

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA
C.S T-III SAN FRANCISCO TLALTENCO

NOMBRE DEL PROYECTO

**Modelo de atención integral centrado en la persona para
el control de enfermedades crónicas en unidades de
primer contacto. Enfoque de capacidades.**

TITULO DEL TRABAJO:

**EL IMPACTO DEL AUTOCUIDADO PARA EL CONTROL DE
ENFERMEDADES CRONICAS EN UNIDADES DE PRIMER
CONTACTO.**

ELABORÓ: CHÁVEZ VEGA OMAR

MATRICULA: 2182043145

PROMOCIÓN: AGOSTO 2023 – JULIO 2024

ASESOR INTERNO: RÍOS CORTÁZAR VÍCTOR

ASESOR EXTERNO: GARCÍA SALAS ROSALBA

AGOSTO 2024



CONTENIDO

- 1. Presentación**
- 2. El modelo expandido de cuidados crónicos, la adecuación de la UAM Xochimilco (MAICP).**
- 3. El diplomado.**
 - 3.1. Módulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica. Enfoque de capacidades.
 - 3.2. Módulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedad crónica y el monitoreo de resultados.
 - 3.3. Módulo 3. Organización y participación social para aumentar el control de las enfermedades crónicas.
 - El Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas.
 - Hacia la constitución de los Consejos Asesores
 - 3.4. Módulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedad crónica. Tutoría de casos.
- 4. Balance del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III San Francisco Tlaltenco a cargo de Chávez Vega Omar.**
- 5. Conclusiones.**
- 6. Referencias bibliográficas**
- 7. Anexos**

Presentación

Actualmente México es un país que sigue creciendo en número de personas y a la vez su población envejece a un ritmo considerable, con todas las consecuencias que esto acarrea. A la par de esta situación México también sufre un desabasto en servicios de salud donde las personas quedan desamparadas con enfermedades crónicas. Es por esto por lo que es necesario que en las unidades de primer contacto se doten de habilidades a las personas sobre el autocuidado, donde ellos aprendan a cuidarse y vivir sanamente. Y en dado caso de ya padecer enfermedades crónicas poder manejarlas para así elevar su calidad de vida.

La finalidad de la realización de este documento tiene como fin el de describir la experiencia del autor al aplicar el modelo de atención integral centrado en la persona para el control de enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III San Francisco Tlaltenco de la jurisdicción de Tláhuac durante el periodo comprendido entre Agosto de 2023 y Julio 2024 durante la realización de su servicio social.

Los contenidos en los que consta este documento son:

Como primer punto se ofrece la descripción del modelo expandido de cuidados crónicos, adaptado por la UAM Xochimilco y su relación con las actividades realizadas en el Centro de Salud T-III San Francisco Tlaltenco aplicando el modelo integral centrado en la persona al cuidado y atención de enfermedades crónicas en pacientes que acuden a unidades de primer contacto.

Se describe el contenido de cada uno de los módulos que componen el diplomado, se detalla en que consistieron cada una de las actividades realizadas en los sitios de reunión donde se llevaron a cabo las sesiones académicas.

Se describe de manera detallada las actividades realizadas en el 6º encuentro de personas con enfermedades crónicas (Ser, hacernos comunidad), así como material complementario para comprender mejor la actividad.

Se ofrecen los trabajos realizados en cada uno de los componentes del diplomado que incluyen un ensayo sobre el autocuidado como forma de empoderamiento en personas que viven con enfermedades crónico-degenerativas y una revisión sistemática para conocer el impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la salud bucal.

Se hace un recuento estadístico de los resultados obtenidos durante la atención a los pacientes que trabajan con nosotros los médicos pasantes y el modelo de atención centrado en la persona.

En la incorporación a la plaza de servicio social en un principio fue buena, ya que la doctora encargada de enseñanza en la Jurisdicción de Tláhuac te recibe con los

brazos abiertos e intenta explicarte todo de la mejor manera. Cosa contraria al llegar al centro de salud donde al parecer las autoridades de la unidad no saben muy bien el como funciona el modelo de atención centrado en la persona y es una situación que se repitió por todo el año de servicio social, otro caso es el de los pacientes que la mayoría de ellos acuden gustosos pues es un lugar donde se escucha a la persona y no solo se atienden enfermedades.

El autor de este documento cree firmemente de haber gozado de mucha suerte al encontrarse con una compañera pasante de servicio social en la cual encontró mucho apoyo y paciencia, también con la asesora del centro de salud la cual siempre conto con toda la disposición para resolver dudas y brindar un consejo.

A pesar de todos los contratiempos e incomprensión de parte de los directivos hacia el modelo de atención nos parece que todo salió de la mejor forma posible. Después de trabajar con las personas que son miembros del modelo ahora podemos decir que cada vez tenemos una comunidad más grande y sólida. Esto dará mejores frutos para el próximo encuentro de pacientes.

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

El modelo expandido de atención a cuidados crónicos (MAICP) se fundamenta en la promoción de la salud y prevención de las complicaciones de las enfermedades. Si bien el manejo medico es de vital importancia es igual de importante el empoderar al paciente para que desarrolle capacidades de autocuidado y hacerlo participe de su tratamiento médico.

El modelo tiene como principal ente al individuo y le da el protagonismo del que ha carecido en los modelos anteriores de atención, en donde los antiguos modelos trabajaban solo con enfermedades y no con personas. Es decir, es una atención mas enfocada en la persona.

El modelo adecuado por la UAM Xochimilco consta de 3 ejes principales:

- 1- La relación médico-paciente-enfermedad así como la interacción entre ellos.
- 2- Los sistemas de salud y sitios de información y búsqueda para la capacitación y desarrollo de capacidades y habilidades en el autocuidado de los pacientes.
- 3- La importancia de la comunidad y de construir políticas públicas saludables enfocadas en los factores determinantes de la salud para así favorecer al individuo dentro de la comunidad.

Con base en esta organización y ejes ya descritos durante el proyecto se realizaron actividades distribuidas en cuatro módulos de estudio, en los cuales se aplicó el modelo de atención integral centrada en la persona.

Modulo 1. Fortalecimiento del autocuidado en personas con enfermedad crónica.
Un enfoque de capacidades.

Dentro de las actividades comprendidas en este modulo se revisaron y analizaron lecturas y artículos científicos en los cuales su principal enfoque estaba dado hacia el autocuidado y autogestión en pacientes con enfermedades crónicas y la manera de afrontarlo. También se abordó en estas lecturas como el rol del médico ha cambiado desde una visión de la medicina más paternalista a un enfoque más de formar un equipo con el paciente para afrontar sus malestares de las personas que los consultan. De esta forma se empodera a la persona para lograr habilidades y capacidades que favorezcan la toma de decisiones con respecto a la salud/enfermedad, pero sobre todo respetando los deseos y aspiraciones del individuo. En este modulo se realizó un ensayo enfocado en los temas vistos, en los cuales se buscaba priorizar el autocuidado, autonomía y la toma de decisiones en las personas.

Modulo 2. Métodos y recursos para el acompañamiento clínico de personas con enfermedades crónicas y el monitoreo de resultados.

Este módulo estuvo enfocado principalmente en el análisis de cuáles son los mejores recursos con los que contamos para obtener la mejor evidencia científica y como aplicarla para mejorar la atención en salud de las personas con las que trabajamos. Al final de este módulo se realizó una revisión sistemática a partir de su pregunta PICO para así determinar la mejor evidencia y lograr mejoras en los resultados de salud y enfermedad de los individuos.

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

En este módulo se describen los datos estadísticos obtenidos del trabajo que se realizó durante el año de servicio social, las consultas y el seguimiento de los pacientes así como de las actividades de promoción a la salud y prevención de complicaciones.

Modulo 4. Práctica clínica centrada en la persona con enfermedades crónicas,
Tutoría de casos.

En este modulo se revisaron, trabajaron y comentaron una gran cantidad de casos clínicos con ayuda de los asesores y participantes externos, los cuales estaban sucediendo en tiempo real en la práctica médica de los compañeros pasantes. Esto

con la finalidad de adquirir capacidades para mejorar la práctica médica, aplicar lo aprendido en el diplomado y conocer más fuentes de información confiables. En este modulo se comprende la realización del 6to encuentro de pacientes con enfermedades crónicas y las actividades que surgieron a partir de las opiniones de los pacientes que acudieron a dicho encuentro, en el caso del CS T-III San Francisco Tlaltenco se prepara un taller de autocuidado.

EL DIPLOMADO

El objetivo del diplomado durante la realización del servicio social tenía como principal objetivo la de construir y fortalecer la relación persona – persona durante las visitas de las personas que acudían al consultorio. Estas consultas consistían en darles seguimiento de sus enfermedades crónicas como no crónicas de las personas que participaban en el modelo y asistían con regularidad el centro de salud.

Para llevar dicho cometido se le citaba con regularidad al paciente al centro de salud, según las necesidades individuales de cada persona. Dentro de la consulta medica se les daba seguimiento a sus enfermedades y de ser necesario se les ajustaba el tratamiento, esto siempre en común acuerdo como la persona.

Estas actividades del diplomado se llevaban a cabo en un horario de lunes y martes, de 08:00 a 14:00 horas. Mientras que los días miércoles y jueves en el mismo horario se llevaban a cabo actividades de acuerdo a las necesidades de la unidad, dichas actividades pudiendo ser; consulta general, asistencia a ferias de la salud, actividades en el área de epidemiología, capacitaciones a personal y población en general, encargado del modulo salud en tu vida (Detecciones), prioridades, supervisión del TRIAGE respiratorio, etc.

Siendo el viernes el día en el cual se realizaban reuniones en modalidad mixta (presencial y virtual), donde se revisaban y analizaban los temas relacionados con los 4 módulos del diplomado previamente explicados.

Como actividades de evaluación se realizó un ensayo relacionado con el autocuidado y el empoderamiento en pacientes con enfermedades crónicas y una revisión sistemática acerca del descontrol en la diabetes mellitus tipo 2 como factor de riesgo para padecer lesiones cariosas.

Como parte del diplomado se realizó el sexto encuentro de personas con enfermedades crónicas "Ser, hacernos comunidad" de donde se desprendió gracias a las sugerencias de las mismas personas que participan en el modelo de atención

el de realizar un taller de autocuidado, actividad que aún sigue en proceso y dando buenos resultados.

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

Contenido

INTRODUCCIÓN	8
OBJETIVOS	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
Justificación	10
Desarrollo	11
Atención centrada en la persona	11
Autocuidado	12
Empoderamiento	13
Conclusiones	13
Referencias	14

INTRODUCCIÓN

El empoderamiento de las personas que viven con una o más enfermedades crónico-degenerativas es un punto muy importante para el apego y mejor funcionamiento del tratamiento de este tipo de entidades patológicas. Existe una amplia gama de métodos e intervenciones que pueden trabajarse junto con el paciente para mejorar la calidad de vida de las personas y así a la vez lograr que la persona con enfermedades crónico-degenerativas hagan suyo su tratamiento. Partiendo siempre desde las metas de vida de las personas este trabajo tratara de abordarlas de la manera más sencilla y practica posible.

El modelo centrado en la persona en el primer nivel de atención ha dado frutos significativos para ayudar a las personas a tomar decisiones en conjunto con médicos, enfermeras y demás personal de la salud para que junto con el autocuidado puedan mantener el control de sus padecimientos. El modelo por otra parte no solo busca dar ayuda y seguimiento a los padecimientos de las personas atendidas sino también busca el mejoramiento de los servicios de salud, dotar de herramientas a las personas para la toma de decisiones conjuntas, así como también aminorar el impacto socioeconómico que implica vivir con una enfermedad crónico-degenerativa.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Promover el autocuidado como una forma de empoderamiento en personas que viven con enfermedades crónico-degenerativas.

Objetivos específicos

- Orientar al paciente, familia y comunidad sobre formas de autocuidado.
- Promover la toma de decisiones conjuntas entre médico, paciente y sus seres queridos.
- Conocer herramientas para empoderar a las personas con enfermedades crónico-degenerativas
- Reconocer a la persona como un ser empoderado.

Justificación

En México, el primer nivel de atención es el que mayor población atiende, lo que lo hace en principio el más cercano a la comunidad, permitiendo resolver las necesidades de atención médica básica, más frecuentes y recurrentes a lo largo del año. Sin embargo, en este nivel de atención aun siendo el más noble dentro de la pirámide jerárquica del aparato de salud no ha podido cumplir su principal objetivo el cual es reconocer a la persona con un padecimiento de salud como un ser pensante, capaz de tomar decisiones propias, informadas y meditadas. Reduciendo a las personas a solo un conjunto de enfermedades a las cuales se les tiene que atender lo más pronto posible para que estas salgan de las instituciones de salud y regresen bien o mal a sus hogares. Dando paso de esta manera y en el contexto de las personas que viven con una o más enfermedades crónico-degenerativas a un alto grado de complicaciones, fracaso terapéutico, frustración tanto parte del paciente como del personal de salud.

Por lo tanto, existe la necesidad de dotar de herramientas para el autocuidado a las personas y hacer de su conocimiento dichas herramientas al personal de salud, para de esta manera poder mejorar la relación médico-paciente, mejorar la satisfacción con el tratamiento para ambos polos de la relación y promover el empoderamiento de las personas con respecto a sus enfermedades crónico-degenerativas.

El Modelo de atención médica centrada en la persona es un modelo de salud en el cual se enfoca en atender el proceso de salud-enfermedad más allá de la mera fisiopatología, tratando de entender el contexto biopsicosocial de la persona, aplicando la mejor evidencia científica para mejorar la atención médica, de manera respetuosa, atendiendo también los intereses personales de los pacientes, ofreciendo un tratamiento para sus padecimientos alineado a sus valores de la persona.¹

Desarrollo

De acuerdo con la OMS las enfermedades no transmisibles mejor conocidas como enfermedades crónicas suelen ser de larga evolución, siendo el resultado de un amplio grupo de factores como lo son genéticos, ambientales, fisiopatológicos y estilo de vida de las personas. Estas enfermedades están principalmente compuestas por enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, las cuales afectan de manera particular a habitantes de países de ingreso mediano, donde se producen mas de las tres cuartas partes de las muertes a nivel mundial (31,4 millones aproximadamente).²

Las enfermedades crónicas no transmisibles actualmente constituyen un problema de salud publica grave, por lo tanto, es importante que el medico de primer nivel de salud sepa identificarlas, tratarlas y al mismo tiempo crear una relación en torno al respeto y confianza con el paciente, para así poder alcanzar las metas personales de este. De acuerdo con la doctora Starfield existen 4 pilares que nos permiten obtener los resultados deseados en los servicios de salud: el primero de estos es contar con la infraestructura adecuada así como también con el personal suficiente y capacitado, el segundo nos plantea la necesidad de establecer una buena relación con la comunidad y familias que requieran de los servicios de salud, como tercer pilar tenemos la integralidad, que no es más que las necesidad de cubrir las demandas de cada persona y como cuarto pilar se menciona la necesidad de que los diferentes niveles de salud se coordinen con el fin de ofrecer una atención adecuada y de calidad.³

Atención centrada en la persona.

Actualmente, dado el envejecimiento de la población es necesario el modelo de atención centrado en la persona, ya que este modelo propone la creación de políticas públicas las cuales promueven la salud, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la creación de entornos saludables de apoyo. Al trabajar tanto en la prevención de las enfermedades como en los tratamientos de estas con una visión tan amplia, el cuidado de la salud y la promoción representan la mejor opción para la mejora en los resultados de salud a largo plazo, al ayudar en el desarrollo de habilidades personales para así llegar a la autoeficacia.⁴ El objetivo del médico no solo es desarrollar un diagnostico y dar un tratamiento para la patología del paciente, es el ver de forma holística todo lo que compone a la persona con la cual entabla la relación médico-paciente, aliviando su dolor, no solo físico sino también el emocional.

De acuerdo con el método canadiense de atención centrada en la persona⁵, existen 6 componentes elementales:

1. Recabar información acerca de la enfermedad, siendo importante escuchar al paciente.
2. Conocer y comprender a la familia, ya que esta es un importante apoyo para el correcto apego a tratamiento de la persona.
3. Se deben de reconocer los recursos con los que cuenta cada persona, para de esta forma saber con qué herramientas se cuenta para el tratamiento.
4. Se deben abordar con la misma importancia la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, ya que esto es un pilar para la prevención de complicaciones futuras.
5. Cuidar la relación médico-paciente, ya que de esta forma el paciente nos podrá comunicar sus objetivos y preocupaciones sin miedo a ser juzgado.
6. Es de suma importancia ser realistas, cada persona tiene derecho de conocer su situación actual y sus opciones de tratamiento, sin ocultar nada, con el previo análisis cada paciente debe tomar decisiones conjuntas para que así el paciente pueda llegar al autocuidado y la autoeficacia.

Autocuidado

De acuerdo con la Universidad Nacional de Colombia el autocuidado es la práctica de actividades que una persona realiza por voluntad propia para mantener la vida, salud y bienestar propio. Dichas actividades contemplan la modificación de estilos de vida ⁶

El autocuidado no se logra de manera individual, hace falta de asesoramiento por parte del personal de salud y de entornos saludables. Para llegar al autocuidado la persona debe de contar con ciertas características, por una parte es necesario que la persona sea consciente de su estado de salud, para ello el personal de salud debe de educar al paciente sobre su condición, tratamiento y manejo, para que así la persona pueda participar activamente en su manejo y tomar responsabilidad de manera asertiva, la obligación del medico es la de individualizar cada manejo como también el de educar, generar en la consulta médica un ambiente de empatía y confianza para que así el paciente nos haga saber sus metas personales, miedos, dudas y preocupaciones y con ello dar cabida a la integración de la familia al tratamiento. La practica del autocuidado es una labor de por vida, por lo tanto,

existe la necesidad de dotar a la persona de las habilidades suficientes para la correcta toma de decisiones, al igual es necesario la participación activa de la persona, que sea responsable y se mantenga informado sobre su padecimiento.⁷

Existe evidencia notable de que la práctica del autocuidado ha tenido resultados favorables, en el caso particular de la diabetes mellitus las personas que han practicado el autocuidado, junto con un buen conocimiento de su padecimiento se ha visto reflejado en el control de su hemoglobina glucosilada⁸

Empoderamiento

El empoderamiento se refiere a la capacidad de la persona para tomar decisiones para hacer modificaciones en su estilo de vida, así como a conductas con el fin de mejorar su estado de salud. La practica del autocuidado como forma de empoderamiento de las personas con enfermedades crónico-degenerativas nos permiten trazar un plan mas estructurado para que el paciente sea capaz de realizar acciones las cuales le permitirán preservar su salud. La atención centrada en la persona le permite al personal de salud acompañar al paciente en la búsqueda del mejor tratamiento y el cual se amolde más a las expectativas de vida de la persona.⁹

Conclusiones

Existe amplia evidencia de que el autocuidado como método de empoderamiento de las personas que viven con enfermedades crónicas han dado frutos satisfactorios, no solo en el ámbito del apego al tratamiento y la mejora de la calidad de vida de las personas sino también en el aspecto biopsicosocial y el mejoramiento de las redes de apoyo de los pacientes. Esta claro que el empoderamiento y el impulsar el autocuidado en las personas no es tarea fácil y es por esto que el medico se ve en la necesidad de buscar la manera de hacerlo, haciendo uso de los 6 pilares de la atención centrada en la persona. Ya que el autocuidado es una tarea de toda la vida el medico también tiene la obligación de procurar la correcta y amena relación médico-paciente y que la persona cuente con una relación fuerte con sus redes de apoyo involucrándolas en toda la atención a la persona. Por ultimo y no menos importante es importante que el medico sea receptivo y empático para promover la toma de decisiones conjuntas con la persona con la cual entabla la relación persona-persona.

Referencias

1. Tai ES, Yew TW. Person-centred care in diabetes: What is it based on and does it work? The Singapore Family Physician. 2020;46(7):11–5. doi:10.33591/sfp.46.7.u2
2. Enfermedades no transmisibles [Internet]. World Health Organization; [cited 2023 Dec 21]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Rosas PA, Narciso ZV, Cuba FM, Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Acta Med Per [Internet] 2013 [Consultado 2023 Dec 21] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96626446007>
4. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hosp Q. 2003;7(1):73-82. [Internet]. [Consultado 2023 Dec 21]. doi:10.12927/hcq.2003.16763
5. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, Mc William CL, Freeman TR, Patient-centered Medicine, Transforming the Clinical Method (2nd edition). Health Expectations [Internet] 2004 [Consultado 2023 Dec 22]; vol 7(2) 181-182 Disponible en: <https://doi:10.1111/j.1369-7625.2004.00270.x>
6. Academia nacional de Colombia. Autocuidado [Internet] [Consultado 2023 Dec 22]; Disponible en: <http://www.idiomamedico.net/index.php?title=autocuidado#:~:text=Pr%C3%A1ctica%20de%20actividades%20que%20una,la%20salud%20y%20el%20bienestar>.
7. Johnsson, Natali et al. "Delineating and clarifying the concept of self-care monitoring: a concept analysis." International journal of qualitative studies

on health and well-being vol. 18,1 (2023): 2241231. [Consultado 2023 Dec 22]; Disponible en: doi:10.1080/17482631.2023.2241231

8. Reagan, Louise A et al. "Relationships of illness representation, diabetes knowledge, and self-care behaviour to glycemic control in incarcerated persons with diabetes." *International journal of prisoner health* vol. 12,3 (2016): 157-72. [Consultado 2023 Dec 22]; Disponible en doi:10.1108/IJPH-04-2015-0010

Blanco CM., Riva PC., Sanchez DI., Cerritos A., Navarro MR., Lopez HD. Empoderamiento: aproximación e implicaciones en la práctica clínica, la educación médica y los sistemas de salud y seguridad social. El servier [Internet] 2015 [Consultado 2023 Dec 22]; vol 16(3) 202-203 Disponible en: DOI: 10.1016/j.edumed.2015.09.003

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

• Portada.....	1
• Tabla de contenido.....	2
	3
1. Introducción.....	4
2. Objetivos de la revisión sistemática.....	4
	4
3. Protocolo de revisión.....	5
	5
3.1. Justificación.....	5
	5
3.2. Pregunta de investigación.....	5
	5
3.3. Descriptores, palabras clave y términos relacionados con el tema.....	5
	5
3.4. Tipos de investigaciones a recuperar.....	6
	6
3.5. Criterios de inclusión.....	7
	7
3.6. Criterios de exclusión.....	14
	14
3.7. Estrategias de búsqueda	16
	16
4. Ejecución.....	18,19
	18,19
4.1. Selección de reportes de investigación	
5. Síntesis de datos.....	
6. Conclusiones.....	
7. Referencias bibliográficas.....	
8. Anexos.....	

1.Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que afecta la forma en la que el organismo de los pacientes aprovecha la glucosa que obtiene de la dieta, con pérdida progresiva de la función de las células beta del páncreas lo cual se expresa con hiperglucemia y disminución en la cantidad y calidad de la insulina. Las complicaciones de vivir con diabetes mellitus tipo 2 son extensas, entre ellas se ha descrito dislipidemias de tendencia mixta, neuropatía, complicaciones macro y microvascular como nefropatía, retinopatía, cardiopatía, y también problemas odontológicos.

La relación entre la diabetes y las caries dentales es compleja pero significativa ya que aumenta el riesgo de infecciones locales en cámara pulpar, lesiones periapicales, fístulas, lesiones en encía y hueso maxilar o mandibular hasta complicaciones complejas como abscesos profundos de cuello y con ello llegar a un choque séptico y la muerte, según la información consultada las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas dentales debido a diversos factores.

En el presente trabajo se realiza una revisión sistemática sobre la relación documentada entre la diabetes mellitus tipo 2 y padecer caries, así como sus consecuencias directamente relacionadas con la salud general del paciente y su calidad de vida.

El tema de interés en esta revisión de la bibliografía está relacionado en que día a día llegan al consultorio dental del Proyecto Urbano de Salud pacientes con enfermedades crónicas de importancia, sobre todo de personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 y dolor de origen dental, además de que el en centro de salud TIII San Francisco Tlaltenco el 80% de los pacientes del “Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona para el Control de Enfermedades Crónicas en Unidades de Primer Contacto” padecen con edentulismo, halitosis, gingivitis, xerostomía y caries que se aumenta la incidencia relacionada a su control glucémico, por el cuál como médico de primer nivel de atención realiza la referencia al servicio de estomatología para el control multidisciplinario de las personas que viven con enfermedades crónico degenerativos, en especial diabetes mellitus tipo 2.

Objetivos de la revisión sistemática

- Objetivo general:

1. Evidenciar la relación que existe entre los pacientes que viven con Diabetes mellitus tipo 2 y el riesgo de padecer lesiones cariosas.

- Objetivos específicos:

- 1.1. Relacionar el control glucémico de pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2 y la incidencia de padecer caries.
- 1.2. Identificar los factores de riesgo para caries en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- 1.3. Describir de forma amplia los datos recolectados de las revisiones sistemáticas sobre DM2 y caries (A su vez complicaciones).
- 1.4. Seleccionar las revisiones sistemáticas de la base de datos de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión propuestos.
- 1.5. Proporcionar una descripción amplia de los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica y compararlos con los encontrados y observados en la consulta.
- 1.6. Rescatar recomendaciones que se mencionan en la literatura y que se pueden aplicar a la consulta médica en los respectivos consultorios.

3. JUSTIFICACIÓN

La Federación Internacional de Diabetes informó que la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) causó cinco millones de muertes entre las edades de 20 a 79 años en 2015¹. Curiosamente, entre el 90% y el 95% de los casos de DM son pacientes con DM2.

Las complicaciones de salud bucal informadas relacionadas con la DM2 son enfermedades periodontales, disfunción salival, caries dental, abscesos odontogénicos, pérdida de dientes, lesiones de los tejidos blandos de la lengua y la mucosa, candidiasis y alteración del gusto. El riesgo de caries dental podría estar relacionado con la glucosa en sangre en ayunas, la hemoglobina glucosilada (HbA1c) y la glucosa salival².

La detección temprana de caries monitorea la progresión de las lesiones de caries dental, lo que contribuye a formular planes de manejo personalizados y prevenir una mayor actividad de las lesiones cariosas. Además, los enfoques personalizados de atención al paciente tienen

como objetivo controlar la progresión de la caries en lugar de simplemente eliminar las lesiones de caries y restaurarlas¹.

En este trabajo se realiza una revisión sistemática en la plataforma de pubmed y en google academic, recopilando la información más reciente y actualizada, con enfoque en el control glucémico y evaluar sistemáticamente la evidencia clínica disponible para la prevención de lesiones cariosas a partir del control glucémico en pacientes con DM2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Pregunta de investigación.

Los pacientes que viven con diabetes tipo II ¿Tienen mayor riesgo de padecer lesiones cariosas?

- **P:** Adultos mayores de 18 años que viven con diabetes tipo 2
- **E:** Riesgo de lesiones cariosas
- **C:** Comparación de mayor riesgo de lesiones cariosas que presentan un descontrol glucémico con aquellos que tienen un adecuado control glucémico
- **O:** Mejora de la calidad de vida, evitar edentulia.

¿El control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 disminuye el riesgo de padecer lesiones cariosas?

1.1. Descriptores, palabras clave y términos relacionados con el tema

- Diabetes tipo 2 / type 2 diabetes
- Caries dental O "susceptibilidad a la caries dental/ dental caries OR "dental caries susceptibility" OR "dental decay" OR "tooth caries" OR "tooth decay"
- Caries dental y diabetes tipo 2/ dental caries and diabetes tipo 2
- Descontrol glucémico / poor glycemic control

1.2. Tipos de investigaciones a recuperar

- Revisiones sistemáticas
- Revisiones bibliográficas

1.3. Criterios de inclusión

- Revisiones sistemáticas publicadas en PubMed

- Documentos publicados en idiomas de inglés y español
- Documentos relacionados con el tema de lesiones cariosas en pacientes que viven con diabetes tipo 2
- Documentos publicados en el periodo de tiempo 2019-2024

1.4. Criterios de exclusión

- Que estén escritos en idiomas diferentes al español o el inglés
- Que no cuenten con datos estadístico o bases de datos
- Que los estudios no estén realizados en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 o caries dental
- Que no cumplan con el periodo de tiempo establecido

1.5. Estrategias de búsqueda

- P/ (Adultos mayores OR diabetes tipo 2) (Elderly OR type 2 diabetes)
- I/ (Caries dental OR susceptibilidad a la caries dental) (dental caries OR “dental caries susceptibility” OR “dental decay” OR “tooth caries” OR “tooth decay”)
- C/ (Riesgo de lesiones cariosas que presentan un descontrol glucémico) (Risk of carious lesions that present a lack of glycemic control)
- O/ (calidad de vida/ edentulismo) (Quality of life/ edentulism)

Ejecución

Estrategia de búsqueda de literatura

Se realizaron búsquedas bibliográficas en PubMed y Scholar Google desde el 12 de abril de 2024 hasta el 10 de mayo de 2024 donde se incluyeron revisiones sistemáticas y metaanálisis relevantes.

Selección de estudios y extracción de datos.

Se seleccionaron los estudios elegibles para ser considerados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión mediante la revisión de listas de títulos y resúmenes. También se

leyeron los textos completos de los artículos potencialmente elegibles para identificar estudios calificados. Cualquier desacuerdo se discutió hasta llegar a un consenso. Se extrajeron los datos de forma independiente valorando criterios de inclusión y resultados relevantes y se confirmó la exactitud de los datos extraídos.

Sitio Web	Algoritmo De Búsqueda	# Resultados Obtenidos	# Resultados Utilizados
Pubmed	(title:(type 2 diabetes) OR abstract:(type 2 diabetes)) AND (title:(Risk of periodontal disease) OR abstract:(Risk of dental caries)) Custom year range: 2019-2023. Publication type: Systematic Reviews and A systematic review and meta-analysis.	27	8
Scholar Google	(title:(type 2 diabetes) OR abstract:(type 2 diabetes)) AND (title:(Risk of periodontal disease) OR abstract:(Risk of dental caries)) Custom year range: 2019-2023. Publication type: Systematic Reviews and A systematic review and meta-analysis.	26	2

5. Síntesis de datos

Diabetes mellitus tipo 2

Un grupo de enfermedades metabólicas conocidas colectivamente como diabetes mellitus se describen por deficiencias en la producción de insulina que conducen a niveles más altos de glucosa en sangre. La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por la desregulación entre el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas, que van generando una secreción

inadecuada de insulina, resistencia a la insulina en el músculo estriado y tejido adiposo, y la combinación de ambas.⁶

Existe variación clínica, fisiopatología y progresión de la DM2 considerablemente en individuos y en ocasiones hay presentaciones atípicas de los síntomas que dificultan la clasificación de la DM2 y por lo tanto al momento del diagnóstico muchos pacientes son asintomáticos mientras otros debutan con crisis hiperglucémicas.

Definida únicamente sobre la base de una concentración de glucosa en sangre persistentemente elevada, la diabetes tipo 2 se reconoce cada vez más como una entidad compleja de enfermedad cardiorrenal-metabólica impulsada por un equilibrio energético positivo crónico. A lo largo de la enfermedad se desarrollan múltiples alteraciones metabólicas y homeostáticas que se mantienen en el tiempo. Las perturbaciones en el metabolismo de la glucosa y los lípidos tienen profundos efectos perjudiciales sobre la integridad y el suministro vascular, lo que conduce a disfunción orgánica y muerte prematura.⁷

La creciente incidencia mundial de diabetes tipo 2 se asocia con un aumento en las tendencias de obesidad. Se cree que el rápido desarrollo económico y la urbanización, junto con estilos de vida sedentarios y patrones alimentarios poco saludables, son los principales factores ambientales que alimentan este aumento. Alrededor de 537 millones de adultos en todo el mundo tienen diabetes, la mayoría de los cuales tienen DM2, y se espera que esta cifra aumente a 783 millones en 2045. A nivel mundial, la proporción de personas que viven con diabetes no diagnosticada es de alrededor del 45 %, pero esta cifra oscila del 54% en África al 24% en las regiones de América del Norte y el Caribe. Además, alrededor de 352 millones de personas tienen problemas de glucosa en ayunas o intolerancia a la glucosa, que pueden progresar a DM 2 a una tasa del 5 al 10% de las personas dentro de esta población por año.⁸

La fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por resistencia a la insulina e hiperinsulinemia inicial, seguidas de una disminución progresiva de la capacidad de las células β pancreáticas para producir insulina. La combinación variable de disfunción de las células β y resistencia a la insulina es, en última instancia, la base de la complejidad de la diabetes tipo 2. Aunque en el momento del diagnóstico ya se ha perdido entre el 40% y el 80% de la función de las células β , con un buen control o remisión de la glucemia se puede restaurar una masa funcional sustancial de células β . La reactivación o recuperación de células β existentes o la rediferenciación y regeneración de otras líneas celulares pancreáticas podrían sustentar esta restauración. En consecuencia, se ha propuesto un modelo centrado en las células β , que reconoce la función anormal de las células β como un defecto primario de la diabetes tipo 2.⁷ En 2009, DeFronzo propuso que la desregulación de las incretinas, la lipólisis, la hiperglucagonemia, el aumento de la reabsorción de glucosa en el riñón y la

desregulación central del apetito tienen papeles clave en la fisiopatología de la diabetes tipo 2, además del tradicional triunvirato de interacción entre músculos, hígado y células β .³

Para el diagnóstico oportuno de la DM2 se recomienda realizar pruebas de detección a personas con alto riesgo, incluidas personas con sobrepeso u obesidad, grupos étnicos susceptibles a la diabetes tipo 2 a una edad más temprana o personas con fuertes antecedentes familiares de diabetes tipo 2 y diabetes gestacional previa. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) estipula que la DM2 se puede diagnosticar según los criterios de hemoglobina glucosilada (HbA1c) o los criterios de glucosa plasmática, ya sea el valor de glucosa plasmática en ayunas (GPA), el valor de glucosa en 2 h (PG en 2 h) durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT) de 75 g o glucosa aleatoria, además del valor este acompañado de síntomas hipoglucémicos clásicos (p. ej., poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable) o crisis hiperglucémicas.⁴

Criterios para el diagnóstico de diabetes en personas no embarazadas.

HbA1c $\geq 6,5\%$ (≥ 48 mmol/mol). La prueba debe realizarse en un laboratorio utilizando un método certificado por NGSP y estandarizado para el ensayo DCCT. *	
O	
GPA ≥ 126 mg/dL ($\geq 7,0$ mmol/L). El ayuno se define como la ausencia de ingesta calórica durante al menos 8 h. *	
O	
PG de 2 h ≥ 200 mg/dL ($\geq 11,1$ mmol/L) durante OGTT. La prueba debe realizarse según lo descrito por la OMS, utilizando una carga de glucosa que contenga el equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua. *	
O	
En un individuo con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica, una glucosa plasmática aleatoria >200 mg/dL ($>11,1$ mmol/L). Aleatorio es cualquier momento del día sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la comida anterior.	

DCCT: ensayo sobre control y complicaciones de la diabetes. GPA: glucosa plasmática en ayunas. OGTT: prueba de tolerancia oral a la glucosa. NGSP: Programa Nacional de Estandarización de Glucobemoglobina. OMS: Organización Mundial de la Salud. PG de 2 h: glucosa

plasmática de 2 h. *En ausencia de hiperglucemia inequívoca, el diagnóstico requiere dos resultados anormales obtenidos al mismo tiempo (p. ej., Hb1ac o GfPA) o en dos momentos diferentes Tomado de American Diabetes Association Professional Practice Committee "2. Diagnosis and Classification of Diabetes Standards of Care in Diabetes-2024" *Diabetes care* vol. 47, Suppl. 1 (2024): S20-S42. doi:10.2337/dc24-S002

La diabetes tipo 2 se asocia con un mayor riesgo de complicaciones tanto microvasculares (es decir, retinopatía, neuropatía y nefropatía) como macrovasculares (es decir, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica) además de aumentar la susceptibilidad a infecciones. La diabetes de larga duración, el control glucémico subóptimo, el aumento de la variabilidad glucémica, el sexo masculino, las comorbilidades subyacentes y las complicaciones preexistentes como albuminuria o aterosclerosis subclínica se asocian con un mayor riesgo de complicaciones microvasculares y macrovasculares en personas con diabetes tipo 2. Estas complicaciones de la diabetes pueden imponer una carga socioeconómica sustancial y afectar la calidad de vida.⁹

2.-Lesiones cariosas definición y clasificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries dental se define como "una enfermedad localizada que comienza en la superficie del diente y puede progresar hacia las capas más profundas del tejido dental". Esta definición destaca que la caries es un proceso destructivo que afecta la estructura del diente y puede causar daños significativos si no se trata adecuadamente.

La caries dental es causada principalmente por la acción de los ácidos producidos por las bacterias en la placa dental, que desmineralizan el esmalte dental y eventualmente pueden provocar la formación de una cavidad. Si no se trata, la caries puede avanzar hacia las capas más profundas del diente, incluida la dentina y la pulpa, lo que puede resultar en dolor, infección y pérdida del diente.

Existen diversas bacterias en el ambiente bucal que causan mayor desmineralización en el esmalte dental, brevemente se mencionan sólo tres que son las más comunes.

Streptococcus mutans: Este tipo de bacteria es uno de los principales responsables de la formación de caries. Se adhiere a la superficie de los dientes y metaboliza los carbohidratos, produciendo ácidos que desmineralizan el esmalte dental y contribuyen al desarrollo de la caries.

Lactobacillus: Estas bacterias también están implicadas en la caries dental. Al igual que *Streptococcus mutans*, metabolizan los carbohidratos y producen ácidos que erosionan el esmalte dental.

Streptococcus sobrinus: Es otra especie de bacteria del género *Streptococcus* que puede contribuir a la formación de caries dental. Actúa de manera similar a *Streptococcus mutans* en la producción de ácidos que dañan el esmalte dental. Estas bacterias forman parte de la placa dental, una película pegajosa que se acumula en la superficie de los dientes. Cuando los alimentos ricos en carbohidratos entran en contacto con la placa dental, las bacterias metabolizan estos azúcares y producen ácidos que atacan el esmalte dental, dando inicio al proceso de caries.

Existen varios métodos para clasificar las caries dentales, cada uno con sus propias características y aplicaciones. la más común es la detección visual por el estomatólogo, para ella existe la clasificación ICDAS. La clasificación ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) es un sistema internacionalmente reconocido para la detección y evaluación de caries dental. Se centra en la detección temprana y la clasificación de lesiones de caries en sus diferentes etapas de desarrollo. La clasificación ICDAS incluye los siguientes códigos, el riesgo de una infección de importancia comienza en una lesión de caries ICDAS

4 .

Código 0: No hay evidencia de caries.

Código 1: Mancha blanca en el esmalte que indica desmineralización incipiente.

Código 2: Mancha blanca en el esmalte con cavidad visible.

Código 3: Cavidad en el esmalte < 50% de la profundidad del esmalte.

Código 4: Cavidad en el esmalte > 50% de la profundidad del esmalte.

Código 5: Cavidad en dentina.

Código 6: Cavidad extensa que alcanza la pulpa. 10

3.-DMT2 y lesiones cariosas

Las enfermedades bucodentales asociadas a la diabetes mellitus surgen debido a los cambios anómalos que ocurren en todo el sistema del individuo, los cuales están vinculados con la propia enfermedad. Entre las afecciones bucodentales más comunes en pacientes que viven con diabetes se incluyen lesiones en la mucosa oral, enfermedad de las encías, sequedad bucal (Xerostomía), candidiasis oral e infecciones crónicas de origen endo/perio.

Las complicaciones bucales que pueden surgir durante los tratamientos dentales se deben a una disminución en la capacidad de los polimorfonucleares para moverse hacia las áreas afectadas, lo que resulta en una respuesta inmunológica debilitada de los tejidos. Esto, a su vez, reduce el metabolismo del colágeno, lo que incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades e infecciones en pacientes con diabetes. 11

La Organización Mundial de la Salud informa que aproximadamente 345 millones de personas en todo el mundo padecen diabetes. Los estomatólogos tienen la responsabilidad de detectar a pacientes con un diagnóstico establecido de cualquier enfermedad crónica tanto para referirlos a un médico general o especialista en tratarlo como para poder realizar prácticas estomatológicas seguras pues el tratamiento dental no debe iniciarse hasta que se haya obtenido la información necesaria sobre la situación médica actual del paciente. 11

La salud bucal es esencial y está estrechamente relacionada con la salud general. Los pacientes con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades bucodentales como periodontitis, xerostomía y caries dental, así como problemas endodónticos. Aquellos con diabetes no controlada son más susceptibles a complicaciones durante el tratamiento dental y quirúrgico. Además, tienen un mayor riesgo de infección, cicatrización lenta e

incluso pérdida de dientes debido a problemas de encías. Es importante abordar tanto la salud bucal como la general en estos pacientes para prevenir complicaciones y promover un bienestar óptimo. ¹¹

Por ello es importante saber llevar a cabo un adecuado tratamiento y manejo de lesiones orales en pacientes diabéticos, entre ellos, está el uso de anestésicos locales sin vasoconstrictores. Estos anestésicos son adecuados para procedimientos menos invasivos, mientras que se prefieren aquellos con vasoconstrictores en concentraciones más bajas para tratamientos más agresivos como endodoncias, extracciones y cirugías locales. ¹¹

La importancia de que el médico pasante de servicio social o médico de primer nivel pueda identificar patologías en cavidad bucal radica en que hay complicaciones relacionadas a no contar con buena higiene bucal, que a su vez concluye en caries y enfermedad periodontal a largo plazo, por otro lado a mediano plazo puede ocasionar algunos problemas locales y sistémicos, a continuación se describen algunas complicaciones desde las más comunes y con pronóstico favorable hasta las más peligrosas con pronóstico reservado. ¹²

La mayoría de lesiones cariosas no atendidas terminan en *pulpitis irreversible* esta complicación es una condición inflamatoria de la pulpa dental que no puede ser revertida mediante tratamientos conservadores o administración de fármacos orales. Se caracteriza por un daño irreversible en la pulpa dental, que puede estar asociado con caries profundas, traumatismos dentales o procedimientos dentales previos. ¹²

Los síntomas de la *pulpitis irreversible* pueden incluir dolor dental persistente y agudo que puede intensificarse con el calor, el frío o la presión, sensibilidad dental severa, especialmente a alimentos calientes, fríos o dulces, dolor espontáneo que puede ser difícil de localizar y que puede irradiarse a otras áreas de la boca o la cabeza, inflamación y enrojecimiento del tejido gingival alrededor del diente afectado, el dolor es tan intenso que algunos pacientes optan por automedicarse con analgésicos fuertes o por realizar la exodoncia del órgano dental. ¹²

Si la pulpitis irreversible no se atiende a tiempo se evoluciona a una necrosis pulpar cuando la necrosis pulpar ocurre, el tejido muerto se descompone y puede generar una infección dentro del diente. Esto puede llevar a la formación de un absceso dental, qué es una acumulación de pus en el tejido periapical alrededor de la raíz del diente que a su vez muy probablemente ocasione una fístula que actúa como una vía de drenaje para que el pus generado por la infección pueda escapar del área infectada hacia la superficie de la encía o la mucosa oral, por último la última consecuencia grave es el absceso profundo de cuello los abscesos profundos de cuello pueden ser causados por infecciones bacterianas que afectan estructuras importantes en el cuello, como los tejidos blandos, los músculos, los ganglios linfáticos o incluso las vías respiratorias. Si el absceso no se trata, la infección puede propagarse a otras partes del cuerpo, causando complicaciones graves como sepsis, si no se trata, un absceso profundo de cuello puede ser potencialmente mortal. La obstrucción de las vías respiratorias debido a la inflamación y la infección puede causar dificultad para respirar y asfixia. La sepsis, una respuesta inflamatoria grave del cuerpo a la infección, puede conducir a un shock séptico y, en última instancia, a la muerte. ¹³

Es crucial buscar atención médica-estomatológica urgente si se sospecha de un absceso profundo de cuello para recibir tratamiento adecuado y prevenir complicaciones graves. Los síntomas de advertencia incluyen dolor intenso en el cuello, dificultad para tragar, inflamación en el área afectada, fiebre alta y malestar general. ¹⁴

Conclusiones

Según la revisión de artículos y metaanálisis sobre el tema principal la conclusión a la que se llegó en este trabajo es que mientras exista un mejor control de la glucosa en sangre, en general el paciente se encontrará en niveles estables y funcionales del organismo en sí, por ello el factor inmunológico de la saliva y el ambiente bucal se vuelve eficiente y con ello se evitan lesiones de caries. La importancia de evitar la caries dental en pacientes con diabetes

mellitus tipo 2 radica en varios factores cruciales para la salud general y el bienestar del paciente. Aquí hay algunas conclusiones clave a las que se llegó.

Control de la glucosa: La diabetes tipo 2 está estrechamente relacionada con el control inadecuado del azúcar en la sangre. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones, incluidas las infecciones dentales. La presencia de caries puede exacerbar este riesgo al causar infecciones que pueden afectar el control de la glucosa.

Salud bucal y general: La salud oral está intrínsecamente ligada a la salud general. Las infecciones dentales, como las caries, no solo causan dolor y malestar, sino que también pueden tener repercusiones en la salud en general, aumentando el riesgo de complicaciones cardiovasculares y respiratorias, entre otras.

Impacto en la calidad de vida: Las personas con caries dental pueden experimentar dolor al masticar, sensibilidad dental y otros problemas que afectan su calidad de vida. Para las personas con diabetes, estos problemas pueden ser especialmente problemáticos debido a la necesidad de mantener una dieta equilibrada y controlar cuidadosamente la ingesta de alimentos.

Prevención de complicaciones: Las infecciones dentales no tratadas pueden desencadenar complicaciones graves, como abscesos dentales, que pueden requerir intervención médica urgente. En personas con diabetes tipo 2, estas complicaciones pueden ser más graves y difíciles de tratar debido a la capacidad reducida del sistema inmune para combatir infecciones, como médicos se debe remitir a los pacientes diabéticos al odontólogo es de suma importancia ya que la diabetes y la salud bucal están estrechamente relacionadas. Las

infecciones dentales, como la caries y la enfermedad periodontal, pueden afectar negativamente el control del azúcar en sangre y la salud general de los pacientes diabéticos. Se puede identificar y tratar afecciones dentales que podrían tener un impacto en la diabetes y viceversa pudiendo orientar al paciente en la prevención temprana de estas complicaciones el odontólogo/médico puede proporcionar educación y consejos específicos sobre la higiene oral, la importancia de mantener niveles de glucosa en sangre estables y cómo prevenir y tratar complicaciones dentales relacionadas con la diabetes. En resumen, la remisión de pacientes diabéticos al odontólogo es esencial para garantizar una atención integral de su salud bucal y general. Esta colaboración entre médicos y odontólogos puede ayudar a prevenir complicaciones, mejorar el control de la diabetes y promover el bienestar general del paciente.

Bibliografía

- 1.- Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nat Rev Endocrinol.* (2018) 14(2):88. 10.1038/nrendo.2017.151
- 2.- Almusawi, M A et al. "Potential risk factors for dental caries in Type 2 diabetic patients." *International journal of dental hygiene* vol. 16,4 (2018): 467-475. doi:10.1111/idh.12346
- 3.- Verhulst MJL, Loos BG, Gerdes VEA, Teeuw WJ. Evaluating all potential oral complications of diabetes Mellitus. *Front Endocrinol.* (2019) 10(56). 10.3389/fendo.2019.00056
- 4.- American Diabetes Association Professional Practice Committee. "2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2024." *Diabetes care* vol. 47,Suppl 1 (2024): S20-S42. doi:10.2337/dc24-S002
- 5.- Chatterjee, Sudesna et al. "Type 2 diabetes." *Lancet (London, England)* vol. 389,10085 (2017): 2239-2251. doi:10.1016/S0140-6736(17)30058-2

6. Ogurtsova, Katherine et al. "IDF diabetes Atlas: Global estimates of undiagnosed diabetes in adults for 2021." *Diabetes research and clinical practice* vol. 183 (2022): 109118. doi:10.1016/j.diabres.2021.109118
- 7.- Bakhti, Mostafa, and Heiko Lickert. "New insights into β -cell failure, regeneration and replacement." *Nature reviews. Endocrinology* vol. 18,2 (2022): 79-80. doi:10.1038/s41574-021-00611-0
- 8.- Defronzo, Ralph A. "Banting Lecture. From the triumvirate to the ominous octet: a new paradigm for the treatment of type 2 diabetes mellitus." *Diabetes* vol. 58,4 (2009): 773-95. doi:10.2337/db09-9028
- 9.- American Diabetes Association Professional Practice Committee. "12. Retinopathy, Neuropathy, and Foot Care: Standards of Care in Diabetes-2024." *Diabetes care* vol. 47, Suppl 1 (2024): S231-S243. doi:10.2337/dc24-S012
- 10.-WHO. El sistema ICDAS como método complementario para el diagnóstico de caries dental. Serie de notas informativas sobre salud bucodental de la OMS, editor. OMS. 2020.
- 11.- Reinoso S, Vélez E. El paciente diabético en la consulta odontológica. Edunica [Internet]. 10 de septiembre de 2022 [citado 09 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/edunica>.
- 12.-I.Pérez Ruiz AO, Roseñada Cepero R, Grau León I, González Ramos RM. Interpretación fisiopatológica de los diferentes estadios de una pulpitis. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. 2005 Aug 1;42(2). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072005000200007
- 13.-I.Morales Miranda L, Gómez Gonzáles W. Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de preescolares de una escuela estatal. Revista Estomatológica Herediana [Internet]. 2019 Jan 1;29(1):17–29. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552019000100003#:~:text=La%20caries%20dental%20es%20una
- 14.-I.Catalá Pizarro M, Cortés Lillo O. La caries dental: una enfermedad que se puede prevenir. Anales de Pediatría Continuada [Internet]. 2014 May 1;12(3):147–51. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-la-caries-dental-un-a-enfermedad-S1696281814701842>

Anexos

Las muertes por patologías bucales en la Ciudad de México se registraron en hospitales de la Secretaría de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y privados, según datos proporcionados por Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México en respuesta a una solicitud vía Transparencia. El registro incluye a un menor de cuatro años que falleció en el hogar por sialadenitis, una infección bacteriana de las glándulas salivales.

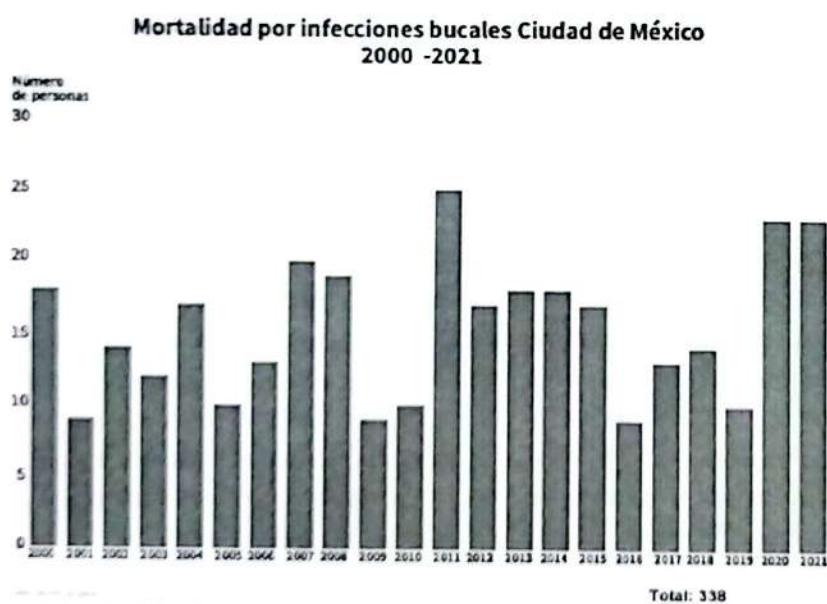
En tanto, la misma solicitud de información dirigida a la Secretaría de Salud capitalina reveló un total de 12 decesos en 2021, todos pacientes de entre 35 y 60 años. ¿Las causas? Enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales, gingivitis, enfermedades periodontales, estomatitis y lesiones afines.

En ninguno de los informes SIVEPAB aparecen cifras de la mortalidad; algunos odontólogos consultados negaron que ocurra, otros dijeron que es poco frecuente. Para una familia que ha perdido a un ser querido, se prende una señal de alarma. Ester aún expresa conmoción, nunca imaginó que el daño acumulado de la caries sería tan peligroso.

Una dentadura completa tiene 32 piezas. La mayoría de las pérdidas de dientes y muelas a lo largo de la vida es resultado de una infección no atendida: la caries y la periodontitis, causadas

por la proliferación de bacterias. Estas son las más presentes en la boca de la población mexicana, tanto que representan un problema de salud pública, además figuran entre los 22 programas de acción específicos nacionales y en la lista de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

La caries se encuentra en todos los grupos de edad: en el 70% de infantes entre los dos y cinco años y en el 90% de personas mayores de 30 años, indican las estimaciones de la Secretaría de Salud federal de 2021.



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

Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas y Constitución de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas.

Estas actividades realizadas en el servicio social como parte del diplomado parten del tercer subsistema del MAICP en el cual se busca dar la importancia que merece el hecho de que la comunidad sea participe en las políticas públicas de salud con un enfoque en los determinantes de salud del individuo con el fin de que la salud de dicha comunidad mejore.

El encuentro de personas con Enfermedades Crónicas busca crear entornos saludables donde el individuo con enfermedades crónicas pueda desenvolverse como persona, comentando sus inquietudes, aspiraciones y anhelos con otras personas que viven una situación similar, creando así espacios de libre escucha y entendimiento. De tal modo que no solo se aborde a la enfermedad sino que se vea a la persona viviendo su enfermedad.

Los consejos asesores se desprenden de los encuentros de personas con enfermedades crónicas una vez que los individuos se ven en un ambiente de confianza y escucha, las personas comienzan a dar propuestas enfocadas en la mejora de la salud que parten de sus inquietudes, dudas y aspiraciones personales. En los consejos asesores se intentan tomar las propuestas que sean más beneficiosas para la comunidad siempre en común acuerdo con las personas asistentes. Con el fin de hacer partícipes a las personas con enfermedades crónicas en las acciones que beneficiaran su salud y por ende su calidad de vida.

El Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas.

El encuentro de personas con enfermedades crónicas como parte del Modelo de atención integral centrado en la persona para el cuidado y el control de enfermedades crónicas (MAICP) tiene el objetivo de construir y fortalecer una comunidad saludable para personas que viven con enfermedades crónicas y así brindarles un lugar seguro de convivencia y escucha.

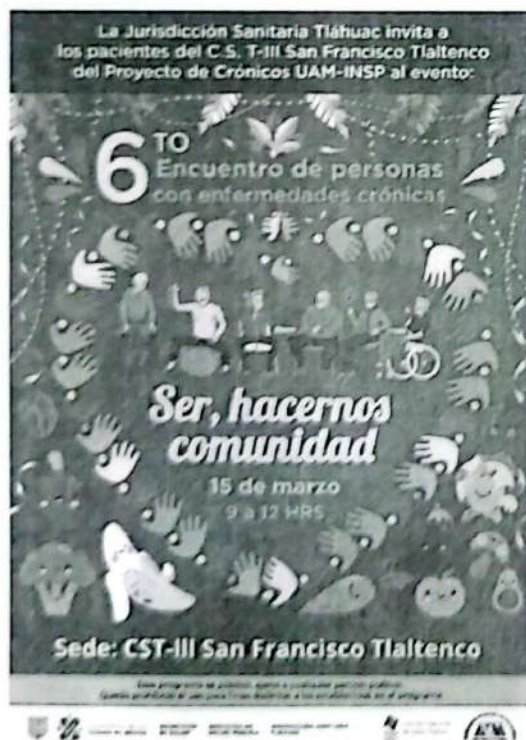
Este encuentro se centró en la frase: "Ser, hacerse comunidad". Donde las personas pasaron del "yo" como persona al "yo" como comunidad.

Dentro de las sesiones tanto presenciales como en línea se explicaron los objetivos de dicho encuentro, donde el objetivo principal era el de favorecer la creación de una comunidad saludable que beneficiara a la misma.

Por parte de los pasantes del centro de salud T-III San Francisco Tlaltenco se realizó una convocatoria de boca a boca en cada consulta programada con los integrantes del programa de atención, en donde recibimos con agrado la noticia de que varias de las personas que veíamos en la consulta ya habían estado en encuentros previos y estaban muy contentos por la realización de uno próximo.

Como parte de la preparación para el sexto encuentro de pacientes con enfermedades crónicas se llevó a cabo dos simulacros en las sesiones del diplomado en donde se realizaron las actividades propuestas para el encuentro. En dichos simulacros se atendieron dudas e inquietudes por parte de los pasantes que llevarían a cabo la actividad.

En nuestro caso nos asesoramos con la Jefa de enseñanza de la Jurisdicción de Tláhuac: La Doctora Carina Gómez. La cual nos contactó con la encargada de diseño gráfico de la jurisdicción y nos ayudó con la realización del cartel que sería el encargado de alentar la asistencia de las personas miembros del modelo de atención



El encuentro se llevó a cabo en la sala de reuniones del Centro de Salud T-III San Francisco Tlaltenco. El encuentro estaba planeado para el día 15 de marzo con comienzo a las 9 de la mañana pero dado que en el Pueblo de San Francisco Tlaltenco se llevaba a cabo y como cada año el tradicional carnaval se decidió dar tiempo para llegar por posibles retrasos por la festividad del pueblo. Después, ya dado un considerable tiempo de espera se dio inicio la sesión.

Al encuentro se esperaba una asistencia de al menos 15 personas de las que podrían asistir con sus familiares. A la reunión contamos con la grata asistencia de 3 personas pertenecientes al modelo de atención, dos pasantes de servicio social, la jefa de enseñanza de la jurisdicción de Tláhuac, la Dra. Carina Gómez y dos observadores externos.

El encuentro se realizó conforme a las actividades planeadas en un ambiente ameno y de libre escucha por lo que se consideró un éxito. A continuación se presenta la relatoría extraída de ese día en el encuentro.

Encuentro de Pacientes con Enfermedad Crónica

Jurisdicción Sanitaria: TLAHUAC	Coordinador(a): Omar Chavez Vega	Página: 1 de 12
Relator(a): Lizbeth Alejandra Reyes Jacinto	Grupo: 1 Tlahuac	Fecha: 15/03/2024

1. Personas participantes:

Nombre	Sexo	Edad	Centro de Salud
Dolores Jiménez Cortes	F	61 años	CST III San Francisco Tlaltenco Pablo Gonzalez, 329. Guadalupe Tlaltenco. Tlahuac. 5525943215
Agustina Ramírez	F		CST III San Francisco Tlaltenco
Adela Raquel Fuentes	F	47 años	CST III San Francisco Tlaltenco Carlos A. Vidal #4, Guadalupe Tlaltenco. Tlahuac.

2. Datos del Taller

Objetivo del taller:

Construir y fortalecer la constitución de la comunidad saludable (o entorno saludable) de quienes viven con enfermedades crónicas.

Hora de inicio: 11:15 AM

Hora de finalización: 12:45 PM

3. Agenda del taller:

Horario	Actividad
11: 15 AM	Presentación de coordinador(a) y relator(a) 2. Presentación de cada persona integrante del grupo 3. Encuadre Explicar qué va a trabajar el grupo Cómo va a trabajar el grupo Las reglas del grupo Duración de la sesión grupal (1 hora y 45 minutos aproximadamente) Dudas respecto a la dinámica del grupo 4. Diálogo, intercambio de saberes y experiencias Ser, hacemos comunidad 5. ¿Qué aprendimos en esta sesión? 6. Puntos importantes a presentar en la plenaria 7. Agradecimiento y cierre de la sesión grupal. Volver a la plenaria.
12:45 PM	

4. Descripción detallada del taller:

Describe siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller Utilice tantas hojas como sea necesario

Primer momento. Diálogo en parejas:

¿Quién es la persona que está junto a mí y que vive con alguna enfermedad crónica?

Aproximadamente 10 minutos

Las parejas formadas platican acerca de:

¿Cuál es su enfermedad o enfermedades crónicas y desde hace cuánto tiempo?

¿Cuáles son sus principales aspiraciones viviendo con sus enfermedades crónicas?

¿Cuáles son sus principales necesidades viviendo con sus enfermedades crónicas?

Por favor:

Describe el ambiente (tenso, relajado, alegre, etc.) que se crea en el grupo y en las parejas que estén platicando.

Describe, si es posible, algunos de los intercambios que logre escuchar. Pero no olvidar que lo importante es el diálogo en las parejas que se formen.

Al inicio del conversatorio, las personas se encontraban entusiastas y con cierta curiosidad por el inicio de la actividad; sin embargo, cuando comentaron entre ellas sobre sus enfermedades crónicas y el tiempo de evolución de las mismas, el entusiasmo se erradica.

Abordaron la primera interrogante de nuestro conversatorio y eso dio inicio para que compartieran experiencias y reflexiones, pudimos notar que un aspecto que resalto en la primera pregunta fue que todos tocaron el tema de las complicaciones que conlleva tener una enfermedad crónica.

Surgen dentro de la presentación comentarios importantes

- La primera vez que escuché mi diagnóstico, no sentí miedo, el temor vino cuando empecé anotar en mi cuerpo las complicaciones.
- No sentí, no me dolió, poco a poco pierdo sensibilidad.

Pudimos notar que la forma en que a una persona le afecta una enfermedad crónica depende de la enfermedad particular que tiene y cómo repercute sobre su cuerpo, la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamientos que esta requiere.

Continuando con la agenda del taller: "*¿Cuáles son sus principales aspiraciones viviendo con sus enfermedades crónicas?*" Para esta interrogante algunos de los comentarios fueron:

- Soy consciente de lo que tengo, soy consciente de lo que me puede pasar, pero aun así me falta voluntad. Para mí es más fácil controlar la hipertensión que la diabetes, y aspiro a tener el control de las dos.
- Cuando llevamos una vida tranquila, sin tantas preocupaciones, siento que nuestras enfermedades son más fáciles de controlar, pero cuando uno tiene problemas en la familia, amigos y trabajo se vuelve el doble de difícil llevar un control. Aspiro a equilibrar las tres cosas, mi familia, amigos y trabajo para mejorar mis niveles de glucosa y presión.
- Mi aspiración es no tener más complicaciones, pero me cuesta controlar mi enfermedad si no estoy bien con mi entorno, eso me causa mucha preocupación.

Se hicieron evidentes las emociones de los participantes del taller; inseguridad, tristeza y preocupación. Cuando padeces una enfermedad crónica, es posible que no sólo te afecte físicamente, sino también emocional, social y a veces, incluso, económicamente.

Por último, *¿Cuáles son sus principales necesidades viviendo con sus enfermedades crónicas?*, algunos de los comentarios que logramos escuchar fueron:

- Necesito ser una persona constante, a pesar de que tengo una familia que coopera conmigo, siento que yo necesito poner todo de mi parte.
- Me cuido en mi alimentación, pero aun así no estoy controlada. Vivir con mi enfermedad requiere muchos cuidados; alimentación, actividad física, medicación y necesito encontrar la manera de organizar todos estos aspectos para encontrar un equilibrio.
- Las demás personas no pueden adaptarse a mi estilo de vida y yo no debo adaptarme a su estilo, considero que todos y no solo yo necesitamos informarnos de todo lo que conlleva una enfermedad como lo es la diabetes.

Cabe resaltar que este primer encuentro permitió fortalecer el diálogo, generar curiosidad y fortalecer ideas entre las personas.

*Describa siguiendo el orden que anotó en la agenda del taller
Utilice tantas hojas como sea necesario*

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión

Aproximadamente 60 minutos

1. ¿Hay algo que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?
¿Qué compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?
2. ¿Tenemos necesidades que son comunes para todas y todos nosotros?
3. ¿Tenemos aspiraciones que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?
4. Si nos organizamos más, ¿podemos lograr satisfacer mejor algunas de nuestras necesidades y realizar más fácilmente parte de nuestras aspiraciones?
5. De aquí a 6 meses ¿cuál sería una buena meta a alcanzar de esas necesidades o aspiraciones?
6. Si organizamos un plan de trabajo sencillo y relativamente fácil, ¿quién quiere y puede participar en una próxima reunión para hacerlo?

Asegúrese de anotar cada una de las preguntas, de preferencia escriba cada vez la pregunta completa, a fin de que la transcripción se haga de manera correcta; sin dar margen a errores:

Descripción detallada del taller:

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión. (Continúa)

Siguiendo con el taller, en grupo comenzamos con las siguientes preguntas.

1. *¿Hay algo que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?, ¿Qué compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?*

Sra. Dolores: Si, siento que las complicaciones que vamos teniendo, y como vivimos con ellas en el día a día. A lo mejor tengo años con la diabetes, pero a veces escucho comentarios de personas que llevan meses con la diabetes y "están muy mal", podemos tener la enfermedad, pero tenemos la oportunidad de que estas complicaciones se retrasen, comparto ese querer que el tiempo se detenga para frenar las complicaciones. Siempre existe este tema de conversación ¿Cuáles complicaciones tienes? Siento que todos compartimos eso.

Sra. Agustina: Compartimos la fuerza de voluntad, talvez no con la misma intensidad, pero si con el mismo objetivo, controlar nuestras enfermedades, mejorar nuestra calidad de vida, y no sentirme culpable.

2. *¿Tenemos necesidades que son comunes para todas y todos nosotros?*

Sra. Dolores: Queremos que las demás personas que no viven con enfermedades como las nuestras, sepan que hay comidas que no podemos consumir, que si se me antojan y claro quiero comerlo, pero no puedo. Como comentaban, se requiere mucha fuerza de voluntad para decir no a muchas cosas de la vida cotidiana.

El coordinador Dr. Omar Chávez intervino en estas dos preguntas; destacando algunos puntos importantes:

- En general, las personas referencian un proceso de reestructuración de muchas áreas como consecuencia de la enfermedad y de los retos que la misma impone.
- Se manifestó que familia constituye uno de los espacios de vida más profundamente impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica y a la vez, uno de los espacios que mayor potencial sostiene para revertir positivamente la situación de salud.

3. *¿Tenemos aspiraciones que compartimos como personas que vivimos con enfermedades crónicas?*

Sra. Dolores: Yo creo que la aspiración de todo enfermo, es la de mejorar que no se agrave la enfermedad que ya tienes, sentirse bien y estar bien, que tener cualquier enfermedad no sea un impedimento para hacer todo lo que queramos.

Sra. Agustina: Mi aspiración, más que mejorar lo que padezco es que existiera una cura.

Destacamos que una de las cualidades básicas de las enfermedades crónicas, responsable de parte importante de sus impactos sobre las personas que con ellas viven, es justamente la cronicidad de las mismas.

2º momento

Diálogo en el grupo de discusión. (Continúa)

4. *Si nos organizamos más, ¿podemos lograr satisfacer mejor algunas de nuestras necesidades y realizar más fácilmente parte de nuestras aspiraciones?*

Sra. Dolores: ¡Sí! Sí, se puede, sin embargo, en ocasiones hay muchas faltas como por ejemplo el medicamento, creo que de eso se trata de ver que es lo que falta y en donde podemos apoyar. Cuando uno de nosotros consigue las metas, quizás los demás se interesen todavía más.

Sra. Agustina: Pienso que si la familia esta, siempre se puede. Al fin de cuentas yo creo que las personas que están contigo apoyándote, de cierta forma se están dejando de lado ellos mismo y tampoco está bien, entonces creemos espacios donde tanto familiares como la persona que padece la enfermedad, compartan sus experiencias. Fomentar más que educar, sobre los hábitos para prevenir las enfermedades.

Sra. Adela: Yo pienso que los pequeños logros siempre son importantes, para mí la complicación no es la alimentación, si no el espacio donde compartirlo. Mi necesidad sería crear ese espacio donde pueda hablar y compartir toda mi experiencia.

5 *De aquí a 6 meses ¿cuál sería una buena meta a alcanzar de esas necesidades o aspiraciones?*

- Crear un espacio donde compartamos nuestras vivencias, miedos y objetivos. Eso nos ayudara a quitar esas mentiras, principalmente en el tema de la comida, todos pensamos que debemos dejar muchos alimentos, cuando no es así; solo tenemos que cuidar nuestras porciones. También comparto que tengo una hermana, la cual tiene mucha mala información sobre la insulina, tiene miedo que esta le cause ceguera, entonces con este grupo muchos de nosotros compartiremos también nuestras dudas.
- Construir un equipo donde se realice actividad física de una manera sencilla para nosotros. Estando un grupo formado, creo que puedo ser una persona constante.

6 *Si organizamos un plan de trabajo sencillo y relativamente fácil, ¿quién quiere y puede participar en una próxima reunión para hacerlo?*

Claro que sí, siempre y cuando fijemos una fecha y hora, dando espacio a todos los demás de organizarse con sus tareas en casa o trabajo.

Cierre del Taller: ¿Qué aprendimos hoy?

En suma, a lo largo de este taller dedicado a construir y fortalecer nuestra comunidad se llegó a dos resultados importantes, a saber:

- Todo se puede lograr, solo falta organización con nosotros y nuestro entorno.

****Comentarios importantes al final****

- Me quedo con que la convivencia es algo fundamental en el día a día y es importante que aprendamos a respetar, a no juzgar a las personas que vivimos con este tipo de enfermedades.
- Me quedo con que el tema emocional está siendo hablado y se le está dando la importancia que tiene. Es gratificante saber que existen estos espacios donde puedo venir a expresarme.

Hacia la constitución de los Consejos Asesores

Derivado de las propuestas surgidas en las distintas sedes del 6º Encuentro de Personas con Enfermedades Crónicas se inició la implementación del último componente pendiente del MAICP, la constitución de los Consejos Asesores de Personas con Enfermedades Crónicas.

El equipo de coordinación del MAICP consideró conveniente organizar las propuestas en tres conjuntos: Dos como Proyectos de Aprendizaje, uno sobre dudas e información necesaria para conocer mejor las enfermedades crónicas (opción A) o sobre la atención y el cuidado de las mismas (opción B). El segundo proyecto fue sobre prevención de esas enfermedades, ya sea en el ámbito familiar (opción A) o en el entorno vecinal (Opción B).

Estas dos propuestas de proyectos se propusieron para 8 centros de salud, en los que se valoró que había mejores condiciones para realizarlos. A propuesta de un equipo de pasantes, se incorporó un noveno centro de salud en la jurisdicción sanitaria de Coyoacán.

El tercer conjunto se estructuró como Taller de Autocuidado de las personas que viven con enfermedades crónicas y fue destinado para los centros de salud restantes.

Después de realizado el 6to encuentro de pacientes con enfermedades crónicas se les pregunto a las personas participantes si les gustaría participar en el próximo encuentro y en actividades complementarias para personalizar dicho encuentro a las necesidades de la comunidad recién formada en donde recibimos una alegre aceptación para participar. Es cuando junto con el equipo coordinador del MAICP nos dimos a la tarea de buscar la mejor manera de darle respuesta a las necesidades en común.

Es en donde nuevamente nos dimos a la tarea los pasantes de servicio social de invitar a las personas participantes del modelo de atención a asistir a una reunión donde llevaríamos a cabo un consejo asesor en el cual nos enfocaríamos en ponernos de acuerdo en los temas que les gustaría tratar para resolver inquietudes.

Así es como el día 25 de junio de 2024 en el aula de reuniones de la jurisdicción de Tláhuac nos reunimos ambos pasantes junto con personas adscritas al modelo de

atención en donde se planteó la forma sugerida de trabajo. Se descubrieron inquietudes interesantes sobre temas como lo son la alimentación saludable, la actividad física y la salud psicoemocional. También se acordó darle seguimiento a dicho consejo asesor con reuniones quincenales con horario a determinar de acuerdo con la disponibilidad de los asistentes. Como método para mejorar la comunicación entre las personas se tomó la decisión de crear un grupo de WhatsApp para hacer llegar información acerca de las reuniones posteriores. A continuación se expone el resumen de dicha reunión.

Primera Reunión Consejo Asesor.

Taller: Autocuidado

Fortalezas, debilidades, propuestas

Jurisdicción: Tlahuac

Centro de Salud III San Francisco Tlaltenco MPSS: Lizbeth Alejandra Reyes Jacinto
MPSS: Omar Chávez Vega.

Estructura del taller

	FORTALEZAS	DEBILIDADES	PROPUESTAS
<i>Cuidado de sí misma</i>			
<i>Cuidado en el entorno familiar</i>			
<i>Cuidado en el vecindario</i>			
<i>Cuidado en la comunidad</i>			
<i>Cuidado en las instituciones de salud</i>			

HORARIO	ACTIVIDAD
9:00 AM	<i>Presentación de integrantes del Consejo Asesor.</i> <i>Presentación y acuerdo de la dinámica de trabajo.</i> <i>Explicación del objetivo del Consejo Asesor</i> <i>Explorar propuestas para el taller de autocuidado.</i> <i>¿Por qué es importante el taller de autocuidado?</i> <i>Lluvia de ideas</i> - <i>Anotar las distintas propuestas</i>
10:00 AM	<i>Informar al consejo asesor que el equipo de pasantes organizar las ideas, preguntas u opiniones, para presentar en la siguiente sesión.</i> <i>Definir tiempo para cada sesión y horario.</i>

Propuestas "Taller de Autocuidado"

- Exploración y comprensión de una alimentación saludable.
- Calentamiento y activación física en todo momento.
- La importancia de la salud emocional en el día a día de una enfermedad crónica.

La siguiente sesión se explorarán ventajas y desventajas de cada tema propuesto.

Próximas sesiones

- 10 julio 2024, Aula Jurisdicción Sanitaria Tláhual.
- 24 julio 2024, Aula Jurisdicción Sanitaria Tláhual.

Jurisdicción Tláhual

Centro de Salud San Francisco Tlaltenco

Taller: Autocuidado.

Fortalezas, debilidades, propuestas.

NOMBRE	EDAD	SEXO	TELEFONO
Vicente Reyes Blanco	64	M	5525344730
Rubén Cortes Miranda	76	M	5534617557
Josefina Flores Castañeda	76	F	5571509616
Alma Rosa Martinez Flores	56	F	5526591154

Fecha: 25 junio 2024.

- Siguiendo con la programación antes pactada el día 10 de julio de 2024 se llevó a cabo una reunión ya más formal en donde se valoraron debilidades y fortalezas, así como propuestas variadas para dar solución a las inquietudes de los asistentes de dichas reuniones, en esta ocasión contamos con más participación por parte de los asistentes una vez que ya se había entendido mejor la dinámica de la sesión. En esta sesión contamos con la participación de 5 personas adscritas al modelo de atención donde se volvieron a tocar inquietudes similares a las ya antes expresadas, entre ellas volvieron a surgir el tema de alimentación, actividad física y salud psicosocial. Esta reunión se

llevó a cabo sin incidentes y de acuerdo a la planeación aunque nos hizo falta tiempo para desarrollar y ahondar en mas temas de interés, aun así la consideramos un éxito. A continuación se presenta la relatoria extraída de dicha reunión.

RELATORÍA DEL TALLER DE AUTOCUIDADO REALIZADO EL DÍA 10 de julio del 2024

I. Bienvenida y encuadre

Se inicia la reunión presentándonos los pasantes del C.S T-III San Francisco Tlaltemco y haciendo una breve recapitulación de la forma de trabajar en el taller y como esta vez tenemos participantes nuevos les a los asistentes que se presenten nuevamente haciendo una breve descripción de si mismos y de cómo viven sus patologías crónicas. Después de habernos presentado todos nuevamente les pedimos a los asistentes que nos platicuen para ellos que es el autocuidado y como lo realizan en sus vidas.

**** La presente relatoria es una breve vista de todo lo que se tocó en dicha reunión.**

-Rubén: Para mí el autocuidado y como lo llevo a cabo en mi día a día consiste en quererme a mí mismo, ya que sin el amor propio que se tiene uno a su persona no se puede dar pie a estar bien. Yo por ejemplo me cuido haciendo ejercicio, hay personas conocidas que me encuentro en la calle y me dicen que estoy muy delgado pero yo me siento bien y mientras yo me sienta bien es lo importante. También considero que parte del autocuidado es estar en paz con uno mismo, su familia y sus vecinos.

-Domingo: Para mí el autocuidado es el comer sano y hacerles caso a las recomendaciones del medico al cual yo consulto. Por ejemplo, yo con mi esposa intentamos comer lo mas sano posible pero yo de un tiempo a la fecha deje de comer mucho, es mas deje de comer tortillas y siento que eso ha mejorado mi salud. Cosa que lo vimos en la ultima consulta que tuvimos con la Dra. Liz, en donde mi hemoglobina bajó y eso me tiene muy feliz, además de que yo me siento aun mejor de estado de ánimo.

-Dolores: Para mi cuidarse es igual que para mi esposo (Señor Domingo) el hacer caso a las recomendaciones de nuestro medico y el comer sano, aunque para mí ha sido más difícil que para él ya que yo veo que aumento de peso y el bajó, siento que no puedo dejar de comer tanto. Por que con mi hija llevamos los 3 la misma dieta y tanto yo como mi hija seguimos igual o hasta subimos de peso. Aunque he seguido últimamente al pie de la letra mi tratamiento siento que me falta mucho por mejorar.

-Alma Rosa: Para mí el autocuidado es el estar bien con nosotros mismos y con nuestra familia. Por ejemplo, yo siento que como bien y no tan mal peor lo que me llega a descontrolar en mi caso la diabetes es que hay veces que por darle de comer a mis hijos yo ya no como del todo bien, me voy a trabajar y me compro cualquier cosa que

me encuentro y cuando llego a casa la verdad si me doy mi atracón, pero cuando la familia esta bien, siento que estoy bien y me siento feliz.

- Josefina (Madre de Alma Rosa): A mi al igual que a mi hija me parece que el autocuidado va muy de la mano con estar bien con las personas que lo rodean a uno y sobretodo el quererse a uno mismo. Por que si yo estoy bien mis seres queridos están bien. Aunque a veces mi hija y nietos no pasan a comer bien, yo intento hacerlo para no sentirme como una carga y así se vayan a la calle a hacer sus cosas sin tantas preocupaciones.

Después de escuchar atentamente los diferentes conceptos de autocuidado y como las personas tienen formas propias de llegar a dicho concepto menciona de nuevo el cometido de este taller, en el cual se tiene planeado tener reuniones aproximadamente cada 15 días hasta llegar al séptimo encuentro en el cual tocaremos debilidades y preguntas en común de los participantes. También se acuerda formar un grupo en la plataforma de WhatsApp para tener una comunicación mas fluida, donde podremos dar información sobre nuestras próximas reuniones. A continuación se realiza la actividad de fortalezas y debilidades (Aunque no se logro completar con todas las preguntas creemos que se tocaron puntos bastante importantes).

1. ¿Cuáles son las fortalezas (lo que nos ayuda) que tengo para lograr el cuidado de mis enfermedades crónicas? A nivel personal.

- Rubén: Como ya lo había mencionado con anterioridad yo realizo deporte, desde chavo siempre me gustó estar en movimiento y aun actualmente me gusta realizar deporte aunque ya no sea lo de antes. De hecho he comentado con la Dra. (Liz) que yo me salgo a la calle, agarro mi bicicleta y se me va el tiempo, cuando ya me doy cuenta llevo 3 horas sobre la bici y ella me ha comentado que tal vez ya no sea lo más apropiado para mí, sobre todo por el hecho de que salgo solo y podría ser peligroso, entonces he estado explorando otras formas de actividad como lo es la caminata y he visto que también me gusta. También trato de comer bien y eso no se me dificulta tanto porque yo llevo ya un tiempo siendo hipertenso y entonces ya no consumo tanta sal en la comida, no tomo Coca cola.
- Domingo: Yo considero que parte de mis fortalezas y lo que me ha ayudado a estar bien con mis enfermedades es el estar en contacto con Dios, ya que en el he encontrado la fortaleza de sobrellevar mis enfermedades por que me he encontrado con compañeros a los cuales les diagnostican diabetes o hipertensión y se deprimen, es cuando yo les sugiero que se acerquen a Dios para que les ayude como a mi pero solo algunos me hacen caso.
- Dolores: Lo que yo considero que como una fortaleza para vivir bien con mis enfermedades es el quererme también y el estar con mi familia, como mencione hace un rato mi hija aun vive con nosotros y aun come con nosotros en familia

y yo con ella intento dietas y comer sano, aunque a veces no nos ayudan a bajar de peso y después volvemos a comer igual pero es un alivio que nos acompañe y de una u otra forma nos cuide a nosotros.

- Alma Rosa: Para mí una fortaleza también es mi familia, cuidar de mis hijos y darles de comer, verlos crecer es lo que me mantiene con ganas de cuidarme y ahora que también cuido a mi madre pues también me ayuda por que ella ha tenido que dejar de comer algunas cosas por su enfermedad y queramos o no tenemos que comer más como ella.
- Josefina: Para mí una fortaleza que creo que tengo es el que me quiero y quiero estar bien para seguir viendo a mi familia, quiero ver a mis nietos crecer, quizás que terminen una carrera, verlos casarse y quizás ver a sus hijos. Por eso intento cuidarme y estar bien para poder seguir viendo a mi familia y que estemos en paz, sin tantos problemas, que si el dinero, que si la comida.

2. ¿Cuáles son las debilidades (lo que nos dificulta) que enfrentamos para lograr el cuidado de nuestras enfermedades crónicas? A nivel personal

- Dolores: Para mí una debilidad a nivel personal es que se me olvida a veces tomarme mis medicamentos por lo que a veces vengo al doctor y estoy descontrolada pero últimamente lo que he hecho es que saco mis medicamentos y si ya está afuera la cosita de plástico es que ya me lo tomé y entonces así he ido mejorando en mi control de mis enfermedades.
- Domingo: Para mí una debilidad personal es que como creo que a muchos les ha pasado yo no creía estar enfermo y por mucho tiempo estuve sin tomarme con regularidad mis medicamentos pero eso da pie a que uno tenga complicaciones, yo por ejemplo me acaban de operar de la próstata y creo que de haberme cuidado desde un principio quizás no hubiera necesitado la operación pero ahora si me cuido más y le hago caso a las sugerencias de los médicos.
- Rubén: Para mí una debilidad es que a veces queremos tener el control de todo, queremos tener el control de lo que hacen los hijos, la pareja y eso está mal. Yo le trato de dar buenos consejos a mis hijos, ya son casados pero trato de dejarles en claro que siempre voy a estar con ellos. Y trato de darle consejos a mis hijos y no desde una visión de superioridad sino porque yo también fui joven y cometí errores y no quisiera que los tuvieran ellos.
- Alma Rosa: Para mí una debilidad personal es el que uno tiene muchas preocupaciones, en especial con el dinero, yo trabajo y por salir a trabajar uno no puede cuidarse tan bien como si se quedara en casa, pero uno hace lo que puede para estar bien.
- Josefina: Para mí una debilidad personal es que a veces me cuesta trabajo comer bien, porque varias veces he ido a nutriólogos y me dan dietas que para mí me

parecen imposibles de seguir, nos mandan dietas muy caras y a mí lo que me gustaría es que nos dijeran sobre todo que alimentos sí podemos comer.

1. ¿Cuáles son mis fortalezas y debilidades que tengo para lograr el cuidado de nuestras enfermedades crónicas? En nuestra comunidad, familia.

- Rubén: Yo en mi caso como ya lo mencioné anteriormente trato de estar bien con mi familia y mantener una comunicación cercana por lo que lo veo más como una fortaleza que una debilidad. Aunque si tuviera que mencionar una debilidad diría que como ya las señoras lo expusieron el estar preocupándonos por la familia podría ser que no nos ayude tanto para mantenernos en control.
- Domingo: Por mi parte también veo a la familia como una fortaleza, que aun tengamos a nuestra hija con nosotros me alienta a cuidarme y a estar en control con mis enfermedades.
- Dolores: Pienso igual que mi esposo, me ayuda que con mi hija pueda seguir intentando dietas para mejorar esta parte de la alimentación por lo que creo que me ayuda. Por otra parte como debilidad de la familia creo que hemos estado bien con ella y no la veo como una debilidad.
- Alma Rosa: Para mis hijos me ayudan a seguir trabajando y así tener recursos para poder cuidarme, lo malo o debilidad de la familia es cuando uno de los integrantes se enferma y entonces tenemos que andar corriendo por ellos y eso nos descontrola un poco pero siempre nos ayudamos entre nosotros para salir adelante.
- Josefina: En este aspecto mi familia es la que me ayuda a controlarme, mi hija me trae a mis consultas y ahora ella también viene al programa y eso me ayuda a sentirme mejor y echarle más ganas, además mis nietos cuando mi hija no está en casa me echan un ojito y eso para mí es bueno.

	Fortalezas	Debilidades	Propuestas
Autocuidado	-Me preocupo por mi salud y trato de estar bien conmigo mismo. - Me amo a mi mismo y eso me impulsa a ser más sano. - Me interesa saber de mi enfermedad y como evitar complicaciones de esta. - Hago ejercicio y trato de mantenerme activo	-Depender del apoyo familiar. -Limitaciones económicas. - No tener tiempo suficiente para realizar actividades más sanas - Poca información o muy confusa sobre mis enfermedades	- Difundir información sobre alimentación más sana. - Crear grupo de WhatsApp para compartir información de interés

- La última sesión en la que tuvo el placer de asistir el medico pasante de servicio social autor de este humilde texto se llevó a cabo el día 29 de julio de 2024, en el aula de la Jurisdicción de Tláhuac. Esta sesión aunque se dio extraoficialmente fue muy enriquecedora. En esta sesión se abordaron con una actividad de dibujo debilidades y fortalezas enfocadas en la alimentación, también se les preguntó a los asistentes el cómo les gustaría difundir la información resultante y se dedicó que fuera a través de un cartel, en donde se informara a la población en general parte de los alimentos saludables para personas con enfermedades crónicas. A continuación se ofrece la relatoría generada en esta reunión del consejo asesor.

PARTICIPANTES:

- Vicente Reyes Blanco
- Rubén Cortes Miranda
- Josefina Flores Castañeda
- Alma Rosa Martínez Flores

- Paula Ibañez Lourdes

Relatoria de Taller de Autocuidado: Una visión de la alimentación.

Lugar de realización: Aula de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac, realizado el 29 de julio del 2024, horario 8:00 am.

I. Bienvenida y encuadre

Se inicia la reunión dando la bienvenida a los participantes y presentando a los nuevos integrantes, el señor Vicente y la señora Paula (Esposos), después de habernos presentado todos nuevamente se hace una breve recapitulación de la forma de trabajar en el taller y se dio un pequeño resumen de lo comentado en la reunión previa.

****Buenos días nuevamente, derivado de la reunión pasada vamos a resumir algunos puntos tratados en ella, primero comentamos el concepto de autocuidado para cada uno y las experiencias que tienen trabajándolo día a día, conversamos las similitudes y también diferencias que existen entre las fortalezas y debilidades de cada participante, así mismo exploramos que la fortaleza de una persona bien podría ser la debilidad de otra; y derivado de esta conversación tenemos como resultado el interés de difundir información acerca de la alimentación.** ¿Cómo les gustaría difundir la información sobre alimentación?**

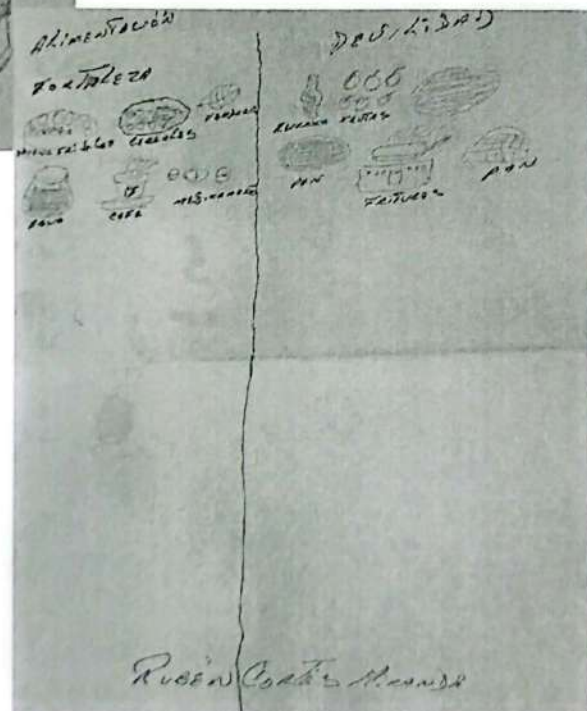
- **Vicente:** No estuve la sesión pasada, pero en lo personal opino que un cartel o mural con muchos colores puede ser muy bonito y creo que con dibujos estaría bien.
- **Josefina:** Pienso igual, tal vez dibujos de nuestra alimentación como dice el señor en un cartel.
- **Rubén:** Buenos días a todos, podríamos hacer recortes de periódico o revistas, haciendo un cartel con ellos y colocarlo en el consultorio, me gustaría esa idea porque yo no soy bueno dibujando, y tengo que explicar mis dibujos.

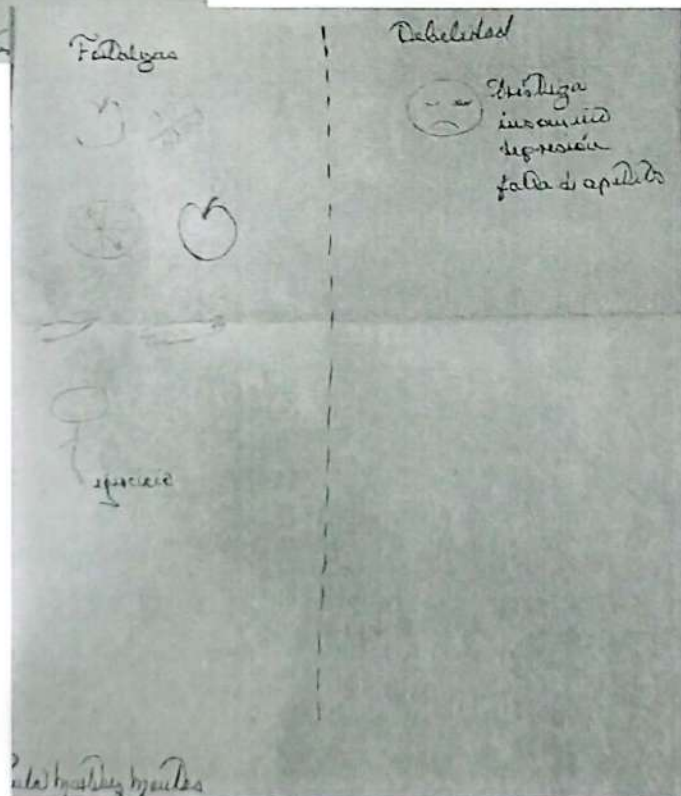
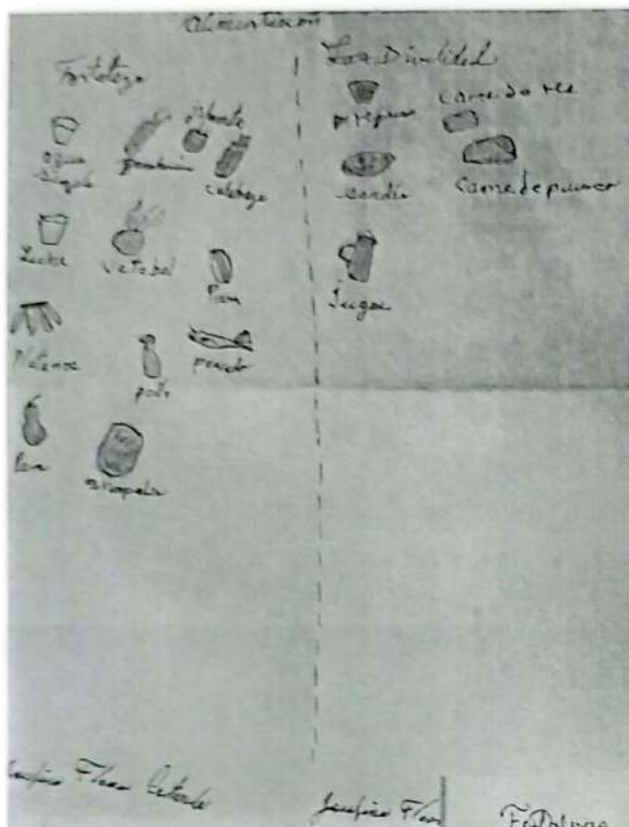
****Todas son excelentes ideas para difundir el tema de alimentación, siendo el hacer dibujos una de las más repetidas, ¿Qué les parecería plasmar en una hoja sus ideas el día de hoy, con base a fortalezas y debilidades?**

II. Actividad

****Todos en el grupo responden afirmativamente****

****Se otorga papel, lápiz y colores para plasmar fortalezas y debilidades en una hoja de papel. se brindan 20 minutos para la actividad. ** Resultados de la actividad:**





Al finalizar la actividad, se realizaron las siguientes preguntas respecto a los dibujos de los integrantes del consejo.

¿Cuál es mi fortaleza (fortalezas) plasmada en mi dibujo respecto a la relación alimentación-enfermedad crónica?

- Vicente: Yo dibuje muchas cosas, pero principalmente frutas y verduras esto para mi representa la variedad (*diversidad en grupos de alimentos*) de alimentos que consumo, así como también pollo y carne que dibuje con gallinas y una vaca.
- Rubén: Les dije antes que no era bueno dibujando así que le coloque a cada dibujo una palabra, dibuje lo que consumo en un día, porque creo que mi fortaleza es organizar mis alimentos, comer a tiempo y hacer comida en casa. Mi mañana comienza con una taza de café, huevos y cereales después me tomo mi medicamento, salgo a trabajar y consumo fruta, llego a mi casa y como la comida que preparo mi esposa como salmón, carne o pollo y ya en la cena me gusta consumir verduras, eso para mí resumen mi organización con los alimentos.
- Josefina: Mi fortaleza esta en comer todos estos alimentos, zanahoria, jitomate, plátano, pollo, calabacitas a mí no me gustan las carnes, así que poco las consumo.
- Lizbeth: Hicimos un recuento muy importante de las fortalezas que tenemos a través de sus dibujos, y como hemos escuchado en sesiones previas, muchas de estas se comparten como lo es la alimentación a base de una diversidad en todos los grupos alimentarios.

¿Cuál es mi debilidad (debilidades) plasmada en mi dibujo respecto a la relación alimentación-enfermedad crónica?

- Vicente: Bueno, yo creo que mi mayor debilidad es el tiempo lo dibuje con relojes, yo he notado que si no como a mis horas mi azúcar baja y luego me siento mal y decido comer cualquier cosa como un pan, un gansito o cualquier cosa, es así donde me descontrolo, también una debilidad son los antojitos que encuentras en cualquier lugar, sales al mercado, escuela o trabajo y lo primero que vez es que venden tacos, gorditas o quesadillas.
- Rubén: No supe como dibujarlo, así que dibuje cosas que venden en las calles y se los voy a explicar. Trato de comer con cantidades (*porciones*) pero siempre que salgo a un restaurante, fonda o simplemente se me antoja algo,

las cantidades que te venden son muy grandes, mi mayor ejemplo es con vasos de frutas que venden de medio litro o un litro, el vaso de naranja que te dan siempre es las fondas es muy grande, yo me lo tomo o no lo compro porque no quiero que se pierda; entonces creo que para mí una debilidad es consumir alimentos fuera de mi casa.

- Paula: Yo no tengo las dificultades que tienen los demás, me gustan todos los alimentos (*frutas y verduras, carnes o semillas*), y la mayor parte de mi tiempo estoy en casa por lo que decido que comer y cuando comer, pero para mí el estado de ánimo (*tristeza, enojo o miedo*) que tenga influye mucho en mi manera de comer, si estoy triste a veces no como o a veces como mucho.
- Lizbeth: Es muy enriquecedor ver cada dibujo que realizaron y todavía más el significado de cada uno de ellos. Encontramos que muchas de las debilidades que se presentan están dadas en su entorno o la comunidad (*Costumbres*), un claro ejemplo es el presentado por el señor Rubén, cuando y como nos enfrentamos a una alimentación fuera de casa, pero también encontramos debilidades emocionales, relacionadas como su estado de ánimo y como este influye en lo que comerán en el día.

¿Los dibujos obtenidos de esta sesión como les gustaría plasmarlos en el cartel?

- Vicente: Con dibujos, así como los hicimos en la actividad. Creo también que algo que no logramos dibujar es el ejemplo del señor Rubén, la costumbre de vender o consumir cantidades muy grandes de comida.
- Rubén: Mi pensar es con recortes.
- Lizbeth: Retomando ese ejemplo, que les parecería que en la siguiente reunión dejemos como actividad lo siguiente ¿Cómo podemos representar las cantidades de la comida fuera del hogar?

****Todos en el grupo responden afirmativamente****

Se concluye la reunión agradeciendo la asistencia de los participantes, y se planea la agenda de fechas para el mes de agosto, acordando los días 13 de agosto y 27 de agosto con ubicación en el aula de la jurisdicción Tlahuac, con un recordatorio en el grupo de WhatsApp "Consejo Asesor" que se acordó tener sesiones previas para una comunicación más fluida.

Fortalezas	Debilidades	Propuestas
------------	-------------	------------

☐ Tener una alimentación diversa.	☐ No establecer horarios de comida.	☐ Elaboración de pastel, el cual es un alimento saludable.
☐ Organizar tiempos de comida.	☐ Priorizar otras actividades.	
	Trabajo-Económico.	
	☐ No tener control de las cantidades en los alimentos.	
	☐ Estado de ánimo triste.	

Taller de Autoconciencia: Una visión de la alimentación

Contenido: Alimentación Saludable

Sesión: 3

Fecha: 29 julio 2024

Jurisdicción: Tahuac

Centro de salud: San Francisco Taltenco

Responsables: Lizbeth Alejandra Reyes Jacinto / Omar Chávez Vega

Sesión	Nº	Tema	Objetivo	Procedimiento
		Bienvenida y encuadre	Integración de nuevos miembros al taller Adaptar objetivo del taller	Bienvenida. Presentación de integrantes. Presentación del trabajo previo.
		Desarrollo del taller: una visión de la alimentación	Plantear la alimentación saludable de cada participante en dibujos.	Se otorgó papel, lápiz y colores, para dibujar. Se realiza la siguiente pregunta: ¿Cuáles mi fortaleza y mi debilidad respecto a mi alimentación?
			Definir fortalezas de los participantes.	Significado de dibujos en el bloque de fortalezas.
			Definir debilidades de los participantes.	Significado de dibujos en el bloque de debilidades.

Cierre de la sesión	Acordar actividad para la siguiente sesión. Programar fecha para la siguiente reunión.	Lluvia de ideas para organización de dibujos en la elaboración del cartel.
---------------------	---	--

Los pendientes con los que se queda el próximo equipo de pasantes es el de realizar el cartel propuesto por los integrantes del modelo de atención y el de mantener y fortalecer la comunidad que poco a poco crece entre las personas. No perder el enfoque del modelo de atención y seguir dando la mejor atención posible a cada una de las personas con las que trabajamos. Afortunadamente se quedan en excelentes manos y se esperan excelentes resultados.

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

Durante el módulo 4 del diplomado se presentaron una gran cantidad de casos clínicos muy interesantes, los cuales tuvieron un enfoque centrado en la persona. Los casos clínicos fueron presentados por médicos pasantes de servicio social adscritos al modelo de atención.

Las presentaciones de los casos clínicos siguieron los cuatro componentes que se incluyen en el modelo de atención centrado en la persona:

1. La enfermedad, el padecimiento y la salud de la persona.
2. La persona y su entorno.
3. La relación médico-paciente
4. Intensificar la relación médico-paciente.

En este módulo llevo a cabo la presentación de casos clínicos de los cuales surgieron muchas dudas del manejo de tratamiento en personas que los mismos compañeros pasantes estaban tratando en los distintos centros de salud. Durante las sesiones tuvimos la participación de distintos especialistas los cuales cuentan con el conocimiento y la experiencia para tratar con dichos casos en los que la mayoría teníamos duda, dichos expertos no dudaron en resolver dudas y darnos un amplio abanico de posibilidades para el tratamiento de las personas que vemos en los centros de salud. Cada caso fue presentado por pasantes de servicio social que adscritos al diplomado, donde primeramente se presentaba el caso clínico y posteriormente se atendían dudas sobre el propio caso (Edad, red de apoyo, comorbilidades, salud psicoemocional, etc.) y posteriormente se hacían preguntas

de acuerdo con el manejo y tratamiento y es donde los expertos que nos acompañaban en las sesiones nos esclarecían el panorama. Dentro de los temas de los cuales se derivaron de estos casos clínicos presentados estuvo el de uso adecuado de insulinas y su correcta titulación y distribución a lo largo del día dependiendo el tipo de paciente. Uso correcto de fármacos orales hipoglucemiantes. La adecuada nutrición como factor protector ante enfermedades crónicas. Tratamiento y manejo médico del "pie diabético".

Balace del desempeño clínico de la atención de personas con enfermedades crónicas en el Centro de Salud T-III San Francisco Tlaltenco a cargo de Chávez Vega Omar.

Tabla No. 1

Distribución de pacientes atendidos de acuerdo con el momento de ingreso al proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024
Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco
Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Momento de ingreso	No	%
Ingreso anterior a agosto de 2023	32	96.97
Nuevo ingreso a partir de agosto de 2023	1	3.03
Recuperados a partir de agosto de 2023	0	0
Total	33	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota:

Nuevo ingreso se refiere a personas que por primera vez se incorporan al proyecto para su atención y seguimiento en cualquier momento entre agosto de 2023 y julio de 2024.

Recuperados se refiere a pacientes que ya habían sido atendidos en el proyecto, pero que por cualquier razón y durante algún tiempo dejaron de recibir esa atención, pero que nuevamente se incorporaron al proyecto en cualquier momento entre agosto de 2023 y julio de 2024.

Se recibieron un total de 32 pacientes al iniciar el año de servicio social, durante el año se ingresaron un total de 1 paciente. Durante el año de servicio social se tuvieron reconquistas de pacientes que habían dejado de asistir por algún motivo

a las consultas en el modelo de atención pero como ya están tomados en cuenta por la anterior pasante no se tomaron en cuenta para esta grafica.

Tabla No. 2

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo con su condición actual de participación, durante el periodo agosto 2023 – julio 2024
Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco
Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Condición de participación	No	%
Activas	21	63.64
No activas	12	36.36
Total	33	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Nota:

Activos: Se refiere a personas atendidas en el proyecto que acudieron con regularidad a sus consultas programadas a lo largo del periodo agosto 2023 – julio 2024.

No activas: Se refiere a personas que, por cualquier motivo y de acuerdo con los criterios del Centro de Salud dejaron de acudir a su atención dentro del proyecto.

De un total de 33 pacientes recibidos al inicio del año; 21 (63.64%) personas acudieron con regularidad a sus citas programadas dentro del proyecto y 12 (36.36%) personas se consideraron como inactivas de acuerdo con los criterios del centro de salud.

Tabla No. 3

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

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Motivos de inclusión como No activas	No	%
Cambio de médico dentro del centro de salud	4	33.33
Cambio de institución que le atiende	4	33.33
Cambió de domicilio (no se sabe si continúa su atención)	0	0
Falleció	0	0
Otro motivo	0	0
Se ignora	4	33.33
Total	12	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

De un total de 12 pacientes considerados inactivos; 4 (33.33%) se atienden con otro medico dentro del centro de salud, 4 (33.33%) cambiaron de institución que le atiende y 4 (33.33%) se ignora el por que no siguieron acudiendo a sus citas médicas con regularidad.

2 Información demográfica:

Tabla No. 4

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a sexo Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.
Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

Sexo	No	%
Femenino	16	76.19
Masculino	5	23.81
Otra asignación	0	0
No hay dato	0	0
Total	21	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

De un total de 21 pacientes considerados activos; 16 (76.19%) son de sexo femenino y 5 (23.81%) son de sexo masculina. Con un predominio por parte de mujeres.

Tabla No. 5

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a edad
Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco. Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Edad	No	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	4	19.05
50 – 59 años	2	9.52
60 – 69 años	7	33.33
70 – 79 años	6	28.57
80 y más años	2	9.52
Total	21	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

De un total de 21 pacientes; la mayoría de las personas atendidas se encuentran entre el rango de edad de 60-69 años (33.33%), seguidas por las del rango de edad 70-79 (28.57%), 40-49 (19.05%), el rango de edad de 50-59 y 80 y mas comparten el mismo porcentaje (9.52%).

Tabla No. 6

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a edad y sexo

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco. Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

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		3	18.75	1	20	4	19.05
50 – 59 años		1	6.25	1	20	2	9.52
60 – 69 años		4	25	3	60	7	33.33
70 – 79 años		6	37.5	0	0	6	28.57
80 y más años		2	12.5	0	0	2	9.52
Total		16	100	5	100	21	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

De un total de 21 pacientes; 16 son del sexo femenino (76.19) y 5 son del sexo masculino (23.81%). En el caso de las mujeres el 18.75% están en el rango de edad de 40-49 años, el 6.25% en el rango de 50-59 años, el 25% entre los 60-69 años, el 37.5% entre los 70-79 años siendo el rango de edad que predomina en este sexo, y el 12.5% de 80 y mas años. En el caso de los varones el 20% se comprende en el rango de edad de los 40-49 años, el 20% entre los 50-59 años y con el 60% el rango de edad entre los 60-69 años siendo el de predominio en este sexo.

3 Diagnóstico y seguimiento

Tabla No. 7

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto de acuerdo al número de consultas recibidas durante periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a edad

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

No de consultas	No de pacientes	%
1	0	0
2	0	0
3	2	9.52
4	1	4.76
5	1	4.76
6	2	9.52
7	0	0
8	2	9.52
9	7	33.33
10	3	14.29
11	1	4.76
12 y más	2	9.52
Total	21	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

De un total de 21 pacientes; el 33.33% de los pacientes recibió 9 consultas, el 14.29% recibió 10 consultas, el 9.52 recibió 3 consultas y otro 9.52% recibió 12 o mas consultas. Por lo que se puede decir que la mayoría de los pacientes recibieron al menos 8 consultas en el periodo comprendido entre agosto 2023 y julio 2024.

Tabla No. 8

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Diagnósticos	No	%
Sobrepeso y obesidad	0	0
Hipertensión arterial	4	19.05
Diabetes Mellitus tipo 2	3	14.29
Dislipidemia	0	0
Obesidad e hipertensión	0	0
Obesidad y diabetes	0	0
Obesidad y dislipidemia	0	0
Diabetes e hipertensión	7	33.33
Obesidad, hipertensión y diabetes	5	23.81
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	0	0
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	1	4.76
Diabetes y dislipidemia	1	4.76
Total	21	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla se puede observar que de 21 pacientes; el predominio es de 33.33% padeciendo Diabetes e hipertensión, seguido del 23.81% las personas que conviven con Obesidad, hipertensión y diabetes, 19.05% con Hipertensión, 14.29% Diabetes mellitus tipo 2, 4.76 obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia, y el 4.76% diabetes y dislipidemia.

Tabla No. 9

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo a diagnóstico de enfermedad y sexo

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Dx	Sexo	Femenino		Masculino		Total	
		No	%	No	%	No	%
Sobrepeso y obesidad	y	0	0	0	0	0	0
Hipertensión arterial		4	25	0	0	4	19.05
Diabetes Mellitus tipo 2		2	12.5	1	20	3	14.29
Dislipidemia		0	0	0	0	0	0
Obesidad e hipertensión	e	0	0	0	0	0	0
Obesidad y diabetes	y	0	0	0	0	0	0
Obesidad y dislipidemia	y	0	0	0	0	0	0
Diabetes e hipertensión	e	6	37.5	1	20	7	33.33
Obesidad, hipertensión y diabetes	y	2	12.5	3	60	5	23.81
Hipertensión, diabetes y dislipidemia	y	0	0	0	0	0	0
Obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemia	y	1	6.25	0	0	1	4.76
Diabetes y dislipidemias		1	6.25	0	0	1	4.76
Total		16	100	5	100	21	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla puede observarse que por parte del sexo femenino la forma

predominante de enfermedad crónica con el 25% de las pacientes convive solo con hipertensión, seguido de solo vivir con diabetes mellitus tipo 2 con el 12.5% y otra forma son las mujeres que viven con obesidad, hipertensión y diabetes igual con el 12.5%. Por parte de los varones la forma más común de convivencia con enfermedades crónicas es la de vivir con obesidad, hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 con el 60%, seguido por solo diabetes mellitus tipo dos con el 20% y diabetes e hipertensión también con el 20%.

Tabla No. 10

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de sobrepeso y obesidad

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.

Jurisdicción Sanitaria: Tlahuac.

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	3	21.43
50 – 59 años	1	7.14
60 – 69 años	5	35.71
70 – 79 años	5	35.71
80 y más años	0	0
Total	14	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla se observa; el total de 14 pacientes con diagnóstico de sobrepeso u obesidad la mayor parte de las personas se encuentra entre los rangos de edad de 60-69 años y 70-79 años con un 35.71% ambos rangos. Seguidos con un 21.43% el rango de edad de 40-49 años y con 7.14% el rango de 50-59 años.

Tabla No. 11
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto
2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **hipertensión**
Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco
Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	18.18
50 – 59 años	1	9.09
60 – 69 años	4	36.36
70 – 79 años	4	36.36
80 y más años	0	0
Total	11	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla con un total de 11 personas que comparte el diagnostico de hipertensión y sobrepeso u obesidad; El rango de edad predominante se comparte entre el de 60-69 años y el de 70-79 años con 36.36% cada uno, Seguido del rango de edad de 40-49 años con el 18.18% y el de 50-59 años con el 9.09%.

Tabla No. 12

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **diabetes mellitus tipo 2**

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	18.18
50 – 59 años	1	9.09
60 – 69 años	5	45.45
70 – 79 años	3	27.27
80 y más años	0	0
Total	11	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla se puede observar que el predominio de la variedad de diagnóstico de diabetes mellitus y sobrepeso u obesidad esta dado en el rango de los 60-69 años con un 45.45%, seguido del rango de edad de los 70-79 años con un 27.27%, el rango de edad de los 40-49 años con un 18.18% y de los 50-59 años con un 9.09%.

Tabla No. 13

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **dislipidemia**

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Es esta tabla se puede observar que; De dos personas con diagnostico de dislipidemia y sobrepeso u obesidad: El predominio se reparte equitativamente entre los rangos de edad de los 40-49 años y los 70-79 años, ambos con un 50% respectivamente.

Tabla No. 14

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **obesidad e hipertensión arterial**

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	18.18
50 – 59 años	1	9.09
60 – 69 años	4	36.36
70 – 79 años	4	36.36
80 y más años	0	0
Total	11	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla con un total de 11 personas que comparte el diagnostico de hipertensión y sobrepeso u obesidad; El rango de edad predominante se comparte entre el de 60-69 años y el de 70-79 años con 36.36% cada uno, Seguido del rango de edad de 40-49 años con el 18.18% y el de 50-59 años con el 9.09%.

Tabla No. 15

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **obesidad y diabetes mellitus tipo 2**

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	2	18.18
50 – 59 años	1	9.09
60 – 69 años	5	45.45
70 – 79 años	3	27.27
80 y más años	0	0
Total	11	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla se puede observar que el predominio de la variedad de diagnóstico de diabetes mellitus y sobrepeso u obesidad esta dado en el rango de los 60-69 años con un 45.45%, seguido del rango de edad de los 70-79 años con un 27.27%, el rango de edad de los 40-49 años con un 18.18% y de los 50-59 años con un 9.09%.

Tabla No. 16

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **obesidad y dislipidemia**

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac

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

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

Es esta tabla se puede observar que; De dos personas con diagnóstico de dislipidemia y sobrepeso u obesidad. El predominio se reparte equitativamente entre los rangos de edad de los 40-49 años y los 70-79 años, ambos con un 50% respectivamente.

Tabla No. 17

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial**

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	7.69
50 – 59 años	1	7.69
60 – 69 años	6	46.15
70 – 79 años	4	30.77
80 y más años	1	7.69
Total	13	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla se puede observar que: El rango de edad con predominio de presencia de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial se encuentra entre los 60-69 años con un 46.15%, seguido por el rango de edad de los 70-79 años con un 30.77%. Los rangos de edad entre los 40-49 años, 50-59 años y 80 y mas comparten el mismo porcentaje con un 7.69% cada uno.

Tabla No. 18

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2**

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Edad	Personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad	%
20 – 29 años	0	0
30 – 39 años	0	0
40 – 49 años	1	16.67
50 – 59 años	1	16.67
60 – 69 años	2	33.33
70 – 79 años	2	33.33
80 y más años	0	0
Total	6	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla puede observarse que: el predominio de presencia de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial se encuentra entre los rangos de edad de los 60-69 años y los 70-79 años con un 33.33% cada uno. Seguido por los rangos de edad de los 40-49 años y los 50-59 años con un 16.67% cada uno.

Tabla No. 19
Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto
2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **hipertensión,
diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia**
Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.
Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Edad	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	0	0
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	1	100
80 y más años	0	0
Total	1	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla se puede observar que: Solo una persona cumple con los diagnósticos simultáneos requeridos en esta tabla por lo que se lleva el 100% de la presencia de dichas enfermedades, la paciente se encuentra en el rango de edad de los 70-79 años.

Tabla No. 20

Distribución de pacientes atendidos en el proyecto durante el periodo agosto 2023 – julio 2024 de acuerdo con edad y diagnóstico de **obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia**

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Edad	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	0	0
60 – 69 años	0	0
70 – 79 años	1	100
80 y más años	0	0
Total	1	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla puede observarse: Puede observarse que la totalidad de personas que comparten los diagnósticos simultáneos de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia recae en el rango de edad entre los 70-79 años con una sola persona detectada que obtiene el 100% de la medición.

5 Resultados de control de enfermedad crónica

Tabla No. 21

Distribución de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y cifras de control de acuerdo con glicemia capilar o venosa
Periodo agosto 2023 – julio 2024
Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.
Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Parámetros de	Glicemia capilar		Glicemia venosa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Control	5	29.41	3	17.65	8	47.06
Fuera de control	4	23.53	5	29.41	9	52.94
Total	9	52.94	8	47.06	17	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla puede observarse que: De un total de 17 personas con controles de glucosa en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; 9 (54.94%) fueron de muestra capilar y 8 (47.06%) fueron de muestra sérica o venosa. El 47.06% de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 tienen cifras de glucosa en niveles de control, mientras que el resto de los pacientes con un 52.94% no alcanzaron cifras de control en sus últimos controles. En este caso hay que hacer notar que durante el año hubo ajustes de tratamiento en la mayoría de los pacientes pero la disponibilidad del laboratorio para realizar pruebas de control fue muy limitada, muy probablemente esto influye en los resultados observados.

Tabla No. 22

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

Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Parámetro de	No	%
Control	8	47.06
Fuera de control	9	52.94
Total	17	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla se puede observar que: de los 17 (100%) controles de hemoglobina glucosilada realizados a pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus 9 (52.94%) tuvieron algún tipo de descontrol durante el año de servicio social, por otro lado 8 (47.06%) pacientes con el mismo diagnóstico alcanzaron cifras consideradas dentro de los parámetros esperados.

Tabla No. 23

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y cifras de control Periodo agosto 2023 – julio 2024

Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.

Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Parámetro de	No	%
Control	17	100
Fuera de control	0	0
Total	17	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla se puede observar que de los 17 pacientes que tienen el diagnóstico de Hipertensión arterial en el 100% de los casos se han alcanzado cifras de presión arterial considerados normales para la edad.

Tabla No. 24

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia y cifras de control de acuerdo con colesterol sérico Periodo agosto 2023 – julio 2024
Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco.
Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Parámetro de	No	%
Control	2	100
Fuera de control	100	100
Total		100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla se observa: Que de los 2 (100%) pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia ambos obtuvieron cifras de control.

Tabla No. 25

Distribución de pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia y cifras de control de acuerdo con triglicéridos séricos Periodo agosto 2023 – julio 2024
Centro de Salud T. III: San Francisco Tlaltenco
Jurisdicción Sanitaria: Tláhuac.

Parámetro de	No	%
Control	0	0
Fuera de control	2	100
Total	2	100

Fuente: Registro RedCap. Periodo agosto 2023 – julio 2024

En esta tabla se puede observar que: de los 2 (100%) pacientes con diagnóstico de hipertrigliceridemia la totalidad de estas personas no alcanzaron cifras consideradas de control. Muy probablemente por la poca disponibilidad del laboratorio de la unidad para poder realizar laboratorios de control.

Conclusiones.

En conclusión, el haber realizado el servicio social en la Secretaría de Salud (SEDESA) dentro de la Ciudad de México, en lo personal fue muy interesante ya que tuve la oportunidad de estar en contacto con un amplio abanico de tipos de personas que acuden al centro de salud para dar seguimiento a su salud. Fue muy valioso para mi como profesional de la salud poder interactuar con personas de todas las edades y darme cuenta de sus necesidades personales. El haber tenido la oportunidad de formar parte de este proyecto fue muy interesante y sobretodo gratificante, ya que aprendí un nuevo enfoque de atención y tuve la oportunidad de profundizar mas en la vida de cada persona que tuve el gusto de conocer.

Mi experiencia siendo participe de la atención de personas que viven con enfermedades crónicas y aplicando el modelo de atención integral centrado en la persona fue muy enriquecedora viéndolo desde muchos puntos de vista. Como mencione mas arriba el hecho de poder profundizar mas en la vida de las personas, el cómo interactúan con su familia y comunidad me ha abierto los ojos a que hay mucho más allá de solo ver enfermedades, me enseñó a ver a la persona y su ambiente donde esta se desarrolla. Así con esta nueva visión pude ser capas de ver las necesidades de las personas y así ayudar a mejorar la salud de las personas con las que conviví durante el año de servicio social.

En las ventajas que ofrece SEDESA para la implementación de este modelo de atención podría poner las facilidades que se nos obsequiaban para poder asistir a las sesiones del diplomado, nos brindaron un espacio para llevar a cabo lo aprendido en dicho diplomado y sobre todo, la institución cuenta con una gran afluencia de personas que le dan seguimiento a su salud por lo que pudimos tener contacto con una amplia cantidad de persona de las cuales he aprendido muchísimo. Dentro de las desventajas pondría que como parte del servicio social también tenemos responsabilidades dentro del centro de salud, una de ellas es la de cubrir la consulta general y que por motivos de tiempos ya establecidos para cada consulta resulta imposible dar un enfoque centrado en la persona con cada paciente que acude en este momento.

Como parte de mis conclusiones al respecto de las aspiraciones y realizaciones de las personas que viven con enfermedades crónicas son las que muchos de ellos desean no perder la autonomía que les ha caracterizado hasta antes del diagnostico de su enfermedad, desean poder tener una calidad de vida lo mas aceptable posible y sobre todo la mayoría nunca les gustaria experimentar las complicaciones de su enfermedad. Por lo que me parece importante continuar apoyándolos en sus realizaciones como persona, que hagan propios los

tratamientos de sus enfermedades y que logren un autocuidado optimo y consciente en pro de su salud.

Mi formación profesional de pregrado fue enriquecedora en muchos aspectos. Un ejemplo y me parece que es el de muchos pero sobre todo en las personas que tenemos la oportunidad de aplicar el modelo de atención centrado en la persona es el de la gran diferencia que existe entre el internado medico y este año de servicio social, mientras que en el internado es otro nivel de atención, no se da seguimiento a las personas atendidas, en modelo de atención se tiene la oportunidad de ver el progreso de cada persona, se puede explorar otros aspectos de cada persona y en muchos casos uno se vuelve parte de su comunidad. En mi futuro inmediato me veo aplicando cada uno de los puntos aprendidos de este modelo que no harán nada mas que lograr que me convierta en un mejor profesional, más cálido y más humano, comprometido con la salud de las personas que confien en mí.

Referencias bibliográficas

1. Tai ES, Yew TW. Person-centred care in diabetes: What is it based on and does it work? The Singapore Family Physician. 2020;46(7):11-5. doi:10.33591/sfp.46.7.u2
2. Enfermedades no transmisibles [Internet]. World Health Organization; [cited 2023 Dec 21]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Rosas PA, Narciso ZV, Cuba FM, Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Acta Med Per [Internet] 2013 [Consultado 2023 Dec 21] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96626446007>
4. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hosp Q. 2003;7(1):73-82. [Internet]. [Consultado 2023 Dec 21]. doi:10.12927/hcq.2003.16763
5. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, Patient-centered Medicine, Transforming the Clinical Method (2nd edition). Health Expectations [Internet] 2004 [Consultado 2023 Dec 22]; vol 7(2) 181-182 Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00270.x>
6. Academia nacional de Colombia. Autocuidado [Internet] [Consultado 2023 Dec 22]; Disponible en: <http://www.idiomamedico.net/index.php?title=autocuidado#:~:text=P%C3%A1ctica%20de%20actividades%20que%20una,la%20salud%20y%20el%20bienestar.>

7. Johnsson, Natali et al. "Delineating and clarifying the concept of self-care monitoring: a concept analysis." *International journal of qualitative studies on health and well-being* vol. 18,1 (2023): 2241231. [Consultado 2023 Dec 22]; Disponible en: doi:10.1080/17482631.2023.2241231
8. Reagan, Louise A et al. "Relationships of illness representation, diabetes knowledge, and self-care behaviour to glycemic control in incarcerated persons with diabetes." *International journal of prisoner health* vol. 12,3 (2016): 157-72. [Consultado 2023 Dec 22]; Disponible en doi:10.1108/IJPH-04-2015-0010

ANEXOS

Modelo de atención integral centrado en la persona para el autocuidado y el control de enfermedades crónicas en unidades de primer contacto de la Ciudad de México

Directorio Nominal de Pacientes

Centro de Salud T-III: SAN FRANCISCO TLALTENCO

Jurisdicción Sanitaria: TLÁHUAC

Pasante en servicio social: CHÁVEZ VEGA OMAR

Promoción: AGOSTO 2023 – JULIO 2024

Fecha de entrega: AGOSTO 2024

No.	Nombre del paciente	Edad	Diagnóstico(s)	Teléfono de contacto	Activo (Sí/No)	En caso de que No esté activo explicar la causa: (Ya no acude al centro, se atiende con otro médico, defunción, etc.)
01	Alcivia Sánchez Virginia	78	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Obesidad + Dislipidemia	5550356169	SI	
02	Álvarez Carmona Anel	48	Hipertensión arterial	55 5866 6262	SI	
03	Castañeda Noguerón Gloria	77	Diabetes tipo 2 + Dislipidemia + Insuficiencia venosa	5558425030	SI	

04	Castañeda Rivas luminosa	61	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Neuropatía diabética + Insuficiencia venosa	5525944990	NO	Dejó de asistir al centro de Salud: Última consulta 18/09/23
05	Chavarría González Ana Lilia	43	Diabetes tipo 2 + Dislipidemia	5558416860	SI	
06	Chirinos Noguerón Higinia	76	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Obesidad	5558662603	SI	
07	Cruz Castillo Margarita	87	Hipertensión arterial + Insuficiencia venosa	5561519086	SI	
08	Flores Duran Claudia Margarita	51	Diabetes tipo 2 + Obesidad + Neuropatía diabética + Insuficiencia venosa	5543781146	NO	Dejó de asistir al centro de salud Última consulta 07/03/23
09	García Mondragón Severiana Pascuala	76	Hipertensión arterial	5525944489	SI	
10	García Rebollo Sánchez Juan Carlos	47	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Dislipidemia	5558412132	NO	Se atiende con otro médico.
11	González García Flora	66	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Obesidad + Insuficiencia venosa	5558416860	SI	
12	Hernández López Gertrudis	65	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Insuficiencia renal crónica	5542605974	SI	

13	Huerta Martínez Florencia Pascuala	74	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Insuficiencia venosa	5525944813	SI	
14	Ibarra Silva Martha	72	Hipertensión arterial + Dislipidemia	5525943459	NO	Dejó de asistir al centro de salud; Última consulta 23/10/23
15	Leyte Luna José	55	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Obesidad	5558411053	SI	
16	Mancilla Flores María Luisa	73	Diabetes tipo 2 + Obesidad + Dislipidemia + Insuficiencia venosa	5558661395 / 5558412244	NO	
17	Mancilla Lugo María Eugenia	63	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Dislipidemia + Obesidad	5518548110	SI	
18	Mancilla Martínez María De Lourdes	89	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial	5558412244	SI	
19	Moreno Páramo Anselmo	66	Diabetes tipo 2 + Obesidad + Crecimiento prostático	5558666231	SI	
20	Nieto Vargas Sandra	55	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Dislipidemia + Obesidad +	5511798144	NO	Dejo de asistir al centro de salud

21	Prado Sánchez Alma Yazmin	34	Neuropatía diabética Hipertensión + Dislipidemia + Obesidad	55 29513271	NO	Se atiende con otro medico
22	Quintanar Orihuela Concepción Alejandra	66	Diabetes tipo 2	558660328	NO	Se atiende con otro Medico
23	Ramírez Calvo Agustina	72	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Dislipidemia + Insuficiencia venosa	5558411438	SI	
24	Ramírez Sánchez Guadalupe	73	Diabetes tipo 2 + Dislipidemia	5541761374	NO	Dejó de asistir al centro de salud Última consulta 27/03/23
25	Reséndiz Rangel Lourdes	58	Diabetes tipo 2 + Dislipidemia + Insuficiencia venosa	5558412775	NO	Dejó de asistir al centro de salud: Última consulta 04/09/23
26	Reyes Blanco Vicente	63	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Insuficiencia venosa	5525944730	SI	
27	Reyes Martínez Vilma Sonia	63	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial	5568335955	NO	Dejó de asistir al centro de salud Última consulta 02/03/23

28	Rosas Gallardo Alejandra	56	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Obesidad	5521481106	NO	Dejó de asistir al centro de salud Última consulta 03/01/23
29	Sánchez Barrera David	49	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Obesidad	5558412107	SI	
30	Teoyocil Arrieta Yolanda	66	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial	5525943802	SI	
31	Torres Cruz Elvira	45	Diabetes tipo 2	5558427615	SI	
32	Torres Cruz Norberto	65	Diabetes tipo 2 + Hipertensión arterial + Obesidad	5589618592	SI	
33	Uribe Guerrero Felicitas	59	Hipertensión arterial + Insuficiencia venosa	5558410146	SI	

Total de pacientes en el directorio: 33

Tola de pacientes activos: 21

Notas:

1. No altere en nada este formato
2. Agregue tantos renglones como sea necesario
3. Entregue este directorio en Word (no en PDF, no en excell, etc)
4. Anote en mayúsculas y minúsculas

La Jurisdicción Sanitaria Tláhuac invita a
los pacientes del C.S. T-III San Francisco Tlaltenco
del Proyecto de Crónicos UAM-INSP al evento:

6^{TO} Encuentro de personas
con enfermedades crónicas

***Ser, hacernos
comunidad***

**15 de marzo
9 a 12 hrs.**

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político.
Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA
DE SALUD

SERVICIOS DE
SALUD PÚBLICA

JURISDICCIÓN SANITARIA
TLÁHUAC



Instituto Nacional
de Salud Pública



La Jurisdicción Sanitaria Tláhuac invita a
los pacientes del C.S. T-III San Francisco Tlaltenco
del Proyecto de Crónicos UAM-INSP al evento:

6^{TO} Encuentro de personas con enfermedades crónicas



*Ser, hacernos
comunidad*

15 de marzo
9 a 12 HRS

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político.
Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA
DE SALUD

SERVICIOS DE
SALUD PÚBLICA

JURISDICCIÓN SANITARIA
TLÁHUAC



INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA







