen el tabaquismo, el colesterol alto, los malos hábitos alimenticios, la falta de actividad física, el estrés y la obesidad. Las intervenciones para prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con el estilo de vida se centran en el manejo de los factores de riesgo cardiovasculares modificables, las modificaciones conductuales a largo plazo que aumentan la actividad física, la mejora de los hábitos alimenticios, la mejora de la responsabilidad sanitaria y el control del estrés, junto con el cese del consumo de tabaco y alcohol.^{1, 16}

A nivel internacional, los sistemas de salud enfrentan el desafío de las crecientes tasas de pacientes con enfermedades crónicas complejas, además, de la carga clínica y económica que conllevan las mismas, las cuales representan un desafío importante para la prestación óptima de servicios de atención médica. Debido a esto, los sistemas de salud deben adaptarse a los cambios para poder satisfacer la creciente necesidad de dichos servicios de salud. La evidencia actual sugiere que aprovechar el potencial de las personas, para poder cuidarse a sí mismas, y, además, involucrar a los pacientes en las decisiones que afectan su salud, ha resultado ser beneficioso, particularmente en las crecientes tasas de consultas de atención primaria y las presiones del sistema de salud.²

En una revisión Cochrane, se concluyó que las intervenciones más efectivas para las mejoras en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, incluyen la combinación de estrategias múltiple, donde El Modelo de Atención Crónica Expandido (MAC-E) es un claro ejemplo de este tipo de enfoque, del cual hablaremos más adelante.³

Por lo tanto, la atención centrada en el paciente ha demostrado generar mejores resultados en la salud de los mismos, además de mayor satisfacción en los prestadores de salud; sin embargo, su práctica requiere que los profesionales en el área de la salud, como los médicos, cambiemos nuestro paradigma de salud-enfermedad.⁴

La participación del paciente implica involucrarse en la planificación de la atención y el intercambio de conocimientos, además del establecimiento de objetivos personales y la realización de actividades de autocuidado. Se cree que este compuesto es beneficioso en el apoyo del manejo y control de los síntomas, especialmente en aquellos pacientes que viven con alguna enfermedad crónico-degenerativa.⁵

Los investigadores y académicos han propuesto incorporar el concepto de autogestión en la definición de salud, donde esta sería "la capacidad de poder adaptarse y autogestionarse frente a los desafíos tanto físicos, sociales y emocionales".⁶

El principal argumento a favor de esta transición se debe a la evolución demográfica y epidemiológica caracterizada por un aumento de las enfermedades no transmisibles en el contexto de la multimorbilidad, como ya se ha hablado anteriormente. Además de tratar de curar la enfermedad, el objetivo de la prestación de servicios de salud es "empoderar" a los pacientes para que puedan manejar por sí mismos las consecuencias de su afección.^{6, 7}

Por lo tanto, apoyar a las personas para que se "autogestionen" ha dado como resultado una reducción del uso de médicos generales, junto con una disminución de los ingresos hospitalarios, mejoras significativas en el estado de salud y un mayor control de los síntomas.⁶

OBJETIVOS

El objetivo de este ensayo es demostrar la importancia de la “autogestión” de los pacientes, en cuanto a sus afecciones, además de sus vivencias y/o dolencias en su vida diaria; resaltando la importancia y el auge que ha tenido el Modelo de Atención Crónica expandido, para lograr dicho empoderamiento por parte de los pacientes; así como el papel que juega el médico como enlace o ayuda para poder lograr dicho “autocuidado” por parte del paciente que vive con alguna enfermedad crónica degenerativa.

Además, se busca describir las cualidades o aptitudes con las cuales debe contar el paciente para poder llegar al proceso de “autogestión”.

JUSTIFICACIÓN

Tanto por razones clínicas, como por razones económicas, cada vez son más las personas que llevan adelante su vida con alguna enfermedad crónica, lo que representa una cuestión de salud pública cuya importancia va en aumento. Al hacer hincapié en la responsabilidad del paciente y la importancia de actuar conjuntamente con la comunidad de prestadores de servicios de salud, el automanejo representa una estrategia fundamental y prometedora de atención de las enfermedades crónicas, la cual permite ir más allá de la información, para poder enseñar activamente a las personas a detectar y resolver los problemas asociados con la enfermedad que tienen. Por lo tanto, el automanejo también resulta prometedor como un paradigma eficaz en el espectro de la prevención (primaria, secundaria y terciaria), porque establece un modelo de salud en la niñez y proporciona estrategias para mitigar la enfermedad y manejarla en las etapas posteriores de la vida.^{9,10} Dicho lo anterior, es necesario identificar y reconocer cuales aptitudes o atributos, son los que mejor resultados dan en los pacientes con enfermedades crónicas para el acompañamiento de su autogestión o autonomía.

DESARROLLO

Es importante entender todo lo que involucra el Modelo de Atención Crónica Expandido (MAC-E), ya que es un pilar importante y la base para poder nosotros como profesionales de la salud, poder guiar o ayudar a nuestro paciente en su “autonomía” para su enfermedad. Este es un modelo centrado en la persona, el cual se basa sumamente en el fortalecimiento y mantenimiento de la relación médico-paciente, la cual no será de mucha ayuda en nuestra práctica clínica.¹²

El modelo de atención crónica expandido y el método clínico centrado en la persona

El MAC-E respalda el papel que desempeñan los determinantes sociales de la salud al influir en la salud individual, comunitaria y poblacional. La adopción de un modelo ampliado, facilitará un cambio fundamental en la comprensión de cómo la atención del paciente individualmente encaja dentro de los conceptos de salud de la población. La nueva configuración que integra el MAC-E con la promoción de la salud de la población demuestra asociaciones claras entre el sistema de salud y la comunidad. Este modelo impulsado por la acción, ampliará el enfoque de la práctica para poder trabajar hacia resultados de salud para individuos, comunidades y poblaciones.^{3, 14}

Comprender a las personas en su contexto y explorar la importancia de la enfermedad en la vida del paciente, son parte de los cambios propuestos en la construcción de un nuevo paradigma; comprender que la enfermedad, la persona (o paciente), y el medio ambiente no son independientes entre sí, sino que siempre van de la mano.¹⁵

Como tal, los síntomas físicos y emocionales negativos, así como el deterioro de la función física, pueden impedir directamente que los pacientes realicen sus actividades diarias normales, incluidas las tareas necesarias para lograr un autocontrol total y exitoso. Por lo tanto, el autocontrol de enfermedades crónicas debe verse no solo desde una perspectiva clínica, sino también desde la perspectiva del paciente con un enfoque en los resultados humanísticos.¹⁷

DESARROLLAR LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Una buena relación médico-paciente requiere una alianza de trabajo o terapéutica, además de habilidades tan diversas como el uso de la tecnología, la perspicacia psicológica y las habilidades comunicativas, como es la empatía.¹⁸

Dentro de las condiciones que ayudan a afianzar esta relación médico-paciente encontramos:^{3,11 18,19}

- **Compasión, cuidado, empatía y confianza.** Es importante comprender que nuestra dificultad radica en nuestra incapacidad para entender lo que nuestros pacientes quieren y, a veces, puede ser tan simple como reconocer su dolor o nuestra presencia en su momento de necesidad.
- **Continuidad y constancia.** Este aspecto a veces está sujeto a decisiones políticas, lo que lleva a la interrupción de la continuidad de la atención; el médico en este caso, tiene que lidiar con una variedad de situaciones, tales como el comportamiento difícil del paciente, la incomodidad del sistema de salud, entre otras cosas.
- **Curación y esperanza.** Desde el punto de vista del médico, este debe comprender que todo sufrimiento es único y personal, el cual implica una lucha consigo mismo y está marcado por la pérdida del propósito central, que es atender a la persona que fue antes de la enfermedad y que no toda esperanza está perdida; desde la perspectiva del paciente, es ser alentado por el médico a luchar contra su enfermedad, por lo que se seguirán ciertas etapas en el proceso de curación y en donde habrá diferentes expectativas, desde escuchar, transmitir confianza, fomentar la voluntad de cambio e incluso, adquirir nuevas habilidades para la vida.
- **Autoconciencia y sabiduría práctica.** Se sugiere que los médicos tengan una postura más receptiva (escucha activa) y pensamiento más analítico a favor de un proceso más contemplativo, especialmente cuando se trata de un paciente que "no nos gusta"; a su vez, se trata de replantear la mentalidad previamente concebida y prestar atención a nuestras palabras, gestos y presentación para con el paciente, a fin de entenderlo y poder ayudarlo.
- **Transferencia y contratransferencia.** La transferencia es un fenómeno que ocurre en la vida cotidiana y se da de manera inconsciente; esto ocurre cuando el paciente comunica experiencias pasadas como amor, odio, conflicto y adicción, y mientras más significativa sea la relación médico-paciente, más probable es que ocurra este fenómeno. La transferencia puede verse como un factor negativo; sin embargo, puede ayudar a conseguir la conexión que se requiere entre el paciente y el médico. La contratransferencia ocurre cuando el médico responde frente a la transferencia del paciente de un modo similar a relaciones pasadas significativas. El médico debe saber qué es lo que le están transfiriendo y cómo tiene que responder; ser consciente y devolver la responsabilidad al paciente. A veces la contratransferencia se determina en el momento en el que existe conexión empática en el encuentro médico-paciente, mientras que en otras ocasiones es más elusivo al desconocimiento médico.

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

Este sistema está respaldado por la evidencia de múltiples ensayos aleatorios que muestran que los pacientes al obtener o ganar más conocimiento sobre su enfermedad y diversas terapéuticas, tienen más confianza en la toma de decisiones, adquieren una participación más activa y, en muchas ocasiones, los pacientes informados eligen opciones de tratamiento más conservadoras.¹

Una parte importante en la toma de decisiones compartida es el suministro de información, donde ayudamos a los pacientes a participar, proporcionando información de alta calidad. A su vez necesitamos obtener lo que los pacientes ya saben y si esto que “saben” es correcto. Si los pacientes no están informados, no podrán evaluar qué es importante para ellos y, por lo tanto, establecer preferencias informadas.³

Otro punto a destacar es la deliberación de apoyo. Esta tarea que tenemos es ayudar a los pacientes a deliberar sobre sus opciones, explorando sus reacciones a la información; ya que, si toda la responsabilidad de la toma de decisiones se transfiere a los pacientes, estos pueden sentirse “abandonados” por parte del médico, y, por tanto, desconfíen en participar.²

AUTOGESTIÓN / DESARROLLAR HABILIDADES PERSONALES

La autogestión y el desarrollo de habilidades personales, se refiere al apoyo de la autogestión para poder hacer frente a una enfermedad, pero también se refiere al desarrollo de habilidades personales para la salud y el bienestar. El campo de acción en esta noción ampliada de autogestión incluye estrategias tanto en la comunidad como en el sistema de salud.⁷

En la promoción de la salud de la población, el apoyo al desarrollo personal y social de individuos y grupos se realiza en parte al proporcionar información y mejorando las habilidades para la vida. Aumenta la oportunidad de que las personas ejerzan un mayor control sobre su salud y su entorno. Incluye, pero va más allá de los mensajes tradicionales de educación para la salud, como los relacionados con el tabaquismo, la nutrición y la actividad física.^{3,8}

AUTOGESTIÓN DEL PACIENTE Y CUALIDADES NECESARIAS PARA LLEGAR A ESTE EMBLEMA

Como ya se habló al principio, el concepto de autogestión o autocuidado, múltiples autores lo han definido dentro del “nuevo” concepto de “salud, el cual sería “la capacidad de poder adaptarse y autogestionarse frente a los desafíos sociales, físicos y emocionales”.⁶

Actualmente, en múltiples ensayos aleatorizados controlados y distintos metaanálisis, se ha demostrado que las intervenciones dirigidas hacia el autocuidado del paciente, mejoran significativamente los resultados de salud, lo que conlleva en una reducción en la utilización de la atención médica en asociación con una disminución de los servicios de la atención a la salud. Dejando en claro lo anterior, se han establecido una serie de “cualidades” que debe tener el paciente para poder llegar a ser una persona con autogestión en cuanto a su enfermedad; los cuales se dividen en 3 grandes rubros, que se detallarán a continuación.^{9,13}

Cualidades orientadas a la persona: ⁶

- La persona debe participar activamente en su proceso de atención. Por lo mismo, los pacientes no pueden ser pasivos cuando se trata de cuidarse a sí mismos. El autocuidado implica por lo tanto una participación más activa del paciente, lo que requiere un enfoque proactivo para la planificación del tratamiento y la resolución de sus problemas de salud. Sin embargo, dicha cualidad se puede ver truncada si nosotros los médicos, hacemos una consulta unidireccional, en la que toda la atención y participación la dejamos únicamente en nosotros y dejamos al paciente como un espectador más.
- La persona debe asumir la responsabilidad del proceso de atención. El mensaje clave de esta cualidad es que los pacientes deben ser activos y responsables de su propio proceso de atención, independientemente de si exista o no una red social de apoyo por parte de familiares, amigos y otros representantes en los que el paciente pueda confiar o consultar con confianza.
- La persona tiene una forma positiva de afrontar la adversidad. Las personas con enfermedades crónico-degenerativas, tienen que lidiar con emociones como por ejemplo la ira y la frustración. Diversos autores argumentan que el automanejo es difícil cuando una persona no acepta la enfermedad y no tiene un sentimiento de control sobre la situación. Por lo tanto, cuando una persona tiene una forma positiva de afrontar la adversidad, es más fácil inducir a los demás a reconocer la responsabilidad de la persona esperando que actúe con la mayor autonomía posible. Esto significa que los pacientes son reconocidos en la toma de decisiones sobre sus propios problemas de salud.

Cualidades de la persona con el medio ambiente: ⁶

- La persona debe estar informada sobre la condición, enfermedad y tratamiento. Una persona no puede asumir la responsabilidad y actuar, a menos que esté correctamente informada sobre su estado de salud y las posibles consecuencias. De hecho, varios autores están convencidos de la importancia del atributo “conocimiento” para ejecutar un buen autocuidado. Es aquí donde los médicos juegan un papel importante al proporcionarle información clara, oportuna y veraz al paciente, ya que ellos no podrán asumir parte de su responsabilidad en su autocuidado, ni podrán decidir o actuar, si no están correctamente informados sobre su estado de salud.
- La autogestión se define individualmente e incluye la expresión por parte del paciente, de sus necesidades, valores y prioridades. Las diferencias individuales entre las personas, en cuanto al nivel de enfermedad, el entorno y las características personales, hacen que el autocuidado no pueda emprenderse por defecto. El automanejo se basa idealmente en los problemas percibidos por los pacientes y sus percepciones personales de su condición de acuerdo al contexto en el que viven. Por ejemplo juntando la cualidad anterior y esta, en mi práctica clínica, al recetar insulina Glargina de pluma, los pacientes deben comprar las agujas, las cuales son más caras que las jeringas de insulina; los pacientes me expresan dicho gasto muy costoso, a lo cual yo les informo sobre la alternativa de insulina en frasco, donde aquí ellos deberían comprar las jeringas de insulina, las cuales salen más baratas; aquí al paciente yo le informo sobre las posibles alternativas con el fin de que ellos sean activos y responsables en la toma de decisiones de la terapéutica de su enfermedad.
- La autogestión implica franqueza para garantizar una asociación recíproca con los proveedores de atención médica. En las primeras cualidades ya mencionadas, se afirma

que la persona necesita ser activo y asumir la responsabilidad Este cambio requiere un esfuerzo considerable por parte del individuo, pero el análisis muestra que la confianza también es esencial para asegurar relaciones mutuamente beneficiosas con los profesionales. Cuando los pacientes se autogestionan, significa que buscan la cooperación y la orientación de los médicos y otros profesionales de la salud. Esto quiere decir que la asociación debe construirse de modo que los pacientes y los proveedores de atención médica sean iguales y cooperen entre sí. Esto también significa que el paciente necesita saber cuándo informar los cambios a sus proveedores de servicios de salud. Es donde la relación médico-paciente se vuelve crucial, ya que mientras más fuerte sea, más confianza habrá por parte del paciente para poder externar sus dudas o cambios, sin miedo al rechazo o al regaño por parte del médico.

- La autogestión incluye la apertura al apoyo social. Además de la comunicación abierta con los proveedores de atención médica, un entorno de apoyo es igualmente importante, a pesar del requisito de que los pacientes autogestionados actúen de manera autónoma y sean responsables de su propio proceso de atención. Dicho entorno se habilita a través del apoyo familiar y las relaciones con pares y otras personas importantes. Estas personas importantes se refieren a todo el sistema de apoyo para el autocontrol, que puede consistir en la familia del paciente, amigos, grupos de voluntarios, etc.

Cualidades generales: ⁶

La autogestión es una tarea de por vida. El control de los síntomas, las consecuencias emocionales y el impacto de las condiciones crónicas son tareas cotidianas para los pacientes que van a estar presentes durante toda su vida.

La autogestión implica habilidades personales como las siguientes:

- Resolución de problemas. Consiste en la definición del problema, la generación de posibles soluciones, la implementación de la solución y la evaluación de los resultados. Esta habilidad no implica dictar ciertas soluciones para un problema específico, sino el aprendizaje de habilidades para implementar soluciones. Por ejemplo, identificar una hipoglucemia y las posibles soluciones, ya sea disminuir la dosis de insulina en las siguientes ocasiones o tomar un jugo dulce para remitir los síntomas de hipoglucemia.
- Toma de decisiones. Esta habilidad está relacionada con el atributo de "paciente informado", que es necesario para tomar decisiones informadas. La gestión implica la toma de decisiones en colaboración del paciente y el médico. En el caso de mis pacientes yo les informo sobre los síntomas de una hipoglucemia y que ellos puedan detectar dicha afección; a su vez les hago saber cuántas unidades de insulina necesitan disminuir cada vez que pase esto. Así los pacientes tienen la información y pueden tomar la decisión que a ellos les parezca más conveniente. El hecho de que sepan que hacer no siempre significa que vayan a decidir realizar cierta acción, porque a todos mis pacientes les informo que hacer en caso de hipoglucemias, pero no todos lo hacen, y algunos se esperan a la consulta para que yo les disminuya, por ejemplo, la dosis de insulina, a pesar de que ellos ya cuentan con dicha información.
- Uso de recursos. Como acudir al centro de salud a tomar su bitácora de glucemias y presión arterial para su próxima consulta.
- Formación de una sociedad paciente-proveedor de atención médica.

- Fijación de objetivos, adopción de medidas y evaluación del logro de los objetivos. Eventualmente, la persona debe ser capaz de evaluar si se cumplieron los objetivos. La evaluación comprende habilidades básicas para evaluar las necesidades personales, en lugar de una evaluación realizada por proveedores de atención médica. Aquí es importante no establecer objetivos “difíciles” o “imposibles” para los pacientes, ya que son los primeros en no alcanzarse.

La autogestión abarca dominios médicos, emocionales y de roles. Este atributo final debe tomarse como una descripción general y completa, indicando así diferentes grados de autonomía. El enfoque debe estar en el manejo de los aspectos médicos (como poder tomar la medicación a tiempo), el contexto de la vida real y el manejo de las emociones (frustración y pérdida).

- Gestión médica.
- Gestión de roles: Cuando los pacientes autogestionados asumen las tareas de gestión de roles, se considera que mantienen, modifican o crean nuevos comportamientos significativos o roles de vida con el fin de controlar la enfermedad y sus efectos asociados. Este tipo de gestión también implica observar el rol de un individuo y luego hacer los ajustes o cambios necesarios. La gestión de roles también incluye la coordinación y la planificación si el desempeño de las actividades de la vida diaria se ve afectado por el dolor, la fatiga y la falta de movimiento como resultado de enfermedades crónicas, y se debe tener cuidado para mantener una participación significativa y un compromiso profesional en la autogestión.
- Gestión emocional. La gestión emocional representa la capacidad de lidiar con emociones como la incertidumbre, la ira, la depresión, el estrés, entre otras. También abarca el proceso predominantemente interno de revisar las propias metas de vida e identidades. La forma en que las personas con enfermedades crónicas manejan sus emociones puede influir en la forma en que desempeñan su función y el manejo médico. Por ejemplo, algo que yo veo mucho, es que los pacientes con cierto grado de depresión, tienden a desatenderse o a no tomarse sus medicamentos, teniendo como consecuencia un descontrol en su enfermedad; he aquí la importancia del manejo integral y no solo del médico, en este caso, ayudarnos del psicólogo para que el paciente pueda empezar a gestionar de manera adecuada esta parte emocional, con el único fin: el mayor beneficio para el paciente.

CONCLUSIÓN

Se espera que la carga de enfermedades crónicas continúe aumentando a medida que la población envejece. Es esencial que las organizaciones de atención médica encuentren rápidamente formas efectivas para enfrentar esta crisis inminente, algo que la OMS lleva advirtiendo, desde 2022. El modelo de atención crónica ampliado propone un marco para poder reorientar los servicios de salud, para así abordar de manera efectiva las necesidades y preocupaciones de las personas con enfermedades crónicas. Trabajando en múltiples disciplinas al mismo tiempo, el MAC-A anima a los profesionales a centrarse en mejorar los resultados clínicos y funcionales para los pacientes.

Al abordar tanto la prevención como el tratamiento desde esta perspectiva más amplia, el cuidado de la salud y otros equipos tienen el mayor potencial para mejorar los resultados de salud a largo plazo. Este enfoque combinado de promoción efectiva de la salud de la población y control mejorado de enfermedades, como se propone en el MAC-A, será nuestra mejor arma contra la carga creciente de enfermedades crónicas.

Algo muy importante a destacar es que, sumado a la evidencia emergente de que mejorar los comportamientos de autocontrol puede reducir los ingresos hospitalarios y la utilización general de la atención médica.

Algo a destacar que se encontró en la literatura fue la falta de atención a la multimorbilidad. Se cree que esto crea problemas para el autocuidado ya que muchas personas tienen más de una condición de salud. Curiosamente, algunos estudios han demostrado que los pacientes con multimorbilidad se consideran mejores en el autocontrol porque ya han desarrollado habilidades como el autocontrol y la autodefensa.

Otros hallazgos de importancia encontrados en la bibliografía, indican que los programas de autocuidado y la toma de decisiones compartidas pueden mejorar la actividad física, los hábitos dietéticos y las responsabilidades de salud en personas con enfermedades crónicas relacionadas con el estilo de vida en formas pequeñas pero significativas. Se sugirió que los programas de autocuidado a corto plazo (menos de 12 semanas) son efectivos para cambiar la actividad física, los hábitos alimentarios y la responsabilidad con la salud, mientras que los efectos del programa en los hábitos dietéticos fueron significativos solo con educación impartida por expertos y en comparación con controles inactivos.

Al final, podemos identificar ciertas cualidades que debería tener nuestro o el paciente para poder lograr el proceso de la autogestión, las cuales son que la persona debe participar activamente en el proceso de atención a su salud y enfermedad, que asuma la responsabilidad del proceso de atención; que tenga una manera positiva de hacer frente a la adversidad; que la persona deba estar informada sobre la condición, la enfermedad, el tratamiento y el automanejo; debe ser individualizado e implica expresar necesidades, valores y prioridades; a su vez requiere una situación de confianza, yendo de la mano con la relación médico-paciente, para poder asegurar una asociación recíproca con los proveedores de atención médica; exige apertura al apoyo social; se sabe que la autogestión es una tarea de por vida, por lo que el paciente debe tener claro ese; que asuma o desarrolle habilidades personales y a su vez, engloba la gestión médica, de rol y emocional.

Al comparar estos nuevos conocimientos con la literatura más amplia sobre autogestión, se muestra que la evidencia existente todavía se basa en gran medida en la gestión médica, en lugar de la gestión de roles y emociones. Por lo tanto, el autocuidado debe verse como una forma de ayudar a los pacientes a mantenerse positivos y motivados para manejar su enfermedad crónica en el contexto de su vida real. Esto significa que el comportamiento óptimo de autocontrol que incluye cada uno de los atributos o cualidades que ya se vieron, es difícil y requiere un esfuerzo considerable, no solo por parte de los expertos, sino sobre todo por parte del paciente. En este sentido, se debe desarrollar una gama de herramientas de capacitación para ayudar a los pacientes a realizar comportamientos óptimos de autocuidado. Se espera que las tecnologías de Salud desempeñen un papel importante a la hora de ayudar a los pacientes en su comportamiento de autocuidado, pero es necesario seguir desarrollándolas y adaptándolas a cada individuo en específico.

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

A continuación, se mostrará una revisión sistemática realizada con el fin de encontrar la mejor evidencia actual disponible para poder resolver un problema detectados en nuestros centros de salud.

Título: *“Hipoglucemiantes orales y disminución de la hemoglobina glucosilada en pacientes de 18 a 80 años con Diabetes Mellitus tipo 2 que no quieren insulinización”*

Introducción

Se sabe que muchos pacientes que se ven día a día en la consulta, viven con diabetes mellitus tipo 2 y no cumplen los objetivos de control glucémico (1), ya sea por mal apego al tratamiento, estilos de vida poco saludables, una relación médico-paciente mala o de baja calidad, por los efectos secundarios que algunos medicamentos pudieran provocar o bien, pacientes que requieren insulina, pero rechazan dicho fármaco.

En México, según informes de ENSANUT 2021 sobre COVID-19 (2) la Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades de mayo prevalencia en el país; más de 13.4 millones de personas tienen Diabetes, que significa aproximadamente 10.4% de la población mexicana, y se estima que un 5.4% tienen la enfermedad, pero no está diagnosticada. Esto compete una carga importante para el sector salud, dado que las complicaciones por el descontrol glucémico son muy prevalentes (3), como lo son neuropatía (25%), retinopatía (32%) y nefropatía (23%), además de las complicaciones cardiovasculares; todas ellas de alto impacto en la calidad de vida, de aquí radica la importancia de un buen control con tratamiento oportuno para los pacientes con Diabetes Mellitus 2. Existe una gama de opciones terapéuticas de hipoglucemiantes orales e inyectados, lamentablemente no siempre basta con un solo fármaco para lograr el control glicémico y evitar la carga de la enfermedad, por lo que se hace válida la terapia combinada o inclusive, terapia triple de hipoglucemiantes con la intención de brindar las mejores herramientas para que las personas con dicha enfermedad puedan tener una calidad de vida adecuada. No obstante, el personal de la salud y las personas con Diabetes cuenta con varias complicaciones para lograr dicho control, y uno de ellos es el rechazo de la insulinización cuando existen indicaciones precisas para su utilización (fracaso previo con la combinación de hipoglucemiantes orales o por descontrol glicémico franco), lo que genera un reto para el personal de salud en búsqueda de la mejor terapéutica al paciente considerando sus preferencias.

En dicha revisión sistemática se pretende buscar los hipoglucemiantes orales (y sus combinaciones) que tengan una acción eficaz para disminución de Hemoglobina glicosilada y, por ende, mejor control en pacientes que no aceptan la insulinización. En la práctica diaria el manejo adecuado requiere un tratamiento “rudo” o intensivo y temprano para poder lograr tener un buen control glicémico y al mismo tiempo reducir el riesgo de hipoglucemias y evitar la ganancia de peso (4); ¿que se busca con esto? lograr un adecuado control como se dijo anteriormente para disminuir las complicaciones microvasculares, así como el riesgo cardiovascular (CV) y posibles eventos cerebrovasculares (EVC).

Antes de prescribir algún hipoglucemiante oral se deben tener en cuenta varios factores y, parte fundamental del proyecto de atención integral al paciente, se debe de individualizar al mismo; con respecto a la persona se deben tener en cuenta la edad, los años que lleva viviendo con DM2, la presencia de comorbilidades o complicaciones si es que las hubiera, factores socioeconómicos, redes de apoyo, así como adherencia al tratamiento. En cuanto a los fármacos los factores a tomar en cuenta son su eficacia, efectos adversos, el riesgo de provocar hipoglucemias, facilidad de uso por parte del paciente, tolerabilidad, entre otros. (5)

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

- Identificar que hipoglucemiante oral provoca una mayor disminución de hemoglobina glucosilada en pacientes de 18 a 80 años de edad con Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolados que no aceptan insulinización

4.2. Objetivos específicos

- Seleccionar la combinación de hipoglucemiantes orales de acuerdo a su efecto para disminuir la hemoglobina glucosilada.
- Identificar los posibles efectos secundarios de los hipoglucemiantes orales más usados.
- Conocer el riesgo de hipoglucemia por parte de los hipoglucemiantes orales más utilizados.

5. Protocolo de la revisión

5.1. Justificación

Las decisiones compartidas y el colocar las preferencias del paciente sobre su salud como una de las prioridades en la atención médica centrada en la persona es fundamental para que los pacientes con enfermedades crónicas tengan una calidad de vida en óptimas condiciones. En estas acciones se contraponen con algunas decisiones que como personal médico se toman unilateralmente, como lo es la terapéutica a emplear. La insulinización tiene indicaciones precisas para su uso, así como múltiples ventajas para controlar niveles de glucemia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que tuvieron fracaso previo al tratamiento de hipoglucemiantes orales. Existen muchas personas con Diabetes Mellitus tipo 2 que no aceptan insulinización por diversas razones (miedo, poca claridad en información sobre la insulina, mitos sobre ella e inclusive por no disponer de sustento económico para su adquisición y conservación de la misma) y esto genera dificultades para un control de niveles de glucemia cuando es evidente que lo requieren. Una problemática que se ha vivido en atención de primer nivel en el proyecto de "Atención médica centrada en la persona" es la negación absoluta por parte de las personas con Diabetes tipo 2 al plantear la necesidad del uso de insulina, donde dicha atención se basa en las decisiones compartidas y en priorizar al paciente como persona y no como enfermedad, por lo que genera retos para el personal médico para lograr una correcta combinación de hipoglucemiantes orales que generen el mayor control glicémico (reflejado en la hemoglobina glicosilada) para mejorar la calidad de vida.

Motivo por el cual queremos conocer cuál de los hipoglucemiantes orales más usados (metformina, glibenclamida, dapagliflozina, liraglutida, linagliptina), tienen mayor acción en las cifras de hemoglobina glucosilada para poder llevarlos al mejor control y tengan la mejor calidad de vida posible.

5.2 Formulación de la pregunta de investigación.

En pacientes de 18 a 80 años de edad que tienen diabetes mellitus tipo 2 y no quieren insulinización ¿cuál de los hipoglucemiantes orales más usados tiene un mayor impacto en la hemoglobina glucosilada?

5.3 Descriptores, palabras claves y términos relacionados con el tema de la guía.

“Hipoglucemiantes”, “hipoglucemiantes orales”, “hemoglobina glucosilada”, “diabetes mellitus tipo 2”

5.4 Tipo de reportes de investigación a recuperar.

Se revisaron estudios clínicos aleatorizados, ensayos retrospectivos multicéntricos, meta-análisis y revisiones sistemáticas.

5.5 Criterios de inclusión.

- Artículos escritos en idioma español o inglés
- Artículos con texto completo disponible u obtenido a través de la herramienta “sci-hub”.
- Artículos del 2004 a la fecha
- Artículos con pacientes en edad de 18 a 80 años
- Artículos con un mínimo de 10 referencias bibliográficas
- En estudios de casos y controles, que los pacientes tengan HbA1C mayor a 7%
- Pacientes que hayan sido tratados con algunos de los siguientes hipoglucemiantes orales: metformina, dapagliflozina, empagliflozina, linagliptina, sitagliptina, glibenclamida, liraglutide.
- Medición de HbA1C de al menos 12 semanas.

5.6 Criterios de exclusión

- Artículos con idiomas diferentes al español o inglés
- Pacientes tratados con hipoglucemiantes orales más insulina.
- Artículos que cuentan solo con resumen disponible
- Artículos del 2003 o más antiguos.
- Artículos que no cumplan con el criterio de edades
- Artículos con menos de 10 referencias bibliográficas

5.7 Estrategia de búsqueda.

Se buscó del 05/04/23 al 14/05/23, en la base de datos PubMed National Library of medicine, NEJM, librería Cochrane, JAMA, Mediagraphic, Google academic, Scielo y ElSevier, los términos: oral hypoglycemic and glycosylated hemoglobin, metformina and glycosylated hemoglobin, SGLT-2 and glycosylated hemoglobin, GLP-1 and glycosylated hemoglobin, iDDP-4 and glycosylated hemoglobin con los siguientes filtros aplicados: En los últimos 20 años; Edad 18 a 80 años.

6. Ejecución

Se hizo una doble búsqueda de forma individual por parte de cada uno de los autores de este trabajo.

Se leyeron los resúmenes de cada artículo para determinar que cumplieran con los criterios de inclusión. De los artículos obtenidos en PubMed, NEJM, JAMA, Mediagraphic, Google academic, se realizó la descarga de todos los artículos disponibles. En caso de no contar con el texto completo, se utilizó la herramienta en la página “Sci-hub” para la obtención de estos. Posteriormente se leyeron en su totalidad; posteriormente se registraron hallazgos, objetivo, muestra, intervención, método de análisis, resultados, hallazgos para la investigación, nivel de calidad metodológica, tipo de artículo, número de referencias.

6.1 Selección de reportes de investigación

Con un total de 67 resultados para evaluar elegibilidad, de los cuales se descartaron 18 por no estar disponible el texto completo, 2 por ser diferente al idioma inglés o español, 8 porque no cumplen con las suficientes referencias bibliográficas, 25 por que hablan de un tema distinto al que se trata en esta revisión, se cuentan con un total de 14 artículos incluidos para síntesis y revisión para la realización de este artículo (se explica más detallada en figura 1).

7. Síntesis de datos

Se sabe que tener un adecuado control en la HbA1C (<7% o <8% en pacientes con múltiples comorbilidades) en personas con Diabetes disminuye el riesgo CV, así como las posibles complicaciones macro y microscópicas en nuestros pacientes. De ahí la importancia de llevar un tratamiento adecuado y a su vez un buen control para evitar las complicaciones anteriormente mencionadas. En ocasiones, es necesario terapia adicional para llegar a metas control, sobre todo en los pacientes que llegan descontrolados al momento de la consulta médica (HbA1c <10% o Glicemia > 300 mg/dl), requiriendo el inicio de insulina. Sin embargo, en algunos escenarios los pacientes no quieren o aceptan el uso de dicho fármaco, motivo por el cual también es importante conocer a algunos de los hipoglucemiantes orales más utilizado y saber así su capacidad de disminución de HbA1c.

METFORMINA

Uno de los primeros a ver y un pilar importante (junto con los cambios en el estilo de vida) en el tratamiento de la DM2 es la metformina (6). Como sabemos, actualmente se utiliza tanto solo como en combinación con otros hipoglucemiantes orales o también con la insulina, proporcionando un efecto terapéutico único en su tipo. El efecto antihiper glucémico de la metformina es complementado a su vez por efectos beneficiosos a nivel de lípidos y en parámetros tanto macro como microvasculares. Una gran ventaja de este fármaco es que no provoca aumento de peso además de que tiende a reducir la hiperinsulinemia, ayudando así a contrarrestar la resistencia a la insulina y sus efectos clínicos. (6)

La eficacia de los medicamentos antidiabéticos incluye una serie de indicadores, que incluyen reducciones en la HbA1c, así como en los niveles de glucosa en sangre tanto en ayunas como posprandiales; duración del efecto hipoglucemiante; efectos positivos sobre el peso corporal, los lípidos y la presión arterial y, en última instancia, el potencial para reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la DM2. Un buen ejemplo de esto, es la metformina; en una revisión sistemática con metaanálisis realizado por Tsapas A y otros (7), donde comparaban la eficacia de los fármacos hipoglucemiantes para la DM2, uno de los estudios hablaba sobre la metformina como monoterapia vs placebo, en el que 451 pacientes con un nivel de glucosa en sangre en ayunas de 180 mg/dl o superior y una HbA1c inicial de 9,7-10,1 % fueron tratados con 500, 1000, 1500, 2000 o 2500 mg/día durante 12 semanas. Los cambios en la HbA1 con metformina, oscilaron entre 0,6 y 2,0 % en el rango de dosis de 500 a 2000 mg/día. De forma general los resultados explican que todos los tratamientos redujeron la HbA1c en la misma medida que la metformina, con la excepción de los inhibidores de la DPP-4, que también fue menor en comparación con metformina, liraglutide, semaglutide subcutánea, pioglitazona y sulfonilureas; también, para todos los tratamientos no hubo diferencia en la incidencia de hipoglucemia severa en comparación con placebo o metformina. (7).

De forma general, la metformina reduce la HbA1c en 1-2 %, a pesar de esto no desencadena hipoglicemia por si sola. Esto se comprueba y se explica en una revisión sistemática realizada por Saenz A y colaboradores donde en comparación con el placebo, la metformina mostró una mayor reducción en la

HbA1c (1.06 %) y de glucosa en sangre; la metarregresión que ellos realizaron, mostró que la metformina tuvo un mayor efecto en pacientes obesos ($p < 0,0001$) y en estudios sin mejora dietética ($p < 0,0001$). Con esto, los resultados son consistentes con los análisis de sensibilidad de estudios doble ciego de alta calidad en pacientes obesos, con una distribución oculta adecuada. Ahora bien, en comparación con la dieta, la metformina mostró un mayor beneficio para la HbA1c (sumando una reducción de hasta el 1.44 % a diferencia de la metformina sin un plan dietético) y colesterol; lo que hay que destacar es que, con una dieta adecuada, hubo menos hipoglucemia y menos EA ($p = 0,01$). Por último, pero no menos importante, nos explican que en los resultados combinados de los 29 estudios que ellos revisaron, los pacientes que tomaron metformina, mejoraron significativamente el control glucémico (disminución de HbA1c promedio de 1.21 % y 2.31 mmol/l de glucosa en sangre) y de forma ligera con el peso corporal, los lípidos y la presión arterial diastólica, además de que los pacientes que tomaron metformina tuvieron un mayor control glucémico que los que recibieron placebo. (6).

Ahora, los efectos adversos (EA) más comunes con el uso de este fármaco son los de tipo gastrointestinal (GI), siendo la diarrea el más importante y también la primera causa de que los pacientes abandonen la terapia con este medicamento; otros EA que se les pueden sumar son las flatulencias, molestias abdominales, sabor metálico, anorexia, mala absorción de vitamina B12; estos suelen ser transitorios o bien, pueden mejorar o desaparecer al reducir la dosis o suspender el fármaco; es por eso que se puede iniciar con dosis bajas de 500 mg cada 12 o 24 horas junto con las comidas y gradualmente ir titulando; si llegaran a aparecer EA se debe reducir la dosis a la previamente tolerada; sin embargo, a pesar de esto, hasta un 10% de los pacientes no tolera la metformina a ninguna dosis. (6)

SGLT-2.

De acuerdo a un ensayo controlado, aleatorizado, doble ciego (8) en el grupo con dapagliflozina hubo un descenso en la Hba1c del 0.8% mantenido por al menos 12 semanas, mientras que en el grupo placebo fue de 0.2%. También hubo una reducción de 16.30 mg/dl en la glucosa en ayuno; además hubo una pérdida de peso de 2.2 a 3.2 kg. Estos últimos datos muy similares a los de Sjostrom y colaboradores (9), quienes durante 24 semanas los pacientes tratados con dapagliflozina redujeron 2.29 kg comparado con los pacientes con placebo, quienes redujeron solo 0.27 kg; inclusive redujeron el 16% de pacientes tratados con dapagliflozina más de 5 kg, y con mayor reducción de hemoglobina glicosilada (-1.1%) comparado con placebo (-0.6%), indicando los autores que se genera un adicional al efecto de disminución de valores de HbA1c gracias a la pérdida de peso que genera este medicamento. (9)

Bashier A (10), realizó un ensayo retrospectivo multicéntrico en población Emiradí para corroborar ensayos realizados en China y Japón, donde los resultados fueron similares; se observó que, de los 307 pacientes, la HbA1C disminuyó 1.5% los 6 meses y en un 1.4% en un año; sin embargo, el cambio de Hb1C a los 6 meses comparado con un año no fue estadísticamente significativo. Los autores recalcan que este efecto fue independiente de la duración de la DM2, la edad, el sexo, otras comorbilidades y, lo que es más importante, otros medicamentos utilizados. Afirman que esta reducción significativa de la HbA1c se ha observado previamente en varios estudios y describe un mecanismo de acción único de los inhibidores de SGLT2 que no requiere células beta funcionales.

Otra revisión sistemática con metaanálisis reciente analizó 13 estudios: 6 con dapagliflozina, 3 con canagliflozina y 1 con luseogliflozina, ipragliflozina y tofogliflozina (11). De forma concreta y resumida, los resultados mostraron que TODOS los inhibidores de SGLT-2 como monoterapia, terapia doble o terapia

triple fueron más efectivos para lograr una HbA1c <7 % o en control, sin embargo, existe una mejor respuesta terapéutica como monoterapia de Canaglifozina 300 mg comparado con otros iSGLT2.

Hablando de EA, hubo un ligero aumento en la incidencia de infecciones del tracto urinario, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. No hubo diferencias en las tasas de hipoglucemia e hipotensión entre los grupos de estudio.

Entonces, como podemos ver los SGLT-2 aportan numerosos beneficios y ventajas ante el tratamiento de la DM2: (8)

- En cuanto al peso los inhibidores de SGLT-2 promueven la pérdida de peso al aumentar la glucosa en orina (recordemos que 1 g de glucosa equivale a 4 kcal), reducir los niveles de glucosa en plasma y estimular la lipólisis.
- Corrigen un mecanismo alterado en la DM2, ya que se ha demostrado que en los pacientes que viven con DM2, tienen una mayor reabsorción de glucosa en los túbulos renales.
- En cuanto a los efectos adversos, la hipoglucemia es a menudo un obstáculo para recomendar estrategias óptimas para el control de la glucosa. Dado que la inhibición de SGLT-2 es completamente independiente de la secreción de insulina, no aumenta el riesgo de hipoglucemia.

LIRAGLUTIDE

Unger y Parkin (12) hicieron una búsqueda de información en MedLine y PubMed sobre análogos de GLP-1. Ellos encontraron que la eficacia y seguridad de los agonistas del receptor de GLP-1, en el control glucémico posprandial han sido bien documentadas en múltiples ensayos clínicos en los que la HbA1c disminuyó de 0.79 % a 1.12 %. También se ha informado mantenimiento y/o pérdida de peso y mejoras tanto en la presión arterial como en los lípidos. Un ejemplo que narran es de un ensayo clínico controlado aleatorizado, 39 pacientes con DM2 recibieron dosis de 0.65, 1.25 o 1.9 mg por día vs placebo durante 14 semanas; los resultados fueron que los pacientes que recibieron liraglutide tuvieron una reducción del 1.0 % al 1.5 % en la HbA1c en comparación con el placebo.

En un artículo se realizaron una búsqueda en PubMed de ensayos controlados aleatorios y estudios observacionales que compararan la eficacia glucémica, (reducción de HbA1c y proporción de pacientes que alcanzaron el objetivo de HbA1c) publicados en inglés. Encontraron en un ensayo multinacional, aleatorizado, de grupos paralelos, abierto, de comparación activa que la disminución media de HbA1c fue significativamente mayor con liraglutide 1.2 mg (-1,3 %) y liraglutide 1.8 mg (-1.5 %) en comparación con sitagliptina (-0.9 %), después de 52 semanas. Otro estudio de cohortes retrospectivo, incluyó pacientes de EUA con un seguimiento de al menos 6 meses donde el cambio en la HbA1c media desde el inicio fue significativamente mayor en pacientes tratados con liraglutide una vez al día (disminución de 1.1 %) en comparación con sitagliptina una vez al día (-0.7 %) y con exenatide dos veces al día (-0.75%). (13)

IDPP-4

Al día de hoy, varios estudios clínicos han demostrado que la sitagliptina reduce la HbA1c en un 0.6-1.5 % en comparación con placebo, en pacientes de diferentes edades y nacionalidades. (14)

Chen y colaboradores (15), realizaron un ensayo clínico de fase III aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. Los resultados fueron que después de 24 semanas de tratamiento, la monoterapia con

linagliptina fue más eficaz que placebo para reducir los niveles de HbA1c en los pacientes del estudio. La reducción fue de 0.68% para linagliptina y 0.18% para placebo. Cabe decir que el análisis de subgrupos de reducción de HbA1c desde el inicio, indicó que la eficacia de la linagliptina en comparación con el placebo, no se vio afectada significativamente por factores como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el peso corporal inicial o la tasa de filtración glomerular (TFG) estimada; sin embargo, en varios subgrupos, el número de pacientes fue demasiado pequeño para permitir comparaciones significativas.

Araki E y colaboradores (16), en un ensayo controlado aleatorizado, doble ciego, compararon la eficacia de linagliptina 5 mg y de 10 mg vs placebo a 52 semanas; pues bien, el control glucémico, medido por los cambios en HbA1c durante 52 semanas, fue similar en ambos grupos tratados con linagliptina. La HbA1c alcanzó una “estabilidad” en la semana 8 y la eficacia se mantuvo hasta la semana 52. Entre los pacientes tratados con linagliptina durante 52 semanas, la HbA1c disminuyó en 0.71% y 0.72%, respectivamente, en los grupos de 5 mg y 10 mg.

Barnet AH y otros (17), en su trabajo titulado “Monoterapia con linagliptina en pacientes con diabetes tipo 2 para quienes la metformina es inapropiada: un ensayo de fase III aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo de 18 semanas con una extensión de 34 semanas con control activo” encuentra que después de 18 semanas de tratamiento, linagliptina 5 mg redujo en 0.60% a HbA1c en comparación de 0.16% que produjo placebo y como hemos visto en estudios ya hablados anteriormente, la HbA1c se mantuvo hasta el final del estudio que fue hacia la semana 52. En la tabla 1 se muestran los principales EA por fármaco de iDDP4.

SULFONILUREAS

Las sulfonilureas son de los hipoglucemiantes con mayor tiempo en el mercado desde la década de 1950, pero con altos riesgos de hipoglucemias entre otros efectos adversos. Goutameswar M. et al (18) en un ensayo clínico aleatorizado durante 6 meses valoró la combinación de Metformina y pioglitazona junto con las sulfonilureas para control glucémico, donde observaron reducción de glicemias capilares, de -54.35 mg/dl preprandial con solo el uso de sulfonilureas, comparado con combinación con Metformina, con reducción de glicemia en ayuno -82.22 mg/dl y sulfonilurea con Pioglitazona, teniendo reducción de -67.29 mg/dl y con reducción medias de HbA1c con monoterapia de sulfonilurea de -1 – 2.00%. Los efectos secundarios más presentados en la combinación de metformina y sulfonilurea fueron dispepsia, flatulencias y pérdida de apetito.

Zhang y colaboradores (19) en su metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados compararon los iDPP4 contra las sulfonilureas, dando como resultado que las sulfonilureas reducen, con amplia ventaja comparado con los iDPP4, la hemoglobina glicosilada, con diferencia de cambios medidos en HbA1c de 0.195 (IC 95%), y ya sea en duraciones más largas (>32 semanas) o más cortas (<32 semanas) las sulfonilureas tuvieron cambios más significativos; pero hubo mejor control glucémico por parte de los iDPP4 si la comparación es contra las sulfonilureas de segunda generación. Otro hecho a considerar es que la tendencia de los iDPP4 era de pérdida de peso, mientras que con las sulfonilureas la ganancia del mismo prevalecía. Además del riesgo de hipoglucemias mayor en las sulfonilureas que en los iDPP4. (19)

8. RECOMENDACIONES.

- La Metformina sigue teniendo ventaja como hipoglucemiante para pacientes con descontrol glucémico y reducción de HbA1c de 0.6 a 2.0%, ya sea en monoterapia o en terapia combinada, además de pocos efectos adversos (la gran mayoría gastrointestinales).

- Los iSGLT2 tienen reducción importante de HbA1c (-1.5%) como monoterapia. Dapagliflozina mostró ser eficiente, con reducción de 0.8-1.1% vs 0.2-0.27% por parte de placebo. Canagliflozina 300 mg es el iSGLT2 con mayor reducción de hemoglobina glicosilada (diferencia de -0.64%). Todos los hipoglucemiantes de esta familia muestran beneficios cardiovasculares y en reducción de peso, por lo que se recomienda como monoterapia o terapia combinada en pacientes con riesgo cardiovascular y sobrepeso u obesidad.

- Liraglutide (reducción 1.3% a dosis de 1.2 mg y de 1.5% a dosis de 1.8 mg), como GLP1, es una gran terapia eficaz en pacientes con Diabetes Mellitus 2 con diagnóstico temprano, además de la disminución de peso, mejorar cifras tensionales y de lípidos. No se dispone de accesibilidad para todos los sectores de los pacientes, por lo que su utilización es limitada. Éste fármaco tiene una amplia ventaja en comparación con Sitagliptina. Igual que los iSGLT2, se recomienda en pacientes con sobrepeso y obesidad.

- Los iDPP4 son los hipoglucemiantes con menor efecto para reducción de hemoglobina glicosilada; Sitagliptina reduce un 0.6-1.5% y Linagliptina lo hace con un rango entre 0.68 a 0.72%. Los efectos adversos no se presentan con tanta frecuencia comparado con otros hipoglucemiantes. Se recomienda su uso como terapia combinada siempre y cuando exista contraindicación en otro hipoglucemiante de mayor efecto de reducción en HbA1c (por ejemplo, en pacientes con Enfermedad Renal Crónica)

- Las sulfonilureas son el hipoglucemiante con el mayor efecto de reducción en cifras de HbA1c (de -1% a -2%) sin embargo es el fármaco con mayores casos de efectos adversos (hipoglucemias, ganancia de peso, daño renal). Es beneficiado en combinaciones como con Metformina. Se recomienda el uso de sulfonilureas en pacientes sin contraindicaciones a su uso, y con descontrol glicémico importante, pero en períodos cortos para posterior cambio de hipoglucemiante.

- La terapia triple en pacientes con descontrol glicémico es una alternativa al rechazo de aplicación de insulina por parte de los pacientes, donde la mejor relación EA y reducción de HbA1c es Metformina + iSGLT2 + GLP1; sin embargo, dado la poca accesibilidad del último fármaco este podría ser sustituida por Sulfonilureas (en caso de descontrol importante, sin sobrepeso u obesidad, sin riesgo de hipoglucemias y sin enfermedad renal) o por Linagliptina (o algún otro iDPP4).

9. CONCLUSIONES.

El descontrol glicémico en pacientes con Diabetes Mellitus 2 representa un reto para el personal de la salud, ya que se debe priorizar llegar a cifras de control para evitar complicaciones en crónico y en agudo, sin embargo, con el modelo de atención centrada en la persona es fundamental la toma de decisiones compartidas según las necesidades y preferencias individuales de los pacientes. Una de ellas es la negación a aceptar insulina como tratamiento para mejorar control glicémico por diversas causas. Por eso es importante tener conocimiento de la mejor opción terapéutica que se pueda ofrecer a los pacientes en dichas circunstancias. Lo anteriormente mencionado es el enfoque principal de esta revisión sistemática.

Definitivamente cada situación conlleva sus particularidades, dado que cada grupo farmacológico tiene sus ventajas y desventajas para su prescripción, y en ningún estudio analizado supera con alto margen la utilización uno (o más) hipoglucemiantes orales al uso de insulina para la reducción de HbA1c.

Siempre y cuando sea bien tolerado por efectos adversos, la Metformina sigue teniendo gran utilidad en los pacientes con descontrol glicémico, ya que se presenta reducciones entre 0.6% - 2% de HbA1c en dosis que oscilan entre 500 – 2000 mg/día, por lo que se prefiere, ya sea en monoterapia o en terapia combinada como tratamiento de primera opción. Otro grupo farmacológico con amplios beneficios como reducción

de peso, reducción de T/A y control lipídico son los GLP-1, con especial énfasis en Liraglutide. Éste tiene amplia ventaja sobre otros fármacos, con una gran reducción de HbA1c entre 1.1-1.4% a dosis de 1.8 mg, la cual mantiene hasta por 52 semanas. Donde presenta amplio margen de ventaja es como terapia inicial por su efecto con las células β . La situación a considerar es el alto costo del medicamento, así como su aplicación, y la poca accesibilidad de los usuarios de sistemas de salud en el país.

Así mismo otra gran opción de hipoglucemiantes orales es el uso de iSGLT2, donde la dapagliflozina tiene mayor efecto para reducir HbA1c (reducción que oscila entre 0.5 – 1.4%) además de mantener su eficacia en periodos prolongados (hasta 2 años), además de los beneficios a nivel cardiovascular, lo que lo hace una gran alternativa para pacientes con descontrol glicémico, ya sea como monoterapia o en terapia combinada.

Los iDDP4 tienen una reducción en la HbA1c es entre 0.5-0.7% como monoterapia, aunque se es beneficiada con la terapia combinada con Metformina, llegando a reducciones de hasta 1.7%, por lo que lo vuelve un gran apoyo farmacológico en combinación.

Por último, las sulfonilureas son hipoglucemiantes con una alta potencia reductora de HbA1c (entre 1-2%) pero con amplios efectos secundarios (hipoglucemias, ganancia de peso, daño renal), además en terapia combinada con Metformina genera estabilización glicémica, por lo que se recomienda (siempre y cuando no exista contraindicación médica) en pacientes con importante descontrol glicémico y en un período corto para evitar los efectos adversos.

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

Balance del desempeño clínico en el proyecto de las y los pasantes de la promoción agosto 2022

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. 3

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

MOMENTO DE INGRESO	NO.	%
Ingreso anterior a agosto de 2022	0	0
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2022	10	100 %
Recuperados a partir de agosto de 2022	0	0
Total	10	10 %

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Condición de Participación	No.	%
Activos	10	100 %
No activos	0	0
Total	10	100 %

Al contar con todos los pacientes activos, la tabla “Motivos por los cuales pacientes atendidos en el proyecto han sido incluidas en la condición de no activas en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023” se omitió.

2. Información demográfica.

Tabla No. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a sexo

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Sexo	No.	%
Femenino	6	60 %
Masculino	4	40 %
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
Total	10	100 %

Tabla No. 6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	No.	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0

50 – 59 años	6	60 %
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	4	40%
80 y más años	0	0
Total	10	100 %

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a edad y sexo

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20 – 29 años	0	0	0	0	0	0
30 – 39 años	0	0	0	0	0	0
40 – 49 años	0	0	0	0	0	0
50 – 59 años	4	66.66 %	2	50 %	6	60 %
60 – 69 años	0	0	0	0	0	0
70 – 79 años	2	33.33 %	2	50 %	4	40 %
80 y más años	0	0	0	0	0	0
Total	6	100	4	100	10	100

3. Diagnóstico y seguimiento

Tabla No. 8

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante el periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

No. De consultas	No. De pacientes	%
1	10	100
2	10	100
3	9	90
4	7	70

5	6	60
6	3	30
7	1	10
8	0	0
9	0	0
10	0	0
11	0	0
12 y más	0	0
Total	10	100

Tabla No. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Diagnósticos	No.	%
Sobrepeso u obesidad	0	0
Hipertensión arterial	0	0
Diabetes Mellitus tipo 2	2	20 %
Dislipidemia	0	0
Obesidad e hipertensión	0	0
Obesidad y diabetes	0	0
Obesidad y dislipidemia	0	0
Diabetes e hipertensión	3	30 %
Obesidad, hipertensión y Diabetes	3	30 %
Hipertensión, diabetes y Dislipidemia	0	0
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	0	0
Diabetes, dislipidemia y obesidad	1	10
Hipertensión y dislipidemia	1	10
Total	10	100

Tabla No. 10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Dx Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sobrepeso y obesidad	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial	0	0	0	0	0	0
Diabetes tipo 2	1	16.6 %	1	25 %	2	20 %
Dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Obesidad e hipertensión	0	0	0	0	0	0
Obesidad y diabetes	0	0	0	0	0	0
Obesidad y dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Diabetes e hipertensión	1	16.6 %	2	50 %	3	30 %
Obesidad, hipertensión y diabetes	3	50 %	0	0	3	30 %
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	0	0	0	0	0	0
Diabetes, dislipidemia y obesidad	0	0	1	25 %	1	10 %
Hipertensión y dislipidemia	1	16.6 %	0	0	1	10 %
Total	6	100	4	100	10	100

Tabla No. 11

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

<i>Edad</i>	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 – 29 años	0	0

30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	6	75 %
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	2	25 %
80 y más años	0	0
<i>Total</i>	8	100

Tabla No. 12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

<i>Edad</i>	Personas con diagnóstico de hipertensión	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	4	57.14 %
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	3	42.85 %
80 y más años	0	0
<i>Total</i>	7	100

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

<i>Edad</i>	Personas con diagnóstico de Diabetes tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	5	55.55 %
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	4	44.44 %
80 y más años	0	0

<i>Total</i>	9	100
--------------	---	-----

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de dislipidemia

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

<i>Edad</i>	Personas con diagnóstico de dislipidemia	%
<i>20 – 29 años</i>	0	0
<i>30 – 39 años</i>	0	0
<i>40 – 49 años</i>	0	0
<i>50 – 59 años</i>	2	100
<i>60 – 69 años</i>	0	0
<i>70 – 79 años</i>	0	0
<i>80 y más años</i>	0	0
<i>Total</i>	2	100

Debido a que no hay pacientes con diagnósticos obesidad e hipertensión arterial únicamente, se omite la tabla “Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad e hipertensión arterial”.

Debido a que no hay pacientes con diagnósticos obesidad y diabetes mellitus tipo 2 únicamente, se omite la tabla “Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y diabetes mellitus tipo 2”.

Debido a que no hay pacientes con diagnósticos obesidad y dislipidemia únicamente, se omite la tabla “Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad y dislipidemia”.

Tabla No. 15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

<i>Edad</i>	Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial	%
<i>20 – 29 años</i>	0	0
<i>30 – 39 años</i>	0	0
<i>40 – 49 años</i>	0	0
<i>50 – 59 años</i>	1	33.33%
<i>60 – 69 años</i>	0	0
<i>70 – 79 años</i>	2	66.66 %
<i>80 y más años</i>	0	0
<i>Total</i>	3	100

Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Edad	Personas con diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	0	0
50 – 59 años	2	66.66 %
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	1	33.33 %
80 y más años	0	0
Total	3	100

Debido a que no hay pacientes con diagnósticos de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, se omite la tabla “Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia”.

Debido a que no hay pacientes con diagnósticos de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, se omite la tabla “Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 de acuerdo con edad y diagnóstico de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia”.

5. Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 17

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa

Periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetros	Glicemia Capilar		Glicemia venosa		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Control	5	62.5	15	83.33	20	76.9
Fuera de control	3	37.5	3	16.66 %	6	23.1
Total	8	100	18	100	26	100

Tabla No. 18

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con hemoglobina glucosilada

Periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro	No.	%
Control	3	42.85
Fuera de control	4	57.14
Total	7	100

Tabla No. 19

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control Periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro	No.	%
Control	25	83.33
Fuera de control	5	16.66
Total	30	100

Tabla No. 20

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico Periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro	No.	%
Control	2	66.66
Fuera de control	1	33.33
Total	3	100

Tabla No. 21

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos Periodo agosto 2022 – julio 2023

Centro de Salud T. III: Ampliación Hidalgo

Jurisdicción Sanitaria: Tlalpan

Parámetro	No.	%
Control	1	33.33
Fuera de control	2	66.66
Total	3	100

Acción comunitaria

El modelo expandido de cuidados crónicos. La incorporación de la promoción de la salud.

Concepto y modelos de promoción de la salud

El Movimiento Mundial de Promoción de la Salud (PS) se formalizó hace 35 años en la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa (Ontario), Canadá. Entonces ¿que abarca el concepto sobre PS? Pues bien, busca centrarse en los factores que afectan la salud desde la parte social (determinantes sociales como comúnmente se les llama); enfatizar las responsabilidades individuales y sociales para la salud; lograr la voluntad política institucional para la creación de decisiones sociales beneficiosas en cuanto a salud; cambiar el entorno físico y social para el beneficio, la convivencia y la salud, así como buscar el desarrollo de capacidades para lograr el autocuidado.

Así bien, el objetivo de este proceso es aumentar la salud de las personas permitiéndoles tener un mayor control sobre la misma. Además, la Organización Mundial de la Salud afirma que la "promoción de la salud" es una parte integral del desarrollo social y político, donde no solo incluye acciones encaminadas a mejorar las capacidades y habilidades de un individuo, sino también acciones encaminadas a transformar la sociedad, el medio ambiente y la economía para que tengan un efecto menos negativo sobre la salud pública e individual.

Otras instituciones, describen a la PS como un proceso que empodera a las personas para mejorar su calidad de vida y así controlar su salud. Actualmente, el desafío de la PS es transformar las relaciones de exclusividad, alineando los intereses económicos de todos con las metas del bienestar social, apostando por la solidaridad y la equidad social (las cuales son condiciones básicas para la salud y el desarrollo). Entonces, la PS es un proceso que brinda a las personas las herramientas que necesitan para mejorar su calidad de vida y tener más control sobre su salud; esto incluye promover la responsabilidad política, social y personal, para poder mejorar la salud y el medio ambiente; pues bien, la misión de la PS es garantizar la salud de las personas y las familias en comunidades saludables.

Mejorar la salud de las personas, mejorar las condiciones de vida que pueden tener un impacto negativo en la salud, fomentar hábitos saludables y brindar oportunidades (ya sean educativas, económicas, científicas o tecnológicas) que promuevan la salud, son los objetivos de la promoción de la salud.

Hablando del modelo expandido de cuidados crónicos, proporciona un marco que reorienta los servicios de atención médica para abordar de manera efectiva las necesidades y preocupaciones de los pacientes con enfermedades crónicas. Al perseguir múltiples objetivos a la vez, anima a los profesionales a concentrarse en mejorar los resultados clínicos y funcionales para los pacientes.

Es importante pensar cómo la promoción de la salud y la atención sanitaria pueden y deben colaborar. Cuando esto sucede, ambos son conocidos como "promoción de la salud de la población", quienes reconocen y abordan determinantes más amplios de la salud (por ejemplo, vivienda, ingresos, apoyo social, etc.), que con frecuencia pueden actuar como una barrera para que tanto los individuos como las comunidades mantengan salud óptima.

Al examinar tanto la prevención como el tratamiento desde esta amplia perspectiva, los equipos de atención médica, tienen el mayor potencial para mejorar los resultados de salud a largo plazo. Es este enfoque el cual combina la promoción efectiva de la salud pública con un mejor tratamiento de enfermedades, como lo propone MAICP, será nuestra mejor arma contra la inminente carga de enfermedades crónicas.

El MAICP implica la gestión general de la práctica y un enfoque en el paciente como un todo, en lugar de ver solo su condición. También debe ser una forma de coordinar e integrar la atención en torno al individuo e incluir el apoyo para el autocontrol y el cambio de comportamiento.

Encuentros de salud

Los encuentros de salud son la vía a través de la cual el MAICP instrumenta las líneas de acción de la promoción de la salud referidas a la construcción de entornos saludables, el desarrollo de capacidades individuales y, especialmente, el fortalecimiento de la acción comunitaria

Los encuentros de salud durante el periodo de servicio social.

En este año de servicio social tuve la grata fortuna de participar en 2 encuentros con pacientes que viven con enfermedades crónico-degenerativas; el primero tuvo por lema "Una estrategia para el desarrollo de capacidades colectivas", donde el objetivo fue identificar y acordar las ideas que los pacientes consideren más importantes para comunicar a otras personas acerca de lo que para ellas constituye una alimentación saludable. En el segundo encuentro el tema fue "Encontrarnos para cuidarnos" aquí el objetivo fue fortalecer las capacidades, tanto individuales como colectivas, que las personas participantes reconozcan

que están desarrollando, o que pueden desarrollar, para aumentar el cuidado de sus enfermedades crónicas en 4 ámbitos: cuidar a otras personas, recibir cuidados de otras personas, el cuidado de sí misma o el auto cuidado y el cuidado del entorno.

Para el primer encuentro se empezó a difundir la información sobre el mismo, a los pacientes que acudían a la consulta, a su vez de a que a través de la base de datos que tenemos sobre ellos, se les realizaba una llamada telefónica para hacerles la cordial invitación y recordarles 1 o 2 antes, el evento, en este caso un servidor fue el relator. Para el segundo encuentro se utilizó la misma dinámica, con el extra de que se realizó un cartel con la fecha y hora de dicho encuentro, en ese encuentro un servidor fue el coordinador.

En el primer encuentro se obtuvo la siguiente relatoría:

PREGUNTA 1: JORGE: ¿Por qué es importante la alimentación en el cuidado de nuestras enfermedades crónico degenerativas?

- Fortunata: para llevar un control adecuado de nuestras enfermedades.
- Isabel: *“Desde que nacemos, tenemos la enfermedad, sin embargo, si nos cuidamos podemos evitar que se desarrolle la enfermedad”*. Menciona que todo en exceso es malo.
- Cleotilde: dice que para llevar un buen control de nuestra enfermedad y un adecuado estilo de vida saludable.
- Alonso: para que los problemas de las enfermedades no se vayan agravando.
- Gaby: va de la mano junto con los medicamentos para tener un control adecuado.

PREGUNTA 2: JORGE: ¿Cuáles son las principales dificultades para poder llevar a cabo una alimentación saludable?

- ✚ Gaby: la economía es importante porque si no, no se puede llevar una buena alimentación, ya que no hay un apoyo económico o dinero para llevar una dieta saludable.
- ✚ Isabel: Los horarios son importantes para lograr una buena alimentación y no mal pasarse, a veces también por pensar en problemas o demás cosas nos pueden provocar que nos mal pasemos y no llevar una alimentación saludable.
- ✚ Xóchitl: tener otros familiares que no ayuden en la buena dieta, al querer comer otros tipos de alimentos no saludables como refrescos... Eso implicar realizar un doble gasto.
- ✚ Fortunata: *“Los antojos”*. Menciona que ante el problema de familiares que les gustan las cosas más dulces o saladas, es más fácil que alguien le ponga, por ejemplo, azúcar o sal a sus alimentos y así cada quien tiene sus alimentos como quiere.
- ✚ Cleotilde: menciona que el dinero es una parte importante para ella porque luego no puede comprar o conseguir los alimentos que ella quisiera; aparte de que depende de sus hijos para comer y por lo tanto los horarios también son importantes.

PREGUNTA 3: ¿Es más caro comer o llevar una dieta saludable?

- ❖ Isabel: 50/50
- ❖ Fortunata: si porque se hacen diferentes comidas según los gustos de cada integrante de la familia, ya que no todos los integrantes de la familia comen lo mismo.

(En este punto, los participantes no se centraban en la pregunta actual y comentaban algunas vivencias pasadas como Isabel quien mencionó que hace no mucho tiempo, durante este año, un grupo de nutriólogos le dijeron que se debe empezar a comer como máximo media hora después de levantarse y que se debe hacer un desayuno, una colación, una comida o almuerzo, una segunda colación y una cena.). Jorge agradece la participación, pero retoma de nuevo a pregunta actual.

- ❖ Gaby: menciona que sus hijos le dicen que ellos toman coca porque la diabética es ella y que ellos nunca serán diabéticos, entonces que, por lo mismo, la falta a veces de apoyo familiar y a su vez tener “antojos” a la vista, le hace muy difícil llevar una alimentación saludable.

PREGUNTA 4: JORGE: ¿Cuáles son las recomendaciones que darían para tener una buena alimentación saludable?

(Anteriormente, Fortunata y Gaby habían interrumpido a otros participantes para hablar ellas, sin alzar la mano previamente, por lo que la Dra. Viviana interviene para resaltar a todo el grupo la importancia de las reglas y que para participar hay que levantar la mano previamente).

- Todos los pacientes, cada uno con sus propias palabras, llegaron al consenso de que a veces les da hambre y a veces no y que por lo tanto no quieren comer, y por lo mismo sus familiares, principalmente hijos, los regañan por no comer.
- Los pacientes seguían resaltando los problemas que tienen para llevar a cabo una alimentación saludable, sin embargo, no soluciones o recomendaciones ya que no sabían cómo resolver dichos problemas ni que consejos dar. Fortunata mencionó la ayuda que nosotros los médicos les dábamos y que por lo mismo propuso que ante dudas u orientación que se acercaran a nosotros, ya que, por experiencia propia, siempre le han (hemos) ayudado y orientado y eso ella lo valora mucho y menciona que le ha servido.
- Fortunata: *“Una recomendación y que a mí me funciona, pero no se a los demás, es educar a nuestro organismo y que se acostumbre a los horarios de comida”*.
- Isabel: *“Si se descompone una lavadora, hay refacciones, pero si uno se descompone ¿Qué hacemos?”*, menciona que por lo tanto no se pueden poner antes otros problemas o actividades como por ejemplo la limpieza del hogar, antes que la alimentación. *“Hay que querernos primero nosotros mismos para después querer a los demás”*. Menciona también que ella ve que sale más caro ir de compras cada 2-3 días, así que a ella le funciona salir a comprar para toda una semana por ejemplo e ir con tu lista de compras y así no comprar de más.
- Fortunata: refiere que comprar en el tianguis y planear la comida igual para una semana le sale bien.

Por último, se les preguntó ¿Qué aprendieron hoy? Y dicha pregunta va de la mano con la conclusión que los mismos pacientes armaron.

Todos estuvieron de acuerdo en que una alimentación saludable les ayuda a controlar de mejor forma sus enfermedades con la mano y la ayuda de los medicamentos. En cuanto a los problemas o dificultades para lograr una alimentación saludable salieron varios como por ejemplo el tema económico, la dependencia de sus familiares para comprar los alimentos o para cocinarlos, por lo que aquí también interviene la parte de horarios, ya que si sus hijos por ejemplo son los que les hacen de comer y ellos llegan a casa hasta las 4, pues van comiendo a esa hora y por lo mismo se mal pasan; así como también la falta de apoyo o empatía familiar al comprar cosas que nos los ayudan a llevar una alimentación saludable como refrescos y pues eso les dificulta aún más el poder cumplir con una dieta adecuada. En la última pregunta hubo más problema ya que los mismos pacientes no encontraban soluciones o recomendaciones para poder llevar una alimentación saludable, sin embargo, al consenso y único al cual llegaron fue el de comprar sus alimentos en su mercado o tianguis de confianza, comprar comida para una semana y así no realizar tantos viajes, ir con una lista y estar bien desayunados para no comprar cosas de más.

Jorge y un servidor, les agradecemos por su valiosa presencia, así como se les invito a participar en el próximo encuentro de ser posible, nos dimos un aplauso y la Dra. Viviana dio el cierre.

En el segundo encuentro lo que se obtuvo fue lo siguiente:

Paso 1: Identificar aspiraciones y realizaciones

Somos personas que vivimos con enfermedades crónicas, ¿cuáles son nuestras principales aspiraciones respecto a esta situación, vivir con enfermedades crónicas?

Nuestras aspiraciones respecto a:

Lo personal __

Nuestra familia __

Nuestra comunidad __

Los servicios de salud __

Coordinador (Bruno): Somos personas que vivimos con enfermedades crónicas, ¿cuáles son nuestras principales aspiraciones respecto a esta situación, vivir con enfermedades crónicas?

Sra. Petra: En cuidarse, ver qué vamos a comer o nos hace daño, no esperemos que la enfermedad avance para que nos cuidemos, uno mismo tiene que ir cuidando su enfermedad, nadie se va a preocupar como uno mismo de uno, así que lo mejor es cuidarse.

Sr. José: Yo pienso que debe de haber un guía, claro que yo soy diabético y debemos llegar a un control y decirnos que está bien, cómo va mi enfermedad, qué puedo hacer, pienso que alguien me debe decir “sabe qué, así va su enfermedad”, cómo me debo controlar, por ejemplo, una dieta, yo acudo a Cultura Maya a Nutrición y ahí más o menos me dan una guía de alimentación para que uno se controle. La otra es que pienso que debe de haber quienes nos digan qué debemos hacer porque nosotros no sabemos si está bien lo que comemos o no.

Coordinador: Claro, detectar qué nos hace bien.

Sra. Petra: La guía es el Doctor, pero si no venimos, podemos checarlo en la casa e ir viendo si estoy mal o no, la principal guía es el doctor, pero uno mismo va viendo cómo va procesando eso.

Coordinador: El objetivo es que ustedes sean autosuficientes, como lo dijo Emigdia y José; nosotros somos guías y apoyo para las dudas que puedan tener.

Sra. Luisa: Mi papá y mi mamá fueron diabéticos y por ende todo lo que conlleva, pero los Doctores dicen parámetros distintos porque aquí me dicen una cosa y en Cultura Maya otra cosa, por eso nos tratan mal, yo tengo una cirugía y vengo sola, vengo con dolor, estresada, temerosa, la doctora allá no me trata bien, para mi punto de vista no hay un parámetro general, siento que es distinto en todos lados. Mi madre murió y no nos dijeron algo que satisficiera porqué pasó todo esto ahí, porque la curación salió mal, y en 8 días mi mamá falleció, entonces no hay buen trato y todos están de malas, hay excepciones, pero muchos nos tratan mal y la mayoría de las personas que vienen son personas adultas con alguna enfermedad. Yo pido en esta Unidad un mejor trato a las personas que tenemos una enfermedad crónica. Me dijeron que mi enfermedad era algo pasajero, pero no es así, es crónico. Aquí en el Centro de salud no sé cómo los han tratado a ustedes (los demás pacientes) pero yo quiero pedir más empatía. Uno viene muy estresado, ustedes porque son jóvenes y tienen otro trato, pero nosotros esperamos un trato más cordial, más amable, porque si no ya no nos quedan ganas de venir, por lo que yo les pediría un trato más respetable.

Coordinador: Muchas gracias, entiendo su punto, esa opinión más que un ataque lo veo algo para mejorar, una retroalimentación, nosotros en el programa justamente trabajamos una atención de calidad centrada en la persona, nos gustaría que se acercara con nosotros y con gusto la atenderemos en consulta, atendiendo a sus peticiones.

Coordinadora UAMX: Una observación que quisiera hacer es que justo esto es un taller, desafortunadamente usted, Sra. Luisa, no estuvo con nosotros en la Introducción, donde mencionamos que esto es un taller en donde nos vamos a sentir escuchados, vamos a hablar de cómo podemos cambiar las cosas, de sus aspiraciones. Para eso estamos, para cuidarnos todos.

Se le extiende invitación a la señora Luisa a participar en el Encuentro.

Sra. Blanca: Yo en lo particular he recibido muy buena atención, desde que inicié aquí con el Doctor Norberto, la Doctora Durán y el Doctor Francisco, siempre me han tratado muy bien, hay de todo, buenas y malas experiencias, pero en mi caso son buenas experiencias. Y ustedes *-refiriéndose a los MPSS-* siempre muy amables también jóvenes.

Coordinador: Blanca, cuénteme a qué aspira, a seguir con el mismo trato o algo más.

Sra. Blanca: el trato siempre ha sido excelente, me han mandado a otras Instituciones donde he aprendido a comer mejor, aprendí más sobre la Diabetes, me mandaron a la UNEME y ahí aprendí mucho porque yo no podía controlarme de la glucosa y a partir de que fui ahí, aprendí a controlarme, los horarios son importantísimos; a tenerlos bien establecidos y a comer más y mejor. Eliminé el refresco y sé que debo tomar más agua, nunca he sido delgada, a mi cuando me detectaron la diabetes me dio gusto porque dije “por fin voy a adelgazar”. Tengo hermanos fallecidos de Diabetes, que no se cuidan, le van a cortar el pie, y por más que le digo y le digo, no me hacen caso, manejan la glucosa en 300, son necios. Venimos de una familia que ya lo traemos, entonces si no nos cuidamos nos va a dar más feo. Mi aspiración es hacerle entender a la gente que uno está padeciendo, que se tienen que cuidar.

Sra. Patricia: Yo he tenido buenas atenciones, no puedo quejarme, todos los doctores que me han tocado me han tratado muy bien, me han dado mis medicamentos, qué puedo y no comer. Lo único que veo es que las verduras hay muchas que no me caen por ejemplo el brócoli, el pepino, la calabaza, me hacen mucho daño. Ayer me tocó la consulta y el Doctor me dijo que no tengo que comer lo que me hace daño, pero yo quiero saber qué es lo que puedo comer, porque solo me dice que me tengo que cuidar, yo estoy de acuerdo con lo que me dice, pero mi organismo luego no hace caso. A mi me van a operar de mis ojos, y como depende del Cardiólogo si me operan o no, pues puedo comer lo que uno de pobre puede. Todo está carísimo, todo lo que uno puede comer está muy caro, entonces el Doctor me dice “a ver de qué manera se cuida, porque tiene que hacerlo”. Por eso estoy de acuerdo en que haya un guía, que nos digan qué puede uno comer, me gustaría que dieran talleres de manejar la azúcar o la presión.

Coordinadora UAMX: Sra. Patricia, entonces ¿le gustaría que hubiera más talleres, pero para pláticas de alimentación para ese problema que usted tiene? Entonces ¿esa sería su aspiración?

Sra. Patricia: Sí, me gustaría más que me dijeran qué puedo comer, porque todo me hace daño.

Coordinador: Entonces sería mejor ir viendo qué puede hacerle daño, o que no, e ir modificando eso, para hacer una mejor dieta. Justo como dicen, darles herramientas a ustedes para saber qué hacer y nosotros en la consulta saber qué hacer para implementarlos en cada visita de ustedes al Centro de Salud.

Sra. Petra: Sobre la comida, yo también son alérgica, pero me pongo a buscar otras opciones para comer, puede una comer frijoles, habas, nopalitas, tenemos que buscar porque es comida para uno. Por ejemplo, yo soy alérgica al huevo, pero entonces como otras cosas, tiene uno que buscarle porque ni modo que no coma nada, siempre hay otras opciones, son muy buenas las lentejas, por ejemplo. Entonces si le hace daño una cosa, que coma otra cosa y así ir viendo que te queda mejor, tiene uno

que buscarle, así no está uno sin alimentarse porque no me gusta o me hace daño, somos pobres y aunque sea verduras tenemos que comer, el pollo está muy caro, ya, aunque sea una verdura es un buen alimento. Como mi esposo, no come nada de verdura, pero yo le digo “mira, ahorita porque no estás enfermo”, él come carne, coca, quién sabe cómo él no está enfermo, unos aguantan y otros no, le digo “deja que cuando estés más grande vas a comer pura verdura”, pero no entienden, a ver al rato cómo le va.

Coordinador: Es correcto, hay que irle buscando.

Sra. Patricia: Es que luego me hace daño todo, ando con los gases, los frijoles pues son riquísimos, pero a veces me hacen daño, entonces digo “ay, Diosito santo”, le he buscado de todas maneras, no crea, si no ya me hubiera muerto de hambre.

Coordinador: Entonces la alimentación es lo que les gustaría que se fuera implementando, y se va orientando hacia lo que ustedes necesiten.

Coordinadora UAMX: En cuanto a ustedes mismos, su familia, la comunidad en la que viven.

Sr. José: Con lo que se está platicando y estoy oyendo, está bien, pero también hay un punto, hay que ver el medicamento, qué toma uno y qué come, porque con el medicamento que tomo en la mañana evacúo mucho, 2 3 4 veces y lo noté desde que tomé las pastillas, entonces hay que ver que también influye el medicamento, está bien, por una parte, porque limpia el estómago. Hay que ver qué es lo que nos cae mal. Ahora también en lo que dicen de la alimentación las señoras, están bien, yo acá en Cultura Maya sí me llevan un control y peso, porque aquí cada que me pesan las enfermeras, tengo sobrepeso y no bajo de ahí, no se me quita eso, le dije eso a la Doctora de Cultura y me dijo que el control allá está bien a la norma de cómo debe de estar el control de uno, pero yo le digo que allá en el centro de salud siempre tengo sobrepeso, y me dice que allá el peso que toman es otro, que el de ellos está bien porque es Nutriólogos.

Sra. Petra: Yo he visto que ahí pesan y pesan muy mal pero depende de las básculas, entonces digamos que eso está descontrolado y no sabe uno si sube o baja de peso, si sigo de dieta o sigo comiendo, y muchas veces es en la familia, si tiene uno hijos y la tratan mal, quiera uno o no está pensando y el estrés luego provoca el sobrepeso, dan muchas ganas de comer y no se llena uno, entonces eso también es lo que pasa con uno que tiene sobrepeso, he visto que cuando tengo problemas es cuando subo de peso, entonces todo lo de la familia es lo que luego me hace subir de peso, con mi comunidad no pasa eso porque nos llevamos bien, nos ayudamos. Como dice el Sr. José, yo tomaba medicamento y me saturé de medicamentos y me dio insuficiencia renal. Me dijeron que yo nunca tuve presión alta, que estaba yo bien. Ahora sólo la pura insulina y acá no padezco de hipertensión, mi única enfermedad es la azúcar, ya todo se me quitó, entonces en el medicamento luego se sobrepasa uno. Entonces los doctores tienen que ver cómo va uno para ver si sigue ese medicamento o ya no, qué consecuencias puede tener a largo plazo.

Coordinador: Recalcando, qué bueno que estamos participando, respetando a otros.

Sr. José: Ahí en Cultura Maya me dijeron “usted toma mucha medicina” y estaban regalando pastillas, me dieron 6 frascos de pastillas para tomar y que se limpie del estómago, y veo que está bien. Siempre se dice que toma uno mucho medicamento, la gente le hace mal, al hígado, a la panza, debe de haber algo para que se baje todo eso.

Coordinador: Qué bueno que cada quien le ponga atención a su cuerpo, que se fije en sus síntomas y que se lo comenté a nosotros o al Nutriólogo, para que nosotros podamos tomar medidas o ayudarlos en esa parte. Porque si no nos dicen, cómo les vamos a ayudar, al final somos un equipo, pero qué bueno que en general, nos comentan eso. ¿Algo más antes de cerrar el Paso 1?

Sr. José: Me parecen bien estas pláticas o estas terapias, porque así uno se da cuenta, platicamos todos, pero que haya una razón, que se den cuenta, que tomen cartas en el asunto y se den cuenta. Que se hable pero que se hagan cosas, con la ayuda de Dios, estas pláticas están muy bien, uno se instruye,

desde cuando tenía esa inquietud, uno lo siente, porque si uno siempre se calla, ¿quién le va a hacer caso?

Coordinador: Aunque seamos 5 o 1, vamos a hacerlo, con que venga una persona es suficiente, obviamente invitamos, pero qué bueno, me alegra escuchar que les agraden estos encuentros y futuramente seguir haciéndolos y apoyarlos en lo que necesiten.

Sra. Isabel: Al menos yo, si uno está gordito de joven, es imposible bajar de peso. Yo quería saber si puede regresar el ejercicio que antes había, para poder hacerlo.

Coordinador: Claro, es algo que hemos querido implementar, se puede dar aquí en los encuentros, por ejemplo, pero también por parte de trabajo social, se va hablar, esto es el punto, que vamos a hacer lo que hablamos aquí, porque si no ¿cuál es el punto?, tiene que haber mejorías, justamente para hablar a futuro y trabajarlo, llevarlo a cabo.

Sra. Isabel: Me gustaría que regresara porque uno no lo hace en su casa, me dicen “camine y no sé qué”, pero pues no se me da, yo soy diabética, desde que me detectaron, los médicos me dicen que me lo tome en ayunas, pero para ser sincera no lo hago así porque me sabe amargo. Cada medicina que me dan los médicos, siempre me la tomo después de comer y gracias a dios hasta ahorita no he tenido problemas con el estómago, porque muchas personas me han comentado que por el ayuno les ha afectado. Si así que no tomo medicinas en ayunas he tenido problemas con la diabetes... imagínese si me la tomara en ayunas.

Coordinador: Justo, cada quien identifica, si a uno le ayuda, está bien, no somos recetas de cocina, a cada uno le va mejor con diferentes cosas, este proyecto está centrado en las personas, en Isabel, en Patricia, en José, y justamente, como les va es muy propio de cada uno. Muy bien, pasamos a la parte 2.

Paso 2. Satisfacer necesidades.

Coordinador: En este segundo paso vamos a identificar qué tenemos en común respecto a las necesidades que tenemos, nos debemos poner de acuerdo en un tema específico, yo les voy a recomendar 3: hablar sobre la vida afectiva, de pareja o en la familia, vamos a elegir un problema y cómo lo vamos a resolver, ¿qué les llama la atención? ¿cuál abordamos?

Sra. Isabel: Con eso de los celulares, se está perdiendo la comunicación en la familia, está uno comiendo y están con el celular.

Sra. Petra: Me parece bien el tema de la familia, porque me pasa lo mismo con mis nietos, con el celular ya ni te pelan, de los hijos los papás tienen la culpa, pero no saben que a la larga les va a hacer daño por la vista.

Ahora ya digamos que no solo es para saber de la familia, sino que están sobrepasando para tantas cosas, pero eso nadie podría poner un límite más que los papás en la casa. La familia ya no hace caso y no cuida los niños, poner más atención en sus hijos.

Coordinador: Vamos a abordar el tema de la familia, pero la pregunta es ¿qué dificultades encuentran ustedes en cuanto a su relación con la familia para poder llevar a cabo un adecuado control de las enfermedades con las que viven. Que podemos identificar en la familia que nos limite a poder controlar nuestras enfermedades.

Sra. Blanca: Para mí, el problema en la familia es la alimentación, a los cuales ya sea chiquitos o adultos, no les gusta o no quieren, no pueden comer esto, o que “yo sin eso”, eso ya es el problema porque yo nos los voy a perseguir, no le voy a hacer a cada uno lo que quiera, debemos platicarlo en familia, yo no puedo hacer esto o el otro, entonces podemos negociar, un día hacemos esto que a ti te gusta, a ti otro y así.

Sra. Isabel: Para mí, el problema es la sal y el azúcar, yo me aparto mi comida, porque los demás si lo comen, ahorita ya se comen las cosas mejor, pero siempre me dicen que le falta sal o le falta azúcar,

otro es de no comer fritos o capeados. Lo menos que se pueda, por ejemplo, cuando hago cosas secas procuro que sean sopas de verduras, que no sea empanizado ni tenga mucha grasita.

Coordinador: Retomando, tenemos 2 pájaros de un tiro, que el problema en la familia es la alimentación, a veces la familia compra la coca, por ejemplo, pero como dicen ustedes, hablar con la familia es muy importante.

Sra. Blanca: Hacerles entender que no solo me estoy cuidando yo, sino también a ellos, que los estoy cuidando de algo que yo ya tengo.

Sra. Petra: Yo por esa parte no tengo ese problema porque solo vivo con mi esposo, pero si compran la coca, está la tentación, pero eso ya depende de mí, que me cuido yo, y no porque está la tentación voy a ir a tomarlo. Mi esposo come otra cosa, pero digamos en esa situación, es que uno sí se puede detener en lo que esté y nos haga daño.

Coordinador: De eso se trata, de poder desarrollar esas habilidades para tener un control, la otra es que familia es quien vive con nosotros, enfoquémonos en con quien compartimos el techo cada uno.

Sra. Cristina: Depende de cada quien, yo no soy amante del dulce, de la chatarra, yo la verdad consumo poca sal, vivo con mis hijos, algo que nos les gusta es que les digo que no se me antoja, si yo veo que está muy salado digo "sabes qué, mejor voy a comer un taquito de frijoles", yo soy de pescados, carnes, pero eso depende de uno mismo, yo vivo con mi hija, si me gusta lo que hizo y se me antoja, me lo como, si no, yo misma voy por un bistec y una pechuga, porque yo soy independiente de ella, yo sé qué cosas me hacen mal a mí. Años atrás comí, bebí e hice lo que quise, ahorita pues ya me tengo que cuidar. Yo tomo azúcar mascabado, me la recomendaron, o sea todo lo que me han dicho los médicos lo he hecho. Evito las cosas que me hacen daño, lo enlatado, mejor compro mis cosas frescas.

Coordinador: Los cuerpos trabajan de manera diferente, por dar un ejemplo, la coca le hace daño a algunos y a otros no. Entonces vemos que en unas familias sí hay esas redes de apoyo, en otras no, pero que justamente la persona toma el control y decide no comer mal. Entonces vemos que el problema es más hacia la alimentación. ¿Alguien más detecta un problema en cuanto a la familia que le impida tener un adecuado control de su enfermedad?

Sra. Lourdes: Yo les quiero presumir que todo mundo me tiene en la mira en mi casa, yo puedo tomar todo, pero pastel noooo, me vigilan mucho, digo que se me antoja y lo guardan, pero mi esposo se descuida y me da. Pero la mayoría es así, saca su refresco y no les importa si se le antoja a la gente.

Coordinadora UAMX: ¿Usted se siente apoyada o cómo se siente con esas actitudes y acciones que toma su familia con usted?

Sra. Lourdes: Al principio me siento frustrada, pero después me doy cuenta de que me están cuidando.

Sra. Cristina: Yo pienso que cuando uno tiene enfermedad crónica, tiene que ver cuánto comer porque no se puede privar de tantas cosas, es muy importante porque me dicen "es que no puedes tomar coca", pero si se la están tomando enfrente de la persona que está enferma, entonces te dan la tentación y nada más la dejan ahí, a que este sufriendo. Digo, yo soy consciente conmigo misma, cuando hay cumpleaños no me voy a comer una rebanadota de pastel, pero tampoco me voy a limitar de que todos disfrutan el pastel y yo ahí salivando, nada más hay que ser conscientes que es la cantidad, no puedo comer como antes pero sí puedo comer una porción chiquita. Consumir mucha verdura, todo lo verde, sí podemos cuidarnos.

Sr. Pedro (acompañante de la Sra. Blanca): Vengo como acompañante, lo fundamental es que es muy cierto, es como yo me autocuido, es el punto central y fundamental de lo que estamos aprendiendo aquí, aquí no es ver quien está mal y quien no, es encontrar la verdadera solución, escuchar las opiniones, ver que cuando está rodeada de cariño se cobija a la persona, me molesta que coman enfrente de todos, hay que autodisciplinarse, eso rebasa la inteligencia, en el punto de que la coquita y todo eso está mal, pero porque me dicen una probadita pues no creo que esté tan mal.

Otro como dicen, evitar las tentaciones, uno va tomando sus decisiones, ver qué me afecta, qué me beneficia, y acudir con las personas que me pueden indicar si sí o no, cómo me tomo el medicamento, pero lo fundamental es autocuidarnos, querernos, amarnos, que, si mi mujer no puede comer eso, hablar con ella, decirle que le va afectar, pero tomarla en cuenta. Sólo cuando nos sentimos ya muy mal es cuando tratamos ya de hacer las cosas, pero tenemos que saber que si yo me disciplino pues me irá mejor. Que, si me ando dando “chancesitos”, nos hace caer en los hábitos negativos. Yo era una de las personas que nunca baja de peso, entonces trato de mantenerlo, de chequearme mi presión, de una forma disciplinada o no, le hecho ganas, procuro hacer ejercicio, u como de todo, pero a veces siento que excedo, entonces pienso que, si no puedo comer algo porque me hace daño, pues no lo voy a consumir porque soy consciente de que me va afectar. Tengo que ver qué eliminar y qué comer, hay tantas variedades, tantas cosas. Eso es lo fundamental, hacer lo que tengo que hacer, no necesito que me cuiden, si me amo a mi mismo, tengo que hacerlo yo por mí.

Coordinador: son muy respetables sus opiniones, justo el auto cuidado es lo importante, se desarrollan, las habilidades se van adquiriendo. A lo mejor como ustedes dicen, no puedo dejar de tomar la coca cola completamente, pero puedo bajarle un poco a su consumo y tal vez comer más verduras, y tener un beneficio propio de las enfermedades con las que vivimos. Ahora, en cuantos a lo que identificamos como nuestro problema, ¿cómo podemos solucionarlo? ¿qué decisiones necesitamos tomar para resolver ese problema que compartimos?

Sra. Blanca: Yo siento que no es necesario privarnos de muchas cosas, siempre nos limitan el pan, pastel, entonces hay que buscarle alternativas. Yo aprendí a hacer pan de avena, de amaranto, con fruta, no lleva azúcar, y siento que sí satisface mi ansiedad y no me hace tanto daño. Es que yo tuve que aprender a hacer esas cosas y por eso es aprender a conocernos, y buscar alternativas, que no me sienta con la sensación de que se me antojo y no puedo comerlo, pero para que no me sea tan grave el daño, aprendí a hacer otras cosas.

Coordinador: ¿Cómo aprendió?

Sra. Blanca: En internet, a hacer galletitas de avena, de plátano, dulces, sin aceite ni nada, más que antiadherente, y no como otros, qué hay esto no tiene dulce, no tiene sal. A mí sí me gusta lo que cocino y afortunadamente no he subido de peso, me siento más feliz que cuando no podía comer nada.

Coordinador: ¿Alguien más? ¿Cómo solucionar estos problemas?

Sra. Leonor: Yo pienso que es cuestión de hábitos, de cambios, mira, si vas a hacer un convivio, en lugar de traer refrescos, pedir aguas de Jamaica, que no traigan papitas, sino cacahuates tostados, semillas de girasol, y sí se las comen, son riquísimas. Cosas sanas, que nos cuidemos no solo nosotros sino también a la familia. Y así cambiar todo lo que nos hace daño, porque si llevan todas las cosas, pues no se va a poder nunca.

Coordinador: Una propuesta entonces sería hablar con la familia, platicarlo, porque a lo mejor el cambio no se logra de un día a otro, pero nos ayudaría que sean más empáticos. Obviamente tomar en cuenta que es lo mejor, qué es lo que a mí me funcionó y a otras personas no. Nos podemos valer de algún nutriólogo, ¿creen que nosotros podamos ayudarlos en cuanto a la alimentación?

Sr. José: Sí porque se supone que la persona ya sabe más, tiene experiencia, tiene la razón y nosotros no sabemos muchas veces ni por dónde empezar.

Coordinador: Entonces nosotros con base en esa experiencia, o los nutriólogos, podemos guiarlos.

Sra. Leonor: Pienso que hasta Psicología podría ayudarnos, yo voy con el nutriólogo, y anteriormente con el que yo iba nos ayudaba a sustituir los alimentos, porque si no yo sentía que no podía de plano comer nada.

Coordinador: Justamente es un equipo, aprovechar lo máximo de servicios porque al final es una atención integral, tomos somos un equipo que vamos a trabajar centrados en la persona.

Coordinador: ¿Cuál es la meta que nos proponemos para poder lograr o mejorar esta alimentación saludable en la familia?

Sra. Leonor: No tomar refresco, lo pienso lograr como -al menos como mamá-, no llevarlos (el refresco), yo les voy a inculcar con el ejemplo a mis hijos, que me vean que como bien y por eso mismo me siento bien y me estoy cuidando, que les estoy evitando a ellos llegar a lo mismo que yo.

Coordinador: Entonces su meta es quitar el refresco y predicar con el ejemplo.

Sra. Isabel: Yo por mi parte saber controlarme un poco más con lo que como, a lo mejor no retirarlo por completo, pero si comer menos o un cachito.

Coordinador: ¿Alguien más que me proponga una meta?

Sra. Petra: Cuidarse a uno mismo y llegar a la meta de que esté uno mejor cada vez, con cambios. Yo como estoy sola pues es cuidarme a mí misma, y como estoy enferma pues buscar opciones para comer mejor o hasta como dijo la señora, aprende a hacer pan de avena o cositas así.

Sra. Patricia: Yo procurar mejorar en la alimentación, aunque hay cosas que sí o que no me caen.

Coordinador: Me gustaría recalcar lo que nos dijo hace rato, que le gustaría encontrar que alimentos le caen mejor y así mejorar su alimentación. Sería importante que en próximos encuentros podamos tomar este tema de la alimentación.

Sra. Blanca: Que mi familia sea más consciente, porque somos muchos, yo vivo en una familia de 13 hermanos, uno ya muerto a consecuencia de la diabetes, yo soy la mayor de todos mis hermanos, y los menores han fallecido, y eso que eran delgados, porque les inició muy temprano la diabetes, mi meta es hacerlos entender, que tengan la consciencia de comer mejor y cuidarse, no sólo para ellos sino para su familia también.

Coordinador: Entonces, lograr la empatía con su familia ¿sería su objetivo? Y ¿cómo cree que puede cumplir su objetivo?

Sra. Blanca: Hablando, porque decirles que vengán a pláticas pues no lo van a hacer. Entonces yo creo que cuando nos reunamos, decirles de todo esto que vimos en esta plática.

Coordinador: Cree que, si ese recetario que comentó la Doctora llega a su familia, ¿le va ayudar?

Sra. Blanca: Puede ser, porque así ya ven variedad, no dicen que nada más es lo que le gusta a usted y así, o que las cosas no tienen sabor y no les gusta.

Sra. Lourdes: Mi meta es que sigamos, no como meta sino como parte de nuestra vida, adaptándonos a la dieta que nos hace bien, que nos hace ver esbeltas, entonces esa sería mi meta, estar bien en alimentación para evitar problemas en la salud, es básica la dieta, nos mantiene bien, esa debería ser nuestra meta diaria, de poco a poquito y así se pasa el tiempo. Para evitar muchos problemas aparte de nuestra diabetes.

Coordinador: ¿Cómo piensa lograr esa meta? ¿Qué herramientas puede usar?

Sra. Lourdes: Más que nada un nutriólogo que nos dé por escrito qué comer, incluso mi esposo tiene un libro que a él le dieron, él es diabético, y ahí vienen ensaladas y tiene 22 años con la diabetes. Le dieron unos guisos medios raros, pero apegarnos a esa dieta y establecernos nos ayudaría mucho.

Coordinador: Nos va a costar, pero vamos a ver que con nuestras habilidades lograremos esas metas, el objetivo es que al final se cumplan. Yo por ejemplo me propuse dejar la coca, yo antes tomaba 3 de 600 ml en un día, actualmente una de 400 ml en una semana, me costó trabajo, pero se pudo, obviamente desarrollé capacidades, pensé en los pacientes, no me gustaría que yo fuera un mal ejemplo. Que se vea que, si uno puede, los demás también, porque si ellos pueden ¿por qué yo no voy a poder?

Sr. José: Por mi parte saber qué me hace mal, porque si a mí me dicen que soy diabético y le entro a todo, obvio que el cuerpo resiente y ahí se da uno cuenta, mejor bajarle y llevarlo poco a poco, porque de golpe no se puede quitar. Yo en las tardes tengo la sensación y como, tengo la lombriz del pan, me

encantan las tortas de bolillo y plátano, me comía hasta 5, pero no sabía que me estaba haciendo mal, y repito, no se puede dejar de golpe, pero uno tiene la capacidad de decir no porque nos hace mal.

Cierre del taller

Para finalizar el taller, pregunte a las personas participantes ¿qué aprendimos?, ¿qué nos llevamos de este taller?

Sra. Lourdes: Yo creo que me llevo el que debo tener más disciplina conmigo misma, para que así mi familia no tenga que estar siempre al pendiente de mí y que yo no sufra porque si ellos comen o no cosas que a mí me hacen daño.

Sra. Cristina: A seguir cuidando de mí misma y predicar con el ejemplo, a ver si así mi familia se anima a cuidarse también, porque no quiero que terminen como yo. Y cuidar lo que como, como dije, a lo mejor no comer como antes pero sí una porción chiquita de vez en cuando.

Sra. Petra: Por mi parte yo creo que voy a guiarme de las cosas que la señora (Sra. Blanca) dijo que ella hacía, igual y preguntando más sobre cómo hacer comida que no me caiga pesado. Y platicar con mi familia, que me entiendan un poquito más de cómo me siento y que tengo que cuidarme, pero si no me ayudan pues es más difícil.

Coordinadora UAMX: Claro que sí, ¿creen que sea importante también que ustedes tomen en cuenta qué siente su familia? Porque es igual de importante que, así como ustedes son escuchados en lo que sienten, también ellos se expresen y se apoyen mutuamente.

Sr. José: Yo como dije al principio, esta actividad me gustó mucho porque así pude escuchar qué dicen aquí las personas y cómo les va a ellos, yo pienso aplicar muchas cosas que escuché aquí y espero que mi enfermedad siga como ahorita, porque la verdad yo me siento bien, pero podría sentirme todavía mejor.

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

Tutoría de casos.

Durante el proyecto se desarrolló el temario de manera que se consideraran sucesivamente los tres primeros módulos, mientras se desarrollaba el módulo 4. En este último se presentaron los casos clínicos del proyecto, donde los pacientes con enfermedades crónicas dieron su consentimiento para su estudio de caso, así, durante las sesiones dedicadas a esta actividad, se desarrolló un análisis de la atención recibida por el paciente, para así reforzar las actitudes en pro del modelo, el cuidado centrado en la persona y el autocontrol, así como el manejo de las condiciones crónicas.

En cada caso, fue fundamental presentar el historial médico del paciente con detalles claros y, al mismo tiempo, describir su estado general de salud, los sentimientos hacia el diagnóstico, cómo ha afectado su vida diaria y la forma en que ha sido tratado.

El facilitador y el pasante de cada sesión examinaron varias facetas del paciente, lo que resultó en problemas generales que requerían una atención especial. Por ejemplo, del primer caso que se revisó derivó el tema del uso correcto de hipoglucemiantes orales donde el Dr. Víctor, nos proporcionó lecturas para su análisis y consenso en una clase posterior; del segundo caso clínico se derivó el tema de la empatía; en el tercer caso clínico se habló sobre una paciente que tiene un huerto propio, pero aún así cosechando y cocinando sus propios alimentos, no logra controlar su diabetes, de aquí derivó un tema relacionado a la dieta; y por último se habló sobre un caso de una paciente donde su esposo falleció hace 10 años,

actualmente tiene ERC y no quiere dializarse por malas experiencias que ha visto con ese proceso además de referir que no quiere ser una carga para su familia, y que quiere disfrutar el poco o mucho tiempo que le quede de vida, con ellos, feliz y no estando en un hospital; de este caso se derivó una sesión especial, muy grata y muy productiva, la cual trató sobre la salud psicoemocional, el cual fue impartido por una psicóloga egresada de la UAM Sara Miranda Herrera, donde por equipos hicimos una lluvia de ideas a las siguientes preguntas: ¿Por qué mandamos a alguien al psicólogo?, ¿Qué consideraciones tenemos al referenciar a alguien a psicología?, ¿Qué esperamos al referenciar a un paciente a psicología? Al final no hubo respuestas equívocas, sino más bien, provocó el diálogo y la reflexión sobre dicho tema.

4. CONCLUSIONES.

Realizar el servicio social en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) junto con el programa de diplomado, fue definitivamente una experiencia enriquecedora, por decir lo menos. En primer lugar, conocer la delegación Tlalpan, en especial la colonia Ampliación Miguel Hidalgo y sus alrededores, así como a su gente tan amable y en su mayoría dadivosa, ha sido una expansión intensa a un sentido comunitario. Fui coordinado para poder tener una ejecución médica con una visión comprometida y respetuosa del contexto integral de otro ser humano luego de enfocar mi atención médica y cursar un diplomado enfocado en la implementación del modelo de atención integral en salud centrado en la persona. También tuve la ventaja especial desde el primer momento, de estar en un consultorio médico, donde la carga de trabajo puede ser menor que en una institución pública (IMSS, ISSSTE), y tener la posibilidad de desenvolverme con más libertad en cuanto al tiempo de consulta, para que el diálogo, la relación médico-paciente, la aplicación del modelo de atención centrado en la persona, no se limitara a la atención de muchos pacientes, por lo tanto, todos los aspectos de la complejidad humana que serían compartidos y desarrollados podrían tener su lugar, dando pie a una relación emocional, factor importante tanto para el paciente como para el médico (circunstancias poco desarrolladas en esta profesión). Al analizar los deseos, temores y logros del paciente, pude demostrar empatía e intentar comprender los factores que contribuyen a una buena o mala adherencia; esto me permitió evaluar el espectro de atención, el cual es un ejercicio muy difícil.

Puedo decir que, como médicos, equilibramos lo que nos emociona, lo que necesitamos, lo que fallamos, y en todas estas vastas ideas y conceptos, todo lo que hacemos, seamos conscientes o no, nunca deja de tener un impacto sobre nosotros; a su vez, lo que decimos o no decimos, afecta directamente la salud de otra persona que confía plenamente en nosotros, la cual está buscando respuestas y puede estar experimentando miedo o dolor junto con la esperanza. Antes de un año de servicio comunitario o servicio social, probablemente no tenía un enfoque tan personal y directo con las personas y las comunidades, debido a que por ejemplo en el internado la mayoría de los pacientes ya estaban deteriorados, o bien solo te limitabas a “sacar pendientes” pero esa ya es otra historia. Esta última etapa de aprendizaje y que involucra a todo el servicio social como tal, incluyó aprender a resolver problemas médicos, y a su vez, el conocimiento obtenido de este proyecto ofrece muchas sugerencias sobre cómo agregar valor al contexto humano en general.

Inicié el servicio social con el deseo de convertirme en una persona con las habilidades y competencias para poder atender a los pacientes, de una manera que refleje mi formación académica (previa y en curso) y mi contacto humano. Considero que por mi forma de ser y carácter, un servidor ya tenía algunas aptitudes o cualidades para poder terminar de desarrollar algunas otras y así consolidar las bases médicas que fui formando a lo largo de algunos años; el carisma, la facilidad de palabra, la asertividad, la

amabilidad, la comprensión, la solidaridad, y la “escucha fácil” fueron algunas de las cualidades que compañeros de trabajo y pacientes, usaban cuando hablaban de mí, de lo cual estoy muy agradecido por haber formado esa imagen ante ellos. De manera simultánea, se desarrolla una práctica novedosa que tenía la responsabilidad última de velar por el proyecto, la salud del paciente y el desarrollo del individuo. Solo puedo agradecer que soy la persona que soy ahora, con las dificultades, con las alegrías y los problemas que se han logrado en esta maravillosa y hermosa profesión.

Agradezco haber podido integrarme a todo lo que la vida me ha dado hasta ahora y tengo un fuerte deseo de honrar y preservar lo que cada doctor, paciente y comunidad me ha enseñado. Me voy con una sonrisa en la cara porque lo más que llevo de esto, fue la total satisfacción de los pacientes que atendí y ver como cada uno fue agradecido conmigo, a su manera, y eso es “oro molido”. Por último, como decía Lao Tsé que “El agradecimiento es la memoria del corazón”, y un corazón agradecido no hace más que hincharse y transmitir esa emoción de diversas formas, entre ellas una sonrisa, actitudes, gestos o palabras que nos conectan con la vida, alimentando y consolando el alma humana incluso en las circunstancias más difíciles.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS MODULO 1:

1. Kim S, Park M, Song R (2021) Efectos de los programas de autogestión en la modificación del comportamiento entre personas con enfermedades crónicas: una revisión sistemática y metanálisis de ensayos aleatorios. PLoS ONE 16(7): e0254995. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254995>.
2. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI (2019) Helping patients help themselves: A systematic review of selfmanagement support strategies in primary health care practice. PLoS ONE 14(8): e0220116. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220116>.
3. Victoria J. Barr et al. The Expanded Chronic Care Model. HOSPITAL QUARTERLY VOL . 7 NO. 1 • 2003.
4. Cuba-Fuentes MS, Romero ZO. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(4):780-4.
5. Elwyn et al.: A Model for Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J Gen Intern Med 27(10):1361–7
6. Van de Velde D, De Zutter F, Satink T, et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. BMJ Open 2019;9:e027775. doi:10.1136/bmjopen-2018-027775.
7. Walker C, Swerissen H and Belfrage J. Self-Management: Its place in the management of chronic illnesses. Australian Health Review, 2003; 26(2):34–42.
8. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD010523. DOI: 10.1002/14651858.CD010523.pub2.
9. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD003267. doi: 10.1002/14651858.CD003267.pub2

10. Panagioti M, Richardson G, Small N, et al. Self-management support interventions to reduce health care utilisation without compromising outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2014;14:356.
11. Dettlein SI, Heerkens YF, Engels JA, et al. Effect evaluation of a self-management program for dutch workers with a chronic somatic disease: a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil* 2013;23:189–99.
12. Grady PA, Gough LL. Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *Am J Public Health*. 2014;104:e25-e31. doi: 10.2105/AJPH.2014.302041
13. Barr PJ, Scholl I, Bravo P, Faber MJ, Elwyn G, McAllister M. Assessment of patient empowerment: a systematic review of measures. *PLoS One*. 2015;10(5):e0126553.
14. Audulv, A., Asplund, K., & Norbergh, K. G. (2011). The influence of illness perspective on self-management of chronic disease. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3(2), 109-118.
15. Boulton C, Murphy EK. New models of comprehensive health care for people with chronic conditions Living well with chronic illness: A call for public health action. Washington: Institute of Medicine of the National Academies; 2012.
16. Greenwood DA, Gee PM, Fatkin KJ, Peeples M. A Systematic Review of Reviews Evaluating Technology-Enabled Diabetes Self-Management Education and Support. *J Diabetes Sci Technol*. 2017 Sep;11(5):1015-1027.
17. Jonkman N. Self-management interventions for patients with a chronic disease: what works and in whom? Utrecht, the Netherlands: University Utrecht; 2016.
18. Van Riel PLCM, Zuidema RM, Vogel C, Rongen-van Dartel SAA. Patient Self-Management and Tracking: A European Experience. *Rheum Dis Clin North Am*. 2019 May;45(2):187-195.
19. 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS MODULO 2:

- Escalada San Martín FJ, Salvador Rodríguez FJ. Inhibidores de la reabsorción renal de glucosa: una nueva opción terapéutica para el tratamiento de la diabetes mellitus. *Avances en Diabetología*. 2010 Oct;26(5):370–2.
2. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnette J, Alpuche-Arana C, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. [Internet] Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2022. Disponible en: <https://www.insp.mx/novedades-editoriales/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-2021-sobre-covid-19-resultados-nacionales>

3. Goday, Alberto. Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. *Rev Esp Cardiol* [Internet] 2002 [Consultado 11 May 2023]; 55(6); 657-70
4. F.J. Ampudia-Blasco, et al. Liraglutida en el tratamiento de la diabetes tipo 2: recomendaciones para una mejor selección de los pacientes, desde una visión multidisciplinar. *Av Diabetol*. 2010;26:226-34
5. F. C. Carramiñana Barrera. Seguridad de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4. *Semergen*. 2018;44(supl 1):10-17
6. Sáenz Calvo A, Fernández Esteban I, Mataix Sanjuán A, Ausejo Segura M, Roqué M, Moher D. Metformina para la diabetes mellitus tipo 2. Revisión sistemática y metaanálisis [Metformin for type-2 diabetes mellitus. Systematic review and meta-analysis]. *Aten Primaria*. 2005 Sep 15;36(4):183-91
7. Tsapas A, Avgerinos I, Karagiannis T, Malandris K, Manolopoulos A, Andreadis P, et al. Comparative Effectiveness of Glucose-Lowering Drugs for Type 2 Diabetes. *Annals of Internal Medicine*. 2020 Aug 18;173(4):278–86.
8. List JF, Woo V, Morales E, Tang W, Fiedorek FT. Sodium-Glucose Cotransport Inhibition With Dapagliflozin in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2008 Dec 29;32(4):650–7.
9. Sjöström CD, Hashemi M, Sugg J, Ptaszynska A, Johnsson E. Dapagliflozin-induced weight loss affects 24-week glycated haemoglobin and blood pressure levels. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2015 Jun 27;17(8):809–12.
10. Bashier A, Khalifa AA, Rashid F, Abdelgadir EI, Al Qaysi AA, Ali R, Eltinay A, Nafach J, Alsayyah F, Alawadi F. Efficacy and Safety of SGLT2 Inhibitors in Reducing Glycated Hemoglobin and Weight in Emirati Patients With Type 2 Diabetes. *J Clin Med Res*. 2017 Jun;9(6):499-507. doi: 10.14740/jocmr2976w. Epub 2017 Apr 26. PMID: 28496550; PMCID: PMC5412523.
11. Shyangdan DS, Uthman OA, Waugh N. SGLT-2 receptor inhibitors for treating patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open*. 2016;6(2):e009417. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009417.
12. Unger Jeffrey, Parkin Christopher. Glucagon-Like Peptide-1 (GLP-1) Receptor Agonists: Differentiating the New Medications. *Diabetes Ther* (2011) 2(1):29-39. DOI 10.1007/s13300-010-0013-5.
13. Khalid A, Abdullah K. A review of glycemic efficacy of liraglutide once daily in achieving glycosylated hemoglobin targets compared with exenatide twice daily, or sitagliptin once daily in the treatment of type 2 diabetes. *Saudi Med J*. 2016 Aug; 37(8): 834–842. Doi: 10.15537/smj.2016.8.15800
14. Choe EY, Cho Y, Choi Y, Yun Y, Wang HJ, Kwon O, Lee BW, Ahn CW, Cha BS, Lee HC, Kang ES. The Effect of DPP-4 Inhibitors on Metabolic Parameters in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Metab J*. 2014 Jun;38(3):211-9. doi: 10.4093/dmj.2014.38.3.211. Epub 2014 Jun 17. PMID: 25003075; PMCID: PMC40830284.
15. Chen Y, Ning G, Wang C, Gong Y, Patel S, Zhang C, et al. Efficacy and safety of linagliptin monotherapy in Asian patients with inadequately controlled type 2 diabetes mellitus: A multinational, 24-week, randomized, clinical trial. *Journal of Diabetes Investigation*. 2015 Apr 4;6(6):692–8.

16. Araki E, Kawamori R, Inagaki N, Watada H, Hayashi N, Horie Y, Sarashina A, Thiemann S, von Eynatten M, Dugi K, Woerle HJ. Long-term safety of linagliptin monotherapy in Japanese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Obes Metab.* 2013 Apr;15(4):364-71. doi: 10.1111/dom.12039.

17. Barnett AH, Patel S, Harper R, Toorawa R, Thiemann S, von Eynatten M, Woerle HJ. Linagliptin monotherapy in type 2 diabetes patients for whom metformin is inappropriate: an 18-week randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial with a 34-week active-controlled extension. *Diabetes Obes Metab.* 2012 Dec;14(12):1145-54. doi: 10.1111/dom.12011

18. Mazumdar G, Swaika B, Dasgupta A. An open level study to assess the glycemic control effect of metformin and Pioglitazone as add on therapy along with sulfonylurea in uncomplicated type2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Mellitus.* 2012;02(02):191–5.

19. Zhang Y, Hong J, Chi J, Gu W, Ning G, Wang W. Head-to-head comparison of dipeptidyl peptidase-IV inhibitors and sulfonylureas - a meta-analysis from randomized clinical trials. *Diabetes Metab Res Rev.* 2014 Mar;30(3):241-56. doi: 10.1002/dmrr.2482. PMID: 24123720.

ANEXOS:



Platica "Ansiedad y Depresión" en Conalep Tlalpan II



Plática de ansiedad, depresión y esquizofrenia, secundaria Tlamachihuapan



Colocacion de cartees y platicas a los pacientes.



Apoyo en campaña vacunación antirrábica



Platica "Ansiedad y Depresión" en Conalep Tlalpan II



Colocacion de carteles y platicas a los pacientes.



Platica Pediculosis a padres de familia en una primaria



Curso ECG a Internos



Platica de enfermedades virales a padres de familia



Consulta



Capacitacion algoritmos diagnosticos IAM e HTA



Curso ECG a Internos



Empresa Gunnebo



Capacitacion algoritmos diagnosticos IAM e HTA



QUINTO ENCUENTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS♥

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA en cuatro niveles

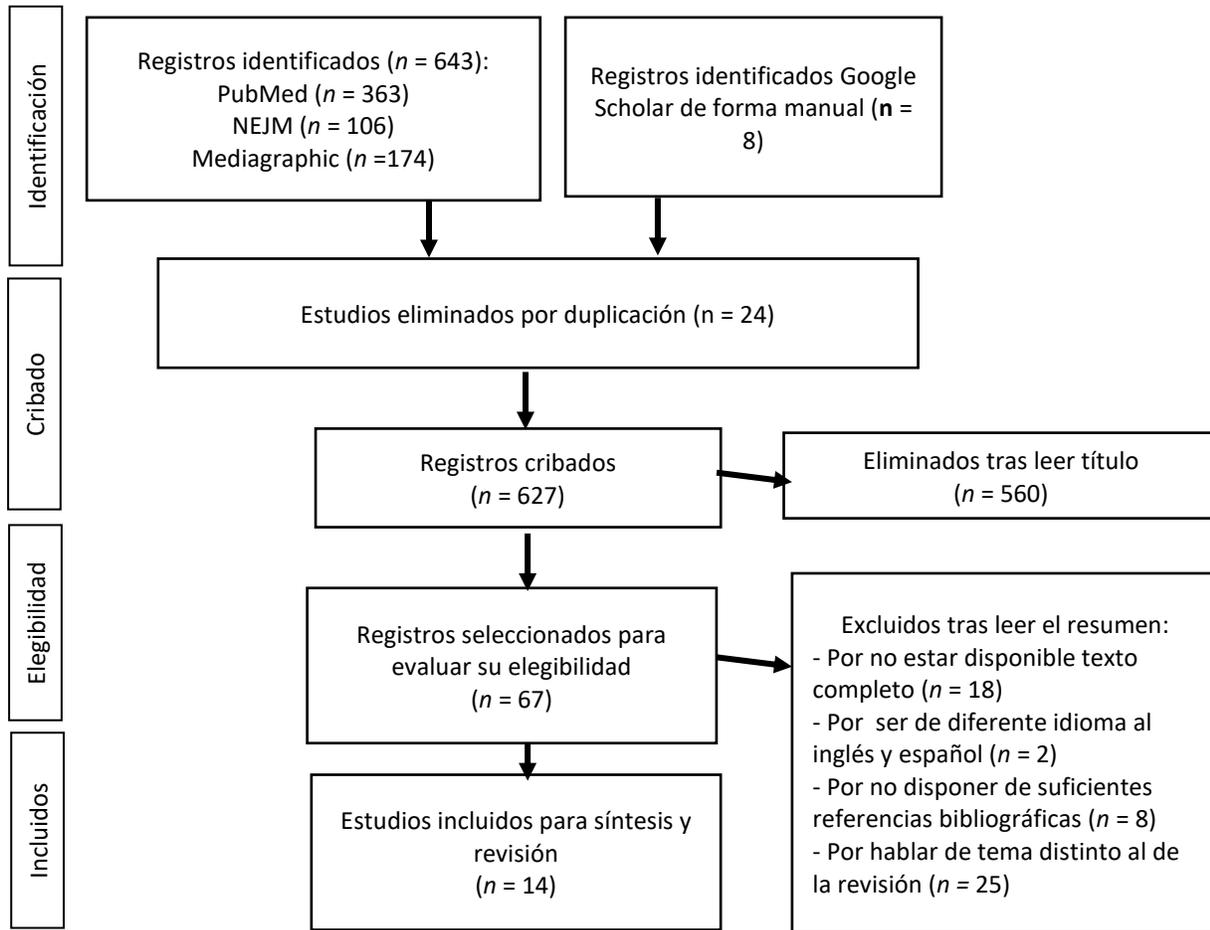


Tabla 1. ↓ Fuente: Elaboración Edwin Salvador Blanquet Bonilla y Bruno Reynoso Antonio

Fármaco	EA EN MONOTERAPIA
Sitagliptina	Cefalea, estreñimiento, prurito, mareo e hipoglucemia
Saxagliptina	Mareo, fatiga y reducción del recuento absoluto de linfocitos sin repercusión clínica
Vildagliptina	Náuseas, temblor, cefalea, mareo, astenia y edema periférico
Linagliptina	Tolerancia similar a placebo. Estreñimiento, mareo e hipoglucemia

Tabla extraída de: F. C. Carramiñana Barrera. Seguridad de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4. *Semergen*. 2018;44(supl 1):10-17

Tabla 2. Revisión de estudios sobre los fármacos hipoglucemiantes con mayor efecto de reducción de hemoglobina glicosilada

Autor	Año	Nombre de la investigación título de la publicación	Tipo de investigación	Tipo de pacientes / Tipo de estudios	Hipoglucemiante estudiado	Reducción de hemoglobina glicosilada	Lugar de publicación
A. Sáenz Calvoa, I. Fernández Estebanb, A. Mataix Sanjuánb, M. Ausejo Segurac, M. Roquéd, D. Mohere	2020	Metformin for type-2 diabetes mellitus. Systematic review and meta-analysis	Revisión Sistemática y Meta-análisis	29 ensayos clínicos aleatorizados de metformina en monoterapia, con resultados sobre mortalidad, morbilidad y bioquímica. /// Población de personas con Diabetes tipo 2, reclutados en clínicas de medicina general o de diabetes, con una intervención farmacológica mínima de 3 meses y que notificasen resultados primarios o secundarios.	Metformina	-Reducción de 1.06% vs placebo. -Metformina con dieta → 1.44% y disminución colesterol	https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-metformina-diabetes-mellitus-tipo-2-13078602 ELSEVIER España, Madrid
Tsapas A, Avgerinos I, Karagiannis T, Malandris K, Manolopoulos A, Andreadis P, et al	2020	Comparative Effectiveness of Glucose-Lowering Drugs for Type 2 Diabetes A Systematic Review and Network Meta-analysis	Revisión Sistemática y Meta-análisis	Ensayos aleatorios en idioma inglés que tuvieron al menos 24 semanas de intervención y evaluaron los efectos de los fármacos hipoglucemiantes sobre la mortalidad, la glucemia y los resultados vasculares	Metformina, sulfonilureas, pioglitazona, iDPP-4, iGLP-1 RA, iSGLT-2, insulina basal, regímenes de insulina basal-bolo, insulinas premezcladas, inhibidores de la glucosidasa, meglitinidas o placebo	-Reducción entre 0.6 – 2% en rango de dosis de metformina 500 a 2000 mg/día -Todos los hipoglucemiantes redujeron HbA1c de la misma manera (excepto iDPP4)	https://www.cpiournals.org/doi/abs/10.7326/M20-0864 Annals of Internal Medicine
List JF, Woo V, Morales E, Tang W, Fiedorek FT	2019	Sodium-glucose cotransport inhibition with dapagliflozin in type 2 diabetes	Ensayo Clínico Aleatorizado	Pacientes con diabetes tipo 2 fueron asignados al azar a una de cinco dosis de dapagliflozina, metformina XR o placebo durante 12 semanas.	Dapaglifozina, Metformina y placebo	-Descenso de Hba1c 0.8% (por al menos 12 sem) vs placebo → 0.2%	https://diabetologyjournal.org/care/article/32/4/650/28840/Sodium-Glucose-Cotransport-Inhibition-With-ADA E.U.A.
Sjöström CD, Hashemi M, Sugg J, Ptaszynska A, Johnsson E.	2015	Dapagliflozin-induced weight loss affects 24-week glycated haemoglobin and blood pressure levels	Meta-análisis	Siete estudios que evaluaron dapagliflozina 10 mg como monoterapia o terapia combinada durante 24 semanas.	Dapaglifozina	-Reducción de -1.1% vs placebo (-0.6%) -Pérdida de peso (2.29 kg) vs placebo (-0.27)	https://dompubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dom.12500 Diabetes, Obesidad y Metabolismo
Bashier A, Khalifa AA, Rashid F, Abdelgadir EI, Al Qaysi AA, Ali R, Eltinay A, Nafach J, Alsayyah F, Alawadi F.	2017	Efficacy and Safety of SGLT2 Inhibitors in Reducing Glycated Hemoglobin and Weight in Emirati Patients With Type 2 Diabetes.	Ensayo retrospectivo multicéntrico	Pacientes con diabetes tipo 2 que recibieron iSGLT2 en el período comprendido entre abril de 2015 y febrero de 2016 (recomendaciones de la DHA, → no embarazada, todas eran mayores de 18 años y ninguna de las pacientes tenía una TFGe < 60 ml/min/m)	iSGLT2	-Reducción de HbA1c -1.5% (primeros 6 meses) y -1.4% (1 año)	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5412523/ J Clin Med Res Emirati
Shyangdan DS, Uthman OA, Waugh N.	2016	SGLT-2 receptor inhibitors for treating patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and network meta-analysis	Revisión Sistemática y Meta-análisis	Ensayos controlados aleatorios que evalúen la eficacia de los iSGLT-2 en pacientes con diabetes tipo 2 controlados de manera inadecuada con dieta y ejercicio solos o monoterapia con metformina. Duración mínima 24 semanas	iSGLT2	-Canaglifozina 300 mg logró HbA1c (<7%) en mayor proporción vs Canaglifozina 100 mg y Dapaglifozina 10 mg (no hubo diferencia significativa con Empaglifozina) -Diferencia media entre 0.2% - 0.64% de Canaglifozina 300 mg vs otros iSGLT2	https://bmjopen.bmi.com/content/6/2/e009417.long BMJ Open
Unger Jeffrey, Parkin Christopher.	2011	Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonists: Differentiating the new medications	Revisión Sistemática	Información se recopiló a través de una búsqueda en MEDLINE y PubMed para GLP-1 y el manejo de la glucemia en pacientes con diabetes tipo 2	GLP-1	-HbA1c disminuyó de 0.79 % a 1.12 % con GLP1 -Mantenimiento y pérdida de peso,	https://link.springer.com/article/10.1007/s13300-010-0013-5

						además de mejorar T/A y lípidos. -Liraglutide, reducción de 1% a 1.5% vs placebo	Diabetes Therapy
Khalid A, Abdullah K	2016	A review of glycemic efficacy of liraglutide once daily in achieving glycated hemoglobin targets compared with exenatide twice daily, or sitagliptin once daily in the treatment of type 2 diabetes	Revisión Sistemática	Búsqueda (PubMed) de ensayos controlados aleatorios directos y estudios observacionales publicados en inglés que compararon la eficacia glucémica (reducción de HbA1c y proporción de pacientes que alcanzaron los niveles objetivo de HbA1c) de liraglutida con exenatida dos veces al día y sitagliptina en adultos con DT2	Liraglutida vs Exenatida o Sitagliptina	-Disminución media de HbA1c es mayor en Liraglutide 1.2 mg (-1-3%) y 1.8 mg (-1.5%) vs Sitagliptina (-0.9%) después de 52 semanas Liraglutide (-1.1%) vs Sitagliptina (-0.7%) y Exenatide 2 al día (-0.75)	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5018698/
Choe EY, Cho Y, Choi Y, Yun Y, Wang HJ, Kwon O, Lee BW, Ahn CW, Cha BS, Lee HC, Kang ES	2014	The Effect of DPP-4 Inhibitors on Metabolic Parameters in Patients with Type 2 Diabetes.	Estudio retrospectivo	170 pacientes con diabetes tipo 2 tratados con sitagliptina o vildagliptina durante más de 24 semanas. Los pacientes se separaron en dos grupos, sitagliptina (100 mg una vez al día, n=93) y vildagliptina (50 mg dos veces al día, n=77).	Sitagliptina y Vildagliptina	-Sitagliptina reduce la HbA1c en un 0.6-1.5 % en vs placebo -HbA1c, GPA y AG fueron similares entre los dos grupos, pero el grupo de sitagliptina mostró un nivel de GGP más alto -Mejor control de lípidos con Vildagliptina	https://e-dmj.org/journal/view.php?doi=10.4093/dmj.2014.38.3.211 Diabetes Metab J
Chen Y, Ning G, Wang C, Gong Y, Patel S, Zhang C, et al	2015	Efficacy and safety of linagliptin monotherapy in Asian patients with inadequately controlled type 2 diabetes mellitus: A multinational, 24-week, randomized, clinical trial	Ensayo clínico aleatorizado o doble ciego	Pacientes que no habían recibido tratamiento previo o habían sido tratados con un fármaco antidiabético oral se aleatorizaron para recibir 5 mg de linagliptina al día o un placebo después del lavado. Total de 300 pacientes asiáticos (87% chinos)	Linagliptina	Después de 24 sem de tratamiento, la monoterapia con linagliptina fue más eficaz (-0.68%) que placebo (-0.18) para reducir los niveles de HbA1c	https://online.liebertpub.com/doi/10.1111/jdi.12346 <i>Journal of Diabetes Investigation (JDI)</i> China
Araki E, Kawamori R, Inagaki N, Watada H, Hayashi N, Horie Y, Sarashina A, Thiemann S, von Eynatten M, Dugi K, Woerle HJ.	2013	Long-term safety of linagliptin monotherapy in Japanese patients with type 2 diabetes	Ensayo clínico aleatorizado o doble ciego	Los pacientes japoneses con DM2 que completaron cualquiera de las fases de un estudio de 12/26 semanas que comparó la monoterapia con linagliptina con placebo o voglibosa. En total, 540 pacientes recibieron al menos una dosis de linagliptina 5 o 10 mg y 494 completaron la extensión.	Linagliptina	-Linagliptina disminuyó 0.71% con 5 mg y 0.72% con 10 mg (por 52 semanas)	https://doi.org/10.1111/di.12039 Diabetes, Obesidad y Metabolismo
Barnett AH, Patel S, Harper R, Toorawa R, Thiemann S, von Eynatten M, Woerle HJ.	2012	Linagliptin monotherapy in type 2 diabetes patients for whom metformin is inappropriate: an 18-week randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial with a 34-week active-controlled extension	Ensayo clínico de fase III aleatorizado o doble ciego	Pacientes con DM2 con control glucémico inadecuado, sin tratamiento previo [HbA1c 7.0-10.0%] o tratados previamente con un medicamento antidiabético oral (HbA1c 6.5-9.0 % antes del lavado), no elegible para metformina debido a contraindicaciones (p. ej., IRI) o efectos secundarios intolerables previos. Fueron aleatorizados a monoterapia con linagliptina 5 mg (n = 151) o placebo (n = 76) durante 18 sem, después de lo cual los pacientes que recibieron placebo cambiaron a glimepirida 1-4 mg una vez al día (los tratamientos continuaron durante otras 34 sem)	Linagliptina	Después de 18 sem Linagliptina redujo -0.6% vs placebo (-.16). En la semana 52, la HbA1c media disminuyó desde el inicio en ambos grupos [linagliptina: -0.44 %; placebo/glimepirid a: -0.72% (casos observados)]	https://doi.org/10.1111/di.12011 Diabetes, Obesidad y Metabolismo
Mazumdar G, Swaika B, Dasgupta A.	2012	An open level study to assess the glycemic control effect of metformin and Pioglitazone as add on therapy along with sulfonylurea in uncomplicated	Ensayo clínico aleatorizado o	100 pacientes con DM2 fueron seleccionados de consultas externas del servicio de medicina siguiendo criterios de inclusión y exclusión prefijados.	Sulfonilureas en combinación con Metformina vs Pioglitazona	-Reducción media de HbA1c (monoterapia) de SU entre -1 a -2% -Reducción de GPA, de -54.35 mg/dl con SU, vs SU con Metformina, GPA de -82.22 mg/dl vs SU con	https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=19348 Revista de Diabetes Mellitus India

		type2 diabetes mellitus				Pioglitazona, de - 67.29 mg/dl	
Zhang Y, Hong J, Chi J, Gu W, Ning G, Wang W.	2014	Head-to-head comparison of dipeptidyl peptidase-IV inhibitors and sulfonylureas - a meta-analysis from randomized clinical trials	Meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados	Búsquedas en MEDLINE, EMBASE y Cochrane de Ensayos Controlados hasta el 30 de junio de 2013, recopilando todos los ensayos clínicos aleatorios con una duración del tratamiento de ≥ 18 semanas. Se incluyó a 12 estudios aleatorizados con 10 982 pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Sulfonilureas vs iDPP4	-SU redujeron la HbA1c significativamente más que los iDPP-4 con una diferencia de medias ponderada (DMP) de 0,105 - iDPP-4 se asociaron con una reducción del peso corporal vs SU	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dmrr.2482 Diabetes Metab Res Rev China

HbA1c: Hemoglobina glicosilada. iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2. GLP1: agonistas del receptor de péptido similar al glucagón tipo 1. iDPP4: inhibidores de Dipeptidil Peptidasa 4. SU: Sulfonilureas. GPA: Glucosa Plasmática en Ayunas. GPP: Glucosa Postprandial, AG: Albumina glicosilada. IR: Insuficiencia Renal

Fuente: Elaboración Edwin Salvador Blanquet Bonilla y Bruno Reynoso Antonio (basado en artículos de esta revisión sistemática)